

# **UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**

## **ESCUELA DE POSGRADO**



**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

### **PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS**

**MENCIÓN: SALUD**

**TESIS:**

**PARTICIPACIÓN FAMILIAR EN LA PRÁCTICA DE LAS MEDIDAS  
PREVENTIVAS CONTRA LA DESNUTRICIÓN INFANTIL EN LAS  
FAMILIAS RURALES DEL DISTRITO DE CHOTA, 2018**

Para optar el Grado Académico de

**DOCTOR EN CIENCIAS**

**MENCIÓN: SALUD**

Presentada por:

**M. Cs. HERNÁN TAFUR CORONEL**

Asesora:

**Dra. MARINA ESTRADA PÉREZ**

**Cajamarca – Perú**

**2019**

COPYRIGHT © 2019 by  
**HERNÁN TAFUR CORONEL**  
Todos los derechos reservados

# **UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**

## **ESCUELA DE POSGRADO**



**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

### **PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS**

**MENCIÓN: SALUD**

**TESIS APROBADA:**

**OPARTICIPACIÓN FAMILIAR EN LA PRÁCTICA DE LAS MEDIDAS  
PREVENTIVAS CONTRA LA DESNUTRICIÓN INFANTIL EN LAS  
FAMILIAS RURALES DEL DISTRITO DE CHOTA, 2018**

Para optar el Grado Académico de

**DOCTOR EN CIENCIAS**

**MENCIÓN: SALUD**

Presentada por:

**M. Cs. HERNÁN TAFUR CORONEL**

### **JURADO EVALUADOR**

Dra. Marina Violeta Estrada Pérez  
Asesora

Dra. Sara Elizabeth Palacios Sánchez  
Jurado Evaluador

Dra. Martha Vicenta Abanto Villar  
Jurado Evaluador

Dra. Elena Vega Torres  
Jurado Evaluador

Cajamarca - Perú

2019



**Universidad Nacional de Cajamarca**  
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-2018-SUNEDU/CD

**Escuela de Posgrado**  
CAJAMARCA - PERU



**PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS**

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS**

**MENCIÓN: SALUD**

Siendo las *4 p.m.* horas, del día 04 de abril del año dos mil diecinueve, reunidos en el Auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por Dra. SARA ELIZABETH PALACIOS SÁNCHEZ, Dra. MARTHA VICENTA ABANTO VILLAR, Dra. ELENA VEGA TORRES y en calidad de Asesora, la Dra. MARINA VIOLETA ESTRADA PÉREZ Actuando de conformidad con el Reglamento Interno de la Escuela de Posgrado y el Reglamento del Programa de Doctorado de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se inició la SUSTENTACIÓN de la tesis titulada: **PARTICIPACIÓN FAMILIAR EN LA PRÁCTICA DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA LA DESNUTRICIÓN INFANTIL EN LAS FAMILIAS RURALES DEL DISTRITO DE CHOTA, 2018;** presentada por el **M.Cs. HERNÁN TAFUR CORONEL**

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó ..... *APROBADO* ..... con la calificación de ..... *Dieci punto (excelente)* ..... la mencionada Tesis; en tal virtud, el **M.Cs. HERNÁN TAFUR CORONEL**, está apto para recibir en ceremonia especial el Diploma que lo acredita como **DOCTOR EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, Mención **SALUD**

Siendo las *6 p.m.* horas del mismo día, se dio por concluido el acto.

  
.....  
**Dra. Marina Violeta Estrada Pérez**  
Asesora

  
.....  
**Dra. Sara Elizabeth Palacios Sánchez**  
Presidente Jurado Evaluador

  
.....  
**Dra. Martha Vicenta Abanto Villar**  
Jurado Evaluador

  
.....  
**Dra. Elena Vega Torres**  
Jurado Evaluador

A:

Mi madre Clarisa que ha sabido formarme con principios valores y mucho amor, lo cual me ha ayudado a salir adelante en momentos más difíciles y concretizar la investigación.

A la Doctora MARINA ESTRADA PÉREZ quien con su dirección, enseñanza y competencias permitió el desarrollo de este trabajo.

A las familias de la zona rural con niños menores de 5 años por su participación voluntaria en la investigación y las enseñanzas recogidas.

Los retornos de la inversión en los niños más pequeños son muy altos, mientras los retornos de la inversión en los más grandes y menos capaces, son muy bajos. Por lo tanto, la eficiencia sería realizada si las inversiones en el capital humano fueran reasignadas a los más pequeños.

James Heckman

Premio Nobel de Economía, 2000

## ÍNDICE GENERAL

	Pág.
<b>DEDICATORIA</b>	v
<b>AGRADECIMIENTO</b>	vi
<b>EPÍGRAFE</b>	vii
<b>ÍNDICE GENERAL</b>	viii
<b>ÍNDICE O LISTA DE TABLAS</b>	xi
<b>LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS USADAS</b>	xiii
<b>RESUMEN</b>	xv
<b>ABSTRACT</b>	xvi

### CAPÍTULO I

#### INTRODUCCIÓN

<b>1.1. Planteamiento del problema</b>	1
<b>1.1.1. Contextualización</b>	1
<b>1.1.2. Descripción del problema</b>	5
<b>1.2. Formulación del problema.</b>	7
<b>1.3. Justificación</b>	7
1.3.1. Justificación científica	7
1.3.2. Justificación técnica-práctica	8
1.3.3. Justificación institucional y personal	9
<b>1.4. Objetivos</b>	9
1.4.1. Objetivo general	9
1.4.2. Objetivos específicos	9



## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

2.1. Antecedentes de la investigación o marco referencial	11
2.2. Marco epistemológico de la investigación.	19
2.3. Marco doctrinal de las teorías particulares en el campo de la ciencia en la que se ubica el objeto de estudio (Bases teóricas)	24
2.4. Marco conceptual	28
2.5. Definición de términos básicos	71

## **CAPÍTULO III**

### **PLANTEAMIENTO DE LA (S) HIPÓTESIS Y VARIABLES**

3.1. Hipótesis	75
3.2. Variables/categorías	75
3.3. Operacionalización/categorización de los componentes de las hipótesis	76

## **CAPÍTULO IV**

### **MARCO METODOLÓGICO**

4.1. Diseño de la investigación	80
4.2. Métodos de investigación	81
4.3. Población, muestra, unidad de análisis y unidades de observación	81
4.3.1. Población.	81
4.3.2. Muestra	81
4.3.3. Criterios de inclusión	82
4.3.4. Criterios de exclusión	82
4.3.5. Unidad de análisis.	82
4.4. Técnicas e instrumentos de recopilación de información	83

4.5. Procedimiento para la recolección de la información.	86
4.6. Rigor ético	87
4.7. Rigor científico.	88

## **CAPÍTULO V**

### **RESULTADOS**

#### **INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN**

5.1. Presentación de resultados.	89
5.2. Análisis y discusión de resultados	108
5.3. Contrastación de hipótesis.	129

<b>CONCLUSIONES</b>	137
---------------------	-----

<b>RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS</b>	139
--	-----

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	140
-----------------------------------	-----

<b>APÉNDICE 01: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>	149
---	-----

<b>ANEXO 01: ENCUESTAS: PARTICIPACIÓN FAMILIAR Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL DISTRITO DE CHOTA 2012</b>	155
--	-----

## ÍNDICE O LISTA DE TABLAS

<b>TABLA 01:</b> Distribución de integrantes de la familia que participan en la prevención de la desnutrición infantil.	89
<b>TABLA 02:</b> Estado nutricional de los niños menores de 05 años de las familias rurales del distrito de chota, según indicador peso /edad.	90
<b>TABLA 03:</b> Estado nutricional de los niños menores de 05 años de las familias rurales del distrito de chota, según indicador talla /edad.	90
<b>TABLA 04:</b> Integrantes de la familia que participan en las prácticas preventivas y estado nutricional de los niños y niñas de las familias rurales del distrito de Chota.	91
<b>TABLA 05:</b> Participación de los integrantes de la familia en la práctica de las medidas preventivas: alimentación.	92
<b>TABLA 06:</b> Participación de los integrantes de la familia en la práctica de las medidas preventivas: control CRED.	93
<b>TABLA 07:</b> Participación de los integrantes de la familia en la práctica de las medidas preventivas: Estimulación temprana.	94
<b>TABLA 08:</b> Participación de los integrantes de la familia en la práctica de las medidas preventivas: consumo de agua segura	95
<b>TABLA 09:</b> Participación de los integrantes de la familia en la práctica de las medidas preventivas: lavado de manos en momentos claves.	96
<b>TABLA 10:</b> Práctica de lactancia materna exclusiva y estado nutricional según peso/edad.	97
<b>TABLA 11:</b> Práctica de lactancia materna exclusiva y estado nutricional según talla/edad	98
<b>TABLA 12:</b> Características de la participación según integrantes de la familia: responsabilidades y decisiones activas.	99
<b>TABLA 13:</b> Características de la participación según integrantes de la familia: responsabilidades y decisiones consientes.	100
<b>TABLA 14:</b> Características de la participación según integrantes de la familia: responsabilidades y decisiones libres.	100
<b>TABLA 15:</b> Características de la participación según integrantes de la familia: responsabilidades y decisiones organizadas.	101

<b>TABLA 16:</b> Características de la participación según integrantes de la familia	101
<b>TABLA 17:</b> Niveles de participación de la madre en las prácticas preventivas contra la desnutrición.	102
<b>TABLA 18:</b> Niveles de participación de la madre, padre en las medidas preventivas de la desnutrición	104
<b>TABLA 19:</b> Niveles de participación de la madre, padre, hija en las medidas preventivas de la desnutrición	105
<b>TABLA 20:</b> Niveles de participación de todos los integrantes de la familia (madre, padre, hijo y abuelos) en la práctica de las medidas preventivas de la desnutrición.	106

## LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS USADAS

<b>UNICEF</b>	: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
<b>USAID</b>	: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.
<b>MINSA</b>	: Ministerio de Salud.
<b>OMS</b>	: Organización Mundial de la Salud.
<b>PIN</b>	: Programa Integral de Nutrición.
<b>DCI</b>	: Desnutrición Crónica infantil.
<b>IRA</b>	: Infecciones Respiratorias Agudas.
<b>EDA</b>	: Enfermedades Diarreicas Agudas
<b>ENDES</b>	: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
<b>LME</b>	: Lactancia Materna Exclusiva
<b>CRED</b>	: Control del Crecimiento y Desarrollo.
<b>AAHH</b>	: Asentamiento Humano
<b>PAN</b>	: Programa Articulado Nutricional.
<b>PNAIA</b>	: Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia
<b>PpR</b>	: Presupuesto por Resultado.
<b>CIAS</b>	: Comisión Intergubernamental de Asuntos Sociales.
<b>SIS</b>	: Seguro Integral de Salud.
<b>PRONAMA</b>	: Programa Nacional de Movilización por la Alfabetización
<b>SISFOH</b>	: Sistema de Focalización de Hogares.
<b>FONCOMUN</b>	: Fondo de Compensación Municipal.
<b>MIMPE</b>	: Ministerio De la Mujer y Poblaciones Vulnerables.
<b>EUROPAN</b>	: Apoyo Presupuestario al Programa Articulado Nutricional
<b>FAO</b>	: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.
<b>ADRA</b>	: Agencia Adventista de Desarrollo y Recursos Asistenciales.
<b>CARE</b>	: Apoyo a la Estrategia Nacional de Intervención Articulada de Lucha contra la Pobreza y la Desnutrición Crónica Infantil.
<b>P/E</b>	: Peso para la Talla.
<b>T/E</b>	: Talla para la Edad.
<b>MIDIS</b>	: Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.
<b>OPS</b>	: Organización Panamericana de la Salud.

- EESS** : Establecimiento de Salud.
- OCDE** : Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico.
- CEE** : Comunidad Económica Europea.
- ONG** : Organismo no Gubernamental.

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la participación familiar en la prevención de la desnutrición infantil en las familias rurales del distrito de Chota. El estudio es de enfoque cuantitativo, transversal correlacional, de diseño no experimental. Para el estudio se seleccionaron aleatoriamente 300 unidades familiares donde se encontraban niños menores de cinco años. Se utilizó la entrevista como técnica y un cuestionario del que se encontró una buena confiabilidad ( $\alpha = 0.87$ ). Los resultados mostraron que fue alta la participación de los tres integrantes de la familia (padre, madre e hijo/a) en la alimentación y en asistencia al EESS para el control del Crecimiento y Desarrollo, mientras que en la estimulación se observó una participación media de la familia. Respecto al estado nutricional de los niños se encontró que menos del cincuenta por ciento presenta desnutrición crónica. En la implementación de las medidas preventivas, la madre participa con mayor frecuencia en la alimentación y en el control CRED. Respecto a la medida preventiva de la lactancia materna exclusiva, el estudio reveló que sólo el 9% de los niños recibieron lactancia materna exclusiva y que en los niños que fue interrumpida la lactancia materna exclusiva a más temprana edad tienen mayor riesgo de sufrir desnutrición crónica (42%). Del presente estudio se concluyó que a mayor participación activa, consiente, libre y organizada por parte de los integrantes de la familia se implementará mejor la práctica de medidas preventivas contra la desnutrición infantil. Lo que se demostró a partir de la relación significativa entre la participación de los integrantes de la familia y la prevención de la desnutrición infantil.

**Palabras claves:** Participación de la familia, medidas preventivas, desnutrición infantil

## ABSTRACT

The aim of this research was to analyze family participation in the prevention of child malnutrition in rural families in the district of Chota. The study has a quantitative, cross-sectional, correlational approach, with a non-experimental design. The research was at randomly selected 300 family units containing children under five years of age. The interview was used as a technique and a questionnaire of which a good reliability was found ( $\alpha=0.87$ ). The results showed that the participation of the three members of the family (father, mother and child) in the feeding and in assistance to the EESS for the control of growth and development was high, while the stimulation showed an average participation of the family.

With regard to the nutritional status of children, it was found that less than fifty percent are chronically malnourished. In the implementation preventive measures, mothers are more often involved in feeding and CRED control.

According to the preventive measure of exclusive breastfeeding, the study revealed that only nine percent of children were exclusively breastfed and that children who were exclusively breast-fed at an earlier age are at greater risk of chronic malnutrition (42 percent).

This research concluded that the more active, conscious, free and organized participation of family members, the better practice of preventive measures against child malnutrition will be implemented. This was demonstrated by the significant relationship between family participation and the prevention of child malnutrition.

**Key words:** Family participation, precautionary measures, child malnutrition.



# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

### 1.1. Planteamiento del problema

#### 1.1.1. Contextualización.

La familia es el entorno inicial donde se establece y manifiesta el comportamiento y las decisiones en materia de salud. En las Américas, los factores culturales de las familias repercuten significativamente en el acceso a la salud y en las actitudes saludables. Esta forma de establecer prioridades puede perjudicar a la salud de la familia; pese a ello, es en el marco de la familia donde mejor puede modificarse tal comportamiento. Se ha demostrado que la participación activa de las familias y la comunidad para promover y proteger su propia salud mejora la eficacia: El empoderamiento de las familias y las comunidades aumentará la concientización y la demanda de servicios de salud de calidad (1).

En el Perú la Ley 28542, del fortalecimiento de la familia, tiene como objetivo promover y fortalecer el desarrollo de la familia como fundamento de la sociedad y espacio esencial para el desarrollo integral del ser humano, basándose en el respeto de los derechos fundamentales y las relaciones equitativas entre sus miembros y cuidando especialmente por aquellas familias que se encuentran en situación de extrema pobreza, pobreza o riesgo social (2).

El valor de la familia es reconocido a nivel nacional e internacional sobre todo en acciones relacionadas con la salud y desarrollo, en este sentido, la Declaración Universal de Derechos Humanos reconoce que la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad; así también, la Organización de Naciones Unidas señala

que la familia es el “medio vital para preservar y transmitir los valores culturales; la Política de Estado del Acuerdo Nacional relacionada al fortalecimiento de la familia, Protección y promoción de la Niñez, la Adolescencia y la Juventud, reconoce que la familia, es el grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el bienestar de todos sus miembros y en particular de los niños (3).

El paradigma de salud basado en la familia como unidad principal del análisis, el diagnóstico y la práctica debería basarse en la etiología del proceso salud-enfermedad y en la definición de la familia como una unidad estructural del funcionamiento de la sociedad. El proceso de cambio de la estructura demográfica, entorno socioeconómico y político ejerce presiones sobre las familias y las comunidades. El tamaño promedio de la familia está disminuyendo debido a la dispersión de sus integrantes, afectando el ciclo familiar, socialización y atención de los niños; siendo menos probable que los miembros dependientes de la familia reciban atención adecuada (4).

El tipo de familia ha cambiado a lo largo de la historia, pese a ello no tiene recambio, ya que en ella se nace, crece, se transmite creencias, hábitos y pautas de comportamientos relacionadas con la salud. Por lo tanto, es difícil inculcar, modificar hábitos de salud a las personas sin realizar un abordaje familiar. La salud de la familia se refleja en la salud de la comunidad; por lo tanto, identificar las necesidades comunes que presentan las familias y prestar una atención integral a las mismas tendrá como resultado familias y comunidad más sanas (5).

La participación individual-familiar se refiere, a la acción llevada a cabo por una persona o por un grupo familiar que tiene intereses comunes. En este caso la relación entre la actividad ejecutada y los beneficios obtenidos es directa y no se comparten

inmediatamente con otros individuos o familias como ocurre en la participación colectiva. En el caso de la prevención de la desnutrición infantil, se requiere de un aumento de la responsabilidad de los integrantes de la familia porque los beneficios obtenidos son directos por lo que cada quien debe sentirse más obligado en el logro de sus propias metas de bienestar y salud (6).

La prevención de las enfermedades ha significado que el individuo o la familia es ignorante o minusválido social, por lo tanto debe protegerse a pesar que no desee; esta razón ha dominado en mucha de las orientaciones de los programas verticales de control de enfermedades y se apoya en la existencia de una población pobre y analfabeta, o de muy baja educación, que debía aceptar la acción civilizatoria y sanitaria de los programas gubernamentales (7).

Teniendo en cuenta el contexto nacional e internacional, el Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Promoción de la Salud ha desarrollado el Programa de Familias y Viviendas Saludables que tiene como objetivo contribuir a que las familias peruanas se desarrollen como estructura social, adopten comportamientos y generen entornos saludables en su cotidianidad: en su comunidad, municipio, instituciones educativas y centros laborales. Entendiéndose, que es en la familia donde los procesos de salud y enfermedad tienen su impacto más significativo y se empiezan a establecer los hábitos y comportamientos que condicionan su salud (8).

La estructura tradicional de la familia rural también cambió. A modo de ejemplo, las familias numerosas que caracterizaban las zonas rurales han dado paso a familias nucleares muy similares a las de las zonas urbanas. Según información censal, si en 1992 el 22% de los hogares rurales estaba constituido por seis o más miembros; en el 2002 este tipo de organización social sólo se presenta en el 13% de los hogares.

Con la incorporación de la mujer al trabajo, los roles familiares también se modificaron.

Cabe destacar que la participación femenina en el mercado de trabajo agropecuario ha aumentado a una velocidad mayor en las zonas rurales que en las urbanas (PNUD, 2008). Así, en el campo las mujeres comienzan a estar incluidas en el trabajo remunerado extradoméstico; lo que demanda una organización familiar nueva que responda a las demandas del trabajo reproductivo. De acuerdo a Valdés (1992), la incorporación de la mujer al mundo del trabajo agrario ha traído una sobre carga de actividades; ya que estas mujeres deben realizar de manera simultánea las actividades productivas remuneradas y las reproductivas propias del hogar (9)

Los cambios que se vienen desarrollando en la familia rural desde la implementación de la reforma agraria, aplicación de las medidas económicas, políticas y agrarias de los últimos gobiernos; los cambios más importantes como producto de los cambios sociales y económicos en la zona de estudio, se manifiesta en la movilidad productiva, disminución de la actividad agropecuaria, cambio de la estructura organizativa y de poder local de relaciones sociales y en la estructura y las relaciones familiares (10).

La investigación sobre las prácticas de las medidas preventivas contra la desnutrición Infantil 2019; se desarrolló en 10 comunidades rurales del Distrito de Chota afectadas por la desnutrición infantil; caracterizada por ser familias nucleares y extendidas con un promedio de hijos nacidos vivos por mujer de 2 (1,7 como provincia), pertenecen a organizaciones sociales (rondas campesinas, comité de regantes), programas de asistencia alimentaria y transferencia monetaria del Gobierno Nacional y Local (vaso de leche, comedores populares, JUNTOS).

La situación socioeconómica del Distrito de Chota y específicamente de las 10 comunidades se encuentra en pobreza y pobreza extrema. La organización de las comunidades del distrito cuenta con autoridades elegidas por la comunidad como el Agente Municipal, Teniente Gobernador, Juez de Paz y Presidente de Rondas.

La producción está básicamente orientada al autoconsumo familiar; una pequeña cantidad de productos se comercializan los días de feria (domingos y jueves) y el dinero se utiliza para adquirir productos procedentes de la ciudad.

La principal actividad productiva de las familias campesinas es la agricultura, ganadería a menor escala y la crianza de animales menores. Cuenta con servicios educativos (nivel inicial, primaria y secundaria) y de salud con Establecimientos de Salud con categoría I-1 y I -2 con limitada capacidad resolutive ante los problemas de salud de la población.

### **1.1.2. Descripción del problema.**

La situación de la desnutrición infantil en el mundo en desarrollo, muestra que cerca de 200 millones de niños menores de 5 años sufren desnutrición crónica. Un 90% vive en Asia y África, donde las tasas son muy elevadas: 40% en Asia y 36% en África. En América Latina y el Caribe la situación de la desnutrición crónica en el año 1990 fue de 24,5% reduciéndose a 11,6% al año 2015 (11).

En nuestro país la desnutrición crónica infantil, presenta una tendencia a la disminución de 13,1% (2016) a 12,9% al año 2017; caso contrario a lo que ocurre en la Región Cajamarca de 26% en el año 2016 tuvo un ligero incremento a 26,6% para el año 2017 (12).

En la Provincia de Chota según fuente SIEN 2016 de la Dirección Sub Regional de Salud, para el año 2016 la desnutrición crónica infantil representa el 30,4%; mientras que como distrito representa 26,8% (13).

El estado peruano para prevenir la desnutrición infantil, viene implementado programas sociales como: Programa de Transferencias Condicionadas “JUNTOS”; Programa Integral de Nutrición (PIN) y programas presupuestales: Programa Articulado Nutricional (PAN) y el Programa Salud Materno Neonatal, donde se desarrollan intervenciones preventivas que contribuyen con la reducción del problema (14).

Además la desnutrición infantil está, condicionada por determinantes de la salud, expresados como factores sociales y de desarrollo asociados con la pobreza y con brechas de inequidad, con costumbres y prácticas de alimentación, estilos de vida (algunos ancestrales) adquiridos por el acelerado proceso de urbanización, y de otro lado por causas directas como: desnutrición materna, alimentación inadecuada, e infecciones repetidas (15).

En el contexto local los programas sociales y programas presupuestales se vienen implementando de una manera vertical, considerándolo a la familia como usuario o beneficiario, limitándose su participación solo a la recepción de productos (bienes, servicios) y a seguir orientaciones del personal de salud; es decir la participación entendida como un medio y no como un fin. Si bien la desnutrición infantil se está reduciendo, producto de la implementación de todos los programas antes mencionados, resultan ser muy costosos para el Estado y constituye un riesgo su sostenibilidad, ya que muchos de ellos han sido utilizados como una estratégica partidaria y clientelismo político.

Partiendo del precepto que nadie puede ser responsable del cuidado de la salud si no es la propia familia, es necesario que se proporcione la información necesaria, generar espacios de participación y acceso a la educación, para que, con sus propios recursos, aun cuando estos sean escasos, puedan resolver los problemas de salud.

Por todo lo planteado se formuló el siguiente problema de investigación.

## **1.2. Formulación del problema.**

¿Cuál es el nivel y características de la participación familiar en la práctica de las medidas preventivas y su relación con la desnutrición infantil en las familias rurales del distrito de Chota?

## **1.3. Justificación.**

La desnutrición, afecta a la capacidad intelectual y cognitiva del niño, disminuye su rendimiento escolar y el aprendizaje de habilidades para la vida. Limita, por tanto, la capacidad del niño de convertirse en un adulto que pueda contribuir, a través de su evolución humana y profesional, al progreso de su comunidad y de su país. Cuando la desnutrición se perpetúa de generación en generación, se convierte en un serio obstáculo para el desarrollo y su sostenibilidad (16).

### **1.3.1. Justificación científica.**

Los primeros dos años de vida no sólo corresponden al período de máximo crecimiento del cerebro, sino que al final del primer año de vida, alcanza el 70% del peso del cerebro adulto, constituyendo también, casi el período total de crecimiento de este órgano. El niño con desnutrición grave, presenta un menor diámetro del cráneo, pero también se ha podido comprobar que no sólo se detiene el crecimiento cerebral, sino que además hay una atrofia del cerebro, formándose un espacio que es

ocupado por líquido cefalorraquídeo, como consecuencia de ello, la transluminación es intensa. Con ello se pone en evidencia la atrofia del cerebro en el desnutrido (17).

También el desarrollo del sistema nervioso central está determinado en los primeros 18 meses de vida del Niño. Si durante este tiempo el niño no recibe una adecuada ingesta de nutrientes y estimulación sensorial, se produce una atrofia en el desarrollo neuronal. La deprivación social, afecta al desarrollo cerebral del niño, reflejándose en una disminución de la capacidad intelectual que afectará negativamente en el proceso de aprendizaje (17).

### **1.3.2. Justificación técnica-práctica.**

Los motivos que sustentan la investigación sobre la desnutrición infantil en las familias rurales del distrito de Chota, es por la complejidad que caracteriza al problema, donde ha dejado ser un problema eminentemente de salud; para ser considerado como un problema social, acentuándose en niños que viven en la zona rural quienes son los afectados directos de las inequidades que existen para acceder a servicios de salud, servicios básicos y adecuadas prácticas de alimentación y nutrición.

Existen grandes esfuerzos por parte de las entidades públicas y privadas que vienen realizando intervenciones para generar responsabilidad comunitaria frente al problema, sin tomar en cuenta que la desnutrición infantil es un problema más de familia y que debe abordarse a ese nivel para garantizar intervenciones más efectivas y corresponsabilidad frente al problema. La investigación busca resolver la poca participación de los integrantes de la familia en la implementación de las medidas preventivas para evitar la desnutrición, ya que estas son solo efectuadas por la madre, quien viene asumiendo el rol del cuidado exclusivo de los niños en el hogar.



Los beneficiarios de esta investigación son principalmente las familias de los niños menores de 5 años, la comunidad y las instituciones públicas; permitiéndoles contar con herramientas y estrategias de intervención para elevar el grado de participación de todos los integrantes de la familia en el cuidado de los niños menores de 5 años.

### **1.3.3. Justificación institucional y personal.**

La Universidad como entidad formadora y las instituciones públicas como prestadoras de bienes y servicios a la población, buscan el bienestar y el desarrollo y una manera de alcanzarlo es invirtiendo en la primera infancia; la investigación está incluida dentro de los planes de desarrollo local, Regional y Nacional, constituyéndose en una prioridad resolverlo. En lo personal desde mí egreso de la universidad, orienté mí trabajo a la familia y al problema en estudio por lo que los resultados contribuirán en el conocer la realidad y permitirá adecuar las estrategias de intervención a fin de incrementar la participación de los integrantes de la familia en la implementación de las medidas preventivas contra la desnutrición infantil; de tal forma que se mejorará el nivel de vida de los niños en el ámbito local y regional.

## **1.4. Objetivos.**

### **1.4.1. Objetivo general.**

Analizar la participación de los integrantes de la familia en la práctica de las medidas preventivas contra la desnutrición infantil en las familias rurales del distrito de Chota.

### **1.4.2. Objetivos específicos.**

- Determinar el nivel de participación de los integrantes de la familia en la práctica de las medidas preventivas contra la desnutrición infantil.

- Caracterizar la participación familiar en la práctica de las medidas preventivas contra la desnutrición infantil.
- Determinar el estado nutricional de los niños y niñas menores de 05 años de las familias rurales.
- Establecer la relación de la participación de los integrantes de la familia en la práctica de las medidas preventivas y la desnutrición infantil.
- Elaborar una propuesta para incrementar la participación de los integrantes de la familia en la práctica de las medidas preventivas contra la desnutrición infantil.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### **2.1. Antecedentes de la investigación o marco referencial.**

La Naciones Unidas y el Caribe, luego de realizar un estudio sobre Pobreza infantil en América Latina y el Caribe en el año 2010; concluyen que en la región coexisten problemas de ingesta insuficiente de alimentos y de desequilibrios en la composición de la dieta; expresándose en la falta de micronutrientes como el hierro, yodo, zinc y vitamina A; sin embargo, el problema principal de la mayoría de los países sigue siendo la desnutrición, pese a que la producción regional de bienes e insumos alimentarios triplica las necesidades energéticas de sus habitantes. Asimismo, el bajo nivel educativo de los padres, en especial la baja educación de la madre, a quien se le asigna culturalmente el rol de cuidado dentro del hogar, y la falta de conocimientos sobre salud reproductiva, nutrición y desarrollo infantil inciden en términos negativos en la desnutrición de los hijos. A esto se debe agregar la falta de acceso a los servicios de atención primaria de salud (18).

En la Provincia de Cotopaxi- Ecuador, se realizó un estudio para identificar los factores determinantes y su nivel de influencia en la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años, tanto para el área rural y urbana en el año 2012. Se buscó los factores que influyen en este problema como son: la situación económica en el hogar; etnia del jefe del hogar, educación de la madre, otros factores determinantes como: Edad de la madre, porcentaje de niños menores de cinco años de edad en el hogar, características de los niños y niñas como la edad y sexo así como la atención prenatal y vacunación; los resultados principalmente indican que los factores varían según el área de residencia, por

lo que la implementación de políticas y programas destinados a erradicar este problema se lo debe incorporar tomando en cuenta estas diferencias (19).

En el año 2015, se realizó un estudio en el Centro de salud de Morona Cocha, para determinar los factores maternos (edad, trabajo, nivel educativo, ingresos económicos, espacio intergenésico) asociados al riesgo de desnutrición en niños de 6 a 36 meses atendidos en el consultorio CRED de dicho Centro. Encontraron que existe relación estadísticamente significativa entre el riesgo de desnutrición y las variables trabajo ( $p = 0,001$ ), ingresos económicos ( $p = 0,018$ ) y espacio intergenésico ( $p = 0,038$ ); al mismo tiempo se logró determinar que no existe relación estadísticamente significativa entre el riesgo de desnutrición y las variables edad ( $p = 0,140$ ) y nivel educativo ( $p = 0,071$ ) (20).

Los resultados encontrados en un estudio, que tuvo por objetivo determinar los factores asociados a la desnutrición en niños menores de 5 años del Valle de Palajunoj-Quetzaltenango Guatemala; demostraron que la prevalencia de desnutrición crónica encontrada fue del 92% de niños afectados; los factores asociados a la desnutrición están relacionados con el nivel de escolaridad de la madre con un 52%, los hijos que ocupan el tercer lugar en el hogar son los más afectados con un 36%, debido a los problemas económicos, sociales y culturales. El desconocimiento de las madres acerca del tema de nutrición, el cual es deficiente debido a que la mayoría de ellas son analfabetas y no les permite darle la importancia debida al problema de la desnutrición además desconocen las consecuencias severas que esta condición puede traer consigo para el crecimiento y desarrollo de sus hijos. El factor sociocultural que muchas familias adoptan en la comunidad, hace que muchas veces se tomen actitudes equivocadas adoptando malos hábitos en la alimentación de los niños (21).

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, en el Plan Estratégico Multisectorial Multianual PESEM 2013-2016, refieren, que la división del trabajo y el uso del tiempo en las actividades domésticas se han modificado, con la participación por género en el mercado laboral, la división del trabajo y de responsabilidades que asumen hombres y mujeres que al interior del hogar continúan asumiendo en mayor medida las labores domésticas. Los datos exponen que una mayor proporción de mujeres realizan tareas en el hogar y el promedio de horas semanales que le dedican es significativamente mayor que el tiempo de los varones invertido en estas tareas. Estudio de línea de base realizado por el INABIF – UDIF en 8 asentamientos Humanos del distrito de Ancón como base para la ejecución del proyecto piloto de la estrategia de fortalecimiento familiar “acercándonos”, encontró que el 52% de papas no colabora nunca (10%) o casi nunca (41%) en las tareas del hogar. (22).

En el sector Magllanal-Jaén, se realizó una investigación para determinar los Factores socioculturales del cuidador familiar relacionados con el estado nutricional del niño de 1 a 5 años, concluyendo que los factores socioculturales del cuidador familiar relacionados con el estado nutricional del niño de 1 a 5 años en su mayoría son las madres, adultas jóvenes, de ocupación 'ama· de casa, con educación primaria incompleta, profesan la religión católica, tienen un ingreso económico menor a un sueldo mínimo vital, viven en relación conyugal de convivencia, y creen que el consumo de la betarraga ayuda a prevenir la anemia (23).

En un estudio realizado en Tabasco – México, titulado: “conocimiento, actitud y practica sobre la lactancia materna en mujeres en periodo post en un hospital de tercer nivel”, seleccionaron una muestra constituida por 300 mujeres en periodo posparto, la edad media fue de 23 años, con 9 años de escolaridad y estado civil en unión libre en un 58%. Respecto al nivel de conocimiento sobre lactancia materna el 67,3% fue regular y el 24%

alto. La actitud hacia la lactancia fue favorable en un 67,3% y desfavorable en un 24%. En relación a la práctica, el 89% reportó una lactancia materna exclusiva. El 90,7% practican la lactancia materna debido a que perciben una protección adecuada contra enfermedades (24).

En el Perú, en el estudio. Evaluación de las prácticas de cuidado materno infantil en áreas con pobreza extrema, realizado entre agosto y septiembre de 2012, se seleccionaron 540 hogares que tenían al menos un niño menor de 36 meses (475 hogares) y/o mujer gestante (80 hogares) en áreas rurales de Cajamarca, Amazonas, Huánuco, Ayacucho, Huancavelica, Apurímac, Cusco, Puno y Ucayali, los resultados con relación al último niño menor de 3 años, 64,1% tuvo contacto precoz madre-niño, y 62,8% inició la lactancia materna dentro de la hora de nacido. Además, 89,6% de los niños menores de 6 meses recibía lactancia materna exclusiva, y 89,1% de los niños de 6 a 8 meses ya tenía alimentación complementaria. Llegando a las Conclusiones que la evaluación ha permitido establecer una línea de base sobre la cual se diseñará e implementará una estrategia que posibilite una mejora en las prácticas clave de cuidado materno-infantil en la población objetivo del Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud (25).

La Pontificia Universidad Católica de Lima, realizó el estudio sobre Familia, Roles de Género y Violencia de Género, entre los resultados más importantes se destaca, que las diferencias de género en la realización de tareas domésticas no solo implican tiempos diferentes, sino también tipos de actividades diferenciadas, del mismo modo, al consultar cuál de los cónyuges es quien efectivamente realiza las actividades dentro del hogar, los resultados son bastante similares, pues son las mujeres quienes se encargan y, en segundo lugar, “ambos por igual”. Las tareas como el lavado de la ropa o la preparación de alimentos son realizadas mayoritariamente por las mujeres, en tanto que los hombres se

ocupan de tareas como “pequeñas reparaciones en casa”. Hay un grupo de tareas realizadas predominantemente por mujeres, pero en las que la participación conjunta del hombre y la mujer, registra un ligero aumento: se trata de la limpieza de la casa, hacer las compras y cuidar de los miembros de la familia enfermos (26).

Durante los meses de junio – agosto del 2015 se realizó el estudio sobre el Nivel de Conocimiento sobre Lactancia Materna Exclusiva de las madres adolescentes que asistieron al Hospital Nacional Arzobispo Loayza – Lima, arrojando los siguientes resultados: El 54,32% de las madres adolescentes tenían un nivel de conocimiento regular, el 30,86% un nivel de conocimiento malo y el 14,82 % un nivel de conocimiento bueno. La edad de mayor prevalencia de las madres adolescentes fue de 16 años, con respecto al estado civil el mayor porcentaje 53,1% eran convivientes. En cuanto al grado de instrucción, el 69,1% tenían secundaria incompleta. De otro lado el 61%, eran de procedencia de la costa, y respecto a la ocupación el 61,7% se dedicaban a casa. Concluyendo que el nivel de conocimiento sobre la lactancia materna exclusiva de las madres adolescentes fue regular con un 58% (27).

En el 2009 en el Asentamiento Humano Nueva Unión de Comas, se planteó una investigación con el objetivo de comprender el significado que lo conceden al Componente de Crecimiento y Desarrollo desde la perspectiva de las madres de niños de 1 a 4 años de edad; llegando a la conclusión que el significado que las madres tienen sobre el Componente de Crecimiento y Desarrollo en relación a la salud del niño de 1 a 4 años, estableciéndose que las madres consideran como eje central de la atención de Crecimiento y Desarrollo la aplicación de las vacunas, que es la principal motivación por la que acuden al establecimiento de salud con su niño (28).

La investigación realizada en Medellín, para identificar los motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva en esta ciudad en el año 2011, dio como resultados que el abandono temprano ocurrió principalmente antes de los cuatro meses de edad del niño(a). Los principales motivos estuvieron relacionados con problemas para la producción láctea, rechazo del bebé, actividades u ocupaciones de la madre y el estado de salud. Los alimentos reportados como reemplazo o complementarios a la leche materna, fueron principalmente fórmulas infantiles, llegando a la conclusión que los motivos de abandono temprano han cambiado, porque ahora es clave que la madre tenga el conocimiento necesario para aumentar la producción de leche materna, la orientación por parte de personal entrenado y que le brinden a esta las condiciones laborales que se lo permitan (29).

Los resultados del estudio Factores asociados al cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo del niño menor de un año en establecimientos de salud de Amazonas, Loreto y Pasco. De enero a diciembre de 2012. Indican que Siete factores, están asociados significativamente al cumplimiento de los controles CRED. El factor común, en las tres regiones, fue que se dejó de atender alguna vez al niño; lo que se asoció, de tres a cinco veces, con la chance de no cumplir los controles CRED en Loreto y Pasco, mientras que en Amazonas se presentó un efecto opuesto. Llegando a la conclusión que existen factores relacionados con el cumplimiento del CRED en niños menores de un año que varían según región. Uno de los principales obstáculos identificados son las múltiples funciones que deben desarrollar los profesionales que laboran en CRED, por lo que se pierden oportunidades de atención al niño; en tal sentido debe garantizarse la dotación suficiente de personal e inculcar permanentemente el buen trato que debe brindarse a los pacientes (30).



En Chiclayo se realizó una investigación sobre “Nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva. HRDLM, 2012”. Los resultados muestran que el 48,4% de madres adolescentes presentaron un nivel medio de conocimientos y solo 10,5% nivel alto; sin embargo 70% no mantienen la duración adecuada, 62,9% no posicionan adecuadamente al bebé, 75,8% no muestran adecuada postura y 64,5% no controlan la frecuencia de amamantamiento. Se afirma que la práctica está ligada con el nivel de conocimientos (31).

En un estudio realizado en dos comunidades rurales de lima, con el objetivo de Conocer las estrategias de la madre durante el proceso de alimentación en niños de 6 a 24 meses, cuyos resultados más importantes son las madres multíparas fueron quienes utilizaron palabras afectivas durante la comida. Involucramiento y estrategias para dar de comer se vio caracterizado por la animación al niño a terminar la comida mediante, juegos y cantos que mostraron las madres multíparas con ayuda, algunas veces, de otros integrantes de la familia; sin embargo, no se obtuvo los mismos resultados por parte de las madres primíparas, ellas generalmente se tornaron represivas ante el rechazo de la comida. Concluyendo que las estrategias utilizadas durante el tiempo de comida fueron variadas y parcializadas; predominantemente para las madres multíparas, actuando de una forma más activa y responsiva, sin embargo, las madres primíparas pueden llegar a actuar de una forma autoritaria cuando el menor se ensucia, juega y/o rechaza los alimentos (32).

En el Hospital Regional de Ica se realizó un estudio con el objetivo de determinar las características y creencias maternas relacionadas con el abandono de la lactancia materna exclusiva, los resultados fueron los siguientes: El abandono de la lactancia materna exclusiva se observó en un 28,8 % de madres que tenían 23, 5 años de edad en promedio, mientras que aquellas que no abandonaron la lactancia materna exclusiva tenían un promedio de

edad de 24,8 años. Las creencias inadecuadas: “Dar de lactar es doloroso”, “El biberón es la mejor forma de controlar la alimentación de mi bebé” y “Dar pecho daña mi imagen corporal”, así como la discrepancia de las madres con las afirmaciones “La lactancia materna exclusiva es suficiente para satisfacer el hambre de mi bebé” y “La lactancia materna exclusiva es suficiente para engordar a mi bebé”, se asoció con mayor proporción de abandono de la lactancia materna exclusiva ( $p < 0,05$ ). Concluyendo que las creencias maternas inadecuadas sobre la lactancia materna están ligadas al abandono de la lactancia materna exclusiva (33).

En Costa Rica se realizó un estudio descriptivo transversal sobre el inicio y duración de la lactancia materna en niñas y niños menores de 5 años en una comunidad urbana y una rural, obteniendo los siguientes resultados: La duración promedio de la lactancia materna exclusiva en los niños es de  $4,1 \pm 2,4$  meses. Se observa que la comunidad rural es donde los niños reciben por más tiempo leche materna de forma exclusiva ( $4,4 \pm 2,1$ ) comparado con la comunidad urbana ( $3,9 \pm 2,6$ ). Sin embargo, solo el 42,7% de los niños o niñas llegan a los seis meses alimentados con leche de sus madres, siendo la zona urbana la que presenta una mayor proporción de niñas y niños alimentados de esta forma (43,1%) en comparación con la zona rural (42,2%). En conclusión un porcentaje bajo de niños y niñas llegan a los seis meses de vida alimentados sólo con leche de sus madres, siendo la zona rural la que presenta un mejor patrón en torno a la lactancia materna exclusiva. No obstante, esta diferencia no es estadísticamente significativa (34).

En un estudio realizado sobre los factores que influyen en la demanda de servicios y productos priorizados del Programa Presupuestal Articulado Nutricional en niñas y niños menores de 2 años, atendidos, en el Establecimiento de Salud de la localidad awajún de Chiriaco, distrito de Imaza, provincia de Bagua, concluye que la participación activa y comprometida de las madres es un factor muy importante para el logro de resultados

positivos en el desarrollo y la salud de sus niños pero esta, solo se está realizando plenamente y con autonomía en un 50% dependiendo la participación del 50% restante de la labor permanente de sensibilización y presión social ejercida por el personal de salud y los agentes comunitarios. El nivel educativo, las condiciones familiares y la madurez tienen gran influencia en el comportamiento de la madre. Las madres con comportamientos más proactivos hacia las responsabilidades que requiere el PAN son las de mayor nivel educativo y madurez, participando con mayor conocimiento y responsabilidad en las actividades del PAN (35).

En el distrito de Chinchao – Huanuco, se ejecutó un estudio con el objetivo de conocer la importancia de una buena higiene y alimentación nutritiva en la disminución de la desnutrición crónica infantil en los niños de 0-5 años en la comunidad de Chacamarca, obteniéndose los siguientes resultados: El consumo de agua segura y la práctica de lavado de manos y una buena alimentación a través del consumo de alimentos nutritivos, son aspectos fundamentales que influyen en disminuir y prevenir los altos índices de desnutrición crónica. A través de sus experiencias con el puesto de salud y ONGs, las madres adoptaron nuevos hábitos y estilos de vida con el fin de mejorar la salud de sus niños > 5 años disminuyendo dicho problema en un 2%. El involucramiento de la familia juega un rol importante, ya que parte de ellos mejorar su salud y contar con una calidad de vida como derecho que les corresponde, que permitirá el desarrollo óptimo de sus menores hijos (36).

## **2.2. Marco epistemológico de la investigación.**

La reflexión sobre la familia es antigua, luego de un largo periodo en que primaron especulaciones históricas y filosóficas, así como consideraciones de orden moral y religioso, en la segunda mitad del siglo XIX pensadores provenientes de diferentes

disciplinas reemplazaron la especulación por la investigación, aportando desde el funcionalismo, el interaccionismo simbólico y otras corrientes críticas.

Los antropólogos estudian las costumbres familiares y hacen correlación entre tipos de sociedad y tipos de familia. La antropología evidencia la diversidad de modelos familiares en dos grandes categorías: nuclear y extensa.

El paradigma estructural-funcionalista considera que la familia cumple un papel fundamental para el funcionamiento de la sociedad y la estabilidad de las instituciones. Considera que la progresiva nuclearización de la familia está asociada al proceso de modernización de las sociedades. La organización de este tipo de familia se sustentaría en una clara diferenciación entre los sexos: El hombre debería ser el proveedor económico de la familia por medio de su inserción en el mercado de trabajo, en tanto, que la mujer se encargaría fundamentalmente de los aspectos reproductivos y del cuidado doméstico de hombres, niños y ancianos. Ambos roles se percibían como complementarios. Sin embargo, los estudios realizados desde diversas perspectivas sociales, culturales, psicológicas y de género, mostraron una realidad mucho más enmarañada, tanto en una visión histórica, como en los análisis de la familia actual.

Los estudios se centraron en la nueva organización de la producción industrial - paso de la producción artesanal dentro del hogar con salarios familiares a la producción mercantil realizada en fábricas y con salarios individuales y sus efectos en la producción y la reproducción familiar. La familia monogámica se asociaba funcionalmente con la propiedad privada. Los estudios dieron importancia al análisis histórico de la construcción de las familias con roles diferenciados - productivos (hombres) y reproductivos (mujeres), se examinaba más la relación de la familia con el sistema social que las relaciones dentro de la familia (37).

Los conceptos de participación en salud han evolucionado paralelamente a las transformaciones de las políticas y sistemas de salud. Durante mucho tiempo la participación fue definida fundamentalmente a partir de su vertiente comunitaria, sin considerar su dimensión individual. En la década de los setenta, la participación era considerada como la sensibilización de la población que permite aumentar su receptividad y habilidad para responder a los programas de desarrollo, así como el estímulo de iniciativas locales, la contribución voluntaria de la comunidad a un programa público, sin que ejerza ningún control sobre éste. Posteriormente, se destaca el papel de la comunidad en la formulación, implementación y utilización de los servicios de salud, formulación en la que no se refleja claramente la interacción con el sistema de salud y donde podría esperarse una acción independiente de la comunidad.

Al final de la década de los ochenta, Oakley analiza una serie de definiciones que surgen de la atención primaria de salud, de las cuales se pueden deducir distintas interpretaciones, pero adopta como definición operativa la propuesta por Foranoff: “participación como el proceso activo por el que se establece una relación de colaboración entre el gobierno y la población en la planificación, implementación y utilización de los servicios de salud, con el objetivo de conseguir una mayor autonomía local y control sobre la infraestructura y tecnología de la atención primaria de salud”.

En la práctica, la participación colectiva en salud puede tener lugar de forma más o menos continua, a través de mecanismos establecidos, o de forma esporádica. Los mecanismos que se encuentran comúnmente disponibles son la elección de representantes para los distintos órganos de gobierno (aunque la capacidad de influir de esta manera en las políticas de salud es realmente lejana), comisiones mixtas formadas por representantes de las instituciones de salud y otras fuerzas sociales o a través de organizaciones

comunitarias. En algunas ocasiones la población decide llevar a cabo acciones esporádicas para solicitar transformaciones específicas, acciones como la recogida de firmas, manifestaciones, visitas a las autoridades organizadas colectivamente, etc. Además de la participación colectiva, existen formas individuales de interactuar con los servicios de salud, que han sido especialmente fomentadas desde finales de los ochenta y en la década de los noventa, en el contexto de las reformas basadas en el mercado. Esta participación individual puede expresarse como la utilización de los servicios de salud, la negociación de las pautas terapéuticas por un “consumidor o cliente” informado, la expresión de su opinión de los servicios de salud (sugerencias y reclamaciones), el desarrollo de actividades para los servicios, como limpieza o apoyo a campañas de prevención de enfermedad o promoción de la salud (vacunación, limpiezas de los barrios, etc.) o contribución con recursos monetarios o de otra índole.

Finalmente, algunos autores han tratado de elaborar una definición de participación que englobe todas las posibilidades de interacción con los servicios de salud. Así, Bronfman y Gleizer consideran como participación la incorporación de la población o de sectores de ella, en grados y formas variables, a alguna actividad específica relacionada con la salud (38).

El estudio de la nutrición y de los alimentos deberá analizarse no sólo desde un enfoque clínico-biológico, basado en la epistemología neopositivista, como se han estudiado las ciencias de la salud (valencia, 1999) sino considerar otros enfoques como el multi-causal, que se sustenta en el enfoque sociológico estructural funcionalista y en la teoría de sistemas, derivado del neopositivismo (Knox, 1981), el enfoque histórico social, basado en la epistemología crítica desarrollados por Timio (1980) y Breihl (1989) y el enfoque sociocultural y ecológico, desarrollado por organismos como la Organización de las

Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación (FAO) y grupos ecologistas. Desde la perspectiva de los autores, a continuación se desarrollan conceptualmente los paradigmas mencionados.

- a. **Clínico-biológico:** Define a la nutrición como un fenómeno de ingestión, digestión, absorción y metabolismo de los nutrientes en el organismo humano y a la enfermedad nutricia, como la expresión de desviaciones clínico-biológicas del mismo.
- b. **Multicausal:** Analiza a la nutrición y la alimentación como la expresión de factores ambientales (infraestructura sanitaria básica adecuada o inadecuada), del huésped (nivel educativo, salario) y del agente (que actúa por deficiencia o exceso). El problema de salud-enfermedad nutrimental, es la expresión fenomenológica de la interacción de estos tres factores.
- c. **Histórico-social:** Visualiza a la nutrición dentro de un proceso alimentario nutricional, que tiene determinantes socioculturales, económicas, demográficas y políticas y que se expresan dialécticamente, como fenómenos de salud-enfermedad biopsicosociales, en individuos y colectividades, en las distintas etapas históricas por las que éstos han transitado.

Este enfoque es resultado de la crisis del capitalismo en la década de los setenta, donde surgen organizaciones emergentes de la sociedad civil para buscar explicaciones económico políticas al proceso alimentario nutricional, con visión social.

La causalidad no está en la cuestión biológica o consumo de alimentos, o en problemas del huésped genéticos o psicológicos, es decir la enfermedad es fenómeno de clase social, por lo que el modelo económico social es lo que impacta directamente.

**d. Socio-cultural y ecológico:** En los últimos años, se ha fortalecido este enfoque; surge del efecto negativo de la globalización neoliberal en las diferentes Culturas y su entorno ecológico, etnias y género.

Ante los retos de la destrucción del planeta, cobran importancia los aspectos de bioseguridad; seguridad alimentaria y desarrollo sustentable; etnia, cultura y nutrición; género y aspectos alimentario nutrimentales; el papel de los alimentos transgénicos y su relación con el cáncer; genoma humano y sus vínculos con la nutrición, todo ello para explicar los efectos de las enfermedades crónico degenerativas, a través de este paradigma emergente (39).

### **2.3. Marco doctrinal de las teorías particulares en el campo de la ciencia en la que se ubica el objeto de estudio (Bases teóricas).**

#### **Las teorías de la acción**

Sobre, por qué la gente actúa, hay muy diversas teorías en las Ciencias Sociales; hay igualmente diversos enfoques en la llamada teoría de la acción, y es algo que por años han intentado comprender sociólogos, psicólogos, politólogos. Pudiéramos resumir y decir que hay dos grandes corrientes teóricas: las que dicen que la gente actúa por las circunstancias, por la situación y las que dicen que la gente actúa por sus valores o por sus creencias, (Strmiska, 1979; Boudon, 1975, 1979; Weber, 1969). Las teorías que postulan que la gente actúa por la situación incluyen posturas políticas muy distintas, que van desde el marxismo (Marx, 1971) hasta el neopositivismo contemporáneo (Popper, 1967, 1981). Sostienen que son las circunstancias las que hacen que el hombre actúe de determinada manera, es decir, que alguien reaccionará o escogerá su comportamiento de acuerdo a las circunstancias.



Pero, otras teorías sostienen que lo fundamental son los valores, que la situación tiene poca importancia, que lo más importante es lo que el hombre cree, lo que el individuo piensa, son sus hábitos, sus creencias. Porque si las personas creen en algo o tiene conciencia de algo, actuarán de acuerdo a ello. Y si la explicación del comportamiento se centra entonces en las circunstancias internas del individuo, lo más importante es la educación, porque nada hacemos con cambiar las circunstancias si no cambiamos a las personas.

Desde otra perspectiva uno pudiera decir que para las teorías situacionales lo único importante es el presente, pues son apenas aquellos elementos que intervienen en la situación, tal como está en un momento dado de decisión de la acción, lo que importa. Los aspectos del pasado no son importantes si no se encuentran condicionando objetivamente el presente. Al contrario, para muchas de las teorías culturales, el pasado es muy importante, pues son los elementos cognitivos o valorativos heredados o aprendidos de experiencias pasadas lo que va a dominar las decisiones de comportamiento, y no los hechos objetivos presentes. Estos hechos serán evaluados y considerados, pero vistos a la luz de la cultura heredada del pasado personal y social.

Si uno analiza ambas teorías, las dos resultan tentadoras y convincentes. Por eso hoy en día en las ciencias sociales hay grupos e individualidades intentando, con mucha dificultad, trabajar en una combinación de las dos teorías.

Conocer al ser humano y contar con él tienen derivaciones directas para la teoría de la acción y los programas de salud y de allí surgen preguntas importantes: ¿cómo se hace entonces para conocer al hombre y sus circunstancias manejando dos teorizaciones diferentes?

Cómo saber qué cosas pueden inducir a una persona a actuar y a participar y qué cosas pueden inhibir su actuación de acuerdo a cada teoría? ¿Cómo se cree que la comunidad pueda asumir responsabilidades y actuar? ¿Cómo implementar acciones donde el programa de salud no sea impuesto, sino compartido?

Cuando hablamos de educación para la participación comunitaria en los programas de salud, estamos pensando en la manera cómo es posible utilizar los conocimientos de las teorías de la acción individual y social para lograr un cambio en el comportamiento de los individuos.

La educación es una manera cómo los conocimientos que han derivado de la investigación científica son utilizados y puestos en funcionamiento para que el ser humano actúe o deje de actuar, es decir, participe, de modo tal de contribuir al control de las enfermedades (40).

### **Modelo de creencias de salud**

Una de las teorías más utilizadas en promoción de la salud y que incluye un importante componente cognitivo/perceptivo, es el Modelo de Creencias de Salud (MCS) o Health Belief Model. El MCS fue originalmente desarrollado en los años 50 por un grupo de especialistas en psicología social del departamento de salud pública norteamericano, encabezados por Hochbaum, en su búsqueda por una explicación a la falta de participación pública en programas de detección precoz y prevención de enfermedades. Posteriormente se adapta para tratar de explicar una variedad de conductas, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad, el cumplimiento del paciente con los tratamientos y recomendaciones médicas, la práctica de autoexámenes exploratorios o el uso de tabaco.

En su origen, el MCS se basa en otras clásicas y populares teorías del aprendizaje. En particular, en la conductista, que defiende que todo tipo de comportamiento puede ser reducido a relaciones estímulo-respuesta elementales y justificado por sus inmediatas consecuencias; y en la cognitiva, que justifica el comportamiento como el resultado de procesos mentales en los que el sujeto otorga cierto valor a las consecuencias de su acción y sopesa la probabilidad de que ésta produzca el deseado resultado. Aunque los defensores de ambas teorías consideran que el reforzamiento es un importante factor condicionante del comportamiento, los teóricos cognitivos lo sitúan influenciando las expectativas, o hipótesis, en lugar del comportamiento en sí.

El MCS es una teoría construida en la valoración subjetiva de una determinada expectativa (value expectancy). En términos de salud, el valor será el deseo de evitar la enfermedad o padecimiento, y la expectativa la creencia en que una acción posible de realizar prevendrá o mejorará el proceso. En la actualidad, como resultado de la evolución experimentada por la teoría desde su aparición, se otorga a esa expectativa un sentido más ampliado, lo que facilita la aplicación práctica del MCS en educación de la salud.

Así podemos resumir hoy que la hipótesis del MCS se basa en tres premisas:

- la creencia o percepción de que un determinado problema es importante o suficientemente grave como para tenerlo en consideración,
- la creencia o percepción de que uno es vulnerable a ese problema
- la creencia o percepción de que la acción a tomar producirá un beneficio a un coste personal aceptable.

De acuerdo con el MCS, la concurrencia simultánea de estos tres factores favorece la adopción de determinados patrones de conducta, que serían en nuestro caso conducentes a conservar y mejorar la salud, evitar situaciones de riesgo y prevenir enfermedades. La

aceptación de esta hipótesis implica que es la percepción individual la que determina el comportamiento, y no el ambiente en el que vive y se desarrolla el individuo. Aunque este aspecto es más que discutible y otras teorías sostienen que ni el razonamiento ni el pensamiento son necesarios para explicar el comportamiento, no por ello se debe postergar el MCS por poco razonable o práctico (41).

## **2.4. Marco conceptual**

### **2.4.1. Participación familiar**

#### **2.4.1.1. Definición de familia**

Las familias como institución natural, se entiende en un sentido dinámico: como grupo social conformado por personas unidas por vínculos de consanguinidad, afinidad o adopción, que interactúan en función de su propia organización familiar para la atención de las necesidades básicas, económicas y sociales de sus integrantes. Asimismo, es el primer espacio de transmisión de normas y valores que contribuyen a la formación de las identidades de sus miembros.

#### **2.4.1.2. Funciones de la familia.**

Las familias como instituciones, satisfacen las necesidades de formación, cuidado, seguridad, económica y afecto de sus miembros, siendo un espacio de interrelaciones materiales simbólicas y afectivas donde tiene lugar la socialización primaria de los individuos y el reforzamiento de las normas, valores, significados y motivaciones que fundamentan la convivencia en sociedad, de acuerdo a los patrones culturales en los que está inscrita. En ese sentido la familia, las familias cumplen las siguientes funciones:

**Formadora:** Referida a la educación y el empoderamiento de ciudadanos y ciudadanas orientado hacia su desarrollo pleno.

**Socializadora:** Se trata de la construcción de vínculos primarios y secundarios, la promoción y fortalecimiento de la red de relaciones de cada miembro como persona y de la familia como grupo e institución, y del aprendizaje de las formas de interacción social vigentes y los principios, valores y normas que las regulan, generando un sentido de pertenencia e identidad.

**Cuidado:** Alude a la protección de los derechos de cada miembro de la familia, y el cuidado de estos, con énfasis en aquellos/as más vulnerables.

**Seguridad Económica:** Supone la creación de condiciones materiales que garanticen la satisfacción de las necesidades básicas de nutrición, salud, educación y vestimenta.

**Afectiva:** Basada en la protección, transmisión y reproducción de afectos, emociones y ternura por parte de todos sus miembros, contribuyendo a la consolidación de la autoestima y la realización personal (42).

#### **2.4.1.3. Clasificación de la familia**

Existen varias maneras de clasificar a las familias. Algunas de estas son:

##### **Según su estructura**

- Familia nuclear compuesta por el padre, la madre y los hijos.
- Familia extensa formada por padres, hijos y abuelos.
- Familia ampliada constituida por la familia nuclear más otros familiares consanguíneos o de parentesco legal (tíos, primos, yernos, cuñados, etc.)

### **Según el parentesco**

El parentesco entendido como un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a ésta.

La trascendencia de esta clasificación se identifica fundamentalmente, en la necesidad del médico familiar de identificar características de los integrantes de las familias, que influyan en el proceso de salud-enfermedad y cuya importancia se relacione con las consecuencias propias del parentesco.

### **Según la presencia física y convivencia**

La presencia física en el hogar implica algún grado de convivencia cuya importancia para la práctica de la medicina familiar se identifica con los riesgos de enfermedades infecciosas y transmisibles. La presencia física también está vinculada con la identificación del jefe de familia y la interacción psicosocial de los miembros de las familias.

### **Según sus medios de subsistencia**

La inserción de las familias en los procesos productivos puede propiciar una clasificación basada en los medios que son origen esencial de su subsistencia. De esta manera, se identifican familias que dependen de los recursos que se generan en las áreas:

- Agropecuaria.
- Industrial.
- Comercial.
- Servicios.

### **Según su demografía:**

**Familia urbana:** Con las características socioeconómicas y culturales de una ciudad pequeña, mediana o grande y los servicios urbanos y domésticos que esto implica: energía eléctrica, agua entubada, drenaje, transporte, escuelas, diversiones, etc.

**Familia rural:** Con las características socioeconómicas y culturales de las comunidades rurales: dedicadas a la agricultura y la ganadería como medio principal de subsistencia; pocos recursos económicos, educacionales y tecnológicos; acceso limitado a los grandes centros urbanos; patrones tradicionales de organización familiar.

**Familia suburbana:** Con características del medio rural en cuanto a su organización y sus costumbres domésticas pero injertados en el medio urbano, generalmente en colonias periféricas y con carencia de servicios públicos, compuestas en su mayoría por familias que emigran del campo a la ciudad y que paulatinamente van cambiando sus patrones culturales, sobre todo en las generaciones jóvenes.

#### **2.4.1.4. Tipos de familia**

**Nuclear** Constituida por ambos padres y los hijos.

**Extendida** Constituida por ambos padres y los hijos, además de parientes en la tercera generación.

**Ampliada** Constituida por ambos padres y los hijos, además de parientes como tíos, sobrinos, cuñados, primos, etc.

**Monoparental** Formada por el padre o la madre y los hijos.

**Reconstituida** Constituida por uno de los padres, su nueva pareja y los hijos.

#### **2.4.1.5. Etapas del ciclo evolutivo de la familia**

**Familia en Formación:** Primera etapa del ciclo vital familiar según el MAIS-BFC, que inicia con el noviazgo o inicio de una relación y termina con el nacimiento del primer hijo.

**Familia en Expansión:** Segunda etapa del ciclo vital familiar según el MAIS-BFC, que inicia con el nacimiento del primer hijo y termina con la salida del primer hijo.

**Familia en Dispersión:** tercera etapa del ciclo vital familiar según el MAIS-BFC, que inicia con la salida del primer hijo y termina con la salida del último hijo.

**Familia en Contracción:** cuarta y última etapa del ciclo vital familiar según el MAIS-BFC, que inicia con la salida del último hijo hasta la muerte de los cónyuges.

#### **2.4.1.6. Definición de participación de la familia**

Es un proceso de aprendizaje continuo de reunir información, encontrar recursos y conocer acerca de las opciones. Una invitación para participar es un lugar de comienzo para la participación familiar, lo más importante es que las familias necesitan estar informadas para ser capaces de estar involucradas como miembros iguales en una actividad. Las familias se involucran en el “mayor caso” conforme asisten a los entrenamientos, reúnen información y hacen conexiones. La participación familiar es de tiempo, aprendizaje y participación continua.

La participación familiar es mucho más que una recolección de firmas en una hoja de firmas. Con solo decir “tuvimos familias involucradas en este



proceso” no es una medida válida de calidad de la participación familiar. Los padres son solo fichas cuando llenan los asientos en la multitud sin saber porque están ahí o no tienen la oportunidad de expresar sus ideas. La participación significativa valora a todos los interesados y mejora los resultados para nuestros hijos y para los jóvenes adultos.

A medida que las comunidades avanzan para alentar la participación familiar y promover el liderazgo familiar, nosotros necesitaremos aprender a escuchar y esperar oportunidades para conseguir que las familias se involucren. Sobre todo, no debemos juzgar a otros. Debemos darles a las familias las herramientas que necesitan. Debemos tener altas expectativas y creer que se van a involucrar cuando sea el tiempo correcto. Necesitamos estar alertas para cuando ese tiempo llegue. La única manera de saber cuándo están listas las familias para involucrarse, es estando en contacto y proporcionando un rango de oportunidades para participar.

#### **2.4.1.7. Claves para Fomentar la Participación Familiar**

**Escuchar** Debemos aprender a escuchar para los intereses y recursos de las familias y su habilidad para comprometer el tiempo.

**Continuar** Sólo toma un minuto el mantenerse en contacto con alguien. Puede ser una llamada telefónica, una nota o correo electrónico que le permite a esa persona saber que estás pensando en ellos. Ésta es la llave para desarrollar relaciones. Una continuación planeada ofrece consistencia y demuestra que te importa. También mantiene a todos en la trayectoria e involucrados.

**Urgencia.** Debemos esforzarnos para ayudar a familias a mantener el sentido de la urgencia. El tiempo es la esencia. Es muy preciado como para darlo por hecho. Esperar hasta mañana no termina el trabajo.

**Pasión.** Si somos apasionados y enérgicos en nuestro compromiso de la participación familiar, entonces esto vendrá en nuestro mensaje. La pasión es contagiosa.

**Mantenerse en Contacto.** Si alguien se compromete a un tipo de participación, debemos estar dispuestos a tomarles la oferta o ellos encontrarán otro lugar en el cual gastar su tiempo. Una lista de voluntarios no tiene valor si aquellos en la lista nunca son contactados.

**Desarrollar Listas de Contactos.** Necesitamos listas comprensivas para que tengamos la habilidad para hacer la conexión correcta. Conforme las conexiones de la participación familiar crezcan, comenzarán a salir a la superficie las categorías de interés que pueden ser útiles en desarrollar grupos de acción basados en áreas o asuntos específicos de enfoque.

**Utilice Listas de Teléfonos.** Nosotros podemos conectar a una persona con otra por el lugar y/o intereses similares. Es una de las formas más rápidas para darse a conocer.

**Enlazar a Familias a través del Correo Electrónico.** Si las familias tienen servicio de Internet, el correo electrónico es una forma de mantener conectadas a las personas que piensan similarmente y una manera rápida de darse a conocer (43).

#### **2.4.1.8. Tipos de participación familiar**

**Activa.** Se colabora en las labores del hogar, en la aportación económica, etc.

**Consultiva.** Se toman en cuenta las ideas y las opiniones en los asuntos de interés común, o en los de interés particular pero que pueden afectar a algún otro miembro de la familia. Pongamos un caso: si un hijo hace algo mal, lo reconoce y entiende que merece ser castigado, se le puede preguntar: ¿Qué puedes hacer para cambiar esa actitud, para reparar el daño?

**Decisoria.** Se participa en la toma de decisiones. En las organizaciones japonesas se da mucha importancia a la toma de decisiones (teoría Z). En virtud de un proceso colectivo los documentos pasan de un directivo a otro a fin de obtener la aprobación de todos (44).

#### **2.4.1.9. Género y familia**

Los estudios de género, desde una visión crítica, destacan las asimetrías internas de poder, recursos y capacidad de negociación entre los distintos miembros de la familia. El mayor poder se asocia con la persona (habitualmente el jefe de hogar) que genera o debiera generar – según los mandatos culturales- los ingresos monetarios de la familia.

Identifica a la familia patriarcal del siglo XX como responsable de la nítida diferenciación entre lo público y lo privado y la división del trabajo por sexos. Al hombre le corresponde constituir una familia a partir de relaciones estructuradas marcadas de autoridad y afecto con la mujer y los hijos, mientras domina el espacio público que le permita proveer, proteger y guiar a la familia. La mujer por su parte, debe complementar al marido/padre y colaborar con él.

En varios países latinoamericanos, la normativa legal existente se ajusta a este modelo tradicional de familia. Por otro lado, se subraya que la distribución de recursos, poder y tiempo influyen en la diferente participación de las mujeres: En el mercado de trabajo, en la esfera política y pública. Esta desigualdad entre miembros de la familia con grados de poder desiguales están dados por el sexo y la edad, mostrando permanencia en las desigualdades de género. (45).

#### **2.4.1.10. Familia Rural y ruralidad.**

La ruralidad, según el discurso de los documentos institucionales analizados, rebasa claramente el marco de “lo agrario”. Para la CEE, la “noción” de espacio rural implica no sólo una simple delimitación geográfica, sino que se refiere a todo un tejido económico y social que comprende un conjunto de actividades muy diversas: Agricultura, artesanía, pequeña y mediana industria, comercio y servicios.

Para la OCDE, la palabra rural se refiere a territorios con débil densidad de población y con una actividad económica diversa, relativamente independiente de la influencia directa de las zonas metropolitanas. Comprende las tres cuartas partes del territorio y más de la mitad de la población de los países miembros de esta organización» (OCDE 1999) (46).

Las actividades rurales fuera de la granja se han tornado cada vez más importantes en términos de empleos e ingresos para los habitantes rurales de Latinoamérica. Mientras que a comienzos de la década de 1980 menos de un cuarto de la población rural se ocupaba en actividades fuera de la granja (Klein, 1993), para fines de la década de 1990 esto se había

incrementado a dos quintas partes, dedicados principalmente al sector de servicios como el comercio, el turismo rural, los servicios de transporte y personales (Haggblade et al., 2002; Köbrich y Sirven, 2007). La participación de las mujeres se hizo evidente al conformar ellas la mitad de los empleados para estas actividades (Reardon et al., 2001: 400; Dirven, 2004: 54-55). Si a comienzos de la década de 1980 el ingreso rural por actividades no agrícolas constituía más de un cuarto del ingreso rural total, para fines de la década de 1990 esta cifra había aumentado a casi el doble (Berdegué et al., 2000: 2).

Aunque algunos autores definen este proceso como la desagrarización del campo (Bryceson, 2000; Escalante et al., 2007), otros más recientemente hablan del surgimiento de las familias rurales pos agrícolas.

Los pocos empleos fijos disponibles tienden a ser ocupados por hombres ya que los puestos de supervisión son más importantes y mejor pagados. No obstante, muchas mujeres valoran su creciente participación en el mercado laboral, ya que les ofrece una oportunidad de negociar una mejor relación con sus parejas o con sus padres, y reduce el dominio patriarcal en el hogar, además de procurarles mayor independencia.

A pesar de todo, la violencia hacia las mujeres se ha incrementado en algunos contextos, cuando los hombres reaccionan negativamente al menoscabo de su autoridad patriarcal. Sin embargo, la creciente incorporación de las mujeres al mercado laboral con frecuencia ha aumentado su carga de trabajo debido a que los hombres no han querido asumir una mayor responsabilidad en las labores domésticas (Deere, 2006). Adicionalmente, muchas mujeres participan en las actividades agrícolas de

la granja familiar como parte de su trabajo doméstico. Esto ha afectado principalmente a las mujeres mayores, cuyas parejas han migrado en busca de trabajo asalariado (Lastarria-Cornhiel, 2006).

En resumen, la globalización neoliberal ha empeorado las condiciones de trabajo y ha provocado que las mujeres se integren al mercado laboral rural. Las mujeres se han convertido en un elemento clave del auge de las exportaciones agrícolas no tradicionales y son ahora más visibles en la sociedad ya que ocupan una posición central en uno de los sectores de exportación más dinámicos del país (47).

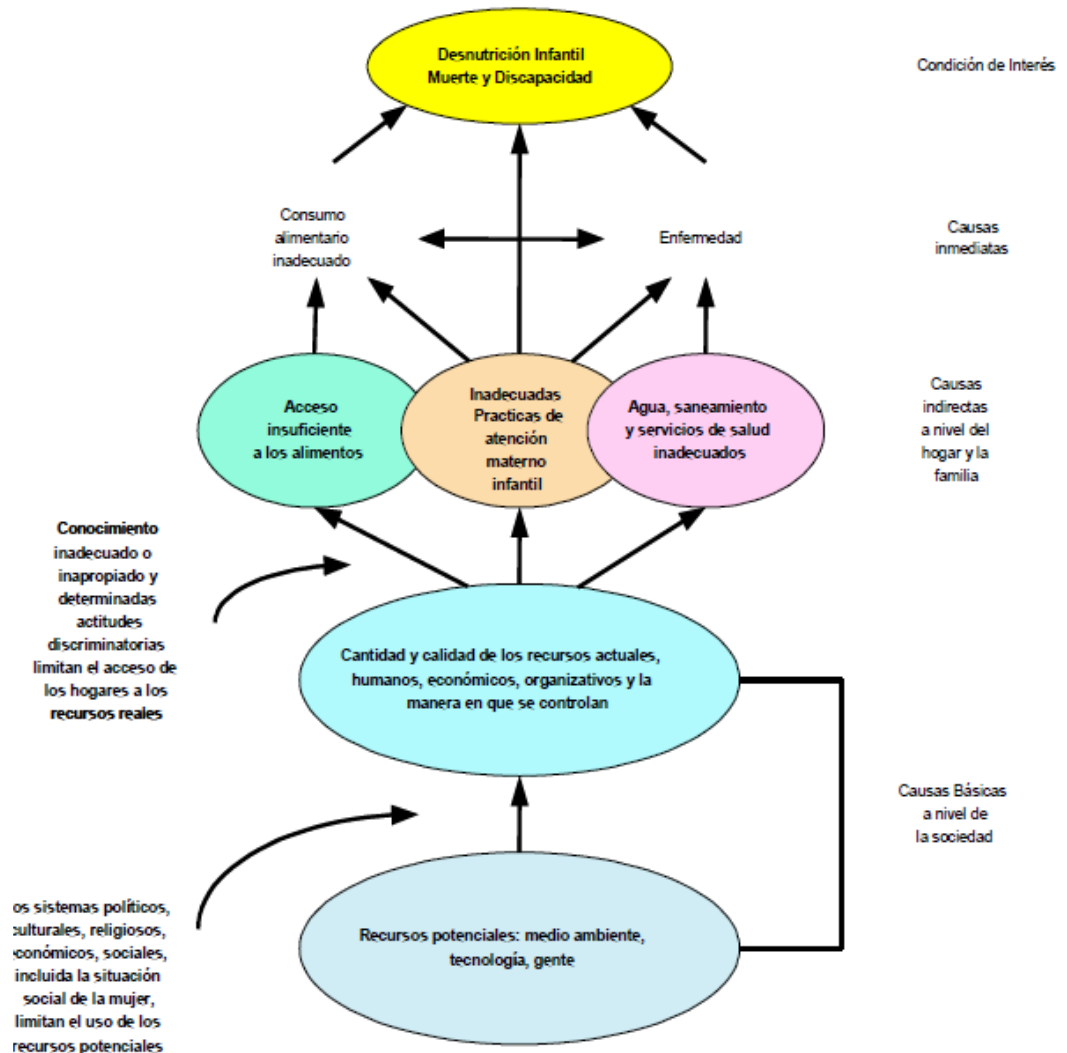
## **2.4.2. Prevención de la desnutrición.**

### **2.4.2.1. Definición de la desnutrición infantil.**

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”). Es difícil determinar exactamente el estado nutricional de una persona, y más aún de una población. Se trata de un concepto global que solo se puede captar a través de una serie de características clínicas, físicas o funcionales, que constituyen otros tantos indicadores potenciales si se les atribuye un valor umbral que permita separar a las personas malnutridas de las que no lo están (48).

### 2.4.2.2. Causas de la desnutrición

Para la condición de interés “Desnutrición Infantil” se ha realizado una revisión de los modelos conceptuales y se ha seleccionado el siguiente modelo causal:



Fuente: UNICEF 1997

Las causas directas agrupadas bajo el rótulo de “enfermedad”, de la condición de interés “Desnutrición Infantil en el Perú”, serían:

- Enfermedad diarreica aguda de origen viral o bacteriano (EDA) antes de los 24 meses de edad.

- Infección respiratoria aguda (IRA) de origen viral o bacteriano antes de los 24 meses de edad; entre otros. Esta desagregación responde al análisis realizado de la ENAHO 2004, en donde la mayor morbilidad por EDA y IRA, que experimentan los niños menores de 6 meses de edad, conllevan a la pérdida de hierro y zinc; ambos, micronutrientes esenciales para el desarrollo y la maduración del menor de 24 meses.

Cabe señalar, que en el caso de otro país o región, probablemente estas enfermedades no sean relevantes y si otras, como la malaria en algunos países de África o Asia, o en algunas regiones del Perú como Loreto. En estos casos podría considerarse otra causa directa como la malaria antes de los 24 meses de edad.

De esta forma, se evidencia, que la adaptación del modelo conceptual dependerá de las características del ámbito de intervención del Programa Presupuestal.

Al adaptarse el modelo conceptual seleccionado, mediante la inclusión de características particulares del país, región, o localidad; se genera el modelo conceptual específico para la región, país o localidad. Dicha adaptación se hace bajo los criterios de: condiciones geográficas, características culturales, población (cantidad y heterogeneidad), entre otros.

#### **A. Causas Directas de la Desnutrición:**

- **Incidencia de Bajo Peso al Nacer** La desnutrición materna está asociada a un incremento en el riesgo de parto pre-término y de recién nacido con bajo peso de nacimiento.



- **Ingesta inadecuada e insuficiente de nutrientes en niños menores de 24 meses.**
- **Morbilidad por infecciones en niños menores de 24 meses de edad.**

#### **B. Causas Indirectas de la Desnutrición**

- **Inadecuadas prácticas de cuidado infantil e higiene** Las inadecuadas prácticas de cuidado infantil e higiene están relacionadas con incremento en el riesgo de infecciones diarreicas en niños.

#### **2.4.2.3. Factores Causales de la desnutrición infantil.**

- Factores causales directos:** Dentro de las causas inmediatas relacionadas con su desarrollo figura la ingesta inadecuada de nutrientes y las enfermedades de tipo infeccioso, especialmente las enfermedades respiratorias y gastrointestinales.

La interacción de una dieta deficiente, ya sea en cantidad y/o calidad, con las infecciones es el factor inmediato que limita la disponibilidad de nutrientes a nivel celular e interfiere con el crecimiento lineal (Black et al, 2008, Martorell et al., 1975).

Los niños desnutridos. En el caso específico de las enfermedades diarreicas, los trastornos en el crecimiento suelen deberse principalmente a la mala absorción de nutrientes durante y después del episodio de diarrea, mientras que en el caso de las enfermedades respiratorias y febriles se relacionan principalmente con un aumento de la demanda metabólica y la disminución de la ingesta de alimentos. Un estudio reciente plantea mecanismos más complejos de interacción entre estas enfermedades y el retraso de crecimiento, estableciendo que

los episodios frecuentes de diarrea pueden predisponer a neumonía en niños desnutridos y que la desnutrición puede originar una disminución de la eficacia de la vacunación contra rotavirus. La mejora del nivel educativo general de las mujeres y el empoderamiento social, la promoción de una adecuada alimentación y de la lactancia materna durante la enfermedad, y la vacunación contra rotavirus y *Streptococcus pneumoniae* reúnen una amplia evidencia de impacto favorable sobre el crecimiento infantil.

El peso al nacer es el reflejo de la experiencia intrauterina del nuevo ser y viene a constituirse en un buen indicador del estado de salud y nutrición de la madre. Como resultado de esta experiencia que se inicia en la concepción y llega a su máxima expresión al tercer año de vida, se espera que los diferentes procesos de formación de los órganos y tejidos, la sangre, el cerebro y los huesos del niño así como su potencial intelectual y físico concluyan satisfactoriamente.

Estos recién nacidos con bajo peso al nacer tienen un riesgo alto de mortalidad, morbilidad, crecimiento deficiente, pobre desarrollo cognitivo y psicomotor como resultados inmediatos y al llegar a ser adultos tienen la mayor susceptibilidad a la diabetes tipo 2, la hipertensión y las enfermedades coronarias.

Son muchos los factores que determinaran que el niño concluya su desarrollo infantil favorablemente; el haber nacido con bajo peso al nacer, la baja prevalencia de lactancia materna, la carencia de afecto, el bajo nivel de educación parenteral, el inadecuado saneamiento

ambiental, la inseguridad alimentaria, las infecciones nos llevarán al déficit en la dieta de micronutrientes, déficit de peso para la talla, retraso en talla para la edad. Alterándose a su vez los procesos a corto plazo en el desarrollo del cerebro, crecimiento (masa muscular, composición corporal) que está relacionada con la programación metabólica de la glucosa, lípidos, hormonas proteínicas/receptor/gen que influirán a largo plazo en el rendimiento cognoscitivo, educacional, capacidad laboral, inmunidad ante enfermedades y mayor prevalencia de diabetes, obesidad, enfermedades cardiovasculares y cáncer.

En un estudio realizado por Coronel y Rivera en México encontraron que las diarreas y las infecciones respiratorias fueron significativamente mayores en el grupo de bajo peso al nacer así como la desnutrición y la anemia al finalizar el primer año de vida.

**b. Los factores causales indirectos** (o factores explicativos indirectos), son aquellos que tienen una relación indirecta con la condición de interés, pero sí una incidencia directa sobre el factor causal directo. Es decir, que su ocurrencia, incide directamente en la magnitud y severidad del factor causal directo.

En el caso de la incidencia de diarrea, por ejemplo, hay evidencia que muestra que algunos de los factores asociados a ella son la lactancia exclusiva y el lavado de las manos.

Las enfermedades infecciosas, especialmente diarreicas y respiratorias, durante la infancia representan condiciones importantes que afectan el crecimiento. Los mecanismos implicados tienden a generar un círculo vicioso, relacionándose principalmente con un aumento de los requerimientos nutricionales no cubiertos durante los episodios de enfermedad y una mayor predisposición a eventos recurrentes y especialmente graves en la desnutrición infantil crónica puede producirse en las distintas etapas de la vida del niño o niña: etapa fetal, en los seis primeros meses, en el periodo de seis a dieciocho meses o después (49).

Está suficientemente demostrado que la desnutrición infantil crónica se puede instalar desde la etapa intrauterina. Las personas que tuvieron retardo de crecimiento intrauterino (así como durante la infancia) se mantienen biológicamente diferentes a través del resto de sus vidas; si además tales personas en la edad adulta tienen baja posición socioeconómica, su riesgo de contraer enfermedades coronarias es de 2,58 veces mayor. Un incremento de 1000 gramos en el peso al nacer, luego de eliminar posibles artefactos metodológicos y sesgos, se asocia proporcionalmente con una reducción del riesgo de infarto de miocardio en 0,77 (0,67- 0,9) veces. Por otro lado, el bajo peso al nacer se asocia con mayor riesgo de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, diabetes y músculo-esqueléticas; en general, un incremento en una desviación estándar del peso al nacer se asocia con un menor riesgo de morir por cualquier causa después de los 75 años a razón de 0,86 por ciento, tanto para hombres como para mujeres. Por

cada 1000 gramos menos de peso al nacer, las mujeres tienen 1,25 veces mayor riesgo de mortalidad en la adultez por cualquier causa.

La desnutrición infantil crónica puede producirse también en los seis primeros meses de vida aunque no es muy común debido a la alta frecuencia de la lactancia materna, exclusiva o no. La lactancia materna exclusiva por al menos seis meses y la lactancia parcial hasta el año de edad reducen la prevalencia y subsecuente morbilidad por infección respiratoria en la infancia: quienes dejaron la lactancia antes de los seis meses de edad tienen dos veces más riesgo de infección respiratoria aguda. La lactancia materna exclusiva hasta los seis meses se asocia con el riesgo de infección respiratoria; el efecto protector fue de OR = 0,5 (50 por ciento menos de probabilidad) contra la infección adquirida en la comunidad. Finalmente, la lactancia materna exclusiva reduce el riesgo de muerte por infección respiratoria aguda - IRA o enfermedad diarreica aguda - EDA en los primeros meses de vida; aquellos que no la recibieron, en comparación con los que la recibieron, tienen 2,4 y 3,9 veces mayor riesgo de morir por IRA o EDA respectivamente.

No obstante que la desnutrición infantil crónica puede iniciarse en la etapa intrauterina o en los seis primeros meses de vida, es más frecuente que se inicie en el periodo de seis a dieciocho meses. Esta es la razón fundamental por la que invertir en entrega de alimentos durante la etapa preescolar o escolar no tendría ningún impacto. En esta etapa (seis a dieciocho meses de edad) se producen dos fenómenos fisiológicos que explican el origen de la desnutrición infantil crónica:

cambio en los patrones de alimentación y en la protección inmunológica del niño. En los seis primeros de vida, la lactancia materna provee los suficientes nutrientes y defensas al niño (por esta razón hay poca desnutrición en estas edades). Sin embargo, cuando el niño crece, la leche materna no es suficiente, por lo que se inicia el consumo de otros tipos de alimentos, lo que determina que el niño empieza a depender de sí mismo para su nutrición y para la generación de sus propias defensas inmunológicas. Estos dos fenómenos fisiológicos son los que explican las causas de la desnutrición infantil crónica. Los factores determinantes de la nutrición infantil han sido investigados extensamente y fueron consolidados por Jonsson en 1993. Este modelo reconoce que la nutrición infantil es el resultado de factores directamente relacionados con la ingesta de alimentos y la salud del individuo. El modelo propone que, para lograr y mantener el bienestar nutricional en los niños y niñas, es preciso actuar en torno a los siguientes campos:

- Acceso a alimentos.
- Adecuadas prácticas de cuidado materno infantil.
- Adecuados servicios de salud, abastecimiento de agua segura y saneamiento ambiental.

Aplicando un enfoque de derechos, se puede expresar este esquema conceptual desde el punto de vista del niño. Según esta visión, solo será posible que un niño esté bien nutrido cuando esté bien alimentado y tenga buena salud; ello, a su vez, dependerá de que el niño esté bien atendido en su casa, en su comunidad, y que sus padres sepan preparar

sus alimentos con calidad nutritiva e higiene. Queda claro que se alcanzará el estado nutricional apreciado cuando consigamos al mismo tiempo los resultados parciales; si fallara alguno (por ejemplo, la vivienda no cuenta con adecuado saneamiento básico) podría aumentar el riesgo de la presencia de desnutrición y todas sus demás consecuencias (50).

Principales factores que se asocian al apareamiento de la desnutrición como problema de Salud Pública se pueden agrupar en: medioambientales (por causas naturales o entrópicas), socioculturales-económicos (asociados a los problemas de pobreza e inequidad) y los político institucionales, los que en conjunto aumentan o disminuyen las vulnerabilidades bio-médicas y productivas, y a través de estas condicionan la cantidad, calidad y capacidad de absorción de la ingesta alimentaría que determinan la desnutrición.

Cada uno de estos factores aporta en aumentar o disminuir la probabilidad de que una persona padezca desnutrición. Así, el peso de cada uno depende de la fase de la transición demográfica y epidemiológica en que está cada país y la etapa del ciclo de vida en que se encuentran las personas, definiendo, en conjunto, la intensidad de la vulnerabilidad resultante.

Los factores medioambientales definen el entorno en que vive un sujeto y su familia, incluyendo los riesgos propios del medio ambiente natural y sus ciclos (como las inundaciones, sequías, heladas, terremotos y otros) y los producidos por el mismo ser humano (como

la contaminación de las aguas, el aire y los alimentos, expansión de la frontera agrícola, etc.) (51).

Los factores político-institucionales incluyen a las políticas y programas gubernamentales orientados en forma específica a resolver los problemas alimentario-nutricionales de la población.

Entre los factores productivos se incluyen aquellos directamente asociados con la producción de alimentos y el acceso que la población en riesgo tenga a ellos. La disponibilidad y autonomía en el suministro energético de alimentos de cada país dependen de las características de los procesos productivos, del nivel de aprovechamiento que éstos hagan de los recursos naturales y del grado en que dichos procesos mitigan o aumentan los riesgos medioambientales.

Finalmente, los factores bio-médicos consideran a aquellos que residen en el plano de la susceptibilidad individual a adquirir desnutrición, en la medida que la insuficiencia de ciertos elementos limita la capacidad de utilización biológica de los alimentos que consume (independientemente de su cantidad y calidad).

#### **2.4.2.4.Principales factores de la vulnerabilidad alimentaria-nutricional**

La vulnerabilidad alimentaria refleja "la probabilidad de que se produzca una disminución aguda del acceso a alimentos, o a su consumo, en relación con un valor crítico que define niveles mínimos de bienestar humano". La vulnerabilidad nutricional, por su parte, se relaciona con el



aprovechamiento biológico de los alimentos, condicionado a su vez por factores ligados a la calidad de la dieta y al estado de salud individual, entre otros aspectos.

Entonces, la población más vulnerable es aquella que, por una parte, enfrenta un mayor riesgo y, por otra, presenta una menor capacidad de respuesta frente a dicho riesgo.

En esta perspectiva, la vulnerabilidad debe analizarse en función de dos dimensiones que interactúan: una atribuible a las condiciones que presenta el entorno (natural, social y económico) y otra relativa a la capacidad y voluntad (individual y colectiva) de contrarrestarlas (52).

**a) Factores medioambientales**

La información disponible permite sostener que aproximadamente la mitad de los problemas nutricionales ocurren en hogares de zonas rurales localizados en ambientes muy expuestos a riesgos ambientales. Las cifras más altas de desnutrición y mortalidad infantil se observan en países donde la agricultura a menudo es afectada por desastres naturales. Los frecuentes embates de huracanes, sequías, terremotos y heladas generan riesgos "directos", que obstaculizan el acceso a bienes alimentarios, e "indirectos", debido a los problemas económicos y sociales derivados de estos eventos. Por otra parte, el hogar en que habitan niños desnutridos frecuentemente no dispone de instalaciones adecuadas de agua potable y saneamiento básico, lo que incrementa el riesgo de contraer enfermedades infecciosas, principalmente diarreas y parásitos, creándose un círculo vicioso en que el elemento ambiental es un agente activo en el desarrollo de la desnutrición.

En el caso de los países andinos, por ejemplo, la prevalencia de desnutrición global en hogares con agua proveniente de fuentes inseguras (río, lago o pozo) duplica la de aquellos que tienen acceso a "agua de cañería": 11% a 15% entre los primeros y 6% entre los segundos.

#### **b) Factores sociales, culturales y económicos**

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

- El bajo nivel de ingresos limita el acceso a los alimentos, en cantidad o calidad necesarias, o en ambas.
- La falta de acceso a la tierra afecta a la capacidad de acceso al crédito y otros recursos, lo que repercute en los ingresos económicos.
- La sustitución de cultivos tradicionales por cultivos comerciales más rentables tiende a aumentar la vulnerabilidad nutricional y reducir el acceso a alimentos en tiempos de caída de precios o crisis económicas.
- El bajo nivel educativo parental en especial de la madre y la falta de conocimientos sobre salud reproductiva, nutrición y desarrollo infantil inciden negativamente en la desnutrición de los hijos. En países andinos, por ejemplo, la prevalencia de desnutrición global es inferior en 30% a 40% entre los niños con madres que cursaron educación primaria, en comparación con niños de madres que no completaron dicho ciclo.

- La falta de acceso y la deficiente calidad de los servicios de atención primaria de salud y de intervenciones específicas en salud y nutrición, representan otro obstáculo considerable.
- La condición de pobreza extrema, discriminación y aislamiento geográfico de los pueblos indígenas son factores relacionados con la alta prevalencia de desnutrición en dichas poblaciones. En el caso de los países con una considerable presencia indígena, por ejemplo, la desnutrición es superior hasta un 140% entre niños pertenecientes a hogares indígenas.
- La pérdida de capital social y la desarticulación de las redes de apoyo de los más pobres, como consecuencia de procesos migratorios y conflictos sociales, limitan la capacidad de respuesta colectiva ante desastres naturales o económicos que dificultan su acceso a los alimentos (53).

**c) Factores biológicos**

Entre los factores biomédicos más importantes se destacan:

Un deficiente estado nutricional materno como consecuencia de una mala nutrición previa- aumenta los riesgos de desnutrición intrauterina y bajo peso al nacer.

La ausencia o insuficiencia de lactancia materna exclusiva (seis meses) expone al niño o niña a ingerir alimentos que no satisfacen los requerimientos nutricionales de esa etapa de desarrollo y sin suficiente control de higiene.

La limitada disponibilidad de alimentos complementarios a la leche materna a partir del sexto mes de vida impide proveer los macro y micronutrientes necesarios para el desarrollo infantil normal en esta etapa de máximo crecimiento y desarrollo.

#### **2.4.2.5. Evaluación del Estado Nutricional**

La evaluación del estado nutricional constituye una actividad prioritaria en la atención de salud del niño y niña. Permite guiar acciones educativas de salud, así como políticas, programas e intervenciones y de ser necesario modificarlas con miras a una correcta atención de salud y/o utilización efectiva de los recursos.

El estado nutricional es el resultado del balance entre la disponibilidad de los alimentos y la utilización de nutrientes por el organismo, el desequilibrio de esta puede causar una mala nutrición; la misma que en intensidad y duración afectará el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño (54).

Para la evaluación del estado nutricional puede utilizarse los métodos directos o indirectos: Los métodos indirectos como el uso de indicadores socio-económicos, de disponibilidad y consumo de alimentos, tasa de mortalidad infantil etc. Estos métodos generalmente requieren de personal especializado, de tiempo y representatividad de muestras. En los métodos directos se encuentran las medidas antropométricas, los indicadores bioquímicos y la evaluación clínica. Los indicadores bioquímicos son utilizados para medir deficiencias específicas de nutrientes, se realizan en muestras y son costosos. Los métodos clínicos son útiles cuando se ha

manifestado la enfermedad. Mientras tanto los estudios antropométricos comúnmente son utilizados en los servicios de salud y comunidad, fáciles de obtener, de muy bajo costo útiles.

#### **2.4.2.6. Método antropométrico**

Es el método directo que nos permite evaluar el estado nutricional en forma rápida, sencilla, de fácil interpretación, bajo costo, exacta, culturalmente aceptada y pueden participar los miembros de la comunidad en diferentes edades, grados de salud y nutrición.

Las medidas antropométricas usadas para determinar el estado nutricional son el perímetro cefálico, braquial, pliegue tricipital y subescapular, el peso, la talla. Los valores de estas medidas por sí solos no tiene significado pero cuando se relacionan entre sí y con la edad, generan los siguientes indicadores: Peso para la Edad (P/E), Talla para la Edad (T/E) y Peso para la Talla (P/E).

Las medidas, son valores cuantitativos, los más utilizados son la edad, el peso y la talla; el índice es la combinación de las medidas, ejemplo: Peso/edad y el indicador, es una categoría específica del valor del índice (55).

#### **A. Valoración y Clasificación del Estado Nutricional según indicadores Peso/Edad, Talla/Edad y Peso/Talla**

- **Indicador Peso/Edad**

Se registra y grafica en el carné de CRED del niño, es útil y sencillo.

Este indicador es sensible para detectar cambios en el peso del niño que está siendo atendido en forma continua.

Curva ascendente, indica que el niño tiene ganancia de peso. La curva plana o descendente, indica que está desnutrido o tiene riesgo de desnutrición (aun cuando está en verde).

El déficit de peso para la edad, también denominado desnutrición global, es una combinación de los dos posteriores (P/T, T/E). Se considera no recomendable su uso como único método de evaluación, ya que niños con déficit en talla pueden ser calificados como normales por contar con masa corporal que les permite alcanzar el peso esperado para su edad.

**Ventajas:**

Es fácil de medir con escaso margen de error.

Es muy sensible para detectar cambios nutricionales en el seguimiento longitudinal de los niños siempre que se cuente con un número adecuado de controles. Es un indicador básico para realizar el seguimiento del niño.

**Desventajas:**

No permite diferenciar desnutrición aguda (adelgazamiento) de retardo en el crecimiento. Niños del mismo peso y edad pueden ser diferentes: uno puede ser delgado con talla normal, el otro puede ser bajo con peso normal y hasta bajo con exceso de peso para su edad

## **Pasos para graficar el indicador Peso/Edad en el carné del niño o niña (celeste o rosada)**

La línea vertical del gráfico corresponde al peso. Ubica el peso obtenido del niño.

Coloca un punto donde se encuentren ambos: el peso medido para la edad que tiene el niño.

De acuerdo a la zona donde se ubique el punto, puedes saber cuál es su estado nutricional del niño.

Une los puntos entre el peso anterior y el actual para conocer la tendencia de la curva.

### **Evaluación de los Resultados**

Si el punto se encuentra en la zona verde y la línea que se forma con los puntos de registro anteriores es ascendente, el crecimiento del niño es bueno.

#### **• Indicador Talla/Edad**

Este indicador nos permite estimar el crecimiento lineal y es sensible a deficiencias nutricionales crónicas reflejando la historia nutricional del niño. El crecimiento en talla es más lento que en peso, así al año de edad mientras que un niño ha triplicado su peso de nacimiento, solo incrementa la talla en un 50%. Se considera que el déficit de talla para la edad, también llamado desnutrición crónica, es una condición prácticamente irreversible

### **Interpretación de resultados:**

**Talla baja:** Está asociada a deficiencias nutricionales por largos y repetidos períodos, que puede ser producto de mala absorción o problemas de ingestión inadecuada. La recuperación de la talla es más lenta y difícil, pero el peso se recupera al reanudar una adecuada alimentación (56)

- **Indicador Peso/Talla**

Este indicador mide el estado nutricional actual, es útil para saber si el niño está adelgazando o no. Es un indicador de desnutrición aguda que nos habla del corto plazo.

Es técnicamente difícil de obtener, se necesita: tablas de peso para estatura, balanza y tallímetro, así como personal adiestrado

### **Clasificación del Estado Nutricional Según P/T y T/E**

Haciendo uso de los indicadores explicados anteriormente sobre todo peso/talla, talla/edad, podrán clasificar a los niños en categorías:

- ✓ **Niños eutróficos.**

Cuando el peso para su talla, para su edad son normales. Estos niños sólo requieren controles periódicos según su edad.

- ✓ **Niños con desnutrición aguda.**

Cuando el peso para la talla es bajo, pero la talla para la edad es normal. En este caso debes verificar si tiene sus vacunas completas, caso contrario, aplicarle la vacuna que le falte.

Evaluar la alimentación del niño, educar a la madre respecto a esto.



Hacer un seguimiento muy cercano de acuerdo a su realidad de la familia (teniendo en cuenta los diversos factores).

✓ **Niños con desnutrición crónica.**

Cuando la talla es baja para su edad, pero el peso para su talla es normal, entonces debemos:

Verificar si tiene sus vacunas completas

Realizar visita domiciliaria para un estudio socioeconómico de la familia.

Descartar patologías crónicas sobre agregados.

**Clasificación del estado nutricional según P/E**

✓ **Niño con desnutrición leve y moderada**

Cuando hay niños cuyo registro P/E cae en franja amarilla o naranja del carné, éstos serán catalogados como desnutridos leves o moderados. Si en dos o más pasajes sucesivos (aun estando en franja verde) la curva de crecimiento es horizontal o está en descenso, el niño está en riesgo nutricional. Todos estos casos deben ser atendidos por el médico o la enfermera del establecimiento de salud.

Para saber la causa del problema se hará un breve diagnóstico con la madre o el acompañante:

- Qué alimentos comió durante el día de ayer su hijo?
- ¿Cuántas veces?
- ¿Ha estado enfermo recientemente?

Una vez identificado el problema, dar consejería y cita a la madre o acompañante dentro de dos días para ver si cumplió con los consejos e indicaciones que se le dio.

### ✓ **Niños con desnutrición severa**

Si los niños son clasificados con desnutrición severa (franja roja de la gráfica CRED), con el indicador P/E, debes completar su evaluación con los gráficos P/T y T/E. Notifica a la unidad de vigilancia respectiva y refiérelo a un hospital o instituto de salud.

Igualmente si el niño presenta signos de desnutrición clínica visible (marasmo) o presenta edema en ambos pies (Kwashiorkor), éste debe ser referido de urgencia a un establecimiento donde se le pueda vigilar y controlar su recuperación, tratando las complicaciones posibles como: Neumonía, diarrea, sarampión y otras graves enfermedades que pueden llevar al niño a la muerte (57).

#### **2.4.2.7. Consecuencias de la desnutrición**

La desnutrición tiene efectos negativos en distintas dimensiones, entre las que destacan los impactos en la salud, la educación y la economía (costos y gastos públicos y privados, y menor productividad). A su vez, estos agudizan los problemas de inserción social e incrementan o profundizan el flagelo de la pobreza e indigencia en la población, reproduciendo el círculo vicioso al aumentar con ello la vulnerabilidad a la desnutrición.

Dichos impactos se presentan como incrementos de probabilidad y pueden presentarse de manera inmediata o a lo largo de la vida de las personas, los que se convierten en mayor riesgo de desnutrición posterior entre quienes la han sufrido, en las primeras etapas del ciclo vital, y mayor incidencia de otras consecuencias. Así, problemas de desnutrición

intrauterina pueden generar dificultades desde el nacimiento hasta la adultez (58).

En el caso de la salud, distintos estudios demuestran que la desnutrición aumenta la probabilidad de apareamiento y/o intensidad de distintas patologías, así como de muerte en distintas etapas del ciclo de vida. La forma en que estas consecuencias se presentan depende del perfil epidemiológico de cada país.

A nivel educativo, la desnutrición afecta el desempeño escolar como resultante de los déficit que generan las enfermedades y por las limitaciones en la capacidad de aprendizaje asociadas a restricciones en el desarrollo cognitivo. Esto se traduce en mayores probabilidades de ingreso tardío, repitencia, deserción y, consecuentemente, bajo nivel educativo (59).

Las consecuencias de la desnutrición a nivel productivo se relacionan directamente con los bajos niveles de escolaridad y las referidas dificultades de aprendizaje. Por su parte, la mortalidad genera una pérdida importante de capital humano con efectos económicos y sociales acumulativos en el largo plazo. De manera que, además del mandato ético que obliga a proveer soluciones al problema, en las decisiones de política también deben considerarse los costos económicos que entraña la desnutrición para el conjunto de la sociedad (60).

#### **2.4.2.8. Intervenciones efectivas basadas en la evidencia para prevenir la desnutrición.**

- **Consejería para la promoción de la lactancia materna.**

La lactancia materna exclusiva implica que no se dará al infante ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, excepto la leche materna, aunque permite que reciba gotas y jarabes (vitaminas, minerales y medicinas). La lactancia natural proporciona el alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes. Como recomendación de salud pública mundial, durante los seis primeros meses de vida los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos.

- **Consejerías para la alimentación complementaria.**

La OMS define el 'índice de introducción oportuna de alimentación complementaria' como el porcentaje de lactantes entre los 6 y 9 meses de edad que reciben alimentos complementarios sólidos o semisólidos, además de leche materna. Una buena alimentación complementaria requiere no solamente de alimentos disponibles con niveles adecuados de energía y nutrientes de alta calidad, sino también que exista una gama de comportamientos apropiados. Muchas veces los alimentos complementarios preparados por las madres o cuidadoras no se ajustan a las necesidades del niño, mostrando deficiencias en calidad y cantidad, y en ocasiones se los prepara, almacena y suministra en malas condiciones de higiene que provocan enfermedades diarreicas y deterioran la nutrición del niño (61).

- **Suplemento de zinc para el niño menor de 3 años**

Ingesta recomendada diaria de zinc de 2 miligramos/día para niños de 0-6 meses, 3 mg/día para niños de 7 a 12 meses de edad, 3 mg/día para niños de 1-3 años.

Puede ser difícil satisfacer los requerimientos de zinc de lactantes y niños pequeños a través de los alimentos, esto implica que la suplementación del zinc puede ser especialmente útil durante este período (62).

- **Suplemento de múltiples micronutrientes en el embarazo.**

La población en riesgo está formada por personas embarazadas. La complementación de micronutrientes múltiple se define como receptora de al menos tres micronutrientes, en general que incluyen hierro, ácido fólico y otro nutriente. La recepción adecuada es para todo el embarazo.

El embarazo crea una demanda metabólica especial de los nutrientes de alta calidad en particular de micronutrientes como el ácido fólico, hierro y vitamina A. Por lo que se requiere un consumo adecuado y balanceado de alimentos y el uso de suplementos multivitamínicos (63).

Se requieren las siguientes vitaminas: A 4000 UI, B-1 1,6 mg, B2 1,8 mg, nicotinamida 19 mg, B6 2,6 mg, pantotenato de Calcio 10 mg, biotina 0,2 mg, B12 4,0 mcg, C 100 mg, D500 UI, E 15 mg, ácido fólico 0,8 mg. Minerales: Calcio 125 mg, fósforo 125 mg, magnesio 100 mg, Hierro 60 mg. Tres elementos traza: cobre 1 mg, manganeso 1 mg, zinc 7,5 mg.

El desequilibrio nutricional podría causar efectos perjudiciales a la embarazada y al feto, entre ellos el retardo del crecimiento intrauterino o bajo peso al nacer. Además puede deteriorar la composición de la leche de la madre.

- **Estrategias que incrementan la práctica de lavado de manos**

Lavarse las manos correctamente consiste en usar grandes cantidades de agua, frotamiento vigoroso, usar agentes limpiadores como jabón y en secarse con un paño limpio o al aire libre, luego de entrar en contacto con heces y antes de preparar la comida. Las manos se contaminan durante la defecación, a través de la manipulación de las heces de los niños y al tocar otras manos y superficies contaminadas. Es importante indicar que no todos los tipos de lavado de manos son igualmente eficaces para eliminar los patógenos.

Entre las intervenciones para fomentar el lavado de manos figuran: Educación en higiene, disponibilidad de jabón y agua limpia Y cambio del diseño de los grifos comunitarios.

- **Acceso a agua y saneamiento**

La intervención consiste en incrementar las coberturas de acceso a agua potable en red dentro del domicilio y a servicios sanitarios con alcantarillado porque son los que tienen efecto protector sobre la diarrea y desnutrición crónica infantil. Revisiones sistemáticas muestran que el mejor saneamiento está asociado con la reducción de la morbilidad, mejor estado nutricional y menor mortalidad infantil (64).

- **Programas escolares con múltiples intervenciones para prevención de embarazos en adolescentes.**

Los embarazos no deseados en la adolescencia pueden ser evitados mediante programas escolares que involucran aplicaciones concurrentes de múltiples intervenciones (educacionales, desarrollo de habilidades y promoción de la anticoncepción).

Solo la promoción del uso de anticonceptivos no reduciría el riesgo de embarazo no deseado (65).

- **Suministro de suplementos de alimentos con suficientes calorías y proteínas para gestantes.**

Suministro de 700 Kcal. Por día a mujeres gestantes con bajo índice de masa corporal. Se consideran mujeres embarazadas con bajo índice de masa corporal o desnutrida cuando viven con menos de un dólar por día.

- **Alfabetización y educación primaria para las mujeres**

**Descripción de la intervención:**

Incentivos para participar en programas de alfabetización y recibir instrucción escolar primaria. La madre en particular tiene una importante influencia en el estado nutricional de los niños de zonas pobres, debido a que dentro del hogar se desarrollan procesos que combinan conocimientos, recursos y comportamientos que pueden provocar enfermedad y mayor exposición a riesgos o recuperar y mantener la salud. Se ha reportado que el estado nutricional de los niños menores de dos años es mejor cuando son atendidos exclusivamente por sus madres y cuando son mejor educadas.

- **Articulación de programas de transferencia condicionada con entrega de alimentos y consejerías nutricionales en áreas de inseguridad alimentaria.**

Los hogares con niños menores de 3 años que reciben transferencia condicionada de dinero del programa JUNTOS en áreas de inseguridad alimentaria, pueden prevenir la desnutrición crónica infantil si reciben alimentos y consejería nutricional en los servicios de salud (66).

- **Planes de desarrollo local y proyectos para implementar las intervenciones efectivas.**

Los gobiernos locales y las organizaciones comunitarias implementan acciones para prevenir la desnutrición crónica infantil mediante planes de desarrollo local, proyectos de inversión para incrementar las coberturas de las intervenciones efectivas: acceso a agua y saneamiento, tecnologías mejoradas de producción de alimentos, acceso a servicios de salud, registro de identidad y promoción de prácticas saludables (67).

- **Titulación de tierras de pequeños agricultores y proyectos de mejora de la producción de alimentos para mejorar la seguridad alimentaria.**

Esta intervención consiste en incrementar la titulación de tierras de pequeños agricultores y desarrollar proyectos para mejorar la producción de alimentos con la disseminación del uso de tecnologías efectivas para mejorar la producción agrícola y la mejora del riego con asistencia técnica (68).



#### **2.4.2.9. Políticas públicas en relación con la desnutrición infantil crónica**

En esta sección se revisarán las principales políticas públicas que se vienen ejecutando actualmente en el país para enfrentar la desnutrición infantil crónica. Se entiende por política pública a “aquello que deliberadamente las diversas autoridades y entidades públicas, de manera conjunta con personas o grupos de la sociedad, hacen o dejan de hacer en el espacio público para atender o resolver los problemas o asuntos de su elección y alcanzar fines colectivamente contruidos”. Debido a la relevancia que ha adquirido en el último tiempo, se destaca nítidamente el Programa Articulado Nutricional - PAN de las otras políticas.

Se puede considerar el abordaje de la política pública en la desnutrición infantil crónica desde dos ángulos: desde la política social y desde la primera infancia. En cuanto a la primera, se puede afirmar que no existe una política expresa como sí la hay en el caso de seguridad alimentaria o desarrollo rural, por ejemplo. En 2004 se hizo un intento con la publicación de los Lineamientos de Nutrición Materno Infantil en el Perú, sin embargo este documento solo establece recomendaciones técnicas de lo que deben cumplir la gestante, el niño menor de seis meses, y el de seis a veinticuatro meses. Lo más cercano es la Estrategia Nacional CRECER, que establece la intervención articulada de las entidades que conforman el gobierno Nacional, Regional y Local que se encuentren directa o indirectamente vinculadas con la lucha contra la desnutrición infantil crónica. Sin embargo, no es una política sino un mecanismo de funcionamiento institucional.

En el otro ángulo del abordaje, la primera infancia ha ido ganando mayor presencia en las políticas públicas a lo largo de los últimos veinte años. La Declaración de los Derechos del Niño por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1959; la entrada en vigor en 1989 de la Convención Internacional de los Derechos del Niño; la Constitución Política del Perú de 1993, que en su artículo 4 define la protección del niño por el Estado; el Código de los Niños y Adolescentes (Ley 27337). Todos ellos reconocen el interés superior del niño y el respeto a sus derechos, y establecen un marco legal que da sustento a las diversas normas e intervenciones públicas por la primera infancia, así como a una creciente inversión en torno a ella. Una de las más relevantes ha sido el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia - PNAIA, en el que se establecen metas, acciones estratégicas y responsables en relación con la desnutrición infantil crónica.

Sin embargo, la intervención más directa que ha emprendido el Estado peruano para enfrentar la desnutrición infantil crónica ha sido la operación del PAN, en el marco de la implementación del Presupuesto por Resultados - PpR a partir de 2007 (69).

**2.4.2.10. Otras acciones públicas que se vienen realizando en el país para prevenir la desnutrición infantil:**

- El Marco Macroeconómico Multianual y el Marco Social Multianual los dispositivos normativos estratégicos más importantes, que teniendo como referencia los Objetivos de Desarrollo del Milenio, las Políticas del Acuerdo Nacional y los objetivos de la política social

asumidos por el gobierno del presidente Humala, establecen como prioridades de la política social la lucha contra la desnutrición infantil crónica, salud preventiva para todos, educación de calidad, trabajo digno, e infraestructura social y económica.

- La Estrategia Nacional CRECER, que establece la intervención articulada de las entidades públicas que conforman el gobierno nacional, regional y local; organismos de cooperación, sociedad civil y de entidades privadas que se encuentren, directa o indirectamente, vinculadas con el objetivo de superación de la pobreza y la desnutrición infantil crónica, bajo la dirección de la Presidencia del Consejo de Ministros, a través de la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales - CIAS. El Plan de Operaciones de la Estrategia Nacional CRECER está orientado al enfoque de derechos, la protección del capital humano, el desarrollo social y la corresponsabilidad social. La estrategia se implementa de manera progresiva en 1119 distritos, priorizados por su situación de pobreza y por presentar las más altas tasas de desnutrición. Programas regionales, en el marco de la Estrategia Nacional CRECER, que buscan abordar las determinantes de la desnutrición infantil crónica en sus regiones, capacitar a los agentes comunitarios y desarrollar proyectos de inversión social. Asimismo, han mejorado su ejecución presupuestal y la tendencia a una mayor asignación presupuestaria para financiar las actividades de lucha contra la desnutrición.

- El incremento progresivo de los recursos asignados a los programas sociales focalizados que apoyan las intervenciones contra la desnutrición infantil crónica, como: Programa de Transferencias

Condicionadas “Juntos”, Programa Agua para Todos, Programa Integral de Nutrición - PIN, Seguro Integral de Salud - SIS, Programa Agro rural, PRONAMA, entre otros.

- La implementación de medidas para mejorar el manejo y la calidad del gasto social a través de la utilización de instrumentos de focalización individual y geográfica más eficientes, cambiando favorablemente lo que recibía del Estado un hogar del quintil más pobre y uno del quintil más rico. Se cita la construcción del Padrón General de Hogares del Sistema de Focalización de Hogares - SISFOH y la metodología de distribución del Fondo de Compensación Municipal - FONCOMUN.
- La aprobación del Plan de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal - PI, orientado a atender la problemática de la deficiencia en la prestación de servicios públicos e infraestructura, cuyo propósito es contribuir con el crecimiento y desarrollo sostenible de la economía local, incentivando a las municipalidades a reducir la desnutrición infantil crónica.
- Programa Estratégico por Resultados Salud Materno Neonatal, que busca mejorar la salud de las madres y los recién nacidos mediante la mejora de la educación y salud familiar y de la atención integral de los problemas de salud de las madres y recién nacidos.
- Programa de Suplementación con Multimicronutrientes, que es una iniciativa del MINSA y del MIMP, con el apoyo de la cooperación internacional y nacional, para prevenir y controlar los problemas nutricionales por deficiencia de micronutrientes en niños y niñas de 6 a 35

meses, a través de la suplementación con multimicronutrientes con un enfoque integral e intersectorial en Apurímac, Huancavelica y Ayacucho.

- Programa Mi Chacra Productiva, que busca implementar tecnologías para mejorar las capacidades productivas de las familias rurales en extrema pobreza.
- Programa Agro rural, que fusiona diferentes programas del Ministerio de Agricultura, impulsando estrategias, actividades y mecanismos que mejoren los ingresos y la calidad de vida de las familias rurales.
- Programa Nacional de Movilización para la Alfabetización, que realiza acciones para erradicar el analfabetismo, para contribuir con la mayor inserción de las poblaciones pobres en el campo laboral y social.
- La cooperación externa, que está orientando su apoyo al desarrollo de intervenciones para reducir la desnutrición infantil crónica. Desde el año 2010, la Unión Europea viene financiando el Proyecto EUROPAN (60 millones de euros), que busca reembolsar los recursos públicos usados en el PAN a condición de alcanzar determinados valores de resultados en las regiones de Apurímac, Ayacucho y Huancavelica; el Proyecto FAO-España “Apoyo a la Estrategia Nacional de Intervención Articulada de Lucha contra la Pobreza y la Desnutrición Crónica Infantil - CRECER”, que abordará los tres ejes, y el Proyecto Conjunto de las Naciones Unidas “Mejorando la Nutrición y Seguridad Alimentaria de la Niñez en el Perú”, que desarrollará intervenciones integrales y multisectoriales.
- Además de la acción gubernamental, existen otras intervenciones que se vienen realizando en el ámbito no gubernamental. Entre las

principales se puede destacar, la Iniciativa contra la Desnutrición Infantil Crónica, que es un esfuerzo colectivo de quince instituciones no gubernamentales que han hecho causa común por la reducción de la desnutrición infantil crónica en el Perú. Participan ADRA, CARE, Cáritas del Perú, FAO, Fondo de Población de las Naciones Unidas - Perú, Acción contra el Hambre, Future Generations Perú, Instituto de Investigación Nutricional, Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza, Organización Panamericana de la Salud, Plan Internacional, Prisma, Programa Mundial de Alimentos - Naciones Unidas, UNICEF y USAID Perú. La iniciativa apoya a la estrategia CRECER mediante el desarrollo de acciones de incidencia, capacitación y difusión de experiencias exitosas, promoviendo el trabajo articulado de las entidades que conforman el gobierno Nacional, Regional y Local que se encuentran directamente relacionadas con la lucha contra la desnutrición infantil crónica. Su cobertura alcanza a diecisiete regiones y 778 distritos. La iniciativa denominada “Tu ayuda para el cambio”, que es una alianza entre Unicef y la aerolínea LAN Perú, por la cual se viene recaudando pequeñas contribuciones voluntarias de los pasajeros durante los vuelos nacionales de LAN Perú desde el año 2007. Estas contribuciones se vienen destinando a brindar atenciones a niñas y niños menores de tres años y madres gestantes en 150 comunidades de Cusco, Apurímac, Ucayali y Loreto.

- Responsabilidad social de muchas empresas, especialmente las compañías mineras que financian programas o proyectos locales dirigidos a intervenir en la mejoras de las prácticas de alimentación e higiene, de capacitación de agentes comunitarios para la educación y la vigilancia

nutricional, de saneamiento básico, de comunidades saludables, entre otras.

- La propia participación de las familias a través de organizaciones sociales de base, o directamente en iniciativas comunitarias de cuidado infantil, de mejora de prácticas alimentarias, de estilos de vida saludables, entre otras más. Algunas veces confluyen con las actividades de grupos voluntarios, grupos religiosos, organizaciones civiles (clubes sociales o deportivos) o con la ayuda solidaria extranjera. En algunos casos por ejemplo en la región Huancavelica estos esfuerzos han generado el denominado Plan Articulado Local, en el marco del desarrollo de iniciativas fomentadas por la Estrategia Regional Crecer (LLAMKASUN WIÑAYPAQ). Este plan es un instrumento de gestión operativa cuyo objetivo es desarrollar acciones articuladas entre las instituciones públicas, instituciones privadas y la comunidad, en la lucha contra la pobreza y la desnutrición infantil crónica (70).

## 2.5. Definición de términos básicos

- **Familia:** La Constitución Política del Perú, en su artículo 4º, reconoce a la Familia como una institución natural y fundamental de la sociedad, es su unidad básica primer espacio de socialización del ser humano en el que se generan derechos, deberes y relaciones, orientados al bienestar y desarrollo integral de las personas y donde se aprenden valores fundamentales para la convivencia social (71).

- **Prevención de la enfermedad:** La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales

como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida (72).

- **Desnutrición:** Cuando hay una carencia de algunos o todos los elementos nutritivos, lo cual puede ocurrir debido a ciertas deficiencias en la dieta. Así como la inanición es una forma de desnutrición, las deficiencias específicas de vitaminas también son una forma de desnutrición. La desnutrición también puede ocurrir cuando se consumen los nutrientes adecuadamente en la dieta, pero uno o más de estos nutrientes no es (son) digerido(s) o absorbido(s) apropiadamente (73).

- **Antropometría:** Es el proceso de medición de las dimensiones y algunas características físicas del cuerpo humano, a través de las variables antropométricas como peso, longitud (talla), perímetro cefálico, entre otros (74).

- **Peso:** Medida de la masa corporal.

- **Peso para la edad:** Índice resultante de comparar el peso de un niño, con el peso ideal que debiera presentar para su edad.

- **Peso para la talla:** Índice resultante de comparar el peso de un niño, con la talla que presenta (75).

- **Peso al nacer:** es un Indicador de supervivencia o riesgo para la niña o niño. El estado nutricional del recién nacido, de acuerdo al peso del nacimiento menos el que tiene de alta, sirve para detectar la ganancia o pérdida de peso después del nacimiento.

- **Riesgo de desnutrición:** Peso de un niño según talla entre -1DE y -2DE de la media de la población de referencia.

- **Sobrepeso:** Peso por encima de los valores considerados como peso normal sin llegar a obesidad. Se obtiene de acuerdo al indicador P/E cuando el punto se ubica por encima de + 2 DS.



- **Talla baja:** Término descriptivo para la talla baja para la edad, sin ninguna implicación de sus causas. Se obtiene de acuerdo al indicador T/E cuando el punto se ubica por debajo de  $-2$  DS (76).
- **Talla para Edad,** Es el mejor indicador de una dieta adecuada y del estado nutricional a largo plazo. Es un parámetro explicado por factores genéticos y nutricionales, es un buen índice de cronicidad (77).
- **Evaluación del Crecimiento.** La evaluación del crecimiento, es la apreciación física que permite identificar la talla, el peso y las áreas corporales de la niña y niño con la finalidad de detectar alteraciones.
- **Medidas antropométricas.** El procedimiento que mide las diferentes dimensiones del cuerpo, como el peso, la talla, la estatura, perímetro cefálico, braquial torácico, longitud de los pliegues cutáneos, etc.
- **Longitud:** Es la medición de la mayor dimensión corporal que se realiza en los niños recién nacidos hasta los dos años (78).
- **Estatura:** Es la medición que se realiza en posición de pie a partir de los dos años (79).
- **Evaluación del Estado Nutricional.** La evaluación del estado nutricional constituye una actividad prioritaria en la atención de salud del niño y niña. Permite guiar acciones educativas de salud, así como políticas, programas e intervenciones y de ser necesario modificarlas con miras a una correcta atención de salud y/o utilización efectiva de los recursos.
- **Niños eutróficos.** Cuando el peso para su talla, para su edad son normales. Estos niños sólo requieren controles periódicos según su edad.
- **Niños con desnutrición aguda.** Cuando el peso para la talla es bajo, pero la talla para la edad es normal.

- **Niños con desnutrición crónica.** Cuando la talla es baja para su edad, pero el peso para su talla es normal.
- **Niño con desnutrición leve y moderada.** Cuando hay niños cuyo registro P/E cae en franja amarilla o naranja del carné, éstos serán catalogados como desnutridos leves o moderados. Si en dos o más pasajes sucesivos (aun estando en franja verde) la curva de crecimiento es horizontal o está en descanso, el niño está en riesgo nutricional.
- **Niños con desnutrición severa.** Si los niños son clasificados con desnutrición severa (franja roja de la gráfica CRED), con el indicador P/E, debes completar su evaluación con los gráficos P/T y T/E. Notifica a la unidad de vigilancia respectiva y refiérelo a un hospital o instituto de salud.
- **Sesiones educativas.** Son reuniones cortas, con no más de 20 participantes que permiten informar, analizar y reflexionar sobre las preocupaciones y dudas de las madres, padres y cuidadores de niñas y niños, a fin de desarrollar contenidos temáticos relacionados a las prácticas clave de cuidado de las niñas y niños.
- **Sesiones demostrativas.** Son actividades educativas realizadas para inducir el cambio de prácticas de alimentación e higiene, donde los participantes aprenden haciendo. Se aborda aspectos como: técnicas de recolección, almacenamiento y administración de leche materna; técnicas de lactancia, preparación de alimentos complementarios con productos locales e higiene personal (80).

## CAPÍTULO III

### PLANTEAMIENTO DE LA (S) HIPÓTESIS Y VARIABLES

#### 3.1. Hipótesis

##### 3.1.1. Hipótesis general

**H<sub>1</sub>** A mayor nivel de participación de todos los integrantes de la familia de manera activa, consciente, libre y organizada en la práctica de medidas preventivas se reducirá la desnutrición infantil.

**H<sub>0</sub>** A menor nivel de participación de todos los integrantes de la familia de manera activa, consciente, libre y organizada en la práctica de las medidas preventivas no se reducirá la desnutrición infantil.

#### 3.2. Variables/categorías

**Variable dependiente:** Desnutrición infantil.

**Variable Independiente:** Participación de la familia en la práctica de medidas preventivas.

### 3.3. Operacionalización/categorización de los componentes de las hipótesis

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ÍTEM
<b>Participación familiar en las prácticas preventivas</b>	Es el conjunto de acciones que tienen por fin la identificación, control o reducción de los factores de riesgo, del ambiente y del comportamiento, para evitar la desnutrición infantil.	Responsabilidades y decisiones activas.	La familia asigna un lugar y horario para que el niño ingiera sus alimentos: Alto, medio y bajo. La familia interviene en la planificación del control del crecimiento y desarrollo: Alto, medio y bajo. Interviene en el diagnóstico del crecimiento: Alto, medio y bajo. Interviene en la evaluación del crecimiento: Alto, medio y bajo.	Espacio donde el niño ingiere los alimentos en la vivienda.  Participación de los integrantes de la familia en la evaluación del Crecimiento y Desarrollo en el EESS.	Le asignó un lugar y un horario para que mi hijo(a) se alimente Retiro la ropa de mi hijo para que lo tallen Cojo las manos de mi hijo cuando lo tallan o miden Cojo la cabeza de mi hijo cuando lo miden o tallan Llevo el carne de mi hijo cuando le toca su control en el puesto de salud. Pido que lo grafiquen el peso y la talla en la tarjeta. Observo la gráfica de pello o talla
		Responsabilidades y decisiones conscientes	Brinda alimentos en calidad, cantidad y consistencia al niño de acuerdo a su edad: Alto, medio y bajo.	Participación de los integrantes de la familia en la alimentación del niño.	Brinda usted cinco comidas a más a su hijo(a) Mesclo las comidas (cereal, tubérculos, menestras ,carnes, verduras) Usted ayuda al niño/a para comer.
		Responsabilidades y decisiones libres	Intervenciones voluntarias en el cuidado del niño (alimentación, control del crecimiento y desarrollo): Alto, medio y bajo.	Desarrolla tareas propias De cuidado del crecimiento del niño/a	Llevo a su hijo al control para saber cómo está su peso y talla. Llevo a mi hijo al control de CRED para que me beneficie de programas sociales. Llevo a mi hijo al control para que me atienda cuando se enferma

					<p>Para llevar al control a mi hijo me visita el trabajador de salud.</p> <p>Brinda agüita a su hijo en los primeros seis meses.</p> <p>Decide que comidas debe recibir su hijo.</p> <p>Comparte el mismo plato de comida y cuchara con su hijo</p>
		<p>Responsabilidades y decisiones Organizadas</p>	<p>No depende de lo servicios de salud.</p> <p>Actividades se integra a objetivos</p>	<p>Distribución de responsabilidades</p> <p>Integración a objetivos</p>	<p>Dejan preparado comida cuando sale de casa sin el niño/a</p> <p>Decido para llevar al niño</p> <p>Juego con mi hijo</p> <p>Elabora juguetes para su niño(a)</p> <p>Me lavo las manos después de ir al baño o letrina</p> <p>Me lavo las manos antes de preparar los alimentos.</p> <p>Me lavo las manos antes de dar de comer a mi hijo(a)</p> <p>Lavo las manos de mi hijo cuando va a comer</p> <p>Lavo las manos de mi hijo después que utiliza la letrina</p> <p>Le doy agua hervida a mi hijo</p> <p>Cuida a su hijo cuando está enfermo</p> <p>Le da su hierro a su hijo</p>

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ÍTEM
<b>Desnutrición infantil</b>	La desnutrición es el resultado del consumo insuficiente de alimentos y de la aparición repetida de enfermedades infecciosas. Desnutrición implica tener un peso corporal o una estatura inferior a la que corresponde a la edad (retraso en el crecimiento), estar	Estado nutricional	Se evalúa el peso corporal del niño según la edad que presenta en el periodo de evaluación (Peso/Edad) Se evalúa la talla del niño según su edad que presenta en el periodo de evaluación.	P/E: Desnutrición Global, riesgo, normal. T/E: Desnutrición Crónica, riesgo y normal.	¿Cuál es el diagnóstico nutricional del niño?
		Alimentación Exclusiva (hasta los 6 meses)	Lactancia materna exclusiva, cuando el niño/a es alimentado/a solo con leche materna, sin que se vea interrumpida por aguas o alimentos complementarios.	Solo el primer mes. Hasta los 2 meses. Hasta los 3 meses. Hasta los 4 meses. Hasta los 5 mes. Solo leche materna hasta los 6 meses.	El niño recibe/recibió solo leche materna hasta los 6 meses
		Hábitos de higiene	Consumo de agua segura: es decir agua hervida o tratada Lavado de manos con agua y jabón en los momentos críticos Eliminación de excretas	Agua hervida: Si; No Agua clorada: Si; No  Antes de comer	El niño/a consume agua segura? Niños mayores de 1 año El niño/a se lava las manos?

	peligrosamente delgado.			Después de usar la letrina Después de jugar Uso de la letrina	El niño utiliza la letrina mayores de 2 años
		Suplementación	Recibe suplemento de vitamina A y fierro	Frecuencia: Si ( ) No ( )	¿El niño recibió suplementación con hierro?.

## CAPÍTULO IV

### MARCO METODOLÓGICO

#### 4.1. Diseño de la investigación

El presente estudio de investigación es de tipo Analítico relacional , que buscan la asociación o correlación entre variables, utiliza el método de análisis, es decir, que descompone el objeto que se va a estudiar en sus distintos elementos, para llegar a un conocimiento más especializado; por lo que el mundo externo se puede describir tal como realmente es, donde la verdad de nuestro conocimiento sobre la participación familiar en la prevención de la desnutrición infantil en los niños menores de 05 años se define por las realidades existentes al interior de la familia.

El diseño que se empleó durante el proceso de investigación es el no experimental transversal porque se trata de una investigación donde no hacemos variar intencionalmente las variables independientes, es decir se han observado los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para analizarlos y estudiarlos, haciéndose la recolección de datos en un solo momento.

Correlacional, la cual tienen como objetivo analizar las relaciones entre dos o más variables significativas del objeto de estudio, se describió la relación existente entre la variable dependiente con la independiente. Se empleó la prueba estadística de chi-cuadrado para determinar la relación entre las variables Participación familiar en la práctica de las medidas preventivas y la desnutrición infantil en familias rurales del distrito de Chota.



## 4.2. Métodos de investigación.

El método utilizado en la investigación es el hipotético deductivo, que consiste en emitir hipótesis acerca de las posibles soluciones al problema planteado y en comprobar con los datos disponibles si estos están de acuerdo con aquéllas. Además la investigación se basa en los números para investigar, analizar y comprobar información y datos; este intenta especificar y delimitar la asociación o correlación, además de la fuerza de las variables.

(81)

## 4.3. Población, muestra, unidad de análisis y unidades de observación

### 4.3.1. Población.

La población estuvo constituida por 4,371 de las familias de los niños menores de 5 años del ámbito rural del Distrito de Chota, MIDIS 2012.

### 4.3.2. Muestra

Para el presente estudio se estableció el marco muestral a partir de la identificación y enumeración de cada una de las unidades muestrales, conformadas por cada una de las familias rurales, donde había presencia de niños menores de 05 años.

El tamaño muestral se determinó utilizando la siguiente fórmula, considerando un nivel de confianza del 95% ( $Z_{\alpha/2}=1,96$ ), p es igual a la probabilidad de encontrar una familia con niños menores de 5 años del ámbito rural del distrito de Chota, q a la probabilidad de no encontrar una familia con niños menores de 5 años del ámbito rural del distrito de Chota y el margen de error del 5% de donde se obtuvo

$$n_o = \frac{Z_{\alpha/2}^2 pq}{e^2} = \frac{1,96^2 \times 0,7 \times 0,3}{0,05^2} = 322,6$$

Observación: Los valores de p y q fueron obtenidos a partir de una encuesta piloto aplicada antes del cálculo de la muestra. Como se conoce la población de familias de

los niños menores de 5 años del ámbito rural del distrito de Chota es igual a  $N = 4371$ , por lo que el tamaño muestral utilizando el factor de corrección finita es igual a:

$$n = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o}{N}} = \frac{322,6}{1 + \frac{322,6}{4371}} = 300,0$$

#### **4.3.3. Criterios de inclusión.**

Los criterios de inclusión considerados para la investigación son:

Familias en donde necesariamente tenga la presencia de la madre.

Familias con niños menores de 05 años de las comunidades rurales del distrito de Chota.

Familias con niños menores de cinco años de las comunidades rurales del distrito de Chota que participan espontáneamente y voluntariamente

#### **4.3.4. Criterios de exclusión.**

Se definen los siguientes criterios de exclusión:

Familias que no tienen niños menores de 5 años.

Niños que presentan alguna enfermedad en el proceso de la investigación.

#### **4.3.5. Unidad de análisis.**

La unidad de análisis es cada una de las familias (padre, madre, hermanos mayores de 14 años y abuelos), de los niños menores de 5 años del ámbito rural del distrito de Chota. Para el estudio se consideró utilizar muestreo estratificado con asignación proporcional de acuerdo a la población por cada una de las comunidades que se describen a continuación y a las cuales se les asigno un tamaño muestral de acuerdo a su proporción.

Comunidad	N	pi	n
Yuracyacu	444	0,102	30
Rojaspampa	284	0,065	20
Negropampa	151	0,035	10
Colpatuapampa	284	0,065	20
Chuyabamba	577	0,132	40
Sarabamba	881	0,202	60
Cuyumalca	444	0,102	30
Cabracancha	577	0,132	40
Utchuclachulit	577	0,132	40
Lingan Grande	151	0,035	10
<b>TOTAL</b>	<b>4371</b>	<b>1,000</b>	<b>300</b>

#### 4.4. Técnicas e instrumentos de recopilación de información

Para la recolección de información se utilizaron cuatro cuestionarios para medir la participación familiar de las familias con niños menores de cinco años, los que se aplicaron a la madre de la familia (66 ítems), al padre de familia (65 ítems), para la hermana mayor de 14 años (65 ítems), para abuelos (65 ítems). Se utilizó la escala de Likert (1: Nunca lo hago, 2: Lo hago ocasionalmente, 3: Lo hago frecuentemente y 4: Siempre lo hago) para la medición de cada uno de los ítems de los cuestionarios suministrados a los familiares de familias con niños menores de cinco años para medir la participación familiar en la aplicación de las prácticas preventivas contra la desnutrición infantil.

Para la identificación de medidas preventivas se utilizó cuatro cuestionarios más para medir las medidas preventivas en familias con niños menores de cinco años que fueron aplicados a la madre (16 preguntas), al padre (14 preguntas), a la hermana mayor de 14 años (14 preguntas) y para los abuelos.

Las técnicas e instrumentos radican en que estos son precisamente las herramientas que nos permitieron conseguir nuestro propósito, porque son la parte instrumental de la metodología de la investigación.

La Técnica en el presente trabajo fue la encuesta a través de la cual se aplicaron los instrumentos, previa información sobre los objetivos y aceptación de participar en el trabajo de investigación.

Los Instrumentos utilizados fueron dos: El cuestionario a través del cual se obtuvo la información necesaria sobre las medidas preventivas y así hacer un análisis descriptivo y explicativo de las relaciones existentes entre las dos variables.

La encuesta se aplicó a través del cuestionario, a cada uno de los padres, hijos mayores de 14 años y abuelos. El cuestionario constó en la primera parte los datos generales: Nombre del caserío, número de integrantes de la familia, edad del niño/a, sexo, estado nutricional actual del niño/niña, según carne del crecimiento y desarrollo. Luego los aspectos de la prevención de la desnutrición: lactancia materna exclusiva, alimentación del niño/a de 6 a 5 años. Hábitos de higiene, además preguntas para las familias con niños menores de 5 años respecto a las enfermedades diarreicas agudas. Anexo 01.

Categorías interpretativas adaptadas a la escala de EPSTEIN, basado en 29 preguntas:

<b>PUNTAJE</b>	<b>NÍVELES</b>
<b>01 – 29</b>	<b>BAJO</b>
<b>30 – 58</b>	<b>MEDIO BAJO</b>
<b>59 – 87</b>	<b>MEDIO ALTO</b>
<b>88– 116</b>	<b>ALTO</b>

No existe un punto de corte que pueda utilizarse de manera general en todos los grupos. Más bien se recomienda identificar el punto de corte por cada grupo poblacional específico

Escala de participación familiar y la prevención de la desnutrición aplicado a hermano/a de 14 años que permanece en casa. Consta de 65 Ítems a través de los cuales se ha evaluado: Responsabilidad y decisiones activas. Responsabilidades y decisiones consientes. Responsabilidades y decisiones libres. Responsabilidades y decisiones organizadas. Evaluado a través de las escalas: Nunca lo hago (1). Lo hago (2). Lo hago frecuentemente (3). Siempre lo hago (4).

Escala de participación familiar y la prevención de la desnutrición aplicado a abuelos que viven junto con el niño/a. Consta de 65 Ítems a través de los cuales se ha evaluado: Responsabilidad y decisiones activas. Responsabilidades y decisiones consientes. Responsabilidades y decisiones libres. Responsabilidades y decisiones organizadas. Evaluado a través de las escalas: Nunca lo hago (1). Lo hago (2). Lo hago frecuentemente (3). Siempre lo hago (4).

La validez y la confiabilidad de los instrumentos se realizaron a través de la técnica de validez y confiabilidad empleando el alfa de Cronbach, dando los siguientes resultados.

#### **Consistencia Interna de los factores que conforman la Escala.**

<b>FACTORES</b>	<b>ALFA DE CONBRACH</b>
RESPONSABILIDADES y DECISIONES ACTIVAS	0,9676
RESPONSABILIDADES y DECISIONES CONCIENTES	0,9008
RESPONSABILIDADES Y DECISIONES LIBRES	0,9082
RESPONSABILIDADES Y DECISIONES ORGANIZADAS	0,8645
<b>TOTAL</b>	<b>0,8667</b>

### Consistencia interna de la Participación Familiar

<b>PARTICIPACION FAMILIAR</b>	<b>KR 20</b>
<b>MAMA</b>	0,876
<b>PAPÁ,MAMÁ</b>	0,942
<b>PAPA, MAMA, HIJO</b>	0,952
<b>PAPA, MAMA, HIJO, ABUELOS</b>	0,966
<b>TOTAL</b>	0,927

#### 4.5. Procedimiento para la recolección de la información.

Se realizaron las coordinaciones con los jefes de los Establecimientos de salud de las comunidades seleccionadas para el estudio, con la finalidad de recabar información del número de familias con niños menores de 05 años que vienen atendándose en los servicios de salud.

Luego se procedió a realizar las vistas a las familias con niños menores de 05 años, procediéndose aplicar el cuestionario familiar a la madre, padre, hijo/a mayor de 14 años y abuelos, posteriormente se aplicó la escala de medición de participación familiar a la madre, padre, hijo mayor de 14 años y abuelos.

#### Técnicas para el procesamiento y análisis de la información

Una vez recolectada la información se realizó una consistencia manual, tendiente a revisar y corregir posibles errores, se hizo el proceso de codificación. Luego se generó una base de datos en la plataforma del Software Estadístico, se procesó la información utilizando el SPSS Versión 24, para que nos permita realizar la codificación de las variables, el almacenamiento de datos, el cruce de variables y la selección de análisis descriptivos y de inferencia estadística en forma automática, orientados a determinar los objetivos formulados.

Para el análisis de la relación entre la variable dependiente e independiente se utilizó la prueba estadística de Chi- cuadrado, los resultados se presentan en tablas simples y de doble entrada.

### **Análisis de los datos.**

El análisis se realizó, sobre la base de procesamiento de datos realizando un análisis cuantitativo de la información. Basándose en las estadísticas obtenidas en el procesamiento de datos; contrastando los resultados con antecedentes y teorías y discutiendo sus coincidencias o diferencias, todo orientado a determinar los objetivos planteados.

Se tuvo en cuenta las conclusiones compatibles con los objetivos formulados; además se contrastó la hipótesis planteada, sobre la base de estadísticas inferenciales, tales como la prueba de Chi-Cuadrado, se determinó; si existe relación significativa entre la Participación de la familia y la prevención de la desnutrición. Se realizó un análisis entre los factores que resultaron estar relacionados significativamente siendo el valor de ( $p = < 0,05$ ).

### **4.6. Rigor ético**

**En relación a la ética:** se consideraron los siguientes principios éticos que aseguraran la validación del trabajo de investigación:

**Principio de no maleficencia:** Expresa la obligación de no producir daño intencionadamente. En la investigación se tuvo en cuenta los beneficios, puesto que no hubo riesgo de hacer daño a la persona; ya que, solo se buscó obtener información. Al conocer la Participación de la familia en la práctica de las medidas preventivas contra la desnutrición infantil.

**Principio de Beneficencia.** Es la obligación ética de llevar al máximo los posibles beneficios y reducir al mínimo los riesgos.

El presente trabajo de investigación beneficiara a la población infantil; ya que, aportará el conocimiento sobre Participación de la familia en las prácticas preventivas contra la desnutrición infantil, de tal manera que el personal de salud pueda trabajar en cuanto a su prevención oportunamente.

#### **4.7. Rigor científico.**

El informe de la tesis cumple con la rigurosidad del método para la obtención de los resultados; cumpliendo con los siguientes aspectos:

**Precisión:** Está presente en todo el escrito de la tesis:

En los antecedentes, las citas bibliográficas están bien realizadas con su correspondiente referencia bibliográfica según normas de Vancouver.

En los resultados, las ilustraciones están correctamente numeradas y comentadas, presentado los resultados con buena definición.

**Univocidad:** las palabras utilizadas en la investigación tienen significado único, de igual modo los acrónimos y siglas están aclarados en la lista de abreviaturas y siglas de la tesis.

#### **Reglas de las RRR para el argumento.**

El argumento del texto de la tesis se controla con la regla de las tres RRR:

**Relación título – objetivo:** El objetivo general de la tesis se ve reflejado en el título de la misma.

**Respuesta a los objetivos en las conclusiones:** Las conclusiones arribadas en la investigación dan respuesta a los objetivos propuestos.

**Respaldo de los datos en las conclusiones:** las conclusiones de la investigación están respaldadas por los datos obtenidos.



## CAPÍTULO V

### RESULTADOS

#### INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

##### 5.1. Presentación de resultados

**TABLA 01: DISTRIBUCIÓN DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA QUE PARTICIPAN EN LA PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL.**

INTEGRANTES DE LA FAMILIA	N°	%
MADRE	300	44,4
PADRE	265	39,3
HIJO MAYOR DE 14 AÑOS	50	7,4
ABUELOS	60	8,9
<b>TOTAL</b>	<b>675</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuesta participación familiar y prevención de la desnutrición infantil, n=300. Distrito de Chota 2016.

#### INTERPRETACIÓN

La presente tabla muestra quienes, son los integrantes de la familia que participan en la prevención de la desnutrición, observándose que es la madre quien mayormente se hace cargo de esta responsabilidad (44,4%), seguido del padre (39,3%) y con menor participación los hacen los hijos mayores de 14 años con un 7,4%.

**TABLA 02: ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 05 AÑOS DE LAS FAMILIAS RURALES DEL DISTRITO DE CHOTA, SEGÚN INDICADOR PESO /EDAD.**

ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN INDICADOR		
PESO/EDAD	N°	%
Normal	114	38,0
Riesgo	98	32,7
Desnutrición Global	88	29,3
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuesta participación familiar y prevención de la desnutrición infantil n= 300. Distrito de Chota 2016.

### INTERPRETACIÓN

La tabla muestra el estado nutricional de los niños menores de 05 años de las familias del estudio, según el indicador peso/edad. El 29,3% presentan desnutrición Global, el 32,7% se encuentran en riesgo y el 38 % su estado nutricional es normal.

**TABLA 03: ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 05 AÑOS DE LAS FAMILIAS RURALES DEL DISTRITO DE CHOTA, SEGÚN INDICADOR TALLA /EDAD.**

ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN INDICADOR TALLA/EDAD		
	N°	%
Normal	94	31,3
Riesgo	104	34,7
Desnutrición Crónica	102	34,0
<b>Total</b>	<b>300</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuesta participación familiar y prevención de la desnutrición infantil n= 300. Distrito de Chota 2016.

### INTERPRETACIÓN

En la presente tabla se observa que el 34% de niños del estudio se encuentran con desnutrición crónica, el 34,7 en riesgo y el 31,3% su estado nutricional es normal.

**TABLA 04: INTEGRANTES DE LA FAMILIA QUE PARTICIPAN EN LAS PRÁCTICAS PREVENTIVAS Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE LAS FAMILIAS RURALES DEL DISTRITO DE CHOTA.**

INTEGRANTES DE LA FAMILIA QUE PARTICIPAN EN LAS MEDIDAS PREVENTIVAS		ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN TALLA/EDAD			TOTAL
		NORMAL	RIESGO	DESNUTRICIÓN CRÓNICA	
Madre	Nº	94	104	102	300
	%	13,9%	15,4%	15,1%	44,4%
Madre y Padre	Nº	86	96	83	265
	%	12,7%	14,2%	12,3%	39,3%
Madre, Padre e Hijos	Nº	18	19	13	50
	%	2,7%	2,8%	1,9%	7,4%
Madre, Padre, Hijos y Abuelos	Nº	23	17	20	60
	%	3,4%	2,5%	3,0%	8,9%
Total	Nº	221	236	218	675
	%	32,7%	35,0%	32,3%	100,0%

Fuente: Encuesta participación familiar y prevención de la desnutrición infantil n= 300. Distrito de Chota 2016.  
Chi cuadrado 2,920; p=0,0026

### INTERPRETACIÓN.

En la presente tabla se observa que cuando participan tres miembros de la familia (madre, padre, hijos) en la implementación de las medidas preventivas, la desnutrición crónica disminuye en un porcentaje del 1,9%, mientras que cuando participa solo la madre el estado nutricional de los niños según la talla para la edad sufren de desnutrición crónica con un 15,1%, y aumenta el riesgo de desnutrición en un 15,4%.

Se encontró relación estadística significativa, siendo el valor de  $\chi^2=2,920$  y de  $P=0,0026$ . Indican que las variables están directamente relacionadas; significando que la participación de los integrantes de la familia en la prevención de la desnutrición se relaciona con el estado nutricional.

**TABLA 05: PARTICIPACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA EN LA PRÁCTICA DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS: ALIMENTACIÓN.**

INTEGRANTES DE LA FAMILIA		PRÁCTICA PREVENTIVA: ALIMENTACIÓN		TOTAL
		No participa	Si participa	
Madre	N°	55	245	300
	%	8,1%	36,3%	44,4%
Madre y Padre	N°	28	237	265
	%	4,1%	35,1%	39,3%
Madre, Padre e Hijos	N°	23	27	50
	%	3,4%	4,0%	7,4%
Madre, Padre, Hijos y Abuelos	N°	12	48	60
	%	1,8%	7,1%	8,9%
Total	N°	118	557	675
	%	17,5%	82,5%	100,0%

Fuente: Escala de participación familiar en la práctica de las medidas preventivas n= 300. Distrito de Chota 2016.  
Chi<sup>2</sup> = 37,390; p= 0,0016.

### INTERPRETACIÓN.

De acuerdo a la presente tabla, la participación de los integrantes de la familia en la práctica preventiva de alimentación mayormente es realizada por la madre (36,3%), y con un menor porcentaje (4 %) participan los tres integrantes (mama, papa, hijos mayores de 14 años).

Se encontró relación estadística significativa, el valor de Chi<sub>2</sub>= 37,390 y de P=0,016. Indica que las variables están directamente relacionadas; significando que la participación de integrantes de la familia en la práctica preventiva de alimentación se relaciona con la desnutrición. En consecuencia esta práctica es condicionante significativo del estado nutricional de los niños.

**TABLA 06: PARTICIPACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA EN LA PRÁCTICA DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS: CONTROL CRED.**

INTEGRANTES DE LA FAMILIA		PRÁCTICA PREVENTIVA: CONTROL CRED		TOTAL
		No participa	Si participa	
Madre	N°	21	279	300
	%	3,1%	41,3%	44,4%
Madre y Padre	N°	31	234	265
	%	4,6%	34,7%	39,3%
Madre, Padre e Hijos	N°	21	29	50
	%	3,1%	4,3%	7,4%
Madre, Padre, Hijos y Abuelos	N°	7	53	60
	%	1,0%	7,9%	8,9%
Total	N°	80	595	675
	%	11,9%	88,1%	100,0%

Fuente: Escala de participación familiar en la práctica de las medidas preventivas n= 300. Distrito de Chota 2016.  
Chi<sup>2</sup> =50,268; p= 0,0016.

### INTERPRETACIÓN.

De acuerdo a la presente tabla, la práctica preventiva de la asistencia al control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) en el establecimiento de salud, mayormente es realizada por la madre (41,3%), lo cual coincide con los resultados de la tabla 5.

Se encontró relación estadística significativa, el valor de Chi<sup>2</sup> 50,268 y de P=0,0016. Indica que las variables están directamente relacionadas; significando que la participación de integrantes de la familia en la práctica preventiva del Control de Crecimiento y Desarrollo se relaciona con la prevención de la desnutrición.

**TABLA 07: PARTICIPACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA EN LA PRÁCTICA DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS: ESTIMULACIÓN TEMPRANA.**

INTEGRANTES DE LA FAMILIA		PRÁCTICA PREVENTIVA: ESTIMULACIÓN TEMPRANA		TOTAL
		No participa	Si participa	
Madre	N°	98	202	300
	%	14,5%	29,9%	44,4%
Madre y Padre	N°	79	186	265
	%	11,7%	27,6%	39,3%
Madre, Padre e Hijos	N°	24	26	50
	%	3,6%	3,9%	7,4%
Madre, Padre, Hijos y Abuelos	N°	15	45	60
	%	2,2%	6,7%	8,9%
Total	N°	216	459	675
	%	32,0%	68,0%	100,0%

Fuente: Escala de participación familiar en la práctica de las medidas preventivas n= 300. Distrito de Chota 2016.  
Chi<sup>2</sup> =7,878; p= 0,049.

### INTERPRETACIÓN.

De acuerdo a la presente tabla, la práctica preventiva de estimulación temprana, mayormente es realizada por la madre y madre padre (29,9% y 27,6% respectivamente).

Se encontró relación estadística significativa, el valor de Chi<sup>2</sup>= 7,878 y de P=0,049. Indica que las variables están directamente relacionadas; significando que la participación de los integrantes de la familia en las medidas preventivas de estimulación se relaciona con la prevención de la desnutrición.

**TABLA 08: PARTICIPACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA EN LA PRÁCTICA DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS: CONSUMO DE AGUA SEGURA**

INTEGRANTES DE LA FAMILIA		PRÁCTICA PREVENTIVA: CONSUMO DE AGUA DE AGUA SEGURA		Total
		No participa	Si participa	
Madre	N°	98	202	300
	%	14,5%	29,9%	44,4%
Madre y Padre	N°	79	186	265
	%	11,7%	27,6%	39,3%
Madre, Padre e Hijos	N°	24	26	50
	%	3,6%	3,9%	7,4%
Madre, Padre, Hijos y Abuelos	N°	15	45	60
	%	2,2%	6,7%	8,9%
Total	N°	216	459	675
	%	32,0%	68,0%	100,0%

Fuente: Escala de participación familiar en la práctica de las medidas preventivas n= 300. Distrito de Chota 2016.  
Chi<sub>2</sub> = 7,878; p= 0,049.

### INTERPRETACIÓN.

De acuerdo a la presente tabla, la práctica de consumo de agua segura, mayormente son realizadas por la madre (29,9%), lo cual coincide con los resultados de la tabla 05 Y 6.

Se encontró relación estadística significativa, el valor de Chi<sub>2</sub>= 7,878 y de P=0,049.

Indica que las variables están directamente relacionadas; significando que la participación de integrantes de la familia en las medidas preventivas del consumo de agua segura se relaciona con la prevención de la desnutrición. En consecuencia podemos afirmar con un 95% que es condicionante significativo del estado nutricional de los niños.

**TABLA 09: PARTICIPACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA EN LA PRÁCTICA DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS: LAVADO DE MANOS EN MOMENTOS CLAVES.**

INTEGRANTES DE LA FAMILIA		LAVADO DE MANOS MOMENTOS CLAVES		TOTAL
		No participa	Si participa	
Madre	N°	98	202	300
	%	14,5%	29,9%	44,4%
Madre y Padre	N°	79	186	265
	%	11,7%	27,6%	39,3%
Madre, Padre e Hijos	N°	24	26	50
	%	3,6%	3,9%	7,4%
Madre, Padre, Hijos y Abuelos	N°	15	45	60
	%	2,2%	6,7%	8,9%
Total	N°	216	459	675
	%	32,0%	68,0%	100,0%

Fuente: Escala de participación familiar en la práctica de las medidas preventivas n= 300. Distrito de Chota 2016.  
Chi<sup>2</sup> = 7,878; p= 0,049.

### INTERPRETACIÓN.

De acuerdo a la presente tabla, la práctica de lavado de manos en los momentos críticos, mayormente son realizadas por la madre (29,9%), lo cual coincide con los resultados de las tablas 5, 6 y 7.

Se encontró relación estadística significativa, el valor de Chi<sub>2</sub>= 7,878 y de P=0,049. Indica que las variables están directamente relacionadas; significando que la participación de integrantes de la familia en las medidas preventivas del lavado de manos en los momentos claves se relaciona con la prevención de la desnutrición. En consecuencia podemos afirmar con un 95% que es condicionante significativo del estado nutricional de los niños.



**TABLA 10: PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN PESO/EDAD.**

MESES QUE RECIBIO SOLAMENTE LACTANCIA MATERNA		ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN PESO / EDAD			TOTAL
		Normal	Riesgo	Desnutrición Global	
Primer mes	N°	12	18	33	63
	%	4,0%	6,0%	11,0%	21,0%
Segundo mes	N°	15	23	13	51
	%	5,0%	7,7%	4,3%	17,0%
Tercer mes	N°	18	15	13	46
	%	6,0%	5,0%	4,3%	15,3%
Cuarto mes	N°	17	20	10	47
	%	5,7%	6,7%	3,3%	15,7%
Quinto mes	N°	25	10	10	45
	%	8,3%	3,3%	3,3%	15,0%
Sexto mes	N°	27	12	9	48
	%	9,0%	4,0%	3,0%	16,0%
Total	N°	114	98	88	300
	%	38,0%	32,7%	29,3%	100,0%

Fuente: Encuesta participación familiar y prevención de la desnutrición infantil n=300. Distrito de Chota 2016.  
Chi<sub>2</sub> = 36,700; p=0,0002

### INTERPRETACIÓN.

En la presente tabla nos muestra la práctica de lactancia materna exclusiva y su relación con la desnutrición según el peso para la edad; observándose que los niños que recibieron lactancia materna exclusiva (6 meses) tienen menos riesgo de sufrir desnutrición y presentar desnutrición global (4% y 3% respectivamente), mientras que los niños que recibieron lactancia materna un mes el riesgo de desnutrición y presentar desnutrición global es alta (6% y 11% respectivamente).

Se encontró relación estadística significativa, el valor de  $\chi^2 = 36,700$  y de  $P = 0,002$ . Indican que las variables están directamente relacionadas; significando que la práctica de lactancia materna exclusiva se relaciona con el estado nutricional según peso/edad. En consecuencia podemos afirmar con un 95% que es condicionante significativo del estado nutricional de los niños.

**TABLA 11: PRÁCTICA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN TALLA/EDAD**

MESES QUE RECIBIO SOLAMENTE LACTANCIA MATERNA		ESTADO NUTRICIONAL (TALLA/EDAD)			TOTAL
		Normal	Riesgo	Desnutrición Crónica	
Primer mes	N°	6	27	30	63
	%	2,0%	9,0%	10,0%	21,0%
Segundo mes	N°	8	25	18	51
	%	2,7%	8,3%	6,0%	17,0%
Tercer mes	N°	12	16	18	46
	%	4,0%	5,3%	6,0%	15,3%
Cuarto mes	N°	18	13	16	47
	%	6,0%	4,3%	5,3%	15,7%
Quinto mes	N°	20	13	12	45
	%	6,7%	4,3%	4,0%	15,0%
Sexto mes	N°	30	10	8	48
	%	10,0%	3,3%	2,7%	16,0%
Total	N°	94	104	102	300
	%	31,3%	34,7%	34,0%	100,0%

Fuente: Encuesta participación familiar y prevención de la desnutrición infantil n=300. Distrito de Chota 2016.  
 $\chi^2 = 48,800$   $p = 0,001$

### INTERPRETACIÓN.

En la presente tabla nos muestra la práctica de la lactancia materna exclusiva y su relación con la desnutrición crónica infantil; observándose que los niños que recibieron lactancia materna exclusiva por un periodo de un mes el riesgo y la desnutrición crónica se

incrementan (9% y 10%), mientras que los niños que recibieron lactancia materna exclusiva (6 meses) el riesgo y la desnutrición crónica disminuye (3,3% y 2,7% respectivamente) lo cual coincide con la tabla 09.

Se encontró relación estadística significativa valor de  $\chi^2=48,800$  y de  $P=0,001$ . Indica que las variables están directamente relacionadas; significando que la práctica de lactancia materna exclusiva se relaciona con el estado nutricional según talla/edad. En consecuencia podemos afirmar con un 95% que es condicionante significativo del estado nutricional de los niños.

**TABLA 12: CARACTERÍSTICAS DE LA PARTICIPACIÓN SEGÚN INTEGRANTES DE LA FAMILIA: RESPONSABILIDADES Y DECISIONES ACTIVAS.**

CARACTERÍSTICA: RESPONSABILIDADES Y DECISIONES ACTIVAS		INTEGRANTES DE LA FAMILIA				TOTAL
		Madre	Padre	Hijo mayor de 14 años	Abuelos	
Bajo	N°	98	265	50	60	473
	%	14,5%	39,3%	7,4%	8,9%	70,1%
Alto	N°	202	0	0	0	202
	%	29,9%	0,0%	0,0%	0,0%	29,9%
Total	N°	300	265	50	60	675
	%	44,4%	39,3%	7,4%	8,9%	100,0%

Fuente: Encuesta participación familiar y prevención de la desnutrición infantil n=300. Distrito de Chota 2016.  
 $\chi^2 = 360,333$ ;  $p=0,000$

## INTERPRETACIÓN

En la presente tabla muestra una de las características de la participación familiar por integrantes de la familia; observándose que la madre tiene una alta participación con decisiones activas en un mayor porcentaje (29,9%), mientras que los hijos mayores de 14 años tienen una baja participación (7,4%).

**TABLA 13: CARACTERÍSTICAS DE LA PARTICIPACIÓN SEGÚN INTEGRANTES DE LA FAMILIA: RESPONSABILIDADES Y DECISIONES CONSIENTES.**

RESPONSABILIDADES Y DECISIONES CONSIENTES		INTEGRANTES DE LA FAMILIA				TOTAL
		Madre	Padre	Hijo mayor de 14 años	Abuelos	
Bajo	Nº	177	265	50	60	552
	%	26,2%	39,3%	7,4%	8,9%	81,8%
Alto	Nº	123	0	0	0	123
	%	18,2%	0,0%	0,0%	0,0%	18,2%
Total	Nº	300	265	50	60	675
	%	44,4%	39,3%	7,4%	8,9%	100,0%

Fuente: Encuesta participación familiar y prevención de la desnutrición infantil n=300. Distrito de Chota 2016.  
Chi<sub>2</sub> = 188,010; p=0,000

### INTERPRETACIÓN.

En la presente tabla muestra que el 18,2% de las madres tienen alta participación de manera consiente en la práctica de las medidas preventivas contra la desnutrición, mientras que el padre su participación es baja (39,3%).

**TABLA 14: CARACTERÍSTICAS DE LA PARTICIPACIÓN SEGÚN INTEGRANTES DE LA FAMILIA: RESPONSABILIDADES Y DECISIONES LIBRES.**

RESPONSABILIDADES Y DECISIONES LIBRES		INTEGRANTES DE LA FAMILIA				TOTAL
		Madre	Padre	Hijo mayor de 14 años	Abuelos	
Bajo	Recuento	140	125	34	30	329
	% del total	20,7%	18,5%	5,0%	4,4%	48,7%
Alto	Recuento	160	140	16	30	346
	% del total	23,7%	20,7%	2,4%	4,4%	51,3%
Total	Recuento	300	265	50	60	675
	% del total	44,4%	39,3%	7,4%	8,9%	100,0%

Fuente: Encuesta participación familiar y prevención de la desnutrición infantil n=300. Distrito de Chota 2016.  
Chi<sub>2</sub> = 8239; p=0,041.

### INTERPRETACIÓN.

En la presente tabla muestra que la participación de la madre en las prácticas de las medidas preventivas se caracteriza por ser libre (23,7%).

**TABLA 15: CARACTERÍSTICAS DE LA PARTICIPACIÓN SEGÚN INTEGRANTES DE LA FAMILIA: RESPONSABILIDADES Y DECISIONES ORGANIZADAS.**

RESPONSABILIDADES Y DECISIONES ORGANIZADAS		INTEGRANTES DE LA FAMILIA				TOTAL
		Madre	Padre	Hijo mayor de 14 años	Abuelos	
Bajo	N°	33	32	24	15	104
	%	4,9%	4,7%	3,6%	2,2%	15,4%
Alto	N°	267	233	26	45	571
	%	39,6%	34,5%	3,9%	6,7%	84,6%
Total	N°	300	265	50	60	675
	%	44,4%	39,3%	7,4%	8,9%	100,0%

Fuente: Encuesta participación familiar y prevención de la desnutrición infantil n=300. Distrito de Chota 2016.  
Chi<sub>2</sub> = 51,716; p=0,000.

### INTERPRETACIÓN.

En la presente tabla muestra una de las características de la participación familiar por integrantes de la familia; observándose que la madre tiene una alta participación con decisiones organizadas (39,6), mientras que los abuelos tienen una baja participación (2,2%).

**TABLA 16: CARACTERÍSTICAS DE LA PARTICIPACIÓN SEGÚN INTEGRANTES DE LA FAMILIA:**

PARTICIPACIÓN FAMILIAR		INTEGRANTES DE LA FAMILIA				TOTAL
		Madre	Padre	Hijo > de 14 años	Abuelos	
Bajo	N°	22	15	16	5	58
	%	3,3%	2,2%	2,4%	0,7%	8,6%
Alto	N°	278	250	34	55	617
	%	41,2%	37,0%	5,0%	8,1%	91,4%
Total	N°	300	265	50	60	675
	%	44,4%	39,3%	7,4%	8,9%	100,0%

Fuente: Encuesta participación familiar y prevención de la desnutrición infantil n=300. Distrito de Chota 2016.  
Chi<sub>2</sub> =38,391; p=0,000.

## INTERPRETACIÓN.

La presente tabla muestra las cuatro características de la participación de los integrantes de la familia en la implementación de las medidas preventivas; observándose que la madre tiene una participación alta en las responsabilidades y decisiones activas, consientes, libres y organizadas en un mayor porcentaje (41,2%) en relación al resto de integrantes de la familia.

Se encontró relación estadística significativa, el valor de  $\chi^2 = 38,391$  y de  $P = 0,00$ . Indica que las variables están directamente relacionadas; significando que la participación de los miembros de la familia se relaciona con las características de la participación. En consecuencia podemos afirmar con un 95% que es condicionante significativo del estado nutricional de los niños.

**TABLA 17: NIVELES DE PARTICIPACIÓN DE LA MADRE EN LAS PRÁCTICAS PREVENTIVAS CONTRA LA DESNUTRICIÓN.**

MEDIDAS PREVENTIVAS		NIVEL DE PARTICIPACIÓN DE LA MADRE			TOTAL
		BAJA 0 - 24	MEDIA 25 - 74	ALTA 75 - 100	
Asistencia para CRED	N°	11	24	54	89
	%	3,7%	8,0%	18,0%	29,7%
Alimentación	N°	10	36	73	119
	%	3,3%	12,0%	24,3%	39,7%
Lavado de manos	N°	5	18	16	39
	%	1,7%	6,0%	5,3%	13,0%
Consumo de agua	N°	12	14	10	36
	%	4,0%	4,7%	3,3%	12,0%
Estimulación temprana	N°	4	5	8	17
	%	1,3%	1,7%	2,7%	5,7%
Total	N°	42	97	161	300
	%	14,0%	32,3%	53,7%	100,0%

Fuente: Encuesta participación familiar y prevención de la desnutrición infantil n=300. Distrito de Chota 2016  
 $\chi^2 = 25,283$ ;  $p = 0,001$ .

## **INTERPRETACIÓN**

La presente tabla muestra el nivel de participación de madre en las medidas preventivas (asistencia al EESS para el Control del Crecimiento y Desarrollo, alimentación, lavado de manos consumo de agua segura y estimulación), observando que la participación de la madre en la alimentación, asistencia al Establecimiento de salud para el CRED es alta (24,3%, 18% respectivamente). Mientras que es baja en estimulación (1,3%)

Se encontró relación estadística significativa, siendo el valor de  $\chi^2 = 25,283$ ; y de  $P = 0,001$ . Indican que las variables están directamente relacionadas; significando que los niveles de participación de la madre se relacionan con las medidas preventivas de la desnutrición. En consecuencia podemos afirmar con un 95% que es condicionante significativo del estado nutricional de los niños.

**TABLA 18: NIVELES DE PARTICIPACIÓN DE LA MADRE, PADRE EN LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA DESNUTRICIÓN**

MEDIDAS PREVENTIVAS		NIVEL DE PARTICIPACIÓN			TOTAL
		DE MADRE, PADRE			
		BAJA 0 - 24	MEDIA 25 - 74	ALTA 75 - 100	
CRED	N°	4	18	10	32
	%	1,5%	6,8%	3,8%	12,1%
Alimentación	N°	5	21	8	34
	%	1,9%	7,9%	3,0%	12,8%
Lavado de manos	N°	6	16	28	50
	%	2,3%	6,0%	10,6%	18,9%
Consumo de agua segura	N°	8	15	36	59
	%	3,0%	5,7%	13,6%	22,3%
Estimulación temprana	N°	10	14	66	90
	%	3,8%	5,3%	24,9%	34,0%
Total	N°	33	84	148	265
	%	12,5%	31,7%	55,8%	100,0%

Fuente: Encuesta participación familiar y prevención de la desnutrición infantil n=300. Distrito de Chota 20126 Chi<sub>2</sub>=39,285; p=0,003

## INTERPRETACIÓN

La presente tabla muestra el nivel de participación de los dos integrantes de la familia (padre y madre), observándose que los dos padres tienen una alta participación en las medidas preventivas: Estimulación temprana y consumo de agua segura (24,9%, 13,6%). Se encontró relación estadística significativa valor de Chi<sub>2</sub>= 39,285 y de P=0,003. Indica que las variables están directamente relacionadas; significando que los niveles de participación de la madre, padre se relacionan con las medidas preventivas de la desnutrición. En consecuencia podemos afirmar con un 95% que es condicionante significativo del estado nutricional de los niños.



**TABLA 19: NIVELES DE PARTICIPACIÓN DE LA MADRE, PADRE, HIJA EN LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA DESNUTRICIÓN**

MEDIDAS PREVENTIVAS		NIVEL DE PARTICIPACION MADRE,PADRE,HIJO			TOTAL
		BAJA	MEDIA	ALTA	
		0 - 24	25 - 74	75 - 100	
CRED	N°	2	2	1	5
	%	4,0%	4,0%	2,0%	10,0%
Alimentación	N°	1	3	5	9
	%	2,0%	6,0%	10,0%	18,0%
Lavado de manos	N°	3	1	7	11
	%	6,0%	2,0%	14,0%	22,0%
Consumo de agua	N°	5	2	0	7
	%	10,0%	4,0%	0,0%	14,0%
Estimulación	N°	1	3	14	18
	%	2,0%	6,0%	28,0%	36,0%
Total	N°	12	11	27	50
	%	24,0%	22,0%	54,0%	100,0%

Fuente: Encuesta participación familiar y prevención de la desnutrición infantil n=300. Distrito de Chota 2016.  
Chi<sub>2</sub>= 19,711; p=0,011

## INTERPRETACIÓN

La tabla nos muestra que la participación de los tres integrantes de la familia (papá, mamá, hijo/a) es alta en la estimulación (28%) y en lavado de manos (14%).

Se encontró relación estadística significativa, el valor de Chi<sub>2</sub>= 19,711 y de P=0,011. Indican que las variables están directamente relacionadas; significando que los niveles de participación de la madre, padre, hija se relacionan con las medidas preventivas de la desnutrición. En consecuencia podemos afirmar con un 95% que es condicionante significativo del estado nutricional de los niños.

**TABLA 20: NIVELES DE PARTICIPACIÓN DE TODOS LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA (MADRE, PADRE, HIJO Y ABUELOS) EN LA PRÁCTICA DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA DESNUTRICIÓN.**

MEDIDAS PREVENTIVAS		NIVELES DE PARTICIPACIÓN DE TODOS LOS INTEGRANTES			
		BAJA 0 - 24	MEDIA 25 - 74	ALTA 75 - 100	TOTAL L
CRED	N°	1	2	16	19
	%	1,4%	2,9%	23,2%	27,5%
Alimentación	N°	2	1	21	24
	%	2,9%	1,4%	30,4%	34,8%
Lavado de manos	N°	1	2	6	9
	%	1,4%	2,9%	8,7%	13,0%
Consumo de agua	N°	1	5	4	10
	%	1,4%	7,2%	5,8%	14,5%
Estimulación	N°	2	2	3	7
	%	2,9%	2,9%	4,3%	10,1%
Total	N°	7	12	50	69
	%	10,1%	17,4%	72,5%	100,0%

Fuente: Encuesta participación familiar y prevención de la desnutrición infantil n=300. Distrito de Chota 2016.

Chi<sub>2</sub>= 15,995 p=0,042.

## INTERPRETACIÓN

En la tabla observamos que la participación de todos los integrantes de la familia (mamá, papá e hijo/a y abuela) es alta en la alimentación y asistencia al control del CRED en el Establecimiento de salud (30,4% y 23,2%), mientras la medida preventiva de lavado de manos en los momentos críticos y consumo de agua segura la participación de todos los integrantes es baja (1,4).

Se encontró relación estadística significativa valor de  $\chi^2 = 15,995$  y de  $P = 0,0025$ . Indica que las variables están directamente relacionadas; significando que los niveles de participación de todos los integrantes de la familia se relacionan con las medidas preventivas contra la desnutrición. En consecuencia podemos afirmar con un 95% que es condicionante significativo del estado nutricional de los niños.

## **5.2. Análisis y discusión de resultados**

La familia es el ámbito privilegiado donde la persona nace, crece, se forma y se desarrolla. Es la institución fundamental para la vida de toda sociedad. Por eso, en el campo de la salud, la familia se constituye en la unidad básica de salud, en la cual sus miembros “tienen el compromiso de nutrirse emocional y físicamente compartiendo recursos como tiempo, espacio y dinero, por lo tanto, a ella se debe dirigir la atención para mejorar la alimentación y nutrición del niño/niña de la Región.

La supervivencia del niño y su desarrollo físico y psicológico dependen totalmente del cuidado de otros. Sobre todo en la primera etapa de vida, lo más probable es que el cuidado del niño esté a cargo de los padres o la familia extensa, que comprende los miembros de un grupo familiar en que la responsabilidad de criar el niño/a es compartida por personas distintas de los padres.

En casi todas partes, la familia, como institución, se encuentra sometida a diferentes tipos de tensión. Para citar solo un ejemplo, los problemas de las zonas rurales donde las familias más pobres, por lo general con pequeñas áreas de tierras, no pueden ganarse el sustento, así como la atracción de las oportunidades económicas aparentemente mejores que ofrecen las ciudades costeras, crean considerables tensiones tanto en las familias urbanas como en las rurales. Una de las consecuencias es la migración de parte del padre de familia, generando que la madre asuma el cuidado de todos los miembros de la familia, lo que dificulta atender adecuadamente al niño/niña debido a la atención que reclaman los otros hijos y a la carga de sus numerosas obligaciones domésticas y de otro tipo, como las labores agrícolas.

La desnutrición crónica o retardo en el crecimiento constituye un problema social y de salud pública. En nuestro País, según los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar primer trimestre 2018, muestran una tendencia de disminución del nivel de la desnutrición crónica en el país. Pasó de 13,1% a 12,2% y en la zona rural se reduce en 6,7 puntos porcentuales; de 32,3% a 25,6% en el mismo periodo. (82)

En la Región Cajamarca el comportamiento de la Desnutrición Crónica según los informes de la ENDES del período 2000 (50%), 2007 (46,6%), 2009 (39,8), 2010 (40,5%), 2011 (37,6%), 2012 (36,1%) y para el 2017 es de 26,6%; porcentajes que se han mantenido constantes estos últimos 17 años, ubicándonos en el segundo lugar a nivel nacional; con cifras que están por encima del promedio nacional (12,2%).

En la Provincia de Chota, según el Sistema de Información del estado Nutricional (SIEN) 2016 de la Dirección Sub Regional de Salud Chota, para el año 2016 la desnutrición crónica infantil representa el 30,4%; mientras que como distrito la desnutrición crónica infantil representa el 26,8% (11).

La literatura sobre el tema ha demostrado, entre otros, que la desnutrición crónica infantil aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad y deteriora el crecimiento y el desarrollo durante la niñez temprana. Inclusive, su impacto negativo en la reducción de la capacidad de trabajo y el rendimiento intelectual, hecho que, a su vez puede contribuir a disminuir la productividad económica de las personas.

Frente a esta realidad, la estrategia de la política social de nuestro país debe orientarse, entre otros, a diseñar políticas y programas multisectoriales de alimentación, nutrición, agua y saneamiento y de participación, con la finalidad de continuar con la prevención y

atención focalizada de la desnutrición infantil, principalmente en niños menores de cinco años de edad en mayor riesgo de desnutrición.

Teniendo este como marco referencial, la presente investigación tiene como principal objetivo Analizar el nivel y características de la participación de la familia rural en las prácticas preventivas contra la desnutrición infantil del distrito de Chota, esperando que los resultados de la investigación contribuyan al diseño de políticas y programas que permitan incrementar la participación de la familia en la implementación de las medidas preventivas contra la desnutrición infantil.

1. Los resultados de la primera tabla nos muestra que la madre participa con mayor frecuencia (44,4%) en la implementación de las medidas preventivas contra la desnutrición infantil, debido a que la madre es la que asume la responsabilidad del cuidado del niño en el hogar, producto de la influencia de los programas sociales que promueven solamente la participación de la madre. Pero además es quien permanece el mayor tiempo en el hogar porque los integrantes de la familia como el papá y los hijos mayores de 14 años no permanecen en casa, debido a que se dedican de construcción civil, servicio de moto taxi y otros migran al interior del país en busca de trabajo eventual, obligando a la madre asumir la responsabilidad del cuidado de los niños en el hogar.

En la presente también se hace evidente la participación del padre, se encontró que en el 39,3% participaba el papá en la prevención de la desnutrición lo que significa que hay una participación paterna siendo importante porque el niño va a tener un cuidado compartido y los resultados van a favorecer en su nutrición y salud. Ratificando lo que (INABIF-MIMP 2013) (83) indica que las actividades domésticas se han modificado la participación por género tanto en el campo laboral como del

trabajo y de las responsabilidades que asumen hombres y mujeres al interior del hogar lo cual es muy positivo para la familia en especial para los hijos.

Además se observa que la participación de todos los integrantes (madre, padre, hijos y abuelos) es menor con un 6% lo que no ayuda a que las medidas preventivas se implementen adecuadamente, y se asuma el problema como una responsabilidad individual y no como una responsabilidad familiar, lo que conlleva a que cualquier programa o proyecto que no incluya a todos los integrantes el éxito del mismo no se garantiza, Estos resultados tienen relación con estudios realizados sobre procesos organizativos y de participación que mejoren la nutrición y la sobrevivencia infantil realizados por Arenas Monreal 1999 que concluye que los programas de nutrición infantil tienen mayores posibilidades de éxito en la medida que logren involucrar a la familia en la resolución de este problema (84).

Los resultados nos muestra que los niños de las familias que solamente participa en la prevención de la desnutrición la madre la desnutrición crónica se incrementa (15,1%), y cuando participan todos los integrantes de la familia la desnutrición crónica disminuye (3%), el mismo comportamiento se tiene con el riesgo cuando todos los miembros participan el riesgo es menor (2,5%), y cuando solo participa un miembro en este caso la madre el riesgo se incrementa (15,4%).

Estos resultados no difiere de las conclusiones realizadas por la revista de salud pública de México/vol. 44 número 1, enero del 2012 donde concluye, que es relevante reconocer la importancia de la familia como productora y responsable de las condiciones de salud y enfermedad, de sus miembros y la situación de más vulnerabilidad en los que se encuentran, lo que les hacen más dependientes de la familia, con respecto a su alimentación y al resto de los bienes que se les debe

proporcionar; además las estrategias de vida de las familias permite estimar su capacidad para interactuar con el entorno y para transformar los insumos en bienes que después son repartidos entre sus integrantes, por lo que se debe considerar que las estrategias familiares de vida juegan un papel determinante para la distribución de los recursos al interior de la familia y que forman parte del proceso de toma de decisiones para la búsqueda de la sobrevivencia de cada uno de sus integrantes y que se encuentran relacionadas con el cuidado de la salud (85).

También es importante tener en cuenta que dentro de los factores asociados a la desnutrición se encuentran los factores relacionados con el nivel de escolaridad de la madre, debido al desconocimiento de las madres acerca del tema de nutrición, además desconocen las consecuencias severas que esta condición puede traer consigo para el crecimiento y desarrollo de sus hijos. El factor sociocultural que muchas familias adoptan en la comunidad, hace que muchas veces se tomen actitudes equivocadas, entre ello malos hábitos en la alimentación de los niños. (21)

2. En relación a los integrantes de la familia que participan en la práctica de las medidas preventivas los resultados que se evidencian de la investigación, muestra que el integrante de la familia que tiene una mayor participación en las practicas preventivas contra la desnutrición infantil: Alimentación, control del crecimiento y desarrollo, estimulación temprana, consumo de agua segura y lavado de manos en los momentos claves, es la madre, con un 36,3%; 41,3 y 29,9% respectivamente; y con un menor porcentaje (3,9 %) participa los tres integrantes (madre, padre, hijos mayores de 14 años). Estos resultados se debe a que el rol que se le asignado a la mujer en las comunidades son las labores domésticas y una de ellas es la preparación de los alimentos, alimentar a todos los miembros de la familia y realizar la higiene a



los niños menores de 05 años, rol que el esposo y algunos miembros de la familia no asumen como una responsabilidad de familia. Estos resultados tienen relación con los resultados del estudio sobre Familia, Roles de género y violencia de género realizado por la Pontificia Universidad Católica de Lima, que destaca, que las diferencias de género en la realización de tareas domésticas no solo implican tiempos diferentes, sino también tipos de actividades diferenciadas, del mismo modo, al consultar cuál de los cónyuges es quien efectivamente realiza las actividades dentro del hogar, son las mujeres quienes se encargan, existiendo tareas realizadas predominantemente por mujeres como el lavado de ropa o la preparación de alimentos (86).

Además en otro estudio que corrobora los resultados encontrados en la investigación como el estudio realizado en las comunidades rurales de Lima, sobre estrategias de la madre durante el proceso de alimentación en niños de 6 a 24 meses, cuyos resultados más importantes a resaltar es que las madres multíparas actúan de una forma más activa, responsiva y utilizan palabras afectivas durante la comida, mientras que las madres primíparas pueden llegar actuar de forma autoritaria cuando el niño rechaza los alimentos (32).

Sobre la práctica de la lactancia materna exclusiva y estado nutricional según el indicador peso/edad, los resultados de la investigación muestra que los niños que recibieron solamente lactancia materna el segundo mes el riesgo de sufrir desnutrición es mayor (7,7%) y los niños que recibieron el primer mes la desnutrición global se incrementa (11%); pero cuando recibe lactancia materna exclusiva es decir los 6 meses, el riesgo disminuye (4%) y la desnutrición global desciende a 3%.

Por lo cual es importante decir que la lactancia materna en el Perú según el estudio realizado por Velásquez H, 2012, encontró que el 89,6% de los niños recibía lactancia materna exclusiva y el 89,1% de los niños de 6 a 8 meses ya recibía alimentación complementaria dentro de estos se encuentra en Cajamarca, Amazonas, Huánuco, Huancavelica, Apurímac, Cusco, Puno y Ucayali; siendo muy importante este estudio porque a partir de este permitió establecer una línea de base sobre la cual se diseñaron estrategias que ha permitido una mejora en las prácticas de cuidado materno infantil en la población objetivo, sabiendo los beneficios de la lactancia materna en el crecimiento y desarrollo de los niños. (25) Estudio que difiere con los resultados encontrados con la investigación, mientras que la lactancia materna exclusiva para este estudio se encuentra en porcentajes elevados, el estudio muestra un descenso alarmante de la lactancia materna exclusiva en la zona de estudio alcanzando un 16% siendo esta interrumpida por agüitas, caldos y leche de vaca, argumentando la madre la interrupción de la lactancia debido a la poca cantidad de leche que produce.

Según la definición de lactancia materna exclusiva implica que no se dará al niño/niña ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, excepto la leche materna, aunque permite que reciba gotas y jarabes (vitaminas, minerales y medicinas). La lactancia natural proporciona el alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes. Como recomendación de salud pública mundial, durante los seis primeros meses de vida los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, un desarrollo y una salud óptima. A partir de los seis meses los lactantes deberían recibir alimentos complementarios sin abandonar la lactancia natural hasta los dos años de edad o más tarde. (87)

La lactancia materna es un comportamiento complejo porque las madres deben decidirse a amamantar, aprender las técnicas correctas, preservar cuando se presenten dificultades y a veces ir en contra de las normas culturales (Green, 1999) Para que las madres puedan amamantar necesitan información exacta, apoyo familiar, de la comunidad y del sistema de atención sanitaria. Con este fin deberían tener acceso a agentes de salud cualificados, asesores especializados y no especializados en lactancia, que aumenten la confianza de las madres, mejoren las técnicas de alimentación y prevengan o solucionen los problemas de amamantamiento (52).

Según el MIDIS, la lactancia materna exclusiva es una intervención efectiva para la reducción de la desnutrición infantil, según las evidencias la leche materna proporciona todos los nutrientes requeridos por la mayoría de los lactantes hasta los seis meses de edad. Se digiere más fácilmente que los sustitutos y proporciona agentes antibacterianos y antivirales que protegen al lactante contra las enfermedades (Hanson, 2000) (52). El incremento de proteínas en la dieta del niño menor de 4 meses no mejora la talla aunque sí incrementa el peso en los niños menores de 2 años de edad (Koletzko, et al. 2009) (52). Existe evidencia sobre el efecto de la lactancia materna en el crecimiento de los niños, así los niños amamantados durante los primeros 2 a 3 meses de vida crecen más rápido que los niños que no lo son.

3. En relación al estado nutricional según el indicador talla/edad; y la práctica de la lactancia materna exclusiva, los resultados muestra que el riesgo de sufrir desnutrición crónica los niños que recibieron solamente lactancia materna por un mes se incrementa (9%), y la desnutrición crónica se incrementa en un 10%. Los niños/niñas que recibieron lactancia materna exclusiva (6 meses) el riesgo y la desnutrición crónica disminuyen (3,3% y 2,7%). Además es necesario resaltar del total de madres lactantes

entrevistadas solamente el 16,0% proporcionaron lactancia materna exclusiva a sus niños. Estos resultados no difieren de los encontrados por Unicef 2009 (88), en nuestro país, donde concluye que a pesar de ser un país cuyas madres tradicionalmente adoptaban el amamantamiento como modo de alimentación de sus bebés, la exclusividad y la prevalencia de la lactancia materna también disminuyeron, lo que trajo un aumento de la morbilidad y de la mortalidad infantil, como se demostraría en algunas investigaciones. Según la evaluación de los indicadores de Programas Presupuestales 2011 – 2017 la lactancia materna exclusiva ha disminuido entre el año 2016 que alcanzo 69,8% descendiendo a 64,2 para el año 2017 (89).

Según ENDES 2011, muestra que la mayoría de las madres adolescentes alimentan a los menores de seis meses con leche materna 73,4%, siendo esta práctica mayor en el área rural 83,3% que en el área urbana 67,8%. Entre la ENDES 2008 y la ENDES 2011 primer semestre, la prevalencia de la lactancia materna revelan que mientras en el área rural esta práctica se consolida de 82,9% a 83,3% en el área urbana, se recupera de 60,6% a 67,8%. Según el área de residencia, la duración promedio de la lactancia exclusiva fue mayor entre niñas y niños del área rural (5,2 meses) respecto al área urbana (3,7 meses). Asimismo, en la sierra y en la selva (5,1 y 4,5 meses, respectivamente) respecto a la costa y a Lima Metropolitana (3,1 y 3,9 meses, respectivamente). Por departamentos Apurímac (6,7 meses), Huánuco (6,2 meses), Cusco (5,5 meses), y finalmente Ancash y Amazonas (5,4 meses cada uno) presentaron el mayor tiempo promedio de duración de la lactancia exclusiva (89). Esta situación evidencia la importancia de focalizar la promoción de la implementación de lactarios en las zonas urbanas, sobre todo en la costa, donde precisamente se concentra la mayor cantidad de mujeres en edad fértil incorporadas al mercado laboral, en situación de trabajo dependiente.

La lactancia materna no sólo ofrece la nutrición perfecta para el bebé en desarrollo, también provee protección inmunológica de valor incalculable contra una larga lista de enfermedades (infecciones respiratorias, alergias, enfermedades del intestino, meningitis, síndrome de muerte súbita del lactante, diarrea y neumonía). Aproximadamente 5,500 niños mueren cada día debido a malas prácticas de alimentación infantil. Además, muchos niños sufren efectos a largo plazo debido a malas prácticas de alimentación, incluyendo alteraciones del desarrollo, malnutrición, aumento de enfermedades infecciosas y de enfermedades crónicas (90)

El mejoramiento de la alimentación del lactante y del niño es pertinente en todo el mundo. Aunque al momento de la encuesta, ENDES 2004 (90), la totalidad de los niños menores de 4 meses estaba lactando, sólo lo hacía en forma exclusiva el 76 % de los menores de 2 meses, el 65 % de los lactantes de 2 a 3 meses y el 53 % de los niños de 4 a 5 meses y estas cifras son menores que las del año 2000. El problema radica en la introducción de agua u otros líquidos (tales como caldos, jugos y otras leches), a una edad muy temprana, al 24 % de los niños antes de los 2 primeros meses, al 35,5% entre los 2 y 3 meses y al 47 % entre los 4 y 5 meses. Los porcentajes de niños que reciben alimentación complementaria a edades tempranas evidencian un aumento de 3 y 4 puntos respecto a los observados en el 2000.

En otro estudio descriptivo, retrospectivo, transversal realizado en la ciudad de corrientes se analizaron 170 encuestas aplicadas a madres con hijos entre 6 y 12 meses, encontrando los siguientes resultados: Al mes de vida 13% había dejado de ser amamantado. La lactancia exclusiva llegó al 6º mes en 25% de madres menores de 20 años, 43% de sometidas a cesárea, 52% de madres que la comenzaron dentro de la primera hora del nacimiento y en 46% de madres con nivel terciaria (91).

En otros estudios realizados en Panamá ponen de manifiesto que la prevalencia y duración de la lactancia materna está disminuyendo. En el año 2005 el 25% de las madres amamantan de forma exclusiva a sus hijos hasta el sexto mes. Investigaron durante el año 2006. En el estudio se encontró que en el grupo de los 147 bebés que recibieron pecho en el primer mes, 61,9% recibieron lactancia completaría (LMC). Aquí es donde el impacto de la educación de la madre en su estancia en la maternidad es crucial. Esta proporción inicial disminuyó drásticamente a 33,3%, al finalizar los seis meses de edad como consecuencia aumentaron los porcentajes de los niños alimentados con fórmulas lácteas (LA) desde 38,1% en el primer mes a un 66,6% al sexto mes de vida. Esto es motivo de gran preocupación por el hecho de que la disminución de la prevalencia de LMC, aumenta el riesgo de morbi-mortalidad infantil y sufrir desnutrición. La frecuencia de lactancia materna exclusiva (LME) fue más baja que la reportada en estudios anteriores hechos en Panamá, iniciando en el primer mes con 30,6% y disminuyendo al sexto mes a 6,8%. Este hecho también nos puede indicar que para este momento el impacto de la educación ha perdido fuerza y esto probablemente se deba a que durante el seguimiento de la madre – hijo en los controles de crecimiento y desarrollo no se refuerza este tema, como lo identificamos en este estudio, que de 37,4% y 0,7% en el primer mes de los niños alimentados con lactancia materna parcial y artificial aumentaron a 57,8% y 8,8% respectivamente al 6to mes de vida. En esta investigación, la prevalencia de LME disminuyó masivamente durante el primer trimestre 11,6% y sólo llegaron a los seis meses con LME el 6,8% y con LME+LMPre el 33,3%. Entre los niños que recibieron lactancia completa el mayor número de lactantes fueron normales desde el primer mes al 6to mes de vida (99,3%, 92,5%).

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, y su continuación durante los dos primeros años adecuadamente complementada con otros alimentos, constituye el mejor régimen alimenticio para lograr una buena salud del bebé, de acuerdo a las recomendaciones del Ministerio de Salud, la OPS/OMS y UNICEF. La leche materna contiene todos los nutrientes necesarios para el óptimo crecimiento y desarrollo, tanto físico como mental del bebé, y sus beneficios abarcan también el ámbito emocional, pues genera y fortalece el vínculo afectivo entre madre e hijo/a.

Entre los años 2011 y 2012, la prevalencia de la lactancia materna revela que tanto en el área urbana como rural esta práctica disminuye, en el área urbana 2,5 puntos porcentuales (de 64,0% a 61,5%) y en el área rural 3,8 puntos porcentuales (de 82,5% a 78,7%).

Por otro lado, en el año 2012 se evidencia que la lactancia materna es practicada, tanto en la Sierra como en la Selva, por cerca de ocho de cada diez madres de niñas y niños menores de seis meses de edad que en términos porcentuales representan el 76,4% y 76,5%, respectivamente; estas proporciones contrastan con la observada en la región de la Costa, donde solo seis de cada diez menores de seis meses de edad son alimentados exclusivamente con la leche materna (57,1%).

En la Selva la práctica de la lactancia materna exclusiva, entre los años 2011 y 2012, no presenta variación significativa (77,5% y 76,5%, respectivamente). En la Costa, disminuye 2,9 puntos porcentuales (de 60,0% a 57,1%). En la Sierra, la disminución es mayor, corresponde a 5,5 puntos porcentuales (de 81,9% a 76,4%, en los años 2011 y 2012, respectivamente).

Según ENDES 2013, La lactancia materna exclusiva, durante los primeros seis meses de vida del bebé, alcanza el 72 por ciento en todo el país, lo cual coloca al Perú en el primer puesto en América Latina y el Caribe. Según el director general de Promoción de la Salud del MINSA, la lactancia materna exclusiva muestra promedios nacionales que mantienen una tendencia a la mejora de 68 % en el 2012, subió al 72 por ciento en el 2013. "Aunque todavía se está lejos de los valores considerados óptimos que es el 80 por ciento".

En el Perú hay una preocupante disminución de la lactancia materna exclusiva y su reemplazo por fórmulas de leche artificial, especialmente en las grandes ciudades como Lima Metropolitana, cabe resaltar que casi la mitad de niños que nacen anualmente en el país, no acceden a la lactancia materna en la primera hora de vida, considerado fundamental para su salud y desarrollo; ya que la lactancia materna exclusiva constituye uno de los pilares que permiten el adecuado desarrollo del niño.

La encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2013 (92), indica que sólo el 55,6% a nivel nacional de los recién nacidos es alimentado con leche materna desde su primera hora de vida. Sin embargo, por área de residencia fue mayor el porcentaje en el área rural alcanzando el 67,6%, y según departamento: Huánuco 85,8% es una pauta tradicional en la crianza de los niños y niñas peruanos, la cual ha ido perdiéndose en las zonas urbanas alcanzando el 50,4%, poniendo en riesgo la salud del bebé debido a la introducción de sucedáneos de la leche materna o uso de biberones. Por departamento, los menores porcentajes se presentaron en lima 43,9%, Ica 45,0% y Arequipa 45,6%, debido a la reincorporación de la mujer en el ámbito laboral, el incumplimiento de las normas que defienden su derecho a dar de lactar, así como el incremento de la publicidad de sucedáneos de la leche materna. A nivel nacional el



uso del biberón en niñas y niños menores de seis meses de edad representó el 22,5% en el año 2013.

En la Región Cajamarca las madres que dan de lactar indicaron que el tiempo de duración de la lactancia es de cuatro a seis meses, debido a que muchas tienen que salir a trabajar, es imprescindible que la promoción de la lactancia materna exclusiva se empiece durante el embarazo en las consultas prenatales, con mayor intensidad en los últimos meses de gestación especialmente en las primigestas, la duración de la lactancia materna es de cinco meses, duración menor a lo recomendado. Si bien la lactancia materna en general supera el año de duración, la Lactancia Materna es bastante corta; lo que se encuentra vinculado a la introducción de líquidos. En este ámbito la duración mediana de Lactancia Materna Exclusiva es de 2,5 meses, siendo en áreas urbanas de 1,4 meses y en áreas rurales de 2,6 meses en dicha región.

En las tablas 11, 12, 13, 14 y 15 muestran las características de la participación familiar en la implementación de las medidas preventivas; caracterizada por ser: Responsabilidades y decisiones activas, consientes, libres y organizadas; para la investigación dichas tablas muestran por cada característica de la participación si es alta o baja, sin contener ningún tipo de intermedios que dificulten la caracterización de la participación de la familia y por la naturaleza de la investigación que evalúa si la característica de la participación está ausente o presente.

Las características de la participación en la práctica de las medidas preventivas contra la desnutrición según integrantes de la familia; la investigación presenta que el 29,9% de las madres su participación es activa en la implementación de las medidas preventivas contra la desnutrición; 39,3% no participa activamente el padre. Con relación a la participación de manera consciente el que tiene una mayor

porcentaje es la madre con un 18,2% y solo con un 39,3% tiene una baja participación el padre; la participación de manera libre es alta por parte de madre con un 23,7% y con un menor porcentaje lo hace los abuelos (4,4%). Además la participación organizada es alta con un 39,6% lo realiza las madres y con un menor porcentaje (2,2%), participan los abuelos.

Estos resultados nos muestra que la participación según integrante de la familia en el caso de la madre esta se caracteriza por ser activa, consiente, libre y organizada es decir la madre participa en las fases de diagnóstico, planificación, ejecución, control, evaluación; tomando conciencia del problema de la desnutrición y lo transforma en una necesidad a resolver; comprometiéndose y decidiendo de acuerdo con sus derechos y responsabilidades de manera voluntaria y lo hace de forma planificada, manteniendo su autonomía y reduciendo la dependencia de los servicios de salud. Mientras que la forma de los demás integrantes de la familia como el padre, hijos, abuelos es baja, debido a que asumen otros roles y responsabilidades, no acceden a la información y poca utilización de los servicios de salud, desatendiéndose del cuidado del crecimiento y Desarrollo del niño.

Estos resultados tienen que ver como se está concibiendo el problema al interior de la familia, es así que la participación familiar no debe significar una disolución de la responsabilidad individual, al contrario, una buena política de estímulo a la participación debe fomentar el interés y el compromiso de cada individuo como persona e integrante de una familia con la implementación adecuada de las medidas preventivas contra la desnutrición.

Pero la acción individual no es tan difícil de obtener, pues es posible relacionar lo que se hace con los beneficios obtenidos, difícil es lograr la acción colectiva donde los beneficios se diluyen entre todo un conglomerado de personas, y quien participa y se esfuerza puede obtener las mismas ventajas de quien nada o muy poco ha hecho.

La literatura hace mención de dos tipos posibles de participación comunitaria: una participación individual - familiar y una participación colectiva. Desde esta perspectiva entonces la participación comunitaria no significa verse acción colectiva, sino que significa acción llevada a cabo por la sociedad civil como algo distinto de la acción llevada a cabo por el Estado a través del Ministerio de Salud o algún otro organismo que emplea personas para realizar tareas de salud.

La propia participación de las familias a través de organizaciones sociales de base, o directamente en iniciativas comunitarias de cuidado infantil, de mejora de prácticas alimentarias, de estilos de vida saludables, entre otras más.

En el caso de la prevención de las enfermedades ha significado que el individuo o la familia es ignorante o minusválido social, y que por lo tanto debe protegerse a pesar que no desee proteger a sí mismo. Esta razón ha dominado en mucha de las orientaciones de los programas verticales de control de enfermedades y se ha sustentado en la existencia de una población pobre y analfabeta, o de muy baja educación, que debía aceptar la acción civilizatoria y sanitaria de los programas gubernamentales.

La participación individual-familiar puede ser, como su nombre lo refiere, una acción llevada a cabo por una persona o por un grupo familiar que tiene intereses comunes. En este caso la relación entre la actividad ejecutada y los beneficios obtenidos es

directa y no se comparten inmediatamente con otros individuos o familias como ocurre en la participación colectiva.

En el caso de la participación individual - familiar en la prevención de la desnutrición infantil, se requiere de un aumento de la responsabilidad de los integrantes de la familia porque los beneficios obtenidos son directos por lo que cada quien debe sentirse más obligado en el logro de sus propias metas de bienestar y salud.

La prevención de la desnutrición infantil actualmente se está abordando de lo general a lo particular, es decir las organizaciones públicas y privadas están asumiendo la responsabilidad de prevenir esta enfermedad, considerando a la familia solamente como usuaria o beneficiaria de un servicio; entendiendo la participación familiar como un medio y no como un fin en sí misma. Debe igualmente darse como resultado el alcance de los objetivos y metas de los programas, como es número de niños controlados, número de raciones distribuidas, etc. Considerando que debe dejarse de lado la participación consciente, decidida y responsable de la familia, que permita hacer un uso adecuado de los escasos recursos con que se cuenta, para prevenir la desnutrición infantil.

Para prevenir la desnutrición infantil, no es posible la participación comunitaria a nivel colectivo, sino que debe tomarse como un problema familiar, haciendo responsable a la familia de las medidas preventivas, por cuanto en esta edad el niño/a pasa el mayor tiempo en el hogar bajo el cuidado de la familia.

La influencia de la familia en la enfermedad ha sido analizada por diversos autores que demuestran que una serie de enfermedades suelen ser precedidas de acontecimientos vitales estresantes en el seno de la familia: los estilos de vida, el apoyo familiar y la

alta aplicación de la familia en el cuidado de la salud de sus miembros, lo cual influye de forma positiva o negativa en el desarrollo y/o evolución de la enfermedad. De todo esto se desprende que tanto la salud como la enfermedad no son acontecimientos individuales que afectan únicamente a la persona, sino que son acontecimientos colectivos que afectan al conjunto familiar.

En relación al nivel de participación de los integrantes de la familia en la implementación de las medidas preventivas, el estudio nos muestra que, más de la mitad de las madres de familia reporta una alta participación en la alimentación (24,3%), en la asistencia al establecimiento de salud para el control del Crecimiento y Desarrollo (18%) y participación en la práctica de lavado de manos en los momentos críticos (5,3%), mientras que su participación no resulta favorable en el consumo de agua segura y la estimulación temprana. En lo referido a la participación de los dos integrantes (papá, mamá) en la implementación de las medidas preventivas resalta con un nivel alto la estimulación temprana (24,9%); consumo de agua segura y lavado de manos (13,6% y 10,6%), lo que no sucede con las medidas preventivas de asistencia al control CRED que es baja (1,5%).

Los resultados del nivel de participación de todos los integrantes de la familia (padre, madre, hija menor de 14 años y abuelos en las prácticas de las medidas preventivas contra la desnutrición, resalta la práctica de alimentación con 34,8% y la asistencia al control de Crecimiento y Desarrollo con el 23,2% y con una baja participación en la práctica de lavado de manos en los momentos críticos y consumo de agua segura (1,4%).

Los resultados revelan que la participación en mayor porcentaje es el de la madre en la implementación de medidas preventivas y en otras tareas en el hogar referidas a la

atención de la familia. Así con relación a las políticas públicas sobre la familia, se preguntó a los encuestados quien debía proporcionar el cuidado de los niños: El 78% señaló que esta responsabilidad debe caer en los miembros de la familia. Las alternativas “particulares”, como empleadas y guarderías alcanzan el 14,5%, mientras que el Estado o sector público solo debería asumir esa responsabilidad el 4%. En general el cuidado de los niños no es considerado un asunto público en el país (OIP PUCP 2014) (93). Entonces los resultados refieren que la participación debe ser de toda la familia salvo circunstancias individuales de la familia considerando que actualmente los roles son compartidos por el hombre y la mujer, para poder brindar las condiciones óptimas a la familia con la finalidad de ofrecer bienestar y desarrollo.

En un estudio realizado menciona que el padre tiene un rol muy importante en el desarrollo y crianza de sus hijos. Tanto la madre como el padre tienen funciones diferentes; sin embargo ambos son igualmente importantes. El apego que un bebé construye con su padre es distinto al de las madres. El padre ofrece otro tipo de interacción con su bebe. Estos tienden más al desarrollo de la motricidad gruesa y se involucran más en un juego físicamente estimulante e impredecible. Varios estudios demuestran que la figura del padre está más asociada con el juego y la interacción social y las madres al cuidado del bebé. Estas diferentes funciones reflejan el tradicional estereotipo de los roles, que tienen gran influencia en el desarrollo de los géneros y su identificación con los mismos. Al estar involucrados ambos padres, le ofrecen a su hijo/a la oportunidad de criarse en un ambiente familiar de seguridad y estabilidad. La presencia del padre en la vida de un niño/a es sumamente importante, incluso cuando los padres ya no se encuentran juntos como pareja.

En la encuesta aplicada en el país, se ha identificado que la aparente apertura a roles no tradicionales sugieren que alrededor del 60% coincide que “cuando la mujer tiene

un trabajo a jornada completa la vida familiar se perjudica” o “Ser ama de casa es tan gratificante como trabajar por un salario” e incluso que “Trabajar está bien, pero que la mayoría de las mujeres realmente quieren formar un hogar y tener hijos”. Con relación al rol de la mujer en el Perú el mayor porcentaje (63,1%) considera que la mejor forma de organización de la vida familiar y laboral cuando hay un niño en edad preescolar sería aquella en la que la madre se queda en casa mientras el padre trabaja a tiempo completo. Entre los resultados de la encuesta aplicada en el Perú, se corroboró que las diferencias de género en la realización de tareas domésticas no solo implican tiempos diferentes, sino también tipos de actividades diferenciadas. Una amplia mayoría de las personas encuestadas considera que todas las actividades a excepción de las reparaciones en casa, pueden realizarlas mejor las mujeres que los hombres. Del mismo modo, al consultar a las personas encuestadas cuál de los conyugues es quien efectivamente realiza las actividades mencionadas en el hogar, se encuentran resultados bastante similares, pues son las mujeres quienes se encargan y, en segundo lugar “ambos por igual”, las actividades de lavado de la ropa o preparación de alimentos son realizados mayoritariamente por las mujeres. Un aspecto de los resultados que llama la atención es que los hombres estén sobredimensionando su colaboración en el hogar. Sin embargo, este aspecto es un tema por explorar.

Es muy importante la participación del padre y la madre en las medidas preventivas, ejecución de las tareas del hogar y el cuidado de los hijos los resultados serán favorables para el crecimiento y desarrollo de los niños además el desarrollo de las relaciones afectivas de padre a hijos lo que le dará estabilidad emocional, permitiéndole la interacción con los de su entorno generándole seguridad.

La presente investigación se sustenta en las teorías de acción. Cuando hablamos de educación para la participación comunitaria en los programas de salud, estamos pensando en la manera cómo es posible utilizar los conocimientos de las teorías de la acción individual y social para lograr un cambio en el comportamiento de los individuos. La educación es una manera cómo los conocimientos que han derivado de la investigación científica son utilizados y puestos en funcionamiento para que el ser humano actúe o deje de actuar, es decir, participe, de modo tal de contribuir al control de las enfermedades.

Además con el Modelo de creencias de salud, que es una teoría construida en la valoración subjetiva de una determinada expectativa. En términos de salud, el valor será el deseo de evitar la enfermedad o padecimiento, y la expectativa la creencia en que una acción es posible de realizar prevendrá o mejorará el proceso. El Modelo de creencias en salud, se sustenta en tres premisas la creencia o percepción de que un determinado problema es importante o suficientemente grave como para tenerlo en consideración. La creencia o percepción de que uno es vulnerable a ese problema y la creencia o percepción de que la acción a tomar producirá un beneficio a un corte personal aceptable.

Entonces respecto al tema investigado sobre la participación de la familia en la prevención de la desnutrición es la percepción individual la que determina el comportamiento, y no el ambiente en que vive y se desarrolla el individuo, actuando en las acciones a fin de prevenir los problemas de salud en su familia en especial de los niños menores que son los más vulnerables.



### 5.3. Contrastación de hipótesis

#### Regla de Decisión:

Si NS (nivel de sig.) =  $P < 0,05$  se rechaza  $H_0$ . Y se acepta  $H_1$  (Existe una asociación significativa entre participación en la práctica de las medidas preventivas de los integrantes de la familia y desnutrición infantil), Caso Contrario se acepta  $H_0$ .

Al contrastar la hipótesis se encontró relación estadística significativa entre la participación de los integrantes de la familia en las prácticas preventivas y el estado nutricional. ( $P=0,0026$ ); Asimismo, entre la participación de integrantes de la familia en las medidas preventivas de alimentación y control del Crecimiento y desarrollo con la prevención de la desnutrición, ( $P=0,0016$ ). Además se encontró que la práctica de lactancia materna exclusiva se relaciona con el estado nutricional según peso/edad ( $P=0,0002$ ) y talla/edad ( $P=0,001$ ). Al mismo tiempo la participación de los miembros de la familia se relaciona con las características de la participación: Responsabilidades y decisiones activas, consientes y organizadas ( $P= 0,000$ ) y responsabilidades y decisiones libres ( $0,041$ ). De esta forma se encontró que los niveles de participación de la madre se relacionan con las medidas preventivas de la desnutrición ( $P=0,001$ ). Asimismo, los niveles de participación de la madre, padre se relacionan con las medidas preventivas de la desnutrición ( $P=0,003$ ). Al mismo tiempo, los niveles de participación de la madre, padre, hija se relacionan con las medidas preventivas de la desnutrición ( $P=0,011$ ). Por lo demás, los niveles de participación de todos los integrantes de la familia se relacionan con las medidas preventivas de la desnutrición ( $P=0,042$ ). Conclusión a mayor nivel de participación de los integrantes de la familia de manera activa, consiente, libre y organizada en la implementación de las medidas preventivas se reducirá la desnutrición infantil, encontrándose relación significativa entre la participación de los integrantes de

la familia en las medidas preventivas y la reducción de la desnutrición infantil.

Comprobándose la hipótesis planteada.

## **CAPITULO VI**

### **PROPUESTA.**

#### **PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA MEJORAR EL NIVEL DE PARTICIPACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA EN LA PRÁCTICA DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA LA DESNUTRICIÓN INFANTIL.**

##### **6.1. FORMULACIÓN DE LA PROPUESTA PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA**

###### **6.1.1. Justificación de la propuesta**

La desnutrición infantil en el país se ha venido abordando desde el externo, con acciones multisectoriales, intergubernamentales, que promueven intervenciones efectivas para lograr reducirlo. Considerando a la familia como un medio y receptor de los servicios ofrecidos por los servicios de salud y programas sociales.

La propuesta que se propone es incrementar los niveles de participación de las familias para la implementación efectiva de las intervenciones preventivas dirigidas a reducir la desnutrición crónica, para el cual se necesita que todos los integrantes de la familia sean conscientes de la magnitud del problema.

Las medidas preventivas serán eficaces, sostenibles, legítimas y replicables en la medida que todos los integrantes de la familia sean conscientes del problema y sea abordado como un problema eminentemente familiar por el cual se tiene que agotar los recursos existentes en la familia y mejorar la utilización de los que provienen del externo, es decir de los programas sociales del Gobierno Central, Regional y Local.

Las familias de la zona rural se caracterizan por demandar servicios curativos y de rehabilitación, es decir acuden a buscar servicios de salud cuando sienten dolor o algún malestar y el problema de la desnutrición no se manifiesta con dolor por lo que esto hace que sea una enfermedad invisible para los integrantes de la familia, acarreado indiferencia y poca participación de los integrantes para evitarlo en el contexto más inmediato que el la familia.

El problema de la desnutrición es determinado mediante la evaluación antropométrica del niño/a en los servicios de salud, a donde acude solo la madre quien recibe los resultados y que casi nunca socializa los resultados al interior de la familia.

### **6.1.2. Objetivos de la propuesta.**

#### **Objetivo General.**

- Reducir los índices de desnutrición infantil en los niños menores de 5 años de las familias rurales del distrito de Chota.

#### **Objetivos específicos.**

- Visibilizar el problema de la desnutrición infantil al interior de la familia.
- Implementación oportuna y de calidad de las medidas preventivas contra la desnutrición infantil.
- Incrementar la participación de los integrantes de la familia en la práctica de las medidas preventivas contra la desnutrición infantil.

### **6.1.3. Teoría que sustenta la propuesta**

La teoría que sustenta la intervención es la teoría de la acción y el modelo de creencias de salud.

En la teoría de la acción existe dos grandes corrientes teóricas: las que dicen que la gente actúa por las circunstancias, por la situación y las que dicen que la gente actúa por sus valores o por sus creencias.

Para la propuesta nos inclinamos por la que sostiene que lo fundamental son los valores, que la situación tiene poca importancia, que lo más importante es lo que el hombre cree, lo que el individuo piensa, son sus hábitos, sus creencias. Porque si las personas creen en algo o tiene conciencia de algo, actuarán de acuerdo a ello. Y si la explicación del comportamiento se centra entonces en las circunstancias internas del individuo, lo más importante es la educación, porque nada hacemos con cambiar las circunstancias si no cambiamos a las personas.

El Modelo de creencias en Salud, se base en tres premisas: La creencia o percepción de que un determinado problema es importante o suficientemente grave como para tenerlo en consideración; La creencia o percepción de que uno es vulnerable a ese problema y la creencia o percepción de que la acción a tomar producirá un beneficio a un coste personal aceptable.

De acuerdo con el MCS, la concurrencia simultánea de estos tres factores favorece la adopción de determinados patrones de conducta, que serían en nuestro caso conducentes a la práctica de las medidas preventivas contra la desnutrición infantil. La aceptación de esta hipótesis implica que es la percepción individual la que determina el comportamiento, y no el ambiente en el que vive y se desarrolla el individuo.

#### **6.1.4. Metodología utilizada.**

Para que los integrantes de la familia mejoren su nivel de participación deben trabajar con una metodología activa y participativa y por ello el aprendizaje será constructivista. El trabajo a través del constructivismo potencia a la familia una autonomía progresiva y le da un papel protagonista en la construcción de sus propios conocimientos.

#### **6.1.5. Estrategias didácticas.**

Se refiere a un sistema de planificación aplicable a un conjunto articulado de acciones para llegar a una meta. La estrategia a utilizar es la pedagogía de proyectos. (Método de proyectos los integrantes de la familia aplican o construyen sus aprendizajes a través de la realización de un proyecto, en el cual planifican, ejecutan y evalúan una serie de actividades con el objetivo de resolver o prevenir el problema de la desnutrición infantil).

#### **Pasos en el proceso.**

##### **Fase I: Diagnóstico para la identificación del problema.**

El primer paso en la elaboración de un proyecto es la identificación del problema que se pretende abordar (desnutrición infantil).

## **Fase II: Planificación y organización**

La planificación implica dos procesos: la planificación del proyecto mismo y la planificación didáctica.

La planificación del proyecto se la realiza de manera participativa con todos los integrantes de la familia, definiendo:

- ¿Por qué? y ¿para qué? del proyecto
- Objetivo del proyecto
- Actividades a realizar (medidas preventivas)
- Recursos.
- Cronograma y lugar.
- Responsables (integrantes de la familia).

Por su parte, el trabajador de salud elaborará la planificación didáctica, en la que definirá las competencias y saberes que los integrantes de la familia desarrollarán durante el proyecto y que tipo de andamiajes, apoyos, ayudas (lecturas, preguntas, formas de organización, orientaciones, etc.) necesitarán del facilitador en el proceso.

## **Fase III: Ejecución**

Consiste en la realización de las actividades planificadas (medidas preventivas) por los integrantes de la familia con apoyo y mediación del personal de salud. Es la fase en la que la familia pone en juego todos los recursos en la solución de la desnutrición infantil.

## **Fase IV: Evaluación**

- La evaluación deberá permitir valorar los logros y dificultades en cada fase de la realización del proyecto y en relación al logro del objetivo propuesto.
- Se evaluará la pertinencia de las actividades, recursos, participación de los integrantes de la familia, calidad y suficiencia de los apoyos recibidos, etc.

### **6.1.6. Técnica didáctica.**

- Dialogo.

- Elaboración de tarjetas.
- Lluvia de ideas.
- Trabajo de campo.

#### **6.1.7. Concreción de la propuesta.**

Este apartado se ofrecerá diferentes técnicas y actividades para la implicación de las familias estableciendo una propuesta de intervención que ayude a lograr una participación activa, libre, consiente y organizada. Con las actividades formuladas buscamos que los padres y las madres (y por qué no, otros familiares) estén inmersos en los procesos de la prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

No obstante, si no aprendemos a usar todas las estrategias de las que disponemos, basaremos dicha participación en un proceso monótono e incluso aburrido para las familias. Así, con esta intervención pretendemos dinamizar dicha participación y potenciar a su máximo nivel las relaciones entre trabajador de salud y familias.

Queremos lograr una implicación más real, es decir, perseguimos dejar atrás la idea de que la familia participe sólo para ayudar y como acompañamiento, para que el trabajador de salud se encuentre menos agobiados o para aliviar el trabajo cuando estos se encuentran desbordados, para procurar verlos como parte clave del sistema de salud.

A través de esta propuesta buscaremos potenciar la participación de las familias en todo el proceso preventivo y promocional de la salud.

En los servicios de salud y los programas sociales, es común realizar reuniones grupales y masivas en los que asisten con mayor frecuencia las madres para recibir información sobre las medidas preventivas contra la desnutrición. Por otra parte, se ha podido observar cómo muchas de estas reuniones se convertían en meras charlas de los trabajadores de salud a las familias, sin dar cabida a ningún tipo de preguntas, debate o discusión por parte de los padres y las madres.

## 6.2. COSTOS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA PROPUESTA.

La implantación de la propuesta tendrá una duración de 6 meses por el cual se financiará en los siguientes rubros:

DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
<b>Material de capacitación</b>				
Papelote	und	100	0.40	40.00
Cartulina escolar	und	100	0.50	50.00
Plumones N° 47	caja	2	26	52.00
Masking tape	und	05	3.00	15.00
Lapiceros	caja	02	25.00	50.00
<b>Servicios</b>				
fotocopias	und	500	0.10	50.00
Impresión de fotos	und	200	0.50	100.00
Refrigerio	día	120	2.00	240.00
<b>Remuneraciones</b>				
Personal de salud	persona	01	2000.00	12000.00
Asistente	persona	01	1200.00	7200.00
<b>TOTAL</b>				<b>S/. 19797.00</b>

## 6.3. BENEFICIOS QUE APORTARA LA PROPUESTA.

- Movilizar recursos internos y externos para prevenir las enfermedades y promocionar la salud.
- Generar corresponsabilidad en el cuidado de la salud de los individuos, familias y comunidad.
- Mejorar la eficacia y eficiencia de las medidas preventivas contra la desnutrición infantil en el contexto más inmediato del niño.
- Optimizar los recursos orientados a la lucha contra la desnutrición.
- Reducir las tasas de morbilidad y mortalidad infantil.



## CONCLUSIONES

1. Los roles que asumen los miembros de la familia son diferentes, las madres generalmente se dedican al cuidado diario de los hijos en cambio los padres se preocupan más por el aspecto laboral por cuanto deben proveer el aporte económico para el mantenimiento de la familia.
2. La medida preventiva de la lactancia materna exclusiva está descendiendo alarmantemente; el estudio nos muestra que sólo una mínima parte de los niños/niñas recibieron lactancia materna exclusiva, siendo esta interrumpida por la incorporación de agüitas, leches artificiales, leche de vaca caldos y sopas; cuando esta práctica clave lo relacionamos con el estado nutricional, en los niños que fue interrumpida la lactancia materna exclusiva demuestra que cuando es a más temprana edad tienen mayor riesgo de sufrir desnutrición y padecer desnutrición crónica en menos del cincuenta por ciento.
3. La investigación nos muestra que cuando participan todos los miembros de la familia en la implementación de las medidas preventivas el riesgo de sufrir desnutrición o padecer la enfermedad disminuye, en cambio cuando solo participa un integrante de la familia está se incrementa; debido a que las medidas preventivas contra la desnutrición al interior de la familia solamente es asumida por un miembro en este caso por la madre, lo que no permite su implementación de manera oportuna y adecuada.
4. En la participación de los integrantes de la familia en las implementación de las medidas preventivas, se observa que la participación de la mujer se caracteriza por ser activa, consiente, libre y organizada es decir la madre participa en las fases de

diagnóstico, planificación, ejecución, control, evaluación; tomando conciencia del problema de la desnutrición y lo transforma en una necesidad a resolver; comprometiéndose y decidiendo de acuerdo con sus derechos y responsabilidades de manera voluntaria y lo hace de forma planificada, manteniendo su autonomía y reduciendo la dependencia de los servicios de salud. Mientras que la forma de los demás integrantes de la familia como el padre, hijos, abuelos es baja, debido a que asumen otros roles y responsabilidades, no acceden a la información y poca utilización de los servicios de salud, desatendiéndose del cuidado del crecimiento y Desarrollo del niño/niña.

5. En relación con el nivel de participación; la madre de familia alcanza un nivel alto de participación en la implementación de las medidas preventivas de la desnutrición como: la asistencia al control del Crecimiento y Desarrollo, alimentación, practica de lavado de manos y bajo en la estimulación, lo que no sucede con el resto de integrantes donde su participación es de media a baja, por lo que el problema de la desnutrición persiste porque no se ha institucionalizado al interior de la familia.

Al contrastar la hipótesis se encontró relación estadística significativa entre la prevención de la desnutrición y la participación de la familia, comprobándose la hipótesis planteada. Concluyendo que a mayor participación de manera activa, consiente, libre y organizada por parte de los integrantes de la familia se implementarán mejor la práctica de las medidas preventivas contra la desnutrición infantil.

## **RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS**

### **1. Gobierno Regional**

- Abordar el problema de la desnutrición infantil en el contexto más inmediato del niño que es la familia.
- Adecuar los servicios de salud del primer nivel de atención, para la planificación, ejecución y evaluación de las medidas preventivas de la desnutrición infantil garantizando la participación del mayor número de integrantes de la familia.
- Protocolizar las intervenciones orientadas a reducir la desnutrición infantil en la familia para incrementar la participación de los integrantes de la familia.

### **2. Universidad Nacional de Cajamarca – Escuela de Post Grado.**

- Promover investigaciones que ayuden a entender los diferentes cambios que ha sufrido la familia y su influencia en el cuidado de la salud individual, familiar y colectiva.
- Establecer convenios con los Gobiernos sub nacionales Regionales y Locales para poner a disposición los resultados de las investigaciones para que se conviertan en políticas y proyectos que ayuden a resolver los problemas sociales que enfrenta nuestra Región.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. La familia y la salud. [Online]. Washington; 2003. Available from:  
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7482/cd44-10-s.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
2. Congreso de la República. Ley de fortalecimiento de la familia. [Online]. Lima; 2005. Available from:  
[https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diff/normatividad\\_nacional\\_general/5\\_Ley\\_de\\_Fortalecimiento\\_a\\_la\\_Familia.pdf](https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diff/normatividad_nacional_general/5_Ley_de_Fortalecimiento_a_la_Familia.pdf).
3. MINSA. Programa de Familias y Viviendas Saludables. [Online]. Lima; 2006. Available from: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/170.pdf>.
4. Organización Panamericana de la Salud. La familia y la salud. [Online]. Washington; 2003. Available from:  
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7482/cd44-10-s.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
5. Ramírez Reynoso JE, Ydrogo Delgado Y. Ética del Cuidado del Profesional de Enfermería desde la Perspectiva del Familiar Cuidador del Paciente en estado Crítico HRDLM –CHICLAYO 2012. [Online]. Chiclayo; 2013. Available from:  
[http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/410/1/TL\\_RamirezReynosoJudith\\_YdrogoDe](http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/410/1/TL_RamirezReynosoJudith_YdrogoDe).
6. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Internacional conmemorativa del XXX aniversario de la. 2008..
7. Briceño León R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. [Online].; 1996. Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1996000100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1996000100002).
8. Ministerio de Salud. Programa de Familias y Viviendas Saludables. [Online]. Lima; 2006. Available from:  
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/170.pdf>.
9. Ascorra P. Ruralidad: Desafíos y proyecciones para los estudios sociales. Psicoperspectivas individuo y sociedad. 2012 Enero; 11(1,2012): p. 1-7.
10. Reynaya Farfan G. Cambios en las relaciones Familiares campesinas. In. Lima.
11. UNICEF. La Desnutrición Infantil: Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. 2011 Noviembre..

12. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Evolución de los Indicadores de Programas Presupuestales, 2011-2017. Lima; 2018.
13. Dirección Subregional de Salud Chota. Sistema de Información del Estado Nutricional - SIEN 2016. 2016..
14. CARE Perú. Balance y Recomendaciones de las Acciones del Gobierno para Reducir la Desnutrición Infantil. [Online].; 2010. Available from: <http://www.care.pe/infantil.htm>.
15. Ministerio de Agricultura y Riego. Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2013-2021. 2013. Documento, resultado de un trabajo participativo público-privado desarrollado en cumplimiento al Decreto Supremo N° 102-2012-PCM del 12 de octubre del 2012.
16. UNICEF. La Desnutrición Infantil: Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. España -Noviembre 2011. [Online].; 2011. Available from: [https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/Informe\\_La\\_desnutricion\\_infantil.pdf](https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/Informe_La_desnutricion_infantil.pdf).
17. Ortiz Andrellucchi A, Peña Quintana L, Albino Beñacar A, Mönckeberg Barros F, Serra Majem L. Desnutrición infantil, salud y pobreza: intervención desde un programa integral. [Online].; 2006. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/3092/309226697011.pdf>.
18. Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo del Milenio. [Online]. Nueva York; 2010. Available from: [http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/MDG\\_Report\\_2010\\_SP.pdf](http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2010_SP.pdf).
19. Soria Carrillo Á, Vaca Almeida AR. Factores determinantes de desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años en la provincia de Cotopaxi. [Online]. Quito; 2012. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/445/1/T-UCE-0005-80.pdf>.
20. Delgado Sánchez HD, Tuesta Dorado P, Valqui Gatica A. Factores maternos asociados al riesgo de desnutrición en niños de 6 a 36 meses del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015. [Online]. Iquitos; 2015. Available from: [http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3545/Hector\\_Tesis\\_Titulo\\_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3545/Hector_Tesis_Titulo_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
21. Coronado Escobar ZY. Factores asociados a la desnutrición en niños menores de 5 años. [Online].; 2014. Available from: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/09/15/Coronado-Zully.pdf>.

22. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan Estratégico Multisectorial Multianual PESEM 2013-2016. [Online]. Lima; 2013. Available from: [https://www.mimp.gob.pe/files/transparencia/pesem/informe\\_seguimiento\\_2013.pdf](https://www.mimp.gob.pe/files/transparencia/pesem/informe_seguimiento_2013.pdf).
23. Fernández Contreras DM, Montenegro Neira GL. Factores socioculturales del cuidador familiar relacionados con el estado nutricional del niño de 1 a 5 años en el sector Magllanal-Jaén, 2013. [Online]. Jaén; 2014. Available from: <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/695/T%20649.3%20F363%202014.pdf?sequence=1>.
24. Gerónimo Carrillo R, Magaña Castillo M, Zetina Hernández E, Herrera Castillo Y, Contreras Palomeque J. Conocimiento, actitud y práctica sobre la lactancia materna en mujeres en periodo posparto de un hospital de tercer nivel. Salud en Tabasco. 2014 Abril; 20(1).
25. Velásquez Hurtado JE, Solís Alcedo L, Vigo Valdez WE, Rosas Aguirre ÁM, Giusti Hundskopf P, Alfaro Fernandez P, et al. Evaluación de las prácticas de cuidado materno infantil en áreas con pobreza extrema del Perú, 2012. [Online].; 2014. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=743223&indexSearch=ID>.
26. Instituto de Opinión Pública. Familia, Roles de Género y Violencia de Género. [Online]. Lima; 2014. Available from: [http://repositorio.pucp.edu.pe/index/bitstream/handle/123456789/36496/IOP\\_1212\\_01\\_R\\_4.pdf?sequence=1](http://repositorio.pucp.edu.pe/index/bitstream/handle/123456789/36496/IOP_1212_01_R_4.pdf?sequence=1).
27. Romero Ayja ME, Zaravia Antonio KL. Nivel de Conocimiento Sobre Lactancia Materna Exclusiva de las Madres Adolescentes que Asisten al Hospital Nacional Arzobispo Loayza – Lima. [Online].; 2015. Available from: <http://repositorio.ual.edu.pe/bitstream/handle/UAL/17/002%20ROMERO%20AYJA%2c%20MARIA%20ELENA%20-%20ZARAVIA%20ANTONIO%2c%20KATHERINE%20LUCERO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
28. Jauregui Cárdenas. Componente crecimiento y desarrollo: Significado para las madres de niños de 1 a 4 años del AAHH Nueva Unión, Comas. [Online]. Lima; 2009. Available from: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/514/jauregui\\_cj.pdf;jsessionid=4C2E95AF8E5E8DA466DD673A8F957209?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/514/jauregui_cj.pdf;jsessionid=4C2E95AF8E5E8DA466DD673A8F957209?sequence=1).
29. LOPEZ M, Beatriz E, Martinez G, Leidy J, Zapata L, Natalia J. Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva. [Online].; 2013.

30. Gonzales A, Huaman E, Espino L, Aparco P, Pillaca J, Gutiérrez C. Factores asociados al cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo del niño menor de un año en establecimientos de salud de Amazonas, Loreto y Pasco. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016 Junio; 33(2).
31. Marrufo F. Nivel de conocimientos de las madres adolescentes en la práctica de la lactancia materna exclusiva HRDLM. [Online]. Chiclayo; 2012.
32. Dolores Maldonado G, Delgado Pérez , Creed Kanashiro. Estrategias empleadas por las madres durante el proceso de alimentación en niños de 6 a 24 meses de dos comunidades rurales de Lima, Perú. [Online].; 2015. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36342789005>.
33. Quispe Ilanzo P, Oyola García A, Navarro Cancino M, Silva Mancilla JA. Características y creencias maternas asociadas al abandono de la lactancia materna. [Online]. La Habana, Cuba; 2015. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21443545002>.
34. Marín Arias L, Ureña Cascante ME, Fernández Rojas X. Duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad urbana y otra rural de Costa Rica. [Online].; 2018. Available from: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/psm/v15n2/1659-0201-psm-15-02-1.pdf>.
35. Fujishima Martell HR. Estudio del acceso al Programa Presupuestal Articulado Nutricional de niños y niñas menores de 2 años de la localidad de Chiriaco, del distrito de Imaza Provincia de Bagua, departamento de Amazonas. Tesis Maestría. Amazonas: Pontificia Universidad Católica del Perú, Postgrado; 2017.
36. Huamán Jaramillo. Importancia de la higiene y una buena alimentación en la desnutrición crónica infantil de la comunidad de Chacamarca – Chinchao, Huánuco. [Online]. Huanuco; 2017. Available from: <http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/152441>.
37. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Tipos y ciclos de vida de los hogares. 2010..
38. Vásquez ML, Siqueira E, Kruze I, Da Silva A, Leite IC. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. [Online].; 2002. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112002000100005](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000100005).
39. Crocker R, Hunot C, Moreno E, López P, Gonzales M. Epistemologías y paradigmas de los campos disciplinares de la nutrición y los alimentos en la formación de nutriólogos. Análisis y propuestas para el desarrollo curricular.

- [Online].; 2012. Available from:  
[http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/anteriores/21/021\\_Crocker.pdf](http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/21/021_Crocker.pdf).
40. Briceño R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Revista SCielo*. 1996 Marzo; 12(1).
  41. Soto F, Lacoste JA, Papenfuss RL, Gutiérrez A. El Modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA. [Online].; 1997. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57271997000400002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000400002).
  42. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables – MIMP. Plan Nacional de Fortalecimiento a las Familias 2016 – 2021. [Online]. Lima; 2016. Available from: <https://www.mimp.gob.pe/files/planes/PLANFAM-2016-2021.pdf>.
  43. Parents Reaching Out. Participación Familiar Formando Asociaciones Comunitarias. 2008..
  44. Biblioteca Familiar. Unidad y participación familiar. [Online]. Available from: [http://www.sembrarfamilia.org/art\\_biblioteca.php?id=170](http://www.sembrarfamilia.org/art_biblioteca.php?id=170).
  45. Instituto Nacional de Estadística e Informática Perú. Tipos y ciclos de vida de los hogares. [Online].; 2010. Available from: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib0870/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0870/libro.pdf).
  46. Garcia Bartolome JM. Crisis y Renacimiento Rural. *Política y Sociedad*. 1991; 8.
  47. Kay C. Estudios Rurales en America latina en el periodo de Globalización neoliberal: Una Nueva Ruralidad. *Revista mexicana de sociología*. 2009 Noviembre; 71(4).
  48. Grupo impulsor Inversión en la Infancia. Informe desnutrición crónica infantil. ; 2012.
  49. Ministerio de Salud. Programa Presupuestal Programa Articulado Nutricional. [Online]. Lima; 2017. Available from: [http://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/archivos\\_apelacion/anexo2/anexo2-ARTICULADO%20NUTRICIONAL.pdf](http://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/archivos_apelacion/anexo2/anexo2-ARTICULADO%20NUTRICIONAL.pdf).
  50. Grupo impulsor de inversión en la infancia. Investigación sobre la Desnutrición Infantil Crónica. Lima;; 2012.



51. Chinchay KS. Costos Económicos en Salud de la Prevalencia Desnutrición Crónica, en Niños Menores de 5 Años en el Perú en el Periodo 2007-2013. Lima;; 2015.
52. UNICEF. Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe. 2017..
53. Martínez R, Fernández A. Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe. ; 2006.
54. Cruz Masco YY. Comparación del Estado Nutricional evaluado mediante dos métodos en niños mayores de un mes y menores de cinco años hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital de Quillibamba 2016. Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2016.
55. Orosco CLL. Conocimiento de la Madre sobre Alimentación Complementaria y el Estado Nutricional del Niño de 6 a 12 meses que acuden al Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo. Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería. Lima: Universidad Privada Arzobispo Loayza; 2015.
56. USAID. Módulo para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y Niño Según las Normas del Ministerio de Salud. Lima;; 2008.
57. Rios Rios M, Lachuma Dosantos SP, Bautista Rivera ED. Hábitos Alimentarios Relacionados a tipo de Desnutrición en menores de 5 años del Centro de Salud Tupac Amaru, Iquitos 2013. Iquitos;; 2013.
58. Rojas Piñango A, De la Cruz Sanchez E. Impacto social y económico de la desnutrición infantil. Venezuela: Universidad Pedagógica Experimental Libertador; 2017.
59. Naciones Unidad - CEPAL. Modelo de análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina. 2006 Diciembre..
60. Martínez R, Fernández A. Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe. [Online].; 2006. Available from:  
<http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/Desafiosnutric.pdf>.
61. Flores ME. Estrategias disminuir desnutrición crónica. CICAT-SALUD. 2012 Agosto.
62. EBSCO. Hierbas Y Complementos: Zinc. 2013..
63. Flores E. Estrategias disminuir desnutrición crónica. 2012..
64. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social-MIDIS. Lineamientos para la Gestión Articulada Intersectorial e Intergubernamental Orientada a Reducir la

- Desnutrición Crónica Infantil, en el Marco de las Políticas de Desarrollo e Inclusión Social. [Online]. Lima; 2012. Available from:  
<http://www.care.pe/caremedios/2012/julio/Directiva%20004-2012-MIDIS.pdf>.
65. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social-MIDIS. Listado de intervenciones efectivas para la reducción de la desnutrición crónica infantil. 2012..
66. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social-MIDIS. Lineamientos para la Gestión Articulada Intersectorial e Intergubernamental Orientada a Reducir la Desnutrición Crónica Infantil, en el Marco de las Políticas de Desarrollo e Inclusión Social. [Online]. Lima; 2012. Available from:  
<http://www.care.pe/caremedios/2012/julio/Directiva%20004-2012-MIDIS.pdf>.
67. Flores ME. Estrategias disminuir desnutrición crónica - CICAT-SALUD..
68. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social-MIDIS. Lineamientos para la Gestión Articulada Intersectorial e Intergubernamental Orientada a Reducir la Desnutrición Crónica Infantil, en el Marco de las Políticas de Desarrollo e Inclusión Social. 2012..
69. Grupo impulsor de inversión en la infancia. Documento de investigación sobre la desnutrición crónica infantil. [Online]. Lima; 2012. Available from:  
[https://inversionenlainfancia.net/application/views/materiales/UPLOAD/ARCHIVOS\\_DOCUMENTO/documento\\_documento\\_file/3\\_informe\\_desnutricion.pdf](https://inversionenlainfancia.net/application/views/materiales/UPLOAD/ARCHIVOS_DOCUMENTO/documento_documento_file/3_informe_desnutricion.pdf).
70. Infarómetro de la Primera Infancia. Informe Desnutrición Crónica Infantil. Lima;; 2012.
71. Constitución Política del Perú. 1993..
72. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud - Glosario. 1998..
73. Monografias.com. La Desnutrición. Lima;; 2012.
74. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para el Crecimiento y Desarrollo de la Niña y del Niño menores de 5 años. ; 2017.
75. Vargas HD. Prevalencia de Obesidad en Preescolares en un Jardín de Niños. Protocolo para Obtener el Grado de Especialista en Medicina Familiar. Veracruz: Instituto Mexicano del Seguro Social Universidad Veracruzana - Departamento De Estudios De Postgrado; 2014.
76. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para el Crecimiento y Desarrollo de la Niña y del Niño menores de 5 años. ; 2017.

77. Rojas Carrera T, Romero Solano MC. Factores Maternos y Estado Nutricional de Preescolares. La Esperanza Trujillo. Universidad Nacional de Trujillo; 2014.
78. USAID. Módulo para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y Niño Según las Normas del Ministerio de Salud. ; 2008.
79. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para el Crecimiento y Desarrollo de la Niña y del Niño menores de 5 años. ; 2017.
80. USAID. Módulo para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y Niño Según las Normas del Ministerio de Salud. Lima; 2008.
81. Cegarra Sanchez J. Los metodos de investigación. Monografía. Madrid; 2012.
82. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, 2013-2018 – Primer Semestre. 2018 Julio..
83. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan Estratégico Multisectorial Multianual. Lima: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables; 2013.
84. Arenas Monreal , Paulo Maya A, López González E. Educación popular y nutrición infantil: experiencia de trabajo con mujeres en una zona rural de México. Rev. Saúde Pública. 1999 Abril; 33(2).
85. Sandoval Priego AA, Reyes Morales H, Pérez Cuevas R, Abrego Blas R, Orrico Torres ES. Estrategias familiares de vida y su relación con desnutrición en niños menores de dos años. [Online].; 2012. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v44n1/8560.pdf>.
86. Instituto de Opinión Pública. Familia, Roles de Género y Violencia de Género. [Online]. Lima; 2014. Available from: [http://repositorio.pucp.edu.pe/index/bitstream/handle/123456789/36496/IOP\\_1212\\_01\\_R\\_4.pdf?sequence=1](http://repositorio.pucp.edu.pe/index/bitstream/handle/123456789/36496/IOP_1212_01_R_4.pdf?sequence=1).
87. Organización Mundial de la salud. <https://www.who.int/features/qa/21/es/>. [Online].; 2013 [cited 2019. Available from: <https://www.who.int/es/search?page=1&pagesize=10&query=Lactancia%20materna%20exclusiva&sort=relevance&sortdir=desc&default=AND&f.Countries.size=100&f.Lang.filter=es&f.RegionalSites.size=100&f.Topics.size=100&f.contenttype.size=100&f.doctype.size=101&facet>.
88. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF. “PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE Y EL NIÑO”. [Online]. Lima; 2009.

Available from:

file:///C:/Users/esc/Desktop/Libro\_promocion\_y\_apoyo\_a\_la\_Lactancia.pdf.

89. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Evaluación de los Indicadores de Programas Presupuestales 2011 - 2017. 2018..
90. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF. Promoción y apoyo a la lactancia materna en Establecimientos de Salud amigos de la madre y el niño. 2009..
91. Gonzalez IA, Huespe Auchter M, Auchter C. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA FACTORES DE EXITO Y/O FRACASO. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. 2008 Enero;(177).
92. ENDES. LACTANCIA Y NUTRICIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y MADRES. Lima: INEI; 2013.
93. Sobrino M, Gutiérrez C, Cunha AJ , Alarcón J. Desnutrición infantil en menores de cinco años en Perú: tendencias y factores determinantes. [Online].; 2014 [cited 2018]. Available from: <http://www.gotadeleche.org/wp-content/uploads/2015/09/desnutricion-y-anemia-principales-problemas-en-menores-peruanos.pdf>.
94. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF. “PROMOCIÓN Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE Y EL NIÑO”. Lima;; 2009.

## APÉNDICE 01

### INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

#### ESCALA DE MEDICIÓN DE PARTICIPACIÓN FAMILIAR Y LA PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN APLICADO A MADRE DE FAMILIA

ITEM	NUNCA LO HAGO (1)	LO HAGO OCASIONAL MENTE (2)	LO HAGO FRECUENTE MENTE (3)	SIEMPRE LO HAGO (4)
<b>RESPONSABILIDADES Y DESICIONES ACTIVAS</b>				
1. Lleva a su hijo/a al control del crecimiento y desarrollo al puesto de salud				
2. Leo las citas para el control que programa el puesto de salud				
3. Cuando lo pesan a su hijo/a usted coloca la calzoneta o la cuneta				
4. Retira la ropa de su hijo/a cuando lo pesan				
5. Acudo con mi hijo/a en la fecha que soy citada al puesto de salud				
6. Usted carga a su hijo/a y lo coloca en la balanza.				
7. Retiro de la balanza a mi hijo/hija				
8. Me coloco debajo de la balanza para cogerlo al niño/a y no se mueva				
9.				
10. Reviso el carne de crecimiento y desarrollo de mi hijo/a				
11. Le asigno un lugar y un horario para que mi hijo/a se alimente				
12. Asisto a las reuniones programadas por el Puesto de salud				
13. Cuando lo miden o tallan a mi hijo retiro los zapatos, llanque, prenda del pelo				
14. Retiro la ropa de mi hijo para que lo tallen				
15. Cojo de las manos a mi hijo cuando lo tallan o miden				
16. Cojo de la cabeza a mi hijo cuando lo miden o tallan				
17. Me informo del peso y la talla de mi hijo/a				
18. Converso con el trabajador de salud sobre el estado nutricional de su hijo/a				
19. Pregunto al trabajador de salud sobre cómo cuidar a mi hijo/hija				
20. Pide usted que le muestren los resultados del control de su hijo/a				
21. Llevo el carne del niño/a cuando le toca su control en el puesto de salud				
22. Pido que lo grafiquen el peso y la talla en la tarjeta de su niño/a				
23. Observo la gráfica del peso y la talla en el carne				
<b>RESPONSABILIDADES Y DESICIONES CONCIENTES</b>				
24. Toma conocimiento del estado nutricional de su hijo/a				
25. Se informa de los daños que ocurre cuando su hijo/a presenta desnutrición.				
26. Cuando su hijo/a está desnutrido compra vitaminas				
27. Visito más seguido al puesto de salud cuando su hijo esta desnutrido.				
28. Cuando su hijo/a esta desnutrida le ofrezco más veces la comida				
29. Converso del estado nutricional de mi hijo/a				
30. Busco soluciones para combatir la desnutrición				
31. Brinda usted 5 comidas a más a su hijo/a				
32. Aplasta, pica la comida para ofrecer a su hijo/a				
33. Mezcla las comidas (cereal, tubérculos, menestra, carnes, verduras)				
34. Ofrece carnes o productos lácteos y derivados todos los días a su hijo/a				
35. Ofrece a su hijo/a leche de vaca por lo menos 3 vasos al día				
36. Usted ayuda al niño para comer				
<b>RESPONSABILIDADES Y DECISIONES LIBRES</b>				
37. Lleva a su hijo/a al control para saber cómo está su peso y talla				

38. Lleva a su hijo/a al control para que el trabajador del puesto de salud no se moleste.				
39. Llevo a mi hijo/a al control para que me den la papilla y la canasta de alimentos				
40. Lo llevo al control para que no salga de los programas				
41. Llevo a mi hijo al control para que me atiendan cuando se enferma				
42. Para llevar al control a mi hijo me visita el trabajador de salud				
43. Me hacen recordar para llevar a mi hijo/a al control de crecimiento y desarrollo.				
44. Su hijo recibe o recibió solo leche de pecho				
45. Brindo agüitas a su hijo/a en los primeros 6 meses				
46. Decide que comidas debe recibir su hijo/hija				
47. Sirven la comida primeramente al niño/a				
48. Comparte el mismo plato de comida y cuchara con su hijo/a.				
49. Corto las uñas de mi hijo/hija				
<b>RESPONSABILIDADES Y DESICIONES ORGANIZADAS</b>				
50. Lleva a su hijo/a con usted cuando salen de casa (por pastoreo, cuando hay peones, otros trabajos)				
51. Dejan preparado comida en casa cuando dejan al niño/a				
52. Decido para llevar al control del niño/a				
53. Proveen llevar comida cuando salen fuera de casa para el niño				
54. Juego con mi hijo/a				
55. Elabora juguetes para su niño/niña				
56. Se distribuyen las tareas para cuidar al niño/niña.				
57. Cuando el niño/a esta con desnutrición se fijan metas para alcanzar resolver el problema.				
58. Me lavo las manos después de ir al baño o letrina				
59. Me lavo las manos antes de preparar los alimentos				
60. Me lavo las manos antes de dar de comer a mi hijo/a				
61. Me lavo las manos después de cambiar los pañales				
62. Lavo las manos de mi hijo cuando va a comer				
63. Lavo las manos de mi hijo /a después que utiliza la letrina.				
64. Le doy agua hervida a mi hijo				
65. Cuida a su hijo cuando está enfermo				
66. Le da su hierro a su hijo				

**ESCALA DE MEDICION DE PARTICIPACION FAMILIAR Y LA PREVENCION DE LA DESNUTRICION APLICADO AL PADRE DE FAMILIA**

ITEM	NUNCA LO HAGO (1)	LO HAGO OCASIONAL MENTE (2)	LO HAGO FRECIENTE MENTE (3)	SIEMPRE LO HAGO (4)
<b>RESPONSABILIDADES Y DESICIONES ACTIVAS</b>				
1. Lleva a su hijo/a al control del crecimiento y desarrollo al puesto de salud				
2. Leo las citas para el control que programa el puesto de salud				
3. Cuando lo pesan a su hijo/a usted coloca la calzoneta o la cuneta				
4. Retira la ropa de su hijo/a cuando lo pesan				
5. Acudo con mi hijo/a en la fecha que soy citada al puesto de salud				
6. Usted carga a su hijo/a y lo coloca en la balanza.				
7. Retiro de la balanza a mi hijo/hija				
8. Me coloco debajo de la balanza para cogerlo al niño/a y no se mueva				
9. Reviso el carne de crecimiento y desarrollo de mi hijo/a				
10. Le asigno un lugar y un horario para que mi hijo/a se alimente				
11. Asisto a las reuniones programadas por el Puesto de salud				
12. Cuando lo miden o tallan a mi hijo retiro los zapatos, llanque, prenda del pelo				
13. Retiro la ropa de mi hijo para que lo tallen				

14. Cojo de las manos a mi hijo cuando lo tallan o miden				
15. Cojo de la cabeza a mi hijo cuando lo miden o tallan				
16. Me informo del peso y la talla de mi hijo/a				
17. Converso con el trabajador de salud sobre el estado nutricional de su hijo/a				
18. Pregunto al trabajador de salud sobre cómo cuidar a mi hijo/hija				
19. Pide usted que le muestren los resultados del control de su hijo/a				
20. Llevo el carne del niño/a cuando le toca su control en el puesto de salud				
21. Pido que lo grafiquen el peso y la talla en la tarjeta de su niño/a				
22. Observo la gráfica del peso y la talla en el carne				
<b>RESPONSABILIDADES Y DECISIONES CONCIENTES</b>				
23. Toma conocimiento del estado nutricional de su hijo/a				
24. Se informa de los daños que ocurre cuando su hijo/a se desnutre				
25. Cuando su hijo/a está desnutrido compra vitaminas				
26. Visito más seguido al puesto de salud cuando su hijo esta desnutrido.				
27. Cuando su hijo/a esta desnutrida le ofrezco más veces la comida				
28. Converso del estado nutricional de mi hijo/a				
29. Busco soluciones para combatir la desnutrición				
30. Brinda usted 5 comidas a más a su hijo/a				
31. Aplasta, pica la comida para ofrecer a su hijo/a				
32. Mezcla las comidas (cereal, tubérculos, menestra, carnes, verduras)				
33. Ofrece carnes o productos lácteos y derivados todos los días a su hijo/a				
34. Ofrece a su hijo/a leche de vaca por lo menos 3 vasos al día				
35. Usted ayuda al niño para comer				
<b>RESPONSABILIDADES Y DECISIONES LIBRES</b>				
36. Lleva a su hijo/a al control para saber cómo esta su peso y talla				
37. Lleva a su hijo/a al control para que el trabajador del puesto de salud no se moleste.				
38. Llevo a mi hijo/a al control para que me den la papilla y la canasta de alimentos				
39. Lo llevo al control para que no salga de los programas				
40. Llevo a mi hijo al control para que me atiendan cuando se enferma				
41. Para llevar al control a mi hijo me visita el trabajador de salud				
42. Me hacen recordar para llevar a mi hijo/a al control de crecimiento y desarrollo.				
43. Su hijo recibe o recibió solo leche de pecho				
44. Brindo agüitas a su hijo/a en los primeros 6 meses				
45. Decide que comidas debe recibir su hijo/hija				
46. Sirven la comida primeramente al niño/a				
47. Comparte el mismo plato de comida y cuchara con su hijo/a.				
48. Corto las uñas de mi hijo/hija				
<b>RESPONSABILIDADES Y DECISIONES ORGANIZADAS</b>				
49. Lleva a su hijo/a con usted cuando salen de casa (por pastoreo, cuando hay peones, otros trabajos)				
50. Dejan preparado comida en casa cuando dejan al niño/a				
51. Decido para llevar al control del niño/a				
52. Proveen llevar comida cuando salen fuera de casa para el niño				
53. Juego con mi hijo/a				
54. Elabora juguetes para su niño/niña				
55. Se distribuyen las tareas para cuidar al niño/niña.				
56. Cuando el niño/a esta con desnutrición se fijan metas para alcanzar resolver el problema.				
57. Me lavo las manos después de ir al baño o letrina				
58. Me lavo las manos antes de preparar los alimentos				
59. Me lavo las manos antes de dar de comer a mi hijo/a				
60. Me lavo las manos después de cambiar los pañales				

61. Lavo las manos de mi hijo cuando va a comer				
62. Lavo las manos de mi hijo /a después que utiliza la letrina.				
63. Le doy agua hervida a mi hijo				
64. Cuida a su hijo cuando está enfermo				
65. Le da su hierro a su hijo				

**ESCALA DE MEDICION DE PARTICIPACION FAMILIAR Y LA PREVENCION DE LA  
DESNUTRICION APLICADO A HERNANO/A MAYOR DE 14 AÑOS QUE PERMANECE EN CASA**

ITEM	NUNCA LO HAGO (1)	LO HAGO OCASIONAL MENTE (2)	LO HAGO FRECUENTE MENTE (3)	SIEMPRE LO HAGO (4)
<b>RESPONSABILIDADES Y DESICIONES ACTIVAS</b>				
1. Llevas a tu hermano/a al control del crecimiento y desarrollo al puesto de salud				
2. Lees las citas para el control que programa el puesto de salud				
3. Cuando lo pesan a tu hermano/a lo colocas la calzoneta o la cuneta				
4. Retira la ropa de tu hermano/a cuando lo pesan				
5. Acudes con tu hermano/a en la fecha que te cita el puesto de salud				
6. Usted carga a su hermano/a y lo coloca en la balanza.				
7. Retiras de la balanza a tu hermano/a				
8. Me coloco debajo de la balanza para cogerlo y no se mueva				
9. Reviso el carne de crecimiento y desarrollo de tu hermano/a				
10. Le asignas un lugar y un horario para que tu hermano /a se alimente				
11. Asistes a las reuniones programadas por el Puesto de salud				
12. Cuando lo miden o tallan a tu hermano/a retiro los zapatos, llanque, prenda del pelo				
13. Retiro la ropa de mi hermano/a para que lo tallen				
14. Cojo de las manos para que lo tallan o miden				
15. Cojo de la cabeza cuando lo miden o tallan				
16. Me informo del peso y la talla de mi hermano/a				
17. Converso con el trabajador de salud sobre el estado nutricional de mi hermano/a				
18. Pregunto al trabajador de salud sobre cómo cuidar a mi hermano/a.				
19. Pide usted que le muestren los resultados del control				
20. Llevo el carne cuando le toca su control en el puesto de salud				
21. Pido que lo grafiquen el peso y la talla en la tarjeta				
22. Observo la gráfica del peso y la talla en el carne				
<b>RESPONSABILIDADES Y DESICIONES CONCIENTES</b>				
23. Tomas conocimiento del estado nutricional				
24. Se informa de los daños que ocurre cuando se desnutre				
25. Cuando desnutrido compran vitaminas				
26. Visito más seguido al puesto de salud cuando esta desnutrido.				
27. Cuando esta desnutrida le ofrezco más veces la comida				
28. Converso del estado nutricional de mi hermano/a				
29. Busco soluciones para combatir la desnutrición				
30. Brinda usted 5 comidas a más a su hermano/a				
31. Aplasta, pica la comida para ofrecerlo				
32. Mezcla las comidas (cereal, tubérculos, menestra, carnes, verduras)				
33. Ofrece carnes o productos lácteos y derivados todos los días				
34. Ofrece a su hijo/a leche de vaca por lo menos 3 vasos al día				
35. Usted ayuda al niño para comer				
<b>RESPONSABILIDADES Y DECISIONES LIBRES</b>				
36. Lleva a su hermano/a al control para saber cómo está su peso y talla				
37. Lleva a su hermano/a al control para que el trabajador del puesto de salud no se moleste.				



38. Llevo al control para que me den la papilla y la canasta de alimentos				
39. Lo llevo al control para que no salga de los programas				
40. Llevo al control para que me atiendan cuando se enferma				
41. Para llevar al control me visita el trabajador de salud				
42. Me hacen recordar para llevar a mi hermano/a al control de crecimiento y desarrollo.				
43. Su hermano/a recibe o recibió solo leche de pecho				
44. Brindo agüitas a su hermano/a en los primeros 6 meses				
45. Decide que comidas debe recibir				
46. Sirven la comida primeramente a su hermano/a				
47. Comparte el mismo plato de comida y cuchara.				
48. Corto las uñas de mi hermano/a.				
<b>RESPONSABILIDADES Y DESICIONES ORGANIZADAS</b>				
49. Llevo a su hermano/a con usted cuando salen de casa (por pastoreo, cuando hay peones, otros trabajos)				
50. Dejan preparado comida en casa cuando dejan al niño/a				
51. Decido para llevar al control de mi hermano/a				
52. Proveen llevar comida cuando salen fuera de casa para el niño				
53. Juega con su hermana/a				
54. Elabora juguetes para su hermano/a				
55. Se distribuyen las tareas para cuidarlo/a.				
56. Cuando el niño/a esta con desnutrición se fijan metas para alcanzar resolver el problema.				
57. Me lavo las manos después de ir al baño o letrina				
58. Me lavo las manos antes de preparar los alimentos				
59. Me lavo las manos antes de dar de comer a mi hermano/a				
60. Me lavo las manos después de cambiar los pañales				
61. Lavo las manos de mi hermano/a cuando va a comer				
62. Lavo las manos de mi hermano/a después que utiliza la letrina.				
63. Le doy agua hervida				
64. Cuida a su hermano/a cuando está enfermo				
65. Le da su hierro a su hermano/a				

**ESCALA DE MEDICION DE PARTICIPACION FAMILIAR Y LA PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICION APLICADO A ABUELOS QUE VIVEN JUNTO CON EL NIÑO/A**

ITEM	NUNCA LO HAGO (1)	LO HAGO OCASIONAL MENTE (2)	LO HAGO FRECUENTE MENTE (3)	SIEMPRE LO HAGO (4)
<b>RESPONSABILIDADES Y DESICIONES ACTIVAS</b>				
1. Llevas a tu nieto/a al control del crecimiento y desarrollo al puesto de salud				
2. Lees las citas para el control que programa el puesto de salud				
3. Cuando lo pesan a su nieto/a lo colocas la calzoneta o la cuneta				
4. Retira la ropa cuando lo pesan				
5. Acudes con tu nieto/a en la fecha que te cita el puesto de salud				
6. Usted carga a su nieto/a y lo coloca en la balanza.				
7. Retiras de la balanza a tu nieta/o				
8. Me coloco debajo de la balanza para cogerlo y no se mueva				
9. Reviso el carne de crecimiento y desarrollo				
10. Le asignas un lugar y un horario para que tu nieto/a se alimente				
11. Asistes a las reuniones programadas por el Puesto de salud				
12. Cuando lo miden o tallan retiro los zapatos, llanque, prenda del pelo				
13. Retiro la ropa para que lo tallen				
14. Cojo de las manos para que lo tallan o miden				
15. Cojo de la cabeza cuando lo miden o tallan				
16. Me informo del peso y la talla de mi nieto/a				
17. Converso con el trabajador de salud sobre el estado nutricional				

18. Pregunto al trabajador de salud sobre cómo cuidar a mi nieto/a.				
19. Pide usted que le muestren los resultados del control				
20. Llevo el carne cuando le toca su control en el puesto de salud				
21. Pido que lo grafiquen el peso y la talla en la tarjeta				
22. Observo la gráfica del peso y la talla en el carne				
<b>RESPONSABILIDADES Y DECISIONES CONCIENTES</b>				
23. Tomas conocimiento del estado nutricional				
24. Se informa de los daños que ocurre cuando se desnutre				
25. Cuando desnutrido compran vitaminas				
26. Visito más seguido al puesto de salud cuando esta desnutrido.				
27. Cuando esta desnutrida le ofrezco más veces la comida				
28. Converso del estado nutricional de mi nieto/a				
29. Busco soluciones para combatir la desnutrición				
30. Brinda usted 5 comidas a más a su nieto/a				
31. Aplasta, pica la comida para ofrecerlo				
32. Mezcla las comidas (cereal, tubérculos, menestra, carnes, verduras)				
33. Ofrece carnes o productos lácteos y derivados todos los días				
34. Ofrece a su hijo/a leche de vaca por lo menos 3 vasos al día				
35. Usted ayuda al niño para comer				
<b>RESPONSABILIDADES Y DECISIONES LIBRES</b>				
36. Llevo al control para saber cómo está su peso y talla				
37. Llevo al control para que el trabajador del puesto de salud no se moleste.				
38. Llevo al control para que me den la papilla y la canasta de alimentos				
39. Lo llevo al control para que no salga de los programas				
40. Llevo al control para que me atiendan cuando se enferma				
41. Para llevar al control me visita el trabajador de salud				
42. Me hacen recordar para llevar a mi nieto/a al control de crecimiento y desarrollo.				
43. Su hermano/a recibe o recibió solo leche de pecho				
44. Brindo agüitas a su nieta/o en los primeros 6 meses				
45. Decide que comidas debe recibir				
46. Sirven la comida primeramente a su nieto/a				
47. Comparte el mismo plato de comida y cuchara.				
48. Corto las uñas				
<b>RESPONSABILIDADES Y DECISIONES ORGANIZADAS</b>				
49. Llevo a su nieto/a cuando salen de casa (por pastoreo, cuando hay peones, otros trabajos)				
50. Dejan preparado comida en casa cuando dejan al niño/a				
51. Decido para llevar al control de mi nieto/a				
52. Proveen llevar comida cuando salen fuera de casa para el niño				
53. Juega con su nieto/a				
54. Elabora juguetes para su nieto/a				
55. Se distribuyen las tareas para cuidarlo/a.				
56. Cuando el niño/a esta con desnutrición se fijan metas para alcanzar resolver el problema.				
57. Me lavo las manos después de ir al baño o letrina				
58. Me lavo las manos antes de preparar los alimentos				
59. Me lavo las manos antes de dar de comer a mi nieto/a				
60. Me lavo las manos después de cambiar los pañales				
61. Lavo las manos de mi nieto/a cuando va a comer				
62. Lavo las manos de mi nieto/a después que utiliza la letrina.				
63. Le doy agua hervida				
64. Cuida a su hermano/a cuando está enfermo				
65. Le da su hierro a su hermano/a				

Código encuesta: .....

**ENCUESTA: PARTICIPACION FAMILIAR Y PREVENCIÓN DE LA  
DESNUTRICIÓN INFANTIL DISTRITO DE CHOTA 2012  
CUESTIONARIO FAMILIAR APLICADO A LA MADRE DE FAMILIA**

**CONSENTIMIENTO**

Señora (señor), mi nombre es: ..... y estamos trabajando para hacer un estudio sobre la participación de la familia en la prevención de la desnutrición infantil, con el objetivo de implementar estrategias más efectivas para reducir la desnutrición.

Por tal motivo, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre la familia. La información que nos brinde es estrictamente confidencial y permanecerá en absoluta reserva.

**I. DATOS GENERALES**

1.1. Nombre del caserío:

.....

1.2. Número de integrantes de la familia: .....

1.3. Edad del niño/a: .....

1.4. Sexo: M F

1.5. Estado nutricional actual del niño/niña según carne del crecimiento y desarrollo

P/E = a) Normal b) riesgo c) desnutrición global

T/E = a) Normal b) Riesgo c) desnutrición crónica

## II. PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN

Lactancia materna exclusiva: Aplicar a madres con niños/as entre 6 meses a 18 meses

<b>1. ¿Le dio pecho (leche materna) a su hijo/a</b>	Si: .....1 No: ..... 2
<b>2. Durante los primeros 6 meses ¿le dieron algo de tomar diferente a la leche materna?</b>	Si: .....1 No: .....2 No sabe/no responde: ... 3
<b>3. ¿Durante cuantos meses le dio solamente pecho (leche materna)</b>	Meses: ..... No Sabe/no responde: .... 3

### Alimentación del niño/a tiene de 6 meses a 5 años

Cuénteme que le dio de comer ayer a su hijo/a desde que se levantó hasta que se acostó (mencionar para cada tiempo de comida)

Cod	Tiempo de comida (anote en cada línea las preparaciones mencionadas para cada tiempo de comida. Luego circule el código correspondiente)	Preparaciones líquidas	Preparaciones semisólidas	Alimentos sólidos	Calidad
		1. Agüitas/ mates 2. Cocimientos 3. Caldos/ sopas 4. Otras leches (vaca, tarro) 5. Avena 6. Otro	1. Mazamorra 2. Papillas 3. Puré/aplastados 4. Segundo 5. Verduras 6. otro	1. Fruta 2. Tubérculo cocido 3. Cereal cocido (arroz) 4. Pan 5. Maíz cocido 6. otro	1. carnes rojas./blancas 2. Pescado/atún 3. Derivados lácteos (yogur, queso, quesillo) 4. Huevos 5. Menestras (lenteja, arveja, frejol, habas) 6. otros
<b>1</b>	<b>Desayuno</b> (antes de las 8 am) <hr/> Anote el nombre de la preparación	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
<b>2</b>	<b>Media mañana</b> (8.1 am a 11. am) <hr/> Anote el nombre de la preparación	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
<b>3</b>	<b>Almuerzo</b> (de 11.1 am a 1. pm) <hr/> Anote el nombre de la preparación	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6

<b>4</b>	<b>Media tarde</b> (1:01pm a 4. pm)	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5 6
	Anote el nombre de la preparación	6			
<b>5</b>	<b>Cena</b> (de 4::01pm a 7. pm)	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5 6
	Anote el nombre de la preparació	6			
<b>6</b>	<b>Noche</b> (de 7::0.1 hasta antes del siguiente desayuno)	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5 6
	Anote el nombre de la preparación	6			

### Hábitos de higiene

<b>5</b>	Lavado de manos de la madre Usted ¿En qué momento acostumbra lavarse las manos?	Después de ir al baño o letrina ..... 1	Antes de dar de comer a sus hijos ... 3	En otros momentos: ..... 5
		Antes de preparar los alimentos: ..... 2	Después de cambiar los pañales o limpiarlos: ..... 4	No se lava: ..... 6

<b>6</b>	Lavados de manos del niño de 6 meses a 5 años Usted ¿En qué momento acostumbra lavar las manos de su hijo/a?	Después de ir al baño o letrina ..... 1	Después de jugar: .... 3	No se lava: .....
		Antes de comer ... 2	En otros momentos: ..... 4	

<b>7</b>	Consumo de agua segura del niño 1año a 5 años El agua que consume su hijo/hija es:	Hervida: ..... 1	Cruda: ... ..... 3
		Clorada: ..... 2	

### PREGUNTAS PARA LAS FAMILIAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

#### ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

<b>8</b>	Tuvo diarrea su hijo/a el último mes	Si: ..... 1 N0: ..... 2 No sabe/no responde: .....3
----------	--------------------------------------	---

**DURANTE EL EPISODIO DIARREICO**

<b>9</b>	<b>Solo para niños menores de 0 a 5</b> Durante la diarrea continuo dándole pecho (leche materna)	Si: .....1	Ya no toma pecho: ..... 3
		No: ..... 2	Nunca le dio pecho: ..... 4
<b>10</b>	<b>Solo para niños/as de 6m a 5 años</b> Durante la diarrea le dio de comer más veces, menos veces, o igual <b>número de veces al día</b> , que de costumbre.	Más veces: ..... 1	Igual: ..... 3 solo pecho: .....5
		Menos veces: ..... 2	aun no le da de No sabe/no comer: ..... 4 responde: ... 6
<b>11</b>	<b>Solo para niños de 6m a 5 años</b> Durante la diarrea, le dio usted mas <b>cantidad</b> , menos cantidad, o la misma cantidad de comida que cuando estaba sanito?	Mas cantidad: .....1	Igual cantidad: solo pecho: .....5 ..... 3
		Menos cantidad: ... 2	Aun no le da de No sabe/no comer: ..... 4 responde: ...6
<b>12</b>	<b>Solo para niños de 6m a 5 años</b> Durante la diarrea, le dio usted la comida más <b>espesa</b> , menos espeso, o igual que de costumbre?	Mas espeso: ... 1	Igual : ..... 3 solo pecho: .....5
		Menos espeso: ... 2	Aun no le da de No sabe/no comer: .... 4 responde: ... 6

**DEL EPISODIO DE DIARREA**

<b>13</b>	<b>Solo para niños menores de 0 a 5</b> Durante la diarrea continuo dándole pecho (leche materna)	Si: ..... 1	Ya no toma pecho: ..... 3
		No: ..... 2	Nunca le dio pecho: ..... 4
<b>14</b>	<b>Solo para niños/as de 6m a 5 años</b> Durante la diarrea le dio de comer más veces, menos veces, o igual <b>número de veces al día</b> , que de costumbre.	mas veces: .....1	Igual: ..... 3 solo pecho: .....5
		Menos veces: .....2	aun no le da de No sabe/no comer: ..... 4 responde: ... 6
<b>15</b>	<b>Solo para niños de 6m a 5 años</b> Durante la diarrea, le dio usted más <b>cantidad</b> , menos cantidad, o la misma cantidad de comida que cuando estaba sanito?	Mas cantidad: ..... 1	Igual cantidad: ... 3 solo pecho: .....5
		Menos cantidad: ..... 2	Aun no le da de No sabe/no comer: ..... 4 responde: ... 6
<b>16</b>	<b>Solo para niños de 6m a 5 años</b> Durante la diarrea, le dio usted la comida más <b>espesa</b> , menos espeso, o igual que de costumbre?	Más espeso: ..... 1	Igual : ..... 3 solo pecho: .....5
		Menos espeso: ... 2	Aun no le da de No sabe/no comer: ..... 4 responde: ... 6



**6 Noche** (de 7::0.1 hasta antes del siguiente 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6 desayuno)  
 Anote el nombre de la preparación

**Hábitos de higiene**

**5** Lavado de manos de la madre **Después de ir al baño o letrina** **Antes de dar de comer a sus hijos ...** **En otros momentos:**  
 Usted ¿En qué momento acostumbra lavarse las manos? ..... 1 3 ..... 5  
 Antes de preparar los alimentos: ..... 2 Después de cambiar los pañales o limpiarlos: ..... 4 No se lava: ..... 6

**6** Lavados de manos del niño de 6 meses a 5 años **Después de ir al baño o letrina** **Después de jugar:** **No se lava:**  
 Usted ¿En qué momento acostumbra lavar las manos de su hijo/a? ..... 1 ..... 3 .....  
 Antes de comer ... En otros momentos:  
 2 ..... 4

**7** Consumo de agua segura del niño 1año a 5 años **Hervida: ..... 1 Cruda: ... ..... 3**  
 El agua que consume su hijo/hija es:  
 Clorada: ..... 2

**PREGUNTAS PARA LAS FAMILIAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS**

**ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA**

**8** Tuvo diarrea su hijo/a el último mes Si: ..... 1  
 N0: ..... 2  
 No sabe/no responde: .....3

**DURANTE EL EPISODIO DIARREICO**

**9 Solo para niños menores de 0 a 5** Si: ..... 1 Ya no toma pecho: ..... 3  
 Durante la diarrea continuo dándole pecho (leche materna) No: ..... 2 Nunca le dio pecho: ..... 4

**10 Solo para niños/as de 6m a 5 años** Mas veces: ... 1 Igual: ..... 3 solo pecho: ....5  
 Durante la diarrea le dio de comer más veces, Menos veces: ..... aun no le da de comer: No sabe/no responde: .....  
 menos veces, o igual número de veces al día, 2 ..... 4 responde: .....  
 que de costumbre. 6



<b>11</b>	<b>Solo para niños de 6m a 5 años</b> Durante la diarrea, le dio usted más <b>cantidad</b> , menos cantidad, o la misma cantidad de comida que cuando estaba sanito?	Mas cantidad: ... 1 Menos cantidad: ..... 2	Igual cantidad: ..... 3 Aun no le da de comer: ..... 4	solo pecho: ....5 No sabe/no responde: ..... 6
<b>12</b>	<b>Solo para niños de 6m a 5 años</b> Durante la diarrea, le dio usted la comida más <b>espesa</b> , menos espeso, o igual que de costumbre?	Más espeso: ..... 1 Menos espeso: ... 2	Igual : ..... 3 Aun no le da de comer: ..... 4	solo pecho: ....5 No sabe/no responde: ..... 6
DESPUES DEL EPISODIO DE DIARREA				
<b>13</b>	<b>Solo para niños menores de 0 a 5</b> Durante la diarrea continuo dándole pecho (leche materna)	Si: ... 1 No: .. 2	Ya no toma pecho: ..... 3 Nunca le dio pecho: ..... 4	
<b>14</b>	<b>Solo para niños/as de 6m a 5 años</b> Durante la diarrea le dio de comer más veces, menos veces, o igual <b>número de veces al día</b> , que de costumbre.	Mas veces: ... 1 Menos veces: .... 2	Igual: ..... 3 aun no le da de comer: ..... 4	solo pecho: ....5 No sabe/no responde: ..... 6
<b>15</b>	<b>Solo para niños de 6m a 5 años</b> Durante la diarrea, le dio usted más <b>cantidad</b> , menos cantidad, o la misma cantidad de comida que cuando estaba sanito?	Mas cantidad: ... 1 Menos cantidad: 2	Igual cantidad: ..... 3 Aun no le da de comer: ..... 4	solo pecho: ....5 No sabe/no responde: ..... 6
<b>16</b>	<b>Solo para niños de 6m a 5 años</b> Durante la diarrea, le dio usted la comida más <b>espesa</b> , menos espeso, o igual que de costumbre?	Más espeso: ..... 1 Menos espeso: ... 2	Igual : ..... 3 Aun no le da de comer: ..... 4	solo pecho: ....5 No sabe/no responde: ... 6

**CUESTIONARIO FAMILIAR APLICADO AL HIJO/A MAYOR DE 14 AÑOS QUE  
PERMANECE EN CASA**

**I. PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN**

**Alimentación del niño/a tiene de 6 meses a 5 años**

**Participa en la alimentación del niño/niña**

**Si ( ) No ( ) si la respuesta es “SI “pasar a responder la pregunta**

Cuénteme que le dio de comer ayer a su hijo/a desde que se levantó hasta que se acostó (mencionar para cada tiempo de comida)

<b>cod</b>	<b>Tiempo de comida</b> (anote en cada línea las preparaciones mencionadas para cada tiempo de comida. Luego circule el código correspondiente)	<b>Preparaciones líquidas</b> 1. Agüitas/ mates 2. Cocimientos 3. Caldos/ sopas 4. Otras leches (vaca, tarro) 5. Avena 6. Otro	<b>Preparaciones semisólidas</b> 1. Mazamorra 2. Papillas instantáneas 3. Puré/aplastado s. 4. Segundo 5. Verduras 6. otro	<b>Alimentos sólidos</b> 1. Fruta 2. Tubérculo cocido 3. Cereal cocido (arroz) 4. Pan 5. Maíz cocido/cancha. 6. otro	<b>Calidad</b> 1. carnes rojas./blancas 2. Pescado/atún 3. Derivados lácteos (yogur, queso, quesillo) 4. Huevos 5. Menestras (lenteja, arveja, frejol, habas) 6. otros
<b>1</b>	<b>Desayuno</b> (antes de las 8 am) <hr/> Anote el nombre de la preparación	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
<b>2</b>	<b>Media mañana</b> (8.1 am a 11. am) <hr/> Anote el nombre de la preparación	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
<b>3</b>	<b>Almuerzo</b> (de 11.1 am a 1. pm) <hr/> Anote el nombre de la preparación	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
<b>4</b>	<b>Media tarde</b> (1:01pm a 4. pm) <hr/> Anote el nombre de la preparación	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6

**5** **Cena** (de 4::01pm a 7. pm) 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6  
 Anote el nombre de la preparación

**6** **Noche** (de 7::0.1 hasta antes del siguiente desayuno) 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6  
 Anote el nombre de la preparación

**Hábitos de higiene**

**5** Lavado de manos de la madre **Después de ir al baño o letrina** **Antes de dar de comer a sus hijos ... 3** **En otros momentos:**  
 Usted ¿En qué momento acostumbra lavarse las manos? ..... 1 ..... 5

Antes de preparar los alimentos: ..... 2 Después de cambiar los pañales o limpiarlos: ..... 4 No se lava: ..... 6

**6** Lavados de manos del niño de 6 meses a 5 años **Después de ir al baño o letrina** **Después de jugar: ..... 3** **No se lava: ..... 5**  
 Usted ¿En qué momento acostumbra lavar las manos de tu hermano/a? ..... 1

Antes de comer ... 2 En otros momentos: ..... 4

**7** Consumo de agua segura del niño 1año a 5 años **Hervida: ..... 1 Cruda: ... ..... 3**  
 El agua que consume tu hermano/a es:

Clorada: ..... 2

**PREGUNTAS PARA LAS FAMILIAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS**

**ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA**

**8** Tuvo diarrea tu hermano/a el último mes Si: ..... 1  
 N0: ..... 2  
 No sabe/no responde: .....3

**DURANTE EL EPISODIO DIARREICO**

**9** **Solo para niños menores de 0 a 5** Si: ... 1 Ya no toma pecho: ..... 3  
 Durante la diarrea continuo dándole pecho (leche materna) No: .. 2 Nunca le dio pecho: ..... 4

<b>10 Solo para niños/as de 6m a 5 años</b> Durante la diarrea le dio de comer más veces, menos veces, o igual <b>número de veces al día</b> , que de costumbre.	Más veces: ..... 1	Igual: ..... 3	solo pecho: ....5
	Menos veces: ..... 2	aun no le da de comer: ..... 4	No sabe/no responde: ... 6
<b>11 Solo para niños de 6m a 5 años</b> Durante la diarrea, le dio usted más <b>cantidad</b> , menos cantidad, o la misma cantidad de comida que cuando estaba sanito?	Mas cantidad: .... 1	Igual cantidad: ..... 3	solo pecho: ....5
	Menos cantidad: .. 2	Aun no le da de comer: ..... 4	No sabe/no responde: ...6
<b>12 Solo para niños de 6m a 5 años</b> Durante la diarrea, le dio usted la comida más <b>espesa</b> , menos espeso, o igual que de costumbre?	Más espeso: ... 1	Igual : ..... 3	solo pecho: ....5
	Menos espeso: .. 2	Aun no le da de comer: ..... 4	No sabe/no responde: ..... 6
<b>DESPUES DEL EPISODIO DE DIARREA</b>			
<b>13 Solo para niños menores de 0 a 5</b> Durante la diarrea continuo dándole pecho (leche materna)	Si: ...1	Ya no toma pecho: ..... 3	
	No: ... 2	Nunca le dio pecho: ..... 4	
<b>14 Solo para niños/as de 6m a 5 años</b> Durante la diarrea le dio de comer más veces, menos veces, o igual <b>número de veces al día</b> , que de costumbre.	más veces: ... 1	Igual: ..... 3	solo pecho: ....5
	menos veces: ... 2	aun no le da de comer: ..... 4	No sabe/no responde: ..... 6
<b>15 Solo para niños de 6m a 5 años</b> Durante la diarrea, le dio usted más <b>cantidad</b> , menos cantidad, o la misma cantidad de comida que cuando estaba sanito?	Mas cantidad: ... 1	Igual cantidad: ..... 3	solo pecho: ....5
	Menos cantidad: ... 2	Aun no le da de comer: ..... 4	No sabe/no responde: ..... 6
<b>16 Solo para niños de 6m a 5 años</b> Durante la diarrea, le dio usted la comida más <b>espesa</b> , menos espeso, o igual que de costumbre?	Más espeso: ... 1	Igual : ..... 3	solo pecho: ....5
	Menos espeso: ... 2	Aun no le da de comer: ..... 4	No sabe/no responde: ..... 6

**CUESTIONARIO FAMILIAR APLICADO A LOS ABUELOS QUE APOYAN EL CUIDADO DEL NIÑO/A**

**III. PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN**

**ALIMENTACIÓN DEL NIÑO/A TIENE DE 6 MESES A 5 AÑOS**

**Participa en la alimentación del niño/niña:**

Si ( ) No ( ) si la respuesta es “SÍ” responder la pregunta

Cuénteme que le dio de comer ayer a su hijo/a desde que se levantó hasta que se acostó (mencionar para cada tiempo de comida)

<b>cod</b>	<b>Tiempo de comida</b> (anote en cada línea las preparaciones mencionadas para cada tiempo de comida. Luego circule el código correspondiente)	<b>Preparaciones liquidas</b> 1. Agüitas/ mates 2. Cocimientos 3. Caldos/ sopas 4. Otras leches (vaca, tarro) 5. Avena 6. Otro	<b>Preparaciones semisólidas</b> 1. Mazamorra 2. Papillas instantáneas 3. Puré/aplastado s. 4. Segundo 5. Verduras 6. otro	<b>Alimentos sólidos</b> 1. Fruta 2. Tubérculo cocido 3. Cereal cocido (arroz) 4. Pan 5. Maíz cocido 6. otro	<b>Calidad</b> 1. carnes rojas./blancas 2. Pescado/atún 3. Derivados lácteos (yogur, queso, quesillo) 4. Huevos 5. Menestras (lenteja, arveja, frejol, habas) 6. Otros
<b>1</b>	<b>Desayuno</b> (antes de las 8 am) <hr/> Anote el nombre de la preparación	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
<b>2</b>	<b>Media mañana</b> (8.1 am a 11. am) <hr/> Anote el nombre de la preparación	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
<b>3</b>	<b>Almuerzo</b> (de 11.1 am a 1. pm) <hr/> Anote el nombre de la preparación	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
<b>4</b>	<b>Media tarde</b> (1:01pm a 4. pm) <hr/> Anote el nombre de la preparación	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6

<b>5</b>	<b>Cena</b> (de 4::01pm a 7. pm)	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
		Anote el nombre de la preparación																							

<b>6</b>	<b>Noche</b> (de 7::0.1 hasta antes del siguiente desayuno)	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
		Anote el nombre de la preparación																							

**Hábitos de higiene**

<b>5</b>	Lavado de manos abuelo/a Usted ¿En qué momento acostumbra lavarse las manos?	Después de ir al baño o letrina	Antes de dar de comer a sus hijos ...	En otros momentos:
		..... 1	3	..... 5
		Antes de preparar los alimentos: .....	Después de cambiar los pañales o limpiarlos: .....	No se lava: .....
		..... 2	..... 4	..... 6

<b>6</b>	Lavados de manos del niño de 6 meses a 5 años Usted ¿En qué momento acostumbra lavar las manos de su nieto/a?	Después de ir al baño o letrina	Después de jugar:	No se lava:
		..... 1	..... 3	.....
		Antes de comer ...	En otros momentos:	
		2	..... 4	

<b>7</b>	Consumo de agua segura del niño 1año a 5 años El agua que consume su nieto/a es:	Hervida: .....	Cruda: ... ..
		..... 1	..... 3
		Clorada: .....	..... 2

**PREGUNTAS PARA LAS FAMILIAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS**

<b>ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA</b>			
<b>8</b>	Tuvo diarrea su nieto/a el último mes	Si: .....	Si la respuesta es sí pasar a la pregunta 9
		N0: .....	
		No sabe/no responde: .....	
<b>DURANTE EL EPISODIO DIARREICO</b>			
<b>9</b>	<b>Solo para niños menores de 0 a 5</b> Durante la diarrea continuo dándole pecho (leche materna)	Si: .....	Ya no toma pecho: .....
		.....1	3
		No: ...	Nunca le dio pecho: .....
		..... 2	..... 4

<b>10</b>	<b>Solo para niños/as de 6m a 5 años</b> Durante la diarrea le dio de comer más veces, menos veces, o igual <b>número de veces al día</b> , que de costumbre.	Más veces: ... 1 Menos veces: ... 2	Igual: ..... 3 aun no le da de comer: ..... 4	solo pecho: ....5 No sabe/no responde: ..... 6
<b>11</b>	<b>Solo para niños de 6m a 5 años</b> Durante la diarrea, le dio usted más <b>cantidad</b> , menos cantidad, o la misma cantidad de comida que cuando estaba sanito?	Mas cantidad: ... 1 Menos cantidad: ---- 2	Igual cantidad: ..... 3 Aun no le da de comer: ..... 4	solo pecho: ....5 No sabe/no responde: ..... 6
<b>12</b>	<b>Solo para niños de 6m a 5 años</b> Durante la diarrea, le dio usted la comida más <b>espesa</b> , menos espeso, o igual que de costumbre?	Más espeso: ... 1 Menos espeso: ... 2	Igual : ..... 3 Aun no le da de comer: ... 4	solo pecho: ....5 No sabe/no responde: ... 6
DESPUES DEL EPISODIO DE DIARREA				
<b>13</b>	<b>Solo para niños menores de 0 a 5</b> Durante la diarrea continuo dándole pecho (leche materna)	Si: ... 1 No: ... 2	Ya no toma pecho: ..... 3 Nunca le dio pecho: ..... 4	
<b>14</b>	<b>Solo para niños/as de 6m a 5 años</b> Durante la diarrea le dio de comer más veces, menos veces, o igual <b>número de veces al día</b> , que de costumbre.	más veces: ... 1 menos veces: ... 2	Igual: ..... 3 aun no le da de comer: ..... 4	solo pecho: ....5 No sabe/no responde: ..... 6
<b>15</b>	<b>Solo para niños de 6m a 5 años</b> Durante la diarrea, le dio usted más <b>cantidad</b> , menos cantidad, o la misma cantidad de comida que cuando estaba sanito?	Mas cantidad: ... 1 Menos cantidad: ---- 2	Igual cantidad: ..... 3 Aun no le da de comer: ..... 4	solo pecho: ....5 No sabe/no responde: ..... 6
<b>16</b>	<b>Solo para niños de 6m a 5 años</b> Durante la diarrea, le dio usted la comida más <b>espesa</b> , menos espeso, o igual que de costumbre?	Más espeso: ... 1 Menos espeso: ... 2	Igual : ..... 3 Aun no le da de comer: ..... 4	solo pecho: ....5 No sabe/no responde: ..... 6

## CATEGORIAS INTERPRETATIVAS ADAPTADAS A LA ESCALA DE EPSTEIN

PUNTAJE	NÍVELES
00 – 24	BAJO
25 – 49	MEDIO BAJO
50 – 74	MEDIO ALTO
75 – 100	ALTO

No existe un punto de corte que pueda utilizarse de manera general en todos los grupos. Más bien se recomienda identificar el punto de corte por cada grupo poblacional específico

### CONFORMACIÓN DE LOS GRUPOS CON PUNTAJES ALTOS Y BAJOS

**GRUPO CON PUNTAJES BAJOS:** Se obtiene identificando aquellos casos cuya puntuación total corresponda al 25% inferior.

**GRUPO CON PUNTAJES INTERMEDIOS:** En este grupo se encuentran las personas cuyos puntajes se encuentran entre el 26% y el 75% del total.

**GRUPO CON PUNTAJES ALTOS:** Corresponde a las personas cuyos puntajes se ubican en el 25% superior del total.

### CONSISTENCIA INTERNA DE LOS FACTORES QUE CONFORMAN LA ESCALA.

FACTORES	ALFA DE CONBRACH
RESPONSABILIDADES y DECISIONES ACTIVAS	0.9676
RESPONSABILIDADES y DECISIONES CONCIENTES	0.9008
RESPONSABILIDADES Y DECISIONES LIBRES	0.9082
RESPONSABILIDADES Y DECISIONES ORGANIZADAS	0.8645
<b>TOTAL</b>	<b>0.8667</b>



**CONSISTENCIA INTERNA DE LA PARTICIPACIÓN FAMILIAR**

<b>PARTICIPACION FAMILIAR</b>	<b>KR 20</b>
<b>MAMA</b>	0.876
<b>PAPÁ,MAMÁ</b>	0.942
<b>HIJO</b>	0.952
<b>TODOS</b>	0.966
<b>TOTAL</b>	0.927

## ANEXOS

### CONFIABILIDAD DE LOS ITEMS EN CADA UNO DE LOS FACTORES RESPONSABILIDAD Y DECISIONES ACTIVAS.

ITEMS	MEDIA ARIMETICA	DESVIACION ESTANDAR	CORRELACION DE ITEM-TOTAL CORREGIDO
Le asignó un lugar y un horario para que mi hijo(a) se alimente	3.5248	0.9110	0.70*
Retiro la ropa de mi hijo para que lo tallen	3.0411	1.2752	0.74*
Cojo las manos de mi hijo cuando lo tallan o miden	3.2375	1.0448	0.67*
Cojo la cabeza de mi hijo cuando lo miden o tallan	3.5492	0.8039	0.78*
Llevo el carne de mi hijo cuando le toca su control en el puesto de salud	3.2131	0.9316	0.72*
Pido que lo grafiquen el peso y la talla en la tarjeta	3.3771	1.1009	0.79*
Observo la gráfica de pello o talla	3.2049	1.0598	0.82*
ALFA DE CONBRACH = 0.9676			

1-7	Bajo
8 - 14	Medio bajo
15 -21	Medio Alto
22 - 28	Alto

### RESPONSABILIDADES Y DECISIONES CONCIENTES

ITEMS	MEDIA ARIMETICA	DESVIACION ESTANDAR	CORRELACION DE ITEM-TOTAL CORREGIDO
Brinda usted cinco comidas a más a su hijo(a)	3.2049	0.8901	0.72*
Mescla las comidas (cereal, tubérculos, menestras ,carnes, verduras)	3.2541	0.9585	0.72*
Usted ayuda al niño a para comer	3.3770	1.1009	0.79
ALFA DE CONBRACH = 0.9008			

1-3	Bajo
4 - 6	Medio bajo
7 - 9	Medio Alto
10 - 12	Alto

#### RESPONSABILIDADES Y DECISIONES LIBRES

ITEMS	MEDIA ARIMETICA	DESVIACION ESTANDAR	CORRELACION DE ITEM-TOTAL CORREGIDO
Lleva a su hijo al control para saber cómo está su peso y talla	2.6311	0.8834	0.72*
Llevo a mi hijo al control para que me den la papilla y la canasta de alimentos	3.5164	0.8836	0.74*
Llevo a mi hijo al control para que me atienda cuando se enferma	3.5156	0.8335	0.69*
Para llevar al control a mi hijo me visita el trabajador de salud	3.6477	0.6894	0.74*
Brinda agüita a su hijo en los primeros seis meses	3.2869	0.9316	0.72
Decide que comidas debe recibir su hijo	3.2294	1.0024	0.69*
Comparte el mismo plato de comida y cuchara con su hijo	3.0409	1.2754	0.71*
ALFA DE CONBRACH = 0.9082			

1-7	Bajo
8 - 14	Medio bajo
15 - 21	Medio Alto
22 - 28	Alto

#### RESPONSABILIDADES Y DECISIONES ORGANIZADAS

ITEMS	MEDIA ARIMETICA	DESVIACION ESTANDAR	CORRELACION DE ITEM-TOTAL CORREGIDO
Dejan preparado comida cuando dejan al niño	2.4362	0.8423	0.61*
Decido para llevar al niño	2.6887	0.8136	0.45*
Juego con mi hijo	2.6412	0.8837	0.72*
Elabora juguetes para su niño(a)	3.1146	0.9199	0.62*
Me lavo las manos después de ir al baño o letrina	3.0494	0.8900	0.59*

<b>Me lavo las manos antes de preparar los alimentos</b>	2.9099	0.9604	0.48*
<b>Me lavo las manos antes de dar de comer a mi hijo(a)</b>	2.9918	0.7689	0.51*
<b>Lavo las manos de mi hijo cuando va a comer</b>	3.2044	0.6672	0.69*
<b>Lavo las manos de mi hijo después que utiliza la letrina</b>	3.2787	1.0384	0.65*
<b>Le doy agua hervida a mi hijo</b>	2.8605	1.1812	0.66*
<b>Cuida a su hijo cuando está enfermo</b>	2.6242	0.8422	0.63*
<b>Le da su hierro a su hijo</b>	3.2642	0.9481	0.70*
ALFA DE CONBRACH = 0.8645			

1-12	Bajo
13 - 24	Medio bajo
25 - 36	Medio Alto
37 - 48	Alto



**INFORME SOBRE EL JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO**

**I. DATOS GENERALES**

1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO: AGUIZAR SANCHEZ, JUAN DE DIOS  
 1.2. INSTITUCIÓN DONDE LABORA: UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA  
 1.3. TÍTULO DE LA TESIS: "PARTICIPACIÓN FAMILIAR Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL EN LAS FAMILIAS RURALES DEL DISTRITO DE CHOTA".

**II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA			
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado																	X			
OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables																X				
ACTUALIZACIÓN	Esta adecuado al avance de la ciencia y la tecnología																	X			
ORGANIZACIÓN	Esta organizado en forma lógica																		X		
SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos																	X			
INTENCIONALIDAD	Es adecuado para evaluar los propósitos de la investigación																		X		
CONSISTENCIA	Está basado en aspectos teórico científicos.																X				
COHERENCIA	Entre las variables, indicadores e ítems.																	X			
METODOLOGÍA	Las variables responde al propósito de la investigación																	X			
PERTINENCIA	El instrumento ha sido aplicado en el momento oportuno o más adecuado.																		X		
TOTAL																		240	340	270	

**III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:**

El instrumento es aplicable a su muestra de estudio.

**IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN.** 85,00%

LUGAR Y FECHA: febrero de 2016

  
 FIRMA DEL EXPERTO  
 DNI 27416080  
 TELÉFONO 931725933



**INFORME SOBRE EL JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO**

**I. DATOS GENERALES**

1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO: RAFAEL ARTIDORO SANDOVAL NÚÑEZ  
 1.2. INSTITUCIÓN DONDE LABORA : UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHOTA  
 1.3. TÍTULO DE LA TESIS : "PARTICIPACIÓN FAMILIAR Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL EN LAS FAMILIAS RURALES DEL DISTRITO DE CHOTA".

**II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA			
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado																X				
OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables																		X		
ACTUALIZACIÓN	Esta adecuado al avance de la ciencia y la tecnología																		X		
ORGANIZACIÓN	Esta organizado en forma lógica																X				
SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos																			X	
INTENCIONALIDAD	Es adecuado para evaluar los propósitos de la investigación																			X	
CONSISTENCIA	Está basado en aspectos teórico científicos.																X	X			
COHERENCIA	Entre las variables, indicadores e ítems.																	X			
METODOLOGÍA	Las variables responde al propósito de la investigación																	X			
PERTINENCIA	El instrumento ha sido aplicado en el momento oportuno o más adecuado.																		X		
TOTAL																	75	20	340	180	

**III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:**

El instrumento es aplicable a su muestra de estudio

**IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN.**

83.5%

LUGAR Y FECHA: Febrero de 2016

RAFAEL ARTIDORO SANDOVAL NÚÑEZ  
 COESPEN N° 1028  
 COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERÚ

FIRMA DEL EXPERTO  
 DNI 70103353

TELÉFONO 984947290





**INFORME SOBRE EL JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO**

**I. DATOS GENERALES**

1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO: ABANTO VILLAR MARTHA VICENTA  
 1.2. INSTITUCIÓN DONDE LABORA : UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
 1.3. TÍTULO DE LA TESIS : "PARTICIPACIÓN FAMILIAR Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL EN LAS FAMILIAS RURALES DEL DISTRITO DE CHOTA".

**II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE				BAJA				REGULAR				BUENA				MUY BUENA			
		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado																		X		
OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables																X				
ACTUALIZACIÓN	Esta adecuado al avance de la ciencia y la tecnología																X				
ORGANIZACIÓN	Esta organizado en forma lógica																	X			
SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos																		X		
INTENCIONALIDAD	Es adecuado para evaluar los propósitos de la investigación																		X		
CONSISTENCIA	Está basado en aspectos teórico científicos.																X				
COHERENCIA	Entre las variables, indicadores e ítems.																	X			
METODOLOGÍA	Las variables responde al propósito de la investigación																		X		
PERTINENCIA	El instrumento ha sido aplicado en el momento oportuno o más adecuado.																		X		
TOTAL																		240	255	360	

**III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:**

El instrumento se encuentra apto para su aplicación.

**IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN.** 85.5%

LUGAR Y FECHA: Palermo 2016

  
 FIRMA DEL EXPERTO  
 DNI 26673990  
 TELÉFONO 951404408