

# **UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**

## **ESCUELA DE POSGRADO**



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

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

#### **TESIS:**

### **MALNUTRICIÓN Y SUS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES. HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS, CHOTA 2021**

Para optar el Grado Académico de

#### **DOCTOR EN CIENCIAS**

#### **MENCIÓN: SALUD**

Presentada por:

**Mtra. LUZ GUISELA BUSTAMANTE LÓPEZ**

Asesora:

**Dra. MERCEDES MARLENI BARDALES SILVA**

Cajamarca, Perú

2023

COPYRIGHT © 2023 by  
**LUZ GUISELA BUSTAMANTE LÓPEZ**  
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**

#### **TESIS:**

#### **MALNUTRICIÓN Y SUS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES. HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS, CHOTA 2021**

Para optar el Grado Académico de

#### **DOCTOR EN CIENCIAS**

#### **MENCIÓN: SALUD**

Presentada por:

**Mtro. LUZ GUISELA BUSTAMANTE LÓPEZ**

#### **JURADO EVALUADOR**

Dra. Mercedes Maribel Bardales Silva  
Asesora

Dra. Elena Soledad Ugaz Burga  
Jurado Evaluador

Dra. Rosa Del Pilar Uriarte Torres  
Jurado Evaluador

Dr. Carmen Del Pilar Villalobos Sousa  
Jurado Evaluador

**Cajamarca, Perú**

**2023**



**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 1:20 horas, del día 24 de enero del año dos mil veintitrés, reunidos en el Auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. ELENA SOLEDAD UGAZ BURGA, Dra. ROSA DEL PILAR URIARTE TORRES, Dra. CARMEN DEL PILAR VILLALOBOS SOUSA**, y en calidad de Asesora la **Dra. MERCEDES MARLENI BARDALES SILVA**. 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: **MALNUTRICIÓN Y SUS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES. HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS, CHOTA 2021**; presentada por la Maestra en Gestión Pública **LUZ GUISELA BUSTAMANTE LÓPEZ**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó APROBAR con la calificación de EXCELENTE (18) la mencionada Tesis; en tal virtud, la Maestra en Gestión Pública **LUZ GUISELA BUSTAMANTE LÓPEZ**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que la acredita como **DOCTOR EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, Mención **SALUD**.

Siendo las 2:20 horas del mismo día, se dio por concluido el acto.

M. Bardales

.....  
**Dra. Mercedes Marleni Bardales Silva**  
Asesora

E. Ugaz Burga

.....  
**Dra. Elena Soledad Ugaz Burga**  
Presidente - Jurado Evaluador

R. Uriarte Torres

.....  
**Dra. Rosa Del Pilar Uriarte Torres**  
Jurado Evaluador

C. Villalobos Sousa

.....  
**Dra. Carmen Del Pilar Villalobos Sousa**  
Jurado Evaluador

### **DEDICATORIA:**

Mis hijos, Jorge Diego y Jordano Gael por ser mi fuente de inspiración para superarme y alcanzar mis objetivos, a mi esposo Jorge, por su apoyo constante lo cual me ha ayudado a seguir avanzando, superando las adversidades y poder concretizar mi investigación

## **AGRADECIMIENTO**

A mi madre y padre por sus sabios consejos y animarme día a día a seguir adelante y no darme por vencida a pesar de las dificultades de la vida.

A la Doctora Marleni Bardales quien con su asesoría, enseñanza y competencias permitió el desarrollo de este trabajo.

A las Doctoras Juana Ninatanta Ortiz y Marina Estrada Pérez quienes fueron parte de este proceso de investigación y que, bajo su dirección, me permitieron culminar satisfactoriamente la presente investigación.

A las madres/cuidadores de los niños y niñas usuarios del Hospital José Hernán Soto Cadenillas de por su participación voluntaria en la investigación.

Una nación no debe juzgarse por cómo trata a sus ciudadanos con mejor posición, sino por cómo trata a los que tienen poco a nada.

Nelson Mandela.

## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
EPÍGRAFE .....	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS .....	x
LISTA DE FIGURAS .....	xi
LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS USADAS .....	xii
RESUMEN .....	xiii
ABSTRACT .....	xiv
CAPÍTULO I .....	1
1 INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.1.1 Contextualización .....	1
1.1.2 Descripción del problema.....	4
1.1.3 Formulación del problema.....	5
1.2 Justificación e importancia .....	5
1.2.1 Justificación científica.....	5
1.2.2 Justificación técnico-práctica.....	6
1.2.3 Justificación institucional y personal .....	7
1.3 Delimitación de la investigación .....	7
1.4 Objetivos.....	8
1.4.1 Objetivo general .....	8
1.4.2 Objetivos específicos.....	8
CAPÍTULO II .....	9
2 MARCO TEÓRICO.....	9
2.1 Antecedentes de la investigación o marco referencial.....	9
2.2 Marco epistemológico de la investigación.....	15
2.3 Marco doctrinal .....	16
2.4 Marco conceptual .....	18

2.5	Definición de Términos Básicos .....	32
CAPÍTULO III .....		34
3	PLANTEAMIENTO DE LA (S) HIPÓTESIS Y VARIABLES .....	34
3.1	Hipótesis .....	34
3.2	Variables/categorías .....	34
3.3	Operacionalización/categorización de los componentes de las hipótesis .....	36
CAPÍTULO IV .....		39
4	MARCO METODOLÓGICO .....	39
4.1	Ubicación geográfica .....	39
4.2	Diseño de la investigación .....	39
4.3	Método de Investigación .....	40
4.4	Población, muestra, unidad de análisis y unidades de observación .....	40
4.5	Técnicas e instrumentos de recopilación de información .....	44
4.6	Técnicas para el procesamiento y análisis de la información .....	45
4.7	Matriz de consistencia metodológica .....	46
CAPÍTULO V .....		48
5	RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	48
5.1	Presentación de resultados .....	48
5.2	Análisis y discusión de resultados .....	68
5.3	Contrastación de hipótesis .....	81
CONCLUSIONES .....		83
RECOMENDACIONES .....		84
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....		85
APÉNDICES .....		100

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Determinantes sociales de la salud. Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021.....	49
Tabla 2.	Malnutrición de los niños entre 6 a 35 meses. Hospital José Soto Cadenillas, Chota2021... ..	51
Tabla 3.	Modelo de regresión logística para la malnutrición de los niños de 6 a 35 meses y los determinantes de posición social. Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021. ....	55
Tabla 4.	Modelo de regresión logística para la malnutrición de los niños de 6 a 35 .. meses y los determinantes educativos. Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021. ....	57
Tabla 5.	Modelo de regresión logística: malnutrición de los niños de 6 a 35 meses y los determinantes conductuales .....	58
Tabla 6.	Modelo de regresión logística: malnutrición de los niños de 6 a 35 meses y los determinantes biológicos.....	59
Tabla 7.	Modelo de regresión logística: malnutrición de los niños de 6 a 35 meses y los determinantes psicosociales .....	60
Tabla 8.	Modelo de regresión logística: malnutrición de los niños de 6 a 35 meses y los determinantes del sistema de salud.....	61
Tabla 9.	Matriz de correlaciones: determinantes sociales y la malnutrición .....	62
Tabla 10.	Matriz de correlaciones: determinantes educativos y la malnutrición.....	63
Tabla 11.	Matriz de correlaciones: determinantes conductuales y la malnutrición.....	64
Tabla 12.	Matriz de correlaciones: determinantes biológicos y la malnutrición .....	65
Tabla 13.	Matriz de correlaciones: determinantes psicosociales y la malnutrición.....	66
Tabla 14.	Matriz de correlaciones: determinantes del sistema de salud y la malnutrición .....	67

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de determinantes sociales de la salud .....	17
Figura 2. Sobre peso/obesidad según peso para la talla de los niños de 6 a 35 meses. Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021.....	52
Figura 3. Desnutrición crónica según talla para la edad de los niños de 6 a 35. Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021.....	53
Figura 4. Anemia según valor de la hemoglobina de los niños de 6 a 35. Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021.....	54

## LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS USADAS

CRED	: Control del Crecimiento y Desarrollo.
DSS	: Determinantes Sociales De La Salud
DS	: Desviación Estándar
EDA	: Enfermedades Diarreicas Agudas
ENDES	: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
FAO	: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la agricultura.
IRA	: Infecciones Respiratorias Agudas.
INEI	: Instituto Nacional de Estadística e Informática.
LME	: Lactancia Materna Exclusiva
MINSA	: Ministerio de Salud.
MCI	: Modelo De Cuidado Integral
NCHS	: National Center for Health Statistics
OMS	: Organización Mundial de la Salud.
OPS	: Organización Panamericana de la Salud.
P/E	: Peso para la Edad.
P/T	: Peso para la Talla
RC	: Retardo Del Crecimiento
SO/OB	: Sobre Peso/Obesidad
SMV	: Sueldo Mínimo Vital
SIEN	: Sistema de Información del Estado Nutricional
T/E	: Talla para la Edad.
UNICEF	: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

## RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo analizar los determinantes sociales de la salud y su relación en la malnutrición en niños de 6 a 35 meses, usuarios del Hospital José H. Soto Cadenillas de Chota 2021; en una muestra de 142 niños, utilizándose como instrumentos; un cuestionario de determinantes sociales de la salud y una guía de interpretación diagnóstica. Estudio de enfoque cuantitativo, transversal correlacional, de diseño no experimental. Los resultados revelan sobre los determinantes sociales de la salud, que la edad media de las madres es de  $28,972 \pm 6,3859$  años, en su mayoría (82,4 %) residen en la zona urbana; 84,5% cuentan con ingreso económico por debajo del mínimo vital; 40,1 % presenta nivel de instrucción de educación superior, 38,0% tiene secundaria, y un 3,5 % es analfabeta; el estado civil de la mayoría de madres es conviviente (70,4 %), parecido porcentaje entre madres solteras y casadas; la ocupación de la mayoría (64,8%) es ama de casa, 28,2% son profesionales/técnica/gerente/oficina 7,0% son no profesionales/ventas/servicios/manual. Respecto a la malnutrición se determinó que 50% de los niños presenta malnutrición, 26% presenta anemia, 23,9 % con desnutrición crónica, 7% muestran desnutrición global y 5,6 % son obesos. Se concluye que existe relación significativa entre la malnutrición de los niños de 6 a 35 meses y los determinantes sociales de la salud: ingreso familiar, zona de residencia, consumo de hierro, lactancia materna durante los primeros seis meses, consejería para prevenir la desnutrición, desarrollo del embarazo, peso del niño al nacer, número de hijos y estado civil.

**PALABRAS CLAVES:** Determinantes sociales de la salud, malnutrición, desnutrición crónica, anemia.

## ABSTRACT

The objective of the research was to analyze the social determinants of health and their relationship to malnutrition in children from 6 to 35 months, users of the José H. Soto Cadenillas de Chota 2021 Hospital; in a sample of 142 children, using themselves as instruments; a questionnaire on social determinants of health and a diagnostic interpretation guide. Study with a quantitative, cross-correlational approach, of a non-experimental design. The results reveal about the social determinants of health, that the average age of the mothers is  $28.972 \pm 6.3859$  years, the majority (82.4%) reside in the urban area; 84.5% have an economic income below the vital minimum; 40.1% have a higher education level of instruction, 38.0% have secondary education, and 3.5% are illiterate; The marital status of the majority of mothers is cohabiting (70.4%), a similar percentage between single and married mothers; the occupation of the majority (64.8%) is housewife, 28.2% are professionals/technical/manager/office 7.0% are non-professionals/sales/services/manual. Regarding malnutrition, it was determined that 50% of the children present malnutrition, 26% present anemia, 23.9% with chronic malnutrition, 7% show global malnutrition and 5.6% are obese. It is concluded that there is a significant relationship between malnutrition in children aged 6 to 35 months and the social determinants of health: family income, area of residence, iron intake, breastfeeding during the first six months, counseling to prevent malnutrition, development of the pregnancy, weight of the child at birth, number of children and marital status.

**KEY WORDS:** Social determinants of health, malnutrition, chronic malnutrition, anemia.

## CAPÍTULO I

### 1 INTRODUCCIÓN

#### 1.1 Planteamiento del problema

##### 1.1.1 Contextualización

Actualmente, la prevalencia de los problemas nutricionales ha cambiado, hoy no solo hablamos de déficit nutricional; también por el aumento de la desnutrición por exceso, es decir, la obesidad y sobre peso ha venido afectando a la mayoría de los países latinoamericanos y, a su vez, a todos los grupos de edad, situación que la Organización Mundial de la Salud (OMS) postula que estamos ante una epidemia mundial. (1).

Para el 2021, 39 millones de niños menores de 5 años en el mundo tienen sobrepeso. Además, los números muestran que cada vez más niñas, niños y adolescentes tienen sobrepeso y obesidad, lo que aumenta el riesgo de enfermedades crónicas. La situación en América Latina y el Caribe es preocupante, según el informe 2021 de Unicef “Sobrepeso en la niñez”, el 30% de los niños y adolescentes tienen sobrepeso. En el caso específico de los menores de 5 años es del 7,5%, casi un 2% más que el promedio mundial. (2).

A nivel mundial, el año 2020, 45 millones de niños menores de cinco años presentaron emaciación, la forma más mortal de desnutrición, que aumenta hasta 12 veces el riesgo de mortalidad infantil. Además, 149 millones de niños menores de cinco años padecen retraso en el crecimiento y el desarrollo debido a la falta crónica de nutrientes esenciales en su dieta, mientras que 39 millones tenían

sobrepeso. (3). La OMS estima que, a nivel mundial, el 42% de los niños menores de 5 años están anémicos. (4).

En el Perú, según el SIEN (Sistema de Información del Estado Nutricional) de niños menores de 5 años que acuden a los establecimientos de salud, en el año 2020, la continua aparición de exceso de peso en menores de cinco años fue de 8,8%. Siendo de 8,7% varones y 7,6% en mujeres, es decir casi uno. Al analizar y comparar las cifras, correspondiente a los años 2015 y 2020, se observó que la prevalencia de sobrepeso en varones y mujeres, presentó cifras de 6,2% a 6,6%. Así mismo, la prevalencia de obesidad en varones y mujeres, presentó cifras en el rango de 1,5% a 2,2% en el mismo periodo (5).

Los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2021, según el patrón de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2021, indican que, en el Perú, la desnutrición crónica afectó al 11,5% de niñas y niños menores de cinco años de edad. Por área de residencia, la desnutrición crónica afectó en mayor proporción a niñas y niños del área rural (24,4%), es decir, 17,6 puntos porcentuales más que en los residentes en el área urbana (6,8%); en tanto que, por región natural, fue mayor en las niñas y niños residentes en la Sierra (20,5%), seguido por los de la Selva (16,2%) (6).

Respecto a anemia, ENDES 2021 reporta que la proporción de niñas y niños de 6 a 35 meses de edad con anemia a nivel nacional es de 38,8%, siendo en la zona rural de 48,7% y en la zona urbana de 35,3%. Según región natural, la proporción de niñas y niños con anemia se presentó en mayor porcentaje en los que se ubican en

la región natural Sierra (49,8%) y aquellas o aquellos cuyas madres se sitúan en el quintil inferior de riqueza (50,2%) (6).

A nivel del departamento de Cajamarca, según el SIEN, reporta que los niños menores de 5 años al 2020, presentaron la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en 6,3%, de las cuales un 5% presentó sobrepeso y el 1,3% presentó obesidad (5). Sobre la desnutrición crónica, según ENDES pasó de 25.6% en el 2019 a 20.9% al 2021 (7). Y la anemia aumentó de 28.7% en el 2019 a 32.9% al 2021, siendo la región donde más aumentó la anemia en dicho periodo (8).

Es de gran importancia dar a denotar el ambiente donde se desarrolla el infante, siendo así que los determinantes sociales de la salud (DSS) se ven como factores claves para establecer políticas y mecanismos efectivos de prevención y el tratamiento de la malnutrición en menores de cinco años, determinándose como DSS: hacinamiento, bajo nivel educativo e ingreso mensual menor a 1 salario mínimo, con lo que se confirma la influencia de los determinantes sociales sobre la salud y seguridad nutricional. EL hacinamiento se asocia a la posición social, formas de vivir, nivel económico bajo, tipos de vivienda y demás características que determinaran la que el infante no se alimente adecuadamente, el nivel educativo juega un rol importante ya que a más bajo nivel peor son las condiciones de vivir y alimentación, esto demuestra la inequidad social presente en la población peruana (9).

La multicausalidad de la malnutrición, requiere un abordaje de manera integral, donde se abarque aspectos intrínsecos y extractivos que contribuyen al normal desarrollo del infante en todo el proceso de su crecimiento.

### 1.1.2 Descripción del problema

La transición económica que siguió a la industrialización arribó asociada a otra serie de transiciones demográficas, epidemiológicas y nutricionales, que ayudaron a definir el desarrollo industrial del siglo XX; por lo cual los países en desarrollo están sufriendo cambios de naturaleza económica, epidemiológica, demográfica y nutricional. En algunos de ellos, la transición nutricional presenta la coexistencia de desnutrición y obesidad infantil. Estos rápidos cambios en la dieta y estilo de vida resultantes de la industrialización, la urbanización, el desarrollo económico y la globalización del mercado de este último siglo, han desencadenado profundas consecuencias sobre la salud y el estado nutricional de las poblaciones (10).

Sin duda la pobreza y la desigualdad alimentaria son puntos clave en la malnutrición, pero debemos tener en cuenta que también existen otros factores asociados como: el ambiente donde se desarrolla el infante o llamados problemas estructurales que afecta específicamente a los países en vías de desarrollo (11).

Los estudios realizados en el Perú para conocer la magnitud y localización de problemas nutricionales han mostrado que la desnutrición, anemia y sobrepeso/obesidad, se siguen presentando en la población infantil ya sea por separado o juntos conformando la llamada malnutrición y que tienen estrecha relación con los determinantes. A nivel de la provincia de Chota no se encuentra antecedentes de estudio del problema en mención, pero si es típico ver en los controles de crecimiento y desarrollo a niños que evidencian problemas de malnutrición.

Por lo antes mencionado, considerando la importancia de los indicadores nutricionales tienen en el futuro de los niños, sería oportuno conocer desde los

mismos involucrados madre y niño sobre los determinantes sociales de la salud y su relación con la malnutrición en los niños que acuden al Hospital José Soto Cadenillas, ello refuerza la propuesta de establecer una investigación para comprender el problema que a pesar de que el Ministerio de Salud tiene diversas estrategias de intervención a nivel nacional, no ha contribuido a la reducción significativa de la malnutrición infantil. En consecuencia, la pregunta que delimitará esta investigación es la siguiente:

### 1.1.3 Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre los determinantes sociales de la salud y la malnutrición en niños de 6 a 35 meses del Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021?

## 1.2 Justificación e importancia

### 1.2.1 Justificación científica

En el marco de las prioridades nacionales de investigación en salud en Perú 2019-2023 (12), está investigar el problema sanitario malnutrición y anemia; el problema de la presente investigación estuvo comprendida dentro de estas prioridades nacionales y regionales lo que la hizo pertinente y relevante de realizar.

El estudio se apoyó en una importante búsqueda bibliográfica que permitió encontrar alcances útiles para ampliar la realidad del tema, obteniéndose información respecto a la relación entre la malnutrición y los determinantes sociales de la salud, que sirva de línea de base para las posibles intervenciones de mejora y que tengan mayor impacto en la población.

Los resultados obtenidos de la presente investigación, serán difundidos en la institución investigada y compartida a los entes rectores para la toma de decisiones. Además, la tesis será de carácter público a través del repositorio institucional de la Escuela de Posgrado, concluyéndose con la publicación de un artículo científico en alguna revista indexada.

Asimismo, brinda un aporte importante a este tema, resultando una fuente valiosa para realizar estudios a nivel de pregrado o posgrado. Al mismo tiempo, los resultados se podrán generalizar a poblaciones con características similares.

#### 1.2.2 Justificación técnico-práctica

Técnicamente fue importante porque se analizó la problemática actual por la que atraviesa la salud infantil a nivel nacional, regional y local(13), específicamente en el Hospital José Soto Cadenillas, se determinó la existencia de niños con malnutrición, encontrándose niños ya sean con anemia, desnutrición crónica o con sobre peso/obesidad; que se relacionan e a los determinantes sociales de la salud.

Frente a esta realidad se optó por profundizar el estudio ya que existen realidades que continúan sin recibir aportes importantes, tal es el caso que a nivel de la provincia no se cuenta con estudios de investigación que hayan abordado las variables de determinantes sociales de la salud relacionadas a la malnutrición, por lo que resultó conveniente realizar la presente investigación y de trascendencia para la sociedad, ya que en base a los resultados obtenidos, permitirá principalmente a las autoridades locales articular acciones que controlen mejor los determinantes sociales de la salud que han conllevado a la malnutrición infantil. En tal sentido, es necesario precisar que los beneficiados fueron los niños y sus madres en busca de

una mejor calidad de vida y por ende tengan un futuro próspero si se aborda adecuadamente los determinantes sociales de la salud disminuyendo o eliminando las cifras de niños con problemas de malnutrición.

### 1.2.3 Justificación institucional y personal

Las universidades, al desarrollar sus misiones de educación, investigación, y dimensión social, son actores claves para el nuevo modelo de sociedad basada en el conocimiento (14). Por otro lado, las instituciones de salud tienen como fin prestar servicios de salud buscando el bienestar de la persona (15). Y una manera de lograrlo es invirtiendo en la primera infancia a través de la investigación que brinde información fiable permitiendo tomar acciones a los entes correspondientes de cómo modificar los indicadores negativos que se presentan en este grupo etario. Dado que existe por parte de la investigadora la inclinación laboral en la parte preventiva promocional, lo que implica el trabajo con familias y sus niños, se decidió investigar un problema relacionado a ellos. Ante tal situación, se expresó el interés de la investigadora, toda vez que buscó obtener respuestas respecto a la malnutrición que aqueja a la población investigada, para generar cambios que mejoren la situación de salud. Así los motivos por los que se eligió el tema de estudio fueron la problemática que se atraviesa, y que pese a las diversas estrategias implementadas para revertir el problema se avanza con lentitud. La ejecución del presente estudio fortaleció la formación académica la que será trascendente en la generación de un nuevo conocimiento.

### 1.3 Delimitación de la investigación

En cuanto al alcance, el presente estudio buscó determinar la relación entre los determinantes sociales de la salud y la malnutrición en niños de 6 a 35 meses,

usuarios del Hospital José Soto Cadenillas de la ciudad de Chota. Se ha tomado como marco de referencia de la investigación al Hospital José Soto Cadenillas, dado la gran demanda de niños con la que cuenta y que dicha población proviene de zona rural y urbana, por lo que la presente investigación hace referencia a poblaciones con características similares. En cuanto a las limitaciones encontradas, estuvieron el no contar con un repositorio amplio de investigaciones que comprenda las variables de estudio, tanto a nivel nacional como a nivel local.

#### 1.4 Objetivos

##### 1.4.1 Objetivo general

Analizar los determinantes sociales de la salud y su relación con la malnutrición en niños de 6 a 35 meses, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota, 2021.

##### 1.4.2 Objetivos específicos

- Identificar los determinantes sociales de la salud de los niños de 6 a 35 meses atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota, 2021.
- Determinar la malnutrición y sus tipos de los niños de 6 a 35 meses atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota, 2021.
- Establecer la relación entre los determinantes sociales de la salud y la malnutrición de los niños de 6 a 35 meses atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota, 2021.

## CAPÍTULO II

### 2 MARCO TEÓRICO

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

Deleon Cl. et al. (Paraguay, 2021), en su investigación: Determinantes sociales de la salud y el estado nutricional de los niños menores de cinco años en Fernando de la Mora. Estudio observacional, transversal, descriptivo, analítico. Muestra de 230 niños menores de 5 años. Se midieron variables sociodemográficas del niño y del jefe de familia, los resultados fueron: jefes de familia 64,9% con secundaria, 59,7% amas de casa, 46,7% ganan el salario mínimo, desnutrición global 4,2%, desnutrición aguda 2,2%, riesgo de desnutrición 10%, los determinantes que inciden en la desnutrición en los niños fueron: hogares con jefes de familia con bajo nivel académico e ingresos por debajo del salario mínimo. Concluyendo que la mayoría de las familias tienen bajos ingresos y bajo nivel de instrucción, tendencia al sobrepeso, baja estatura (16)

Vargas M. y Hernández E. (Colombia, 2020), en la investigación titulada: Los determinantes sociales de la desnutrición infantil. Para lo cual se realizó una revisión basada en la búsqueda de artículos en bases de datos electrónicas (ScienceDirect, PubMed, ClinicalKey y SciELO). Los resultados permitieron identificar que existen muchos factores que influyen en esta condición, la cual está determinada no solo por la falta de alimentos, sino también por causas como la pobreza, la falta de recursos, la atención insuficiente, el aumento del precio de los alimentos. problemáticas, conflictos que provocan desplazamientos masivos de población, sequía, falta de equidad y saneamiento ambiental precario, entre otros (17).

Venegas L. (Colombia, 2018), en el estudio realizado sobre: triple carga de desnutrición y sus determinantes, en niños menores de 05 años. Estudio exploratorio de enfoque mixto con una muestra de 320 niños, cuyos resultados fueron; la prevalencia de la triple carga de desnutrición individual (MTCI) fue de 1,3%. Concluyendo que entre los determinantes se encuentran aspectos biológicos del individuo como las condiciones de salud, alimentación y nutrición de la madre durante el embarazo; aspectos económicos y sociales, como la educación y ocupación de los padres, así como los ingresos económicos y su relación con la seguridad alimentaria en el hogar. Los determinantes dietéticos incluyeron las preferencias alimentarias y la cultura familiar, las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria, así como la diversidad dietética individual, que fue baja en todos los casos (18) .

Moreno D. et al. (Colombia, 2018), investigaron: Los determinantes socioeconómicos del estado nutricional en niños menores de cinco años atendidos en el Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja. Estudio transversal con una muestra de 600 madres cuyas madres recibieron un instrumento estandarizado para recolectar información socioeconómica y estado nutricional del niño. El 48,05% de los niños sufre desnutrición crónica. El 22,09% de los niños presentaban desnutrición aguda y el 13,53% sobrepeso u obesidad. El 76,02% de las madres con hijos con talla para la edad normal tienen estudios secundarios o superiores. El 56% de los niños pertenecientes a hogares con ingresos inferiores al salario mínimo mensual presentaban problemas de desnutrición aguda. En conclusión, en cuanto a los determinantes, mayores ingresos reducen la probabilidad de que un niño sufra desnutrición. El tiempo de lactancia y la ocupación de la madre fueron factores protectores (19).

Pauta M. (Ecuador,2018), desarrolló el estudio: Prevalencia y factores asociados a la doble carga nutricional en familias del Distrito 01D01 Cuenca-Norte. Estudio transversal analítico con una muestra de 191 niños menores de 5 años que asisten a establecimientos de desarrollo infantil y sus familias, se realizó un análisis descriptivo y relacional. Los resultados fueron: La prevalencia de DCN individual es de 5,2% y se asoció con la madre jefa de hogar y familias monoparentales. La prevalencia de ECNT familiar es de 14,7% y se asoció a EB (lactancia materna exclusiva) como factor protector y baja talla materna, madre con 2 o más hijos, familia numerosa y nivel socioeconómico bajo como factores de riesgo. Concluyendo que los factores asociados a las ENT individuales y familiares son diferentes(20).

Acosta M. et al. (Colombia, 2018), desarrollaron el estudio: Determinantes sociales de la salud asociados al sobrepeso en niños. Estudio de casos (sobrepeso) y controles (peso normal) en niños menores de seis años atendidos en la consulta externa de Los Angeles Children's Hospital 2013-2015. La muestra estuvo compuesta por 175 casos seleccionados por números aleatorios de una base de datos de una institución de salud y 175 controles. Los resultados fueron los siguientes: Los niños menores de dos años tenían menor riesgo de tener sobrepeso (OR= 0,15 IC 95% 0,092-0,27) que los de dos a seis años. En los menores que se quedaron en casa aumentó el riesgo de sufrir el evento en estudio (OR= 10,4 IC 95% 4,11-26,5). En los niños que fueron alimentados simultáneamente con fórmula y leche materna durante los primeros seis meses de vida, aumentó el riesgo de tener sobrepeso (OR= 13,0 IC 95% 2,17-76,1) (21) .

Rosas L. (Colombia, 2017), investigó sobre: Análisis de la asociación entre la doble carga nutricional en el hogar, con la situación de seguridad alimentaria y algunos determinantes socioeconómicos de los hogares colombianos. Estudio descriptivo de corte transversal derivado de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional de Colombia - ENSIN 2017. Los resultados indican que los hogares con exceso de peso (niño con retraso en la talla y sobrepeso y su madre con sobrepeso) y los hogares con desnutrición (niño con retraso en la madre y madre delgada) mostró una proporción de 1,5% y 0,5% respectivamente (22). En ese sentido se muestra que la doble carga nutricional en los hogares colombianos, como fenómeno del presente estudio, presenta una mayor asociación cuando existe un contexto de inseguridad alimentaria y hacinamiento, también cuando el jefe de familia se reconoce como indígena.

Barrera N. et al. (Colombia, 2017), en su estudio sobre: Prevalencia y determinantes sociales de la desnutrición en niños menores de 5 años vinculados al Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN). Estudio transversal con enfoque analítico. Muestra de 254 niños menores de edad. La información socioeconómica se recopiló a través de una encuesta y la clasificación nutricional por evaluación antropométrica. Los resultados indican que el 15,7% presentaba algún tipo de desnutrición (desnutrición aguda, crónica, global; sobrepeso u obesidad); 6,7% desnutrición y 9,8% sobrepeso y obesidad. Encontrar asociación entre desnutrición crónica con hacinamiento ( $p=0,03$ ; PR=1,9 IC: 95% 1,138 - 3,173) y bajos ingresos ( $p=0,004$ ; PR=1,96 IC: 95% 1,22 -3, 15); entre desnutrición aguda e inadecuada disposición de desechos ( $p=0,03$ ; PR=6 IC: 95% 4,2 - 8,7); y entre desnutrición global con bajos ingresos ( $p=0,02$ ; PR=2,2 IC: 95 % 1,11 - 4,35) y vivienda inadecuada

( $p=0,03$ ;  $PR=2,08$  IC: 95 % 1,06 - 4,06). Se concluye que coexisten los dos extremos de la desnutrición: exceso y déficit(23).

Méndez C. y Alvear S. (Chile, 2017), investigaron acerca de: Determinantes de la desnutrición en niños de 0 a 9 años según CASEN 2017. Estudio epidemiológico, retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional. De acuerdo a los resultados; El 80,90% de los niños tiene un estado nutricional normal y el 19,1% presenta desnutrición, siendo la desnutrición excesiva la mayoría (16,19%). Cuanto mayor sea el grupo de edad (3 a 6 años y 7 a 9 años), mayor probabilidad de tener desnutrición por exceso en relación a un niño de 0 a 2 años. Concluyendo en esta investigación que, si el niño pertenece a los quintiles I, II, III y IV, existe menor probabilidad de presentar un estado nutricional normal y mayor probabilidad de presentar desnutrición por déficit o exceso en relación a un niño que pertenece al quintil V (24).

Huamán M. (Perú, 2020), desarrolló el estudio: Determinantes de la desnutrición crónica en niños de 0 a 5 años en el Perú para el periodo 2007 -2018. Tuvo como objetivo analizar la incidencia de variables seleccionadas asociadas al nivel de desnutrición crónica, para lograrlo se realizó la recolección de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Se realiza el análisis mediante el programa Stata 14, Eviews 9 y Excel donde se logra comprobar las hipótesis planteadas. Se concluye que el modelo econométrico evaluado que considera las siguientes variables: anemia infantil, diarrea crónica infantil, acceso al servicio de agua potable, acceso al servicio de electrificación, acceso al servicio de saneamiento, pertenecer al quintil económico inferior y pertenecer a la zona rural es significativo para el caso peruano (25).

Delgado K. (Perú, 2019), realizó su investigación sobre: Determinantes sociales que influyen en la anemia en niños de 6 a 36 meses que asisten al Centro de Salud Urcos. Diseño cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal. La muestra estuvo conformada por 92 niños con anemia. Las técnicas utilizadas fueron la entrevista y la observación cuyos instrumentos fueron un cuestionario y un guión de observación. En cuanto a la dimensión sociodemográfica de la madre; el 54,3% había terminado el bachillerato; el 70,7% estaban casados; el 41,3% tenía 2 hijos; el 60,9% eran amas de casa; el 53,3% eran del área urbana; y 58.7% percibía un ingreso económico menor a 500 soles, dimensión alimentación: Los niños con anemia consumían lo siguiente una vez por semana; 73,9% vísceras; 62% carne roja; 75% carne blanca; 51,1% cítricos. Concluyendo que los determinantes sociales en dimensiones sociodemográficas y hábitos alimentarios influyen en la anemia (26).

Correa L. y Sánchez D. (Perú, 2017), investigaron sobre: factores socioeconómicos de las madres y desnutrición en niños menores de 36 meses - distrito de Lancones - Sullana. El estudio fue cuantitativo, con un diseño descriptivo correlacional, con una población de 160 madres de niños menores de 36 meses con problemas de desnutrición. En los resultados se verificó que los factores sociales: escolaridad, estado civil, tipo de seguro y pertenencia a un programa de apoyo social no son estadísticamente significativos en la distribución de tipos de desnutrición en niños menores de 36 meses. La prevalencia de desnutrición en menores de 36 meses fue del tipo crónica 52,2%, desnutrición global 25,4% y desnutrición aguda 22,4%. El estudio muestra que no existe significación estadística para los factores económicos: ocupación de la madre, ingreso familiar y trabajo de las madres de niños de 36 meses en el distrito de Lancones. (27).

## 2.2 Marco epistemológico de la investigación

La presente investigación tiene como base al paradigma positivista; la metodología adoptada se basa en realizar una hipótesis y luego deducir con la información recolectada en campo, permitiendo diferenciarlas en variables independientes y dependientes (28).

La visión positivista se enmarca inicialmente en dos posiciones epistemológicas: el racionalismo y el empirismo (29). El racionalismo se enfoca en encontrar la razón, para lo cual realiza la observación en campo logrando sistematizar los resultados (30). Sin embargo, es preciso que los resultados teóricos deductivos sean expuestos ante métodos experimentales, mientras que el empirismo con pensamiento inductivo se basa en generalizaciones(31). Un investigador opta por el paradigma que mejor encaja en su investigación, en ese sentido, se debe tener en cuenta los siguiente: el positivismo considera a la realidad como absoluta y donde el ser humano lo reconoce como tal ya que son explicadas científicamente por leyes y mecanismos, así mismo, debe tenerse en cuenta la relación entre el sujeto y el objeto de estudio, ya que para el positivismo ambos tienen caminos diferentes, lo que puede dar lugar a un sesgo investigativo (32). Finalmente hay que tener en cuenta que, toda investigación existe un pregunta la cual debe ser contestada en los resultados de la investigación (33).

Esto se relaciona específicamente con la comprobación de las hipótesis, teniendo en cuenta las comprobaciones estadísticas asumidas según el tipo de investigación (32). La investigación desarrollada expresa las bases epistémicas expuestas anteriormente; en relación a la pregunta ontológica, se identificó los determinantes sociales de la salud que se relacionan con la malnutrición de los niños de 6 a 35 meses usuarios del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, respondiendo a la

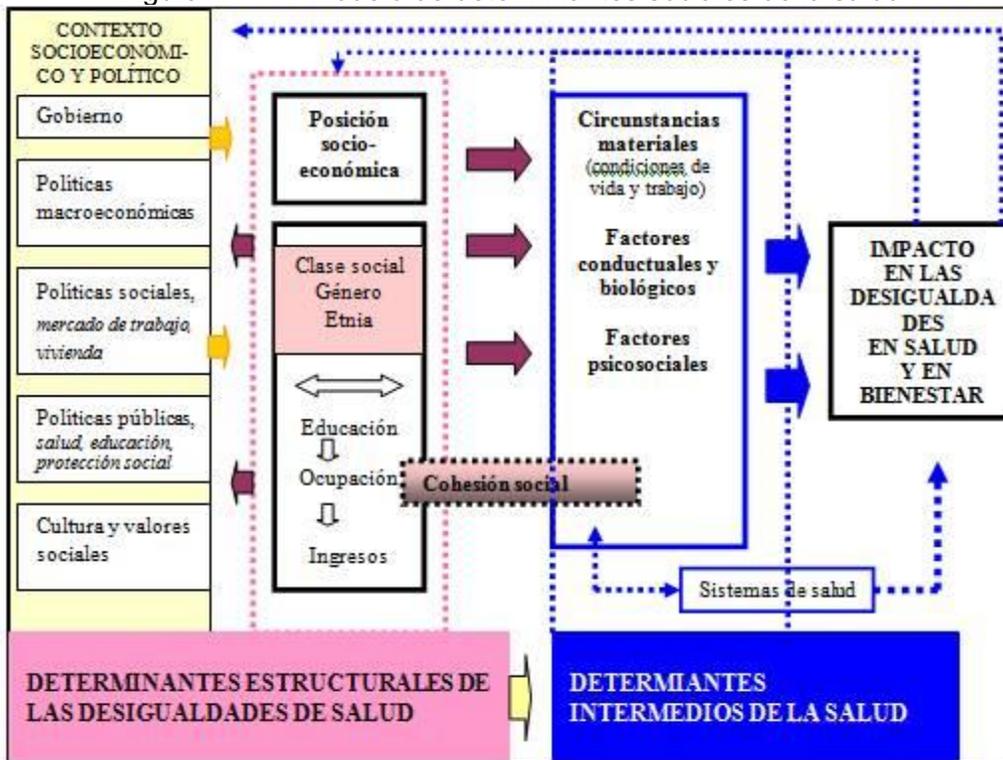
pregunta epistemológica, se obtuvieron resultados fidedignos, debidamente respaldados teóricamente y que pueden ser generalizados a poblaciones con características similares; finalmente respecto a la pregunta metodológica se comprobó la hipótesis planteada a través de regresión logística binaria.

### 2.3 Marco doctrinal

El modelo teórico que respalda a investigación es el de los DSS (determinantes sociales de la salud) de la Organización mundial de la salud(13), la cual ha sido elegida debido a que es un modelo explicativo-interpretativo de la salud versus la enfermedad, ya que se busca demostrar los hechos y no solo observarlos; en ese sentido permitirá generar soluciones a corto y mediano plazo. Además, debido a que el Ministerio de salud del Perú en el 2020 a través del modelo de cuidado integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad (MCI) (34), lo toma como base para desarrollar este nuevo enfoque que tiene como finalidad mejorar, con equidad, las condiciones o el nivel de salud de la población residente en el Perú.

Según el cual considera a los determinantes sociales de la salud como las circunstancias en que las personas son concebidas, nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, y son causa de buena parte de las inequidades en salud entre los países y dentro de cada país (35) (36). El modelo de determinantes sociales de la salud es jerarquizado y distingue al menos dos determinantes subsumidos uno en el otro: el determinante estructural dado por la posición social de la persona, así como los contextos sociales, políticos, económicos y culturales entre otros(37); toda esta configuración se integra en el siguiente diagrama del modelo de determinantes sociales de la salud (36):

Figura 1. Modelo de determinantes sociales de la salud



Fuente: Comisión Mundial de la OMS sobre lo Determinantes sociales de la salud (2007)

En el diagrama (figura 1) resume los componentes básicos del marco conceptual de los determinantes sociales de la salud incluyen: a) determinantes estructurales, b) los determinantes intermedios. En la columna inicial se aprecia los factores contextuales, que enmarcan a la desigualdad en salud, considerados importantes a la cultura, valores y normas sociales (38).

Se puede observar en la figura 1, específicamente en la segunda columna la jerarquización social envuelta en las clases sociales, evidenciándose una distribución del poder, en primer momento se encuentra el ámbito socioeconómico la cual está articulada a: ingreso, accesibilidad a los recursos y demás características socioeconómicas; los determinantes estructurales están relacionados con la gran

desigualdad existente en el ámbito de la salud, caracterizadas por la etnia, el género, el nivel educativo, evidenciándose en el nivel de vida y tipo de trabajo. Hoy en día se puede observar el gran número de casos de discriminación, bulín y demás; por lo cual estamos en la obligación como personal de salud, de empoderar a los grupos más propensos a sufrir estas afectaciones (39).

En la tercera columna encontramos a los determinantes intermedios de la salud, observándose que los determinantes estructurales no tienen una influencia directa en este, se considera factores intermedios a: circunstancias materiales, psicosociales, fisiológicos; logrando incorporarse al sistema de salud como determinante social (38).

El modelo de determinantes sociales de la salud, respalda la investigación en el sentido de qué los profesionales de la salud deben considerar estos principios expuestos, en su interrelación con los niños y sus madres/padres/cuidadores principales, dado el impacto que estos tienen en la equidad en salud, vale decir en la disparidad, en los resultados de salud entre los seres humanos y por ende disminuir los índices de malnutrición infantil, dejando de centrarse en la enfermedad sino que sus intervenciones se enfoquen sobre las causas de las causas La aplicación del modelo DSS podrá lograrse si se articulan de manera integral los aspectos sociopolíticos y a las políticas socioeconómicas relacionados a la persona.

## 2.4 Marco conceptual

### 2.4.1 Determinantes sociales de la salud

#### a) Definición

Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, situaciones que conllevan a una

distribución inequitativa de los recursos (40), resaltar que lo que prima es el tratamiento de la enfermedad sobre la prevención de la enfermedad (39).

## b) Clasificación

Determinantes estructurales.

Abarca el ámbito sociopolítico y económico, que divide y clasifica a la sociedad en niveles económicos, educativos y laborales, la CDSS les llama determinantes estructurales, porque sintetiza como está constituido la sociedad(39).

Determinantes estructurales, referido a lo que diferencia a una sociedad, dividiéndola en estratos socioeconómicos y la vez diferenciado las diferentes atenciones que puede recibir una persona dependiendo de su estrato social.

- Posición social: Abarca la variable de educación es decir que una persona con un nivel educativo tendrá mejores opciones cuidado y atención en salud que alguien que tiene un nivel educativo inferior, obviamente esto también está supeditado al nivel económico, relacionándose con la remuneración mínima vital que en el caso del Perú corresponde a 930 soles.
- Educación: se entiende el proceso por el cual se transmite el conocimiento, los hábitos, las costumbres y los valores de una sociedad a la siguiente generación. En el Perú la educación comprende la educación básica regular que se clasifica a su vez en: inicial, primaria y secundaria. Es sin duda que el nivel educativo de cada persona mejorara la salud y alimentación de su miembros del hogar, ya que la actitud, capacidad podrían intervenir en ciertas circunstancias de salud (11). Sin duda la educación es primordial, pero

también juega un rol importante el aprendizaje de casa, la experiencia, las costumbres, actitudes y hábitos alimenticios (41).

- Empleo: Referido al cargo de una persona y que también se le llama oficio y dentro de la institución sería llamado como empleado, generando valor a partir de la actividad producida a cambio de una compensación económica conocida como salario (40). El empleo es otro determinante social, de gran importancia en la nutrición de los niños, ya que se asegura una alimentación balanceada, la cual no se ve en familias con empleos inestables o mal remunerados; revelándose al empleo y la protección social como herramientas que contribuyen a mejorar la salud de la infancia, que por el contrario el desempleo y pobreza conllevan a discriminación acompañado de la exclusión; en ese sentido la educación, la inclusión y la protección social contribuyen al crecimiento económico del país (41).

#### Determinantes intermedios

Abarca los aspectos relacionados directamente a la población como son: alimento, ingreso, factores psicológicos (39).

Los determinantes estructurales, operan mediante los determinantes intermedios de la salud, estos se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud, los determinantes intermedios de la salud que tienen mayor realce son: las circunstancias materiales, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales y biológicos, la cohesión social y el propio sistema de salud.

- Circunstancias materiales: referido al entorno físico en el cual se desenvuelven las personas, tales como vivienda, saneamiento y transporte, entre otros.
- Factores conductuales: Son aspectos referidos a la forma de vivir y que implica la decisión de cada individuo para tomar decisiones que mejoren sus hábitos, representan cerca del 45% de la salud y entre ellos encontramos: Lactancia materna, alimentación, actividad física, adicciones (42).
- Factores biológicos: Estos son propios en cada individuo, haciendo que cada individuo reaccione de manera particular a ciertas enfermedades (42).
- Factores psicosociales: circunstancias relacionadas a los problemas cotidianos como relaciones estresantes, estrés y demás.
- Sistema de salud: exposición y vulnerabilidad a los factores de riesgo, acceso a los servicios y programas de salud para mediar las consecuencias de las enfermedades para la vida de las personas (40). El acceso equitativo, oportuno y de calidad a los servicios de atención médica, ya sea preventiva o curativa, influye también en estado de salud (43).

c) La salud y sus determinantes

El concepto de salud se ha modificado a lo largo del tiempo, desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS), conceptualizó en 1948 (44). Posteriormente, Milton Terris la definió como el bienestar de los aspectos físicos, mentales y sociales, sin excluir las enfermedades o invalidez(45).

## 2.4.2 Malnutrición Infantil

### a) Definición

Estado deficiente del organismo, causado por una alimentación desequilibrada que puede ser por exceso o déficit, acompañado de falta de micronutrientes esenciales para el crecimiento celular y que contribuyen al desarrollo en sus diferentes áreas (46). Abarca tres grandes grupos de afecciones:

### b) Clasificación

#### 1. Desnutrición crónica

La desnutrición crónica se presenta especialmente en un retraso en el crecimiento de del niño o niña, teniendo como indicador antropométrico la relación entre su talla para la edad. Este tipo de malnutrición indica una insuficiencia en los nutrientes de su alimentación durante un periodo prolongado, lo que ocasiona retraso tanto físico como mental. Y en algunos casos, si no se atiende a tiempo las causas, son irreversibles (47).

Se asocia a una mala alimentación la cual es recurrente y se denomina desnutrición crónica que también se asocia a enfermedades y cuidados deficientes, este proceso de atraso en el crecimiento genera en los niño deficiencias en sus cuatro áreas, que posiblemente se den a relucir en la segunda infancia y las demás etapas, esta denominación se obtiene de acuerdo al indicador T/E cuando el punto se ubica por debajo de -2 DS según los patrones de crecimiento infantil de la OMS (48).

#### Causas de la desnutrición (49)

Causas inmediatas: Se tiene al consumo inadecuado de nutrientes, dado por la ausencia de lactancia materna, inadecuada alimentación complementaria y las enfermedades infecciosas.

Causas subyacentes: Están relacionadas con el hogar, entre las que destacan, ambiente insalubre, acceso inadecuado a servicios de salud, inadecuado acceso a alimentos y el cuidado madre-niño inadecuado.

Causas básicas: Figuran la estructura política y económica, el ambiente sociocultural y los recursos potenciales, la pobreza y la etnia.

## 2. Sobrepeso y obesidad

El sobre peso se caracteriza por un exceso de peso en relación a la estatura, esto según la OMS, es una forma de malnutrición, que se da por un deficiente gasto energético y que por lo consiguiente existe un desequilibrio alimentario. Este resultado se obtiene de acuerdo al indicador P/T cuando el punto se ubica por encima de +2 DS según los patrones de crecimiento infantil de la OMS (48).

### Obesidad

La obesidad infantil es un exceso de grasa corporal en los niños. Una persona tiene sobrepeso o es obesa cuando pesa más de lo que corresponde a su altura (50). Este problema es consecuencia de un desbalance entre el ingreso y egreso de las calorías; relacionándose que nivel mundial cada vez más las personas consumen alimentos con alta cantidad calórica reflejándose en los infantes con un peso superior a la línea media recomendada por la OMS, representado cuando el punto se ubica por encima de +3 DS según los patrones de crecimiento infantil de la OMS (50).

### Causas del sobre peso y obesidad (51)

La fuente principal del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. En el mundo en los últimos años se ha suscitado muchos cambios, ocurriendo lo siguiente:

un acrecentamiento en la ingesta de alimentos de alto contenido calórico que son ricos en grasa; y un declive en la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de la vida diaria que guarda relación con, los nuevos modos de transporte y la aumentada urbanización. Los cambios en los hábitos alimentarios y de actividad física son resultado de cambios en el ambiente y la sociedad relacionados al desarrollo y la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud; la agricultura; el transporte; la planificación urbana; el procesamiento, distribución y comercialización de alimentos, y la educación.

### 3. Anemia

Las vitaminas y minerales son denominados micronutrientes, las células del cuerpo requiere de estas moléculas, para producir células desintegradoras como las enzimas, y la formación de otras células necesarias para el crecimiento adecuado. De los micronutrientes que más se relaciona con la anemia, es el hierro, es así que en el mundo y en el Perú, la anemia por deficiencia de hierro es uno de los tipos de malnutrición más común y de mayor impacto en la población infantil (50).

Debemos tener en cuenta que el hierro es esencial, en el normal desarrollo y funcionamiento de los sistemas del cuerpo humano y más aún que la población infantil que se encuentra en un continuo perfeccionamiento de habilidades motoras y cognitivas; resaltar la importancia del hierro como medio de transporte del oxígeno, como su intervención en la síntesis del ADN (52).

Para determinar la anemia, se tiene en cuenta los valores normales de concentración de hemoglobina (hasta 1,000 m.s.n.m), cuyos valores en niños de 6 meses a 5 años son los siguientes:

- Sin anemia:  $\leq 11$  g/dL
- Anemia leve: 10 – 10.9 g/dL
- Anemia moderada: 7- 9.9 g/dL
- Anemia severa:  $< 7$  g/dL

#### Causas de la anemia(53)

Se estima que la causa principal de la anemia en niños, aunque no es la única, es la deficiencia de hierro. Los niños menores de dos años son especialmente sensibles a la anemia, dada su elevada velocidad de crecimiento y altos requerimientos de hierro, a lo que se suma las dietas bajas en hierro, mayores pérdidas de hierro por la presencia de parásitos, el bajo peso al nacer y episodios frecuentes de infecciones diarreicas (54).

#### c) Consecuencias de la malnutrición

Problema de gran magnitud en la vida de las personas, existiendo evidencia de que la malnutrición afecta la capacidad de razonar, hablar, habilidades motoras y demás actividades (55).

Las investigaciones muestran que la desnutrición infantil, es la principal causante de la muertes relacionadas a enfermedades infecciosas, inclusive en sus formas moderadas, sin duda la mayor complicación en el periodo gestacional y en los primeros años de vida, generando daños permanentes que influirían en etapas posteriores como la niñez, adolescencia y adultez (56).

La desnutrición global, aguda y crónica están relacionadas al aumento de fallecimientos por EDAS, enfermedades respiratorias e infecciosas (Black y otros, 2013). Siendo estas enfermedades bases para el desarrollo de otras como las degenerativas como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares(57).

Tengamos en cuenta que la desnutrición, tiene seria injerencia en el desarrollo intelectual y cognitivo de los infantes, conllevando a un atraso escolar y disminuyendo las habilidades para la vida, en ese sentido se estaría formado un adulto con pocas oportunidades laborales y económicas(58).

En el otro extremo, el avance de la obesidad y sobrepeso en niños y niñas es un tema alarmante, pues las consecuencias y efectos de este problema se expresan durante su crecimiento, pero también en la adultez (59). Niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad tienen mayor riesgo de presentar enfermedades crónicas (enfermedad cardiovascular, ciertos tipos de cáncer, diabetes y asma) en la edad adulta, aunado a elevada mortalidad por estos problemas de salud (60).

La malnutrición no solo afecta la apariencia física y emocional del individuo sino que, se asocia al sobregasto del estado en el individuo y la sociedad acompañado a la baja productividad, y de manera indirecta se asocia al aumento de la mortalidad, déficit de ahorros, adelantos de jubilaciones, baja productividad por permisos constantes, por todas las consecuencias indirectas de la obesidad, se piensa que estos costos son incluso mayores que los costos médicos (60).

Las consecuencias de la anemia en la infancia y durante los primeros años de vida son irreversibles (61):

- En la etapa fetal se asocia a un mayor riesgo de mortalidad por deficiencia de hierro de la gestante, que influye en el peso al nacimiento.
- Afecta el desarrollo psicomotor, cognitivo del lactante, conllevando a tener alteraciones cognitivas y psicomotoras.
- Las complicaciones a largo plazo, se evidencian en la etapa escolar en todos los niveles.

d) Costo de la malnutrición

El coste económico de la malnutrición, afecta de manera directa e indirecta al bolsillo de la familia, en un primer plano es la adquisición de medicinas para su recuperación, siendo así que el año 2004, la CEPAL, en conjunto con el Programa Mundial de Alimentos (PMA), realizar el análisis del coste de la desnutrición en salud, educación y productividad en dos dimensiones: retrospectiva y prospectiva (59).

De igual manera estos gastos se asocian a los tratamientos que realizan los nosocomios en la desnutrición relacionadas a la comorbilidad; por otro lado en la educación los efectos estarían asociadas a los grados desaprobados, que influiría en la productividad y pérdidas per cápita del país cuando este llegue a la edad productiva y, entre quienes sobrevivieron, se calculan las pérdidas por la menor cantidad de años de educación (59).

e) Prevención de la malnutrición

Con el fin de avanzar hacia las metas de la Agenda 2030 y erradicar el hambre, se debe incidir en políticas según los indicadores actuales de malnutrición, la cual implica la articulación de diversos factores en los diferentes niveles de gobierno, haciendo una distribución equitativa de los recursos. Es preciso se tenga el

consenso de que la edad a intervenir sea desde la concepción hasta los 24 meses y que es abalada a nivel internacional, de igual manera la etapa comprendida entre los 3 y 6 años se considera crucial para sentar las bases de los hábitos alimenticios, físicos, de modo de asegura un crecimiento lineal que requiere del involucramiento multidisciplinario e intersectorial (62).

Los estudios nos muestran que existes dos formas de reducir la malnutrición: una de ellas está dirigida de manera directa que abarca desde la etapa fetal hasta los primeros años de vida del infante, en un segundo memento están las intervenciones sensibles, que abarca la intervención a las causas que generan la desnutrición, siendo complementarios con las mediadas directas (62).

f) Formas de malnutrición

La erradicación de la malnutrición infantil es parte de los compromisos internacionales de la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible. Para esto se cuenta con un monitoreo en las distintas formas de malnutrición en infantes menores de cinco años, uno de los indicadores es el retraso del crecimiento asociado a la falta de nutrientes acompañado de enfermedades infecciones concurrentes, como segundo indicador esta la malnutrición, asociados a la emaciación, con periodos más prolongados de falta de alimentos y; también se asocia al sobrepeso sobre la estatura (48).

g) Alimentación del lactante y del niño pequeño

Promoción de una alimentación apropiada de los lactantes y los niños pequeños

La lactancia natural es una forma sin parangón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo de los infantes, la cual cumple un papel importante en el proceso de reproducción como es en la madre en estado de gestación, las organizaciones internacionales y nacionales recomiendan que en los primeros 6 meses debe proveerse al neonato de una lactancia materna exclusiva, posterior a esto el lactante tiende a complementarse con una alimentación balanceada para cumplir sus requerimientos nutricionales y continuar con su desarrollo, sin dejar de lado la lactancia materna, obviamente si existiera un problema donde no se podría dar de lactar se debe usar leches procesadas con el fin de no afectar la salud del menor (63).

Es sin duda, que las técnicas de amamantamiento es algo que viene de generación, asumiendo que todas las mujeres pueden amantar siempre y cuando tengan el conocimiento de cómo hacerlo, sin duda que lo mejor es que tengan acceso a las técnicas especializadas de lactancia materna, sin duda estas facilidades se dan en mayor medida en los profesionales de salud, quienes tienen acceso beneficios por maternidad, trabajo remoto o permisos especiales para el amamantamiento. Los infantes son especialmente vulnerables en la etapa donde inician la alimentación complementaria, situación por lo cual se debe asegurar la ingestión de alimentos balanceados cumpliendo con los requisitos siguientes: han de ser oportunos, adecuados, inocuos, darse de forma adecuada, reconociendo las señales de peligro y de acuerdo a su edad(64).

#### Alimentación complementaria

Los infantes alrededor de los seis meses, tienen requerimientos superiores a los que la leche materna les puede brindar, siendo primordial la iniciación de una

alimentación complementaria que cumpla los requerimientos alimenticios necesarios que le permitan crecer y desarrollarse de manera óptima en cada etapa de su vida, para lo cual se debe tener en cuenta los principios rectores de una alimentación complementaria apropiada (63):

- Lactancia exclusiva a disipación del infante.
- La alimentación completaría debe reunir las características necesarias en relación a los requerimientos nutritivos para cada grupo de edad, acompañado esto de paciencia y mucho amor.
- Alimentación de acuerdo a la edad, teniendo en cuenta la consistencia, frecuencia y cantidad, con alimentos variados propios de la zona.
- Durante las enfermedades, no se debe disminuir la ingesta de alimentos.

h) Derecho a la salud, la nutrición de niños y adolescentes: Leyes y políticas

Desde la promulgación de la Ley General de Salud, en 1997, donde se enfatiza la lucha contra la anemia, aprobándose en el 2018 el Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia, teniendo como objetivo la reducción de la anemia infantil desde un 43% a 19% esto en una población de 6 a 35 meses, resultados no favorecedores para el 2021 donde solo se llegó a un 40%. En 2013 se promulgaron la Ley de Promoción de Alimentación Saludable para niñas, niños y adolescentes y el Manual de Advertencias Publicitarias, esto con intención de lograr un cambio alimentario en la población infantil, de igual manera el Plan Nacional de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021 contempla la presencia de servicios especiales para las niñas, niños y adolescentes, pero exige una serie de condiciones a los establecimientos de salud (EESS) I-1 y I-2 que, considerando la capacidad actual de los centros médicos, los hace por el momento inviables (65).

i) Lineamientos Primero la Infancia

Los Lineamientos “Primero la Infancia” han sido elaborados por una Comisión multisectorial, cuya finalidad es garantizar el desarrollo infantil temprano a partir de la acción transectorial. Los resultados priorizados en el Desarrollo Infantil Temprano son (66):

- Neonatos entre 37 y 41 semanas de gestación y con un peso adecuado.
- Neonatos menores de 12 meses de edad con apego seguro.
- Neonatos de 0 a 36 meses de edad con un adecuado estado nutricional.
- Neonatos de 9 a 36 meses de edad se comunican verbalmente de forma efectiva.
- Neonatos de 12 a 18 meses de edad caminan solos.
- Neonatos de 2 a 5 años aprenden a regular sus emociones y comportamientos.
- Neonatos de 2 a 5 años desarrollan función simbólica (representan sus vivencias).

El estado debe concentrar sus esfuerzos en 9 grupos:

1. Deficiente estado nutricional de micronutrientes desde antes de la concepción, durante el embarazo y en los primeros 24 meses de vida.
2. Riesgos del estado de salud de la gestante, del feto y del recién nacido.
3. El estado emocional de la gestante y de la madre abordando con prioridad la presencia de la depresión, la ansiedad y el estrés.
4. Modificar los estilos de vida no saludables en las mujeres gestantes.

5. Eliminar cualquier forma de violencia hacia las niñas, los niños y la mujer, eliminando la falsa creencia en la madre, padre y cuidadores sobre la efectividad de la violencia como método de disciplinario.
6. La exposición de las niñas y los niños menores de 24 meses a enfermedades infecciosas.
7. Promover en las madres con niñas y niños menores de 24 meses la adopción de tres prácticas saludables: i) lactancia materna exclusiva; ii) alimentación complementaria; y, iii) higiene y lavado de manos.
8. Fomentar la interacción de calidad entre adultos- niñas y niños.
9. Propiciar el desarrollo de entornos físicos y sociales facilitadores y seguros para el crecimiento saludable y el desarrollo de la niña y el niño.

## 2.5 Definición de Términos Básicos

### a. Determinantes sociales de la salud:

Circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud, resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (67).

### b. Malnutrición: se refiere a las carencias, los excesos y los desequilibrios de la ingesta calórica y de nutrientes de niño o niña (68).

### c. Estado nutricional: es el resultante del balance entre la ingesta y las necesidades energéticas y de nutrientes del organismo, lo que expresa distintos grados de bienestar de las personas y que, en sí mismos, son dependientes de la interacción

entre la dieta, los factores relacionados con la salud y el entorno físico, social, cultural y económico (69).

- d. Desnutrición global: Se obtiene de acuerdo al indicador P/E cuando el punto se ubica por debajo de  $-2$  DS (70).
- e. Desnutrición aguda: Se obtiene de acuerdo al indicador P/T cuando el punto se ubica por debajo de  $-2$  DS (70).
- f. Desnutrición crónica: Se obtiene de acuerdo al indicador T/E cuando el punto se ubica por debajo de  $-2$  DS (70).
- g. Sobre peso: Se obtiene de acuerdo al indicador P/E cuando el punto se ubica por encima de  $+2$  DS (70).
- h. Obesidad: Se obtiene de acuerdo al indicador P/T cuando el punto se ubica por encima de  $-3$  DS (70).
- i. Anemia: Trastorno en el cual el número de eritrocitos circulantes en la sangre se ha reducido y es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo (71).

## CAPÍTULO III

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

#### 3.1 Hipótesis

**Hi:** Existe relación entre los determinantes sociales de la salud: zona de residencia del niño, ingreso económico mensual familiar, beneficiaria de algún programa social consumo de hierro, consejería para prevenir la desnutrición; y la malnutrición en niños de 6 a 35 meses del Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021.

**H0:** No existe relación entre los determinantes sociales de la salud: zona de residencia del niño, ingreso económico mensual familiar, beneficiaria de algún programa social consumo de hierro, consejería para prevenir la desnutrición; y la malnutrición en niños de 6 a 35 meses del Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021.

#### 3.2 Variables/categorías

Definición conceptual de variables

Determinantes sociales de la salud. Son las circunstancias en que los niños nacen, crecen, viven, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas y se clasifican en determinantes estructurales e intermedios (67).

Malnutrición. Se refiere a las carencias, los excesos y los desequilibrios de la ingesta calórica y de nutrientes de un niño. Abarca 3 grandes grupos de afecciones: la desnutrición, sobrepeso/obesidad y anemia (68).

## Definición Operacional de variables

### Determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud se han operacionalizado en: Posición social, nivel de educación, factores conductuales, factores biológicos, factores psicosociales, sistema de salud, circunstancias materiales.

### Malnutrición

La malnutrición se ha operacionalizado en: desnutrición crónica, sobre peso/obesidad y anemia

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

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala	Instrumento/técnica
Variable 1: Determinantes sociales de la salud del niño de 6 a 35 meses.	Son las circunstancias en que los niños nacen, crecen, viven, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (67). Y se clasifican en determinantes estructurales e intermedios.	Determinantes estructurales: Posición social:	Ingreso familiar mensual: < al SMV > al SMV	Nominal	Instrumento: Cuestionario  Técnica: Encuesta
			Determinantes estructurales: Nivel de educación de la madre		
		Analfabeta			
		Inicial Primaria Secundaria Superior: Técnico Universitario			
		Determinantes intermedios: Factores conductuales de la madre	Tiempo que brindó micronutrientes a su niño: Menor a 6 meses 6 meses a 11 meses 12 meses a más No brindó		
Tipo de Lactancia que brindó a su niño (primeros 6 meses): LME Lactancia mixta Lactancia artificial					
Tipos de alimentos que brindó a su niño: Menor a 4 grupos de alimentos De 4 a 7 grupos de alimentos					
Determinantes intermedios: Factores biológicos de la madre y el niño	Embarazo de la madre: Complicado Normal				
	Peso al nacer del niño: <1000 gramos 1000 a 1499 gramos 1500 a 2499 De 2500 a 4000 gramos >4000 gramos				

		<p>Determinantes intermedios: Factores psicosociales de la madre y el niño</p>	<p>Estado civil de la madre: Soltera Casada Conviviente Viuda Divorciada</p>		
			<p>Ocupación de la madre: Ama de casa Profesional/técnica/gerente/oficina No profesional/ventas/servicios/manual</p>		
			<p>N° hijos: 1-2 3- 4 5 a +</p>		
			<p>N° de orden del niño en la familia</p>		
			<p>En los últimos 12 meses ha sido víctima de violencia doméstica: Psicológica y/o verbal. Física Sexual</p>		
			<p>La violencia fue ejercida bajo los efectos de licor/drogas</p>		
		<p>Determinantes intermedios: Sistema de salud</p>	<p>Recibió consejería para prevenir enfermedades prevalentes de la infancia: Diarreas Resfríos Parasitosis Anemia Desnutrición Otras</p>		
			<p>Frecuencia con que su niño se ha enfermado de EDAS, IRAS durante el año: 1-2 veces 3- 4 veces De 5 a más Nunca</p>		
			<p>Durante el año su niño ha sido diagnosticado de parasitosis, desnutrición o anemia.</p>		

			Si su niño/a se enferma a dónde acude con frecuencia: Curandera/chamán Farmacia Consultorio particular Puesto/Centro de salud más cercano Hospital		
		Determinantes intermedios: Circunstancias materiales	Condición de la vivienda: Propia Alquilada		
			Material de la vivienda: Rústico Noble		
			Servicios básicos de la vivienda: Luz Agua Desagüe		
<b>Variables</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala</b>	<b>Instrumento/técnica</b>
Variable 2: Malnutrición	Carencias o excesos y desequilibrios de la ingesta calórica y de nutrientes de una persona. Abarca tres grandes grupos de afecciones: la desnutrición, sobrepeso/obesidad y carencia de micronutrientes (68).	<b>Desnutrición crónica</b>	Según talla para la edad: <-2 a -3 D.E	Nominal	Instrumento: Guía de interpretación diagnóstica  Técnica: Análisis documental
		<b>Sobre peso/obesidad</b>	Según peso para la talla: >+2 D.E(sobre peso) >+3 D.E(Obesidad)		
		<b>Anemia</b>	Según valor de hemoglobina: < 11 g/dl(Con Anemia)		

## CAPÍTULO IV

### 4 MARCO METODOLÓGICO

#### 4.1 Ubicación geográfica

El estudio se realizó en la ciudad de Chota, distrito de Chota, departamento de Cajamarca; su capital se ubica en la meseta de Acunta a una altitud de 2,388 msnm, a 150 kilómetros de Cajamarca y a 219 kilómetros de Chiclayo; sus límites comprende; por el norte con los distritos de Conchán y Chiguirip, por el oeste con el distrito de Lajas, por el sur con Bambamarca, distrito y capital de Hualgayoc, y por el este con el distrito de Chalamarca; la mayor parte del territorio, es de clima templado con una temperatura anual promedio es de 17,8°C (72).

El escenario de estudio fue el Hospital “José Hernán Soto Cadenillas de Chota”, creada el 19 de mayo de 1968, en el año 2013 se convierte en Unidad Ejecutora N°406, teniendo autonomía en el manejo de su presupuesto, es un Hospital de Nivel II-1, con una población adscrita al 2020 de 42, 686 usuarios y una población objetivo para nuestra investigación de 454 niños de entre 6 y 35 meses de edad (73)

#### 4.2 Diseño de la investigación

El diseño de investigación es no experimental ya que no se manipuló ninguna de las dos variables, ni los determinantes sociales de la salud, así como la malnutrición, dentro de ella transversal, porque se recolectó los datos en un solo momento (74). El tipo de estudio es, descriptivo correlacional porque se usó la recolección de datos para probar la hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico; es decir se observó los fenómenos de estudio tal como se dan en su contexto natural, luego se hizo la descripción de los mismos buscando si hay relación entre las variables para después analizar los resultados encontrados.

#### 4.3 Método de Investigación

El método empleado en la presente investigación es el hipotético deductivo, el cual tiene como fin entender los fenómenos y explicarlos, de manera que se genere una causa evidente de porque se dan los hechos, sin duda la predicción está presente, donde parte de interrogantes llegando a una conclusión particular, traducida en un hipótesis que se aceptara o rechazará, conocido como el método hipotético deductivo, acompañado de las teorías científicas que sustentan la investigación y demás resultados de las diferentes investigaciones (29).

#### 4.4 Población, muestra, unidad de análisis y unidades de observación

##### 4.4.1 Población

La población estuvo conformada por aquellos niños comprendidos entre las edades de 6 a 35 meses atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas de la Ciudad de Chota del año 2021, con sus respectivas madres o cuidador principal.

La población estuvo constituida de la siguiente manera:

Grupo etareo	Cantidad niños
Menores de 1 año (6-11 m)	70
1 año	174
2 años	210
TOTAL	454

Fuente: padrón nominal de niños del HJSC.

##### 4.4.2 Muestra: Se calculó la muestra utilizando la siguiente fórmula para poblaciones

finitas:

$$n = \frac{N * Z^2 * P * Q}{(N - 1) E^2 + Z^2 * P * Q}$$

Donde:

$n$  : Tamaño muestral para una población finita =

$n$

$N$  : Tamaño de la población = 454

$Z$  : Coeficiente de confianza = 1.96

$P$  : Proporción del fenómeno estudiado = 0.5

$Q (1 - P)$  : Complemento de  $P$  = 0.5

$E$  : Error absoluto o error de precisión = 0.05

$$n = \frac{454 \cdot 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{(454 - 1) \cdot 0.05^2 + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$$n = \frac{436.0216}{2.0929}$$

$$n = 208$$

Cálculo del tamaño muestral ajustado:

$$n = \frac{n'}{1 + \frac{n'}{N}}$$

Donde:

$n$  = Tamaño de la muestra ajustada (?)

$n'$  = Tamaño de la muestra sin ajustar (208)

$N$  = Tamaño de la población (454)

$$n = \frac{208}{1 + \frac{208}{454}}$$

$$n = 142$$

Se decidió ajustar el tamaño muestral debido a las restricciones y limitaciones existentes en el Hospital José Soto Cadenillas como parte del protocolo de bioseguridad a raíz de la pandemia COVID 19, y que dificulta la aplicación de los instrumentos de investigación. Además de ello debido a que se conoce con precisión la población (N = número de niños de 6 a 35 meses de edad) del Hospital José Soto Cadenillas de Chota para el año 2021) y que estadísticamente es válido este procedimiento puesto que se puede generalizar los resultados de la muestra. La muestra ajustada será de 142 niños entre 6 a 35 meses de edad, con sus madres.

Se utilizó además el muestreo probabilístico estratificado. La estratificación aumenta la precisión de la muestra e implica el uso deliberado de diferentes tamaños de muestra para cada estrato, a fin de lograr reducir la varianza de cada unidad de la media muestral. En donde  $n_h$  y  $N_h$  son muestra y población de cada estrato, y  $s_h$  es la desviación estándar de cada elemento en un determinado estrato.

Entonces tenemos que:

$$ksh = n_h/N_h$$

$$n_h = 142$$

$$N_h = 454$$

$$ksh = 0.3127$$

De manera que el total de la subpoblación se multiplicará por esta fracción constante para obtener el tamaño de la muestra para el estrato. Quedando de la siguiente manera:

Estrato	Niños	Total, población	Muestra
1	Menores de 1 año (6-11 m)	70	22
2	1 año	174	54
3	2 años	210	66
TOTAL		N= 454	n= 142

Para obtener la información correspondiente a la investigación, se ubicó a las madres de los niños comprendidos entre 6 a 35 meses de edad, en el consultorio de crecimiento y desarrollo para aplicar a través de la encuesta el cuestionario de determinantes sociales de la salud, previo al control de su niño, finalizado el control de crecimiento y desarrollo se accedió a su historia clínica para que a través del análisis documental extraer datos del examen de hemoglobina y de los indicadores antropométricos.

Por lo tanto, indicar que el número de madres fue igual al número de niños de acuerdo a la muestra, es decir de 142.

#### 4.4.3 Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por cada uno de los niños que tuvieron entre 6 a 35 meses de edad con sus madres, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas.

#### 4.4.4 Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión y exclusión a considerar fueron:

Criterios de inclusión:

- Niños de 6 a 35 meses que se encontraron en el padrón nominal del Hospital José Soto Cadenillas y que acuden a sus controles de crecimiento y desarrollo durante el año 2021.
- Madres de los niños de 6 a 35 meses que aceptaron participar voluntariamente de la investigación y que firman el consentimiento informado (apéndice 1).

Criterios de exclusión:

- Niños que no asisten de manera periódica al Hospital.

#### 4.5 Técnicas e instrumentos de recopilación de información

##### Técnicas de recolección de datos

Las técnicas que se aplicaron en la presente investigación para la recolección de datos fueron: la encuesta que se aplicó a cada madre/cuidador principal para identificar los determinantes sociales de la salud. Por otro lado, el análisis documental del resultado de laboratorio y de los indicadores antropométricos nutricionales contenidas en la historia clínica de los niños de 6 a 35 meses de edad con la finalidad de determinar el tipo de malnutrición que presentan.

##### Instrumentos de recolección de datos

Se utilizó como instrumentos de recolección de datos un cuestionario y una guía de interpretación diagnóstica. El cuestionario denominado instrumento de medición de determinantes sociales de la salud en niños de 6 a 35 meses (Apéndice 2), el cual consta de 22 preguntas cerradas de varias opciones de respuesta; agrupadas en dominios: Posición social, nivel de educación, factores conductuales, factores biológicos, factores psicosociales, sistema de salud, circunstancias materiales. El cuestionario fue elaborado por la investigadora, siendo sometido a prueba piloto para obtener la confiabilidad del instrumento con un alfa de cronbach de 0.88 y para obtener la validez se sometió a juicio de 3 expertos con promedios de valoración de 96%, 94% y 90% respectivamente.

La guía de interpretación diagnóstica del niño (Apéndice 3) sirvió para interpretar y clasificar los resultados de los indicadores antropométricos nutricionales relacionados a la malnutrición, a través del software Who-Anthro versión 3.2.2.1 el cual incluye lo siguiente: Peso para la talla (Obesidad:  $>+3$  D.E, sobrepeso:  $>+2$  D.E); talla para la edad (desnutrición crónica:  $< -2$  a  $-3$  D.E); valor de hemoglobina ( $< 11\text{g/dl}$ ). La guía de interpretación diagnóstica es elaborada por la investigadora,

siendo sometido a validación por parte de 3 expertos con promedios de valoración de 96%, 94% y 90% respectivamente.

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

##### Procesamiento de datos

Concluida la aplicación del cuestionario y el recojo de la información, se codificó manualmente cada una de las variables del instrumento para facilitar su ingreso en la matriz de datos, luego se elaboró una matriz de datos para su procesamiento en el software estadístico Jamovi (Versión 1.6).

##### Análisis de los datos

El análisis estadístico de datos se realizó mediante estadística descriptiva para resumir la información y la regresión logística binaria para identificar que determinantes sociales, educativos, conductuales, biológicos, psicosociales y de salud que se relacionan con la malnutrición que fue acompañada de odds ratio e intervalos de confianza del 95%. El análisis cuantitativo se realizó considerando los porcentajes más altos obtenidos en cada variable de estudio.

Para el análisis relacional entre las variables de investigación se utilizó la prueba estadística el coeficiente Rho de Spearman, siendo estadísticamente significativo con un valor  $p < 0,05$ .

#### 4.7 Matriz de consistencia metodológica

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Instrumento/técnica	Metodología	Población y muestra
¿Cuál es la relación entre los determinantes sociales de la salud y la malnutrición en niños de 6 a 35 meses del Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021?	Objetivo general Analizar los determinantes sociales de la salud y su relación con la malnutrición en niños de 6 a 35 meses, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota, 2021. • Identificar los determinantes sociales de la salud de los niños de 6 a 35 meses atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota, 2021. • Determinar la malnutrición y sus tipos de los niños de 6 a 35 meses atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota, 2021. • Establecer la	Hi: Existe relación entre los determinantes sociales de la salud: zona de residencia del niño, ingreso económico mensual familiar, beneficiaria de algún programa social consumo de hierro, consejería para prevenir la desnutrición; y la malnutrición en niños de 6 a 35 meses del Hospital José Soto Cadenillas, Chota, 2021. HO: No existe relación entre los determinantes sociales de la salud: zona de residencia del niño, ingreso económico mensual	Variable 1: Determinantes sociales de la salud del niño de 6 a 35 meses.	Son las circunstancias en que los niños nacen, crecen, viven, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Y se clasifican en determinantes estructurales e intermedios. Y se clasifican en determinantes estructurales e intermedios(66).	Determinantes estructurales: Posición social	Ingreso familiar mensual Beneficiario de programas sociales	Instrumento: Cuestionario  Técnica: Encuesta	Diseño: No experimental, de corte transversal y correlacional. Tipo: Descriptivo  Enfoque: Cuantitativo	La población estuvo conformada por aquellos niños comprendidos entre las edades de 6 a 35 meses atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas. La muestra fue de 142 niños entre 6 a 35 meses de edad, con sus madres.
					Determinantes estructurales: Nivel de educación de la madre	Analfabeta Inicial Primaria Secundaria Superior: técnico, universitario			
					Determinantes intermedios: Factores conductuales	Tiempo que brindó  micronutrientes a su niño:			
					Determinantes intermedios: Factores biológicos de la madre y el niño	Embarazo de la madre			
						Peso al nacer del niño			
					Determinantes intermedios: Factores psicosociales de la madre y el niño	Estado civil de la madre			
						Ocupación de la madre			
						N° hijos			
						N° de orden del niño en la familia			
						Ha sido víctima de violencia ejercida por su esposo o pareja.			
En los últimos 12 meses ha sido víctima de violencia doméstica.									
La violencia fue ejercida bajo los efectos de licor/drogas									
Determinantes intermedios: Sistema de salud	Consejería para prevenir enfermedades prevalentes de la infancia.								
	Frecuencia con que su niño se ha enfermado de EDAS, IRAS durante el año.								

	relación entre los determinantes sociales de la salud y la malnutrición de los niños de 6 a 35 meses atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas, Chota, 2021.	familiar, beneficiaria de algún programa social consumo de hierro, consejería para prevenir la desnutrición; y la malnutrición en niños de 6 a 35 meses del Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021.			Durante el año su niño ha sido diagnosticado de parasitosis, desnutrición o anemia.			
					Si su niño/a se enferma a dónde acude con frecuencia.			
					Circunstancias materiales			Condición de la vivienda
					Material de la vivienda			
					Servicios básicos de la vivienda			
Variable 2: Malnutrición			Carencias o excesos y desequilibrios de la ingesta calórica y de nutrientes de una persona. Abarca tres grandes grupos de afecciones: la desnutrición, sobrepeso/obesidad y carencia de micronutrientes (67).	Desnutrición crónica	Según talla para la edad:  <-2 a -3 D.E	Instrumento: Guía de interpretación diagnóstica  Técnica: Análisis documental		
				Sobre peso/obesidad	Según peso para la talla:  >+2 D.E(sobre peso)  >+3 D.E(Obesidad)			
				Anemia	Según valor de hemoglobina: < 11  g/dl(Con Anemia)			

## CAPÍTULO V

### 5 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 5.1 Presentación de resultados

El presente estudio se desarrolló en la ciudad de Chota – Región Cajamarca y tuvo por objetivo analizar los determinantes y su relación en la malnutrición en niños de 6 a 35 meses, Hospital José Soto Cadenillas, Chota, 2021, contando con una muestra aleatoria de 142 niños entre 6 a 35 meses de edad con sus respectivas madres en igual cantidad, en cuanto a la recolección de datos de los niños se obtuvo de las historias clínicas y en cuanto a información sobre los determinantes sociales fue a través de un cuestionario aplicado a las madres. El análisis se realizó con ayuda del software estadístico Jamovi (Versión 1.6).

#### Determinantes sociales de la salud

Para la identificación de los determinantes sociales de la salud, se utilizó estadística descriptiva, los resultados se presentan en la siguiente tabla.

**Tabla 1. Determinantes sociales de la salud. Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021.**

<b>Determinantes sociales de la salud</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Zona de residencia</b>		
Urbana	117	82,4%
Rural	25	17,6%
<b>Ingreso mensual familiar</b>		
> Sueldo mínimo vital	22	15,5%
< Sueldo mínimo vital	120	84,5%
<b>Beneficiaria de programas sociales</b>		
Si	45	31,7%
No	97	68,3%
<b>Grado de instrucción</b>		
Analfabeta	5	3,5%
Primaria	26	18,3%
Secundaria	54	38,1%
Superior	57	40,1%
<b>Estado civil</b>		
Soltera	22	15,5%
Casada	20	14,1%
Conviviente	100	70,4%
<b>Ocupación de la madre</b>		
Ama de casa	92	64,8%
Profesional/técnica/gerente/oficina	40	28,1%
No profesional/ventas/servicios/manual	10	7,1%
<b>Micronutrientes recibidos</b>		
Menor de 6 meses	51	35,9%
6 a 11 meses	64	45,4%
12 meses a más	16	11%
No recibió	11	7,7%
<b>Lactancia los primeros 6 meses</b>		
Lactancia materna exclusiva	86	60,6%
Lactancia mixta	41	28,9%
Lactancia artificial	15	10,5%
<b>Diversidad alimentaria</b>		
Menor de 4 grupos de alimentos	88	62%
De 4 a 7 grupos de alimentos	54	38%
<b>Embarazo de la madre</b>		
Nomal	91	64,1%
Complicado	51	35,9%
<b>Peso al nacer</b>		
<1000 gramos	0	0%
1000 a 1499 gramos	0	0%
1500 a 2499 gramos	16	11,2%
De 2500 a 4000 gramos	108	76,1%
> 4000 gramos	18	12,7%
<b>Número de hijos</b>		
1 a 2	87	61,2%
3 a 4	43	30,3%
5 a más	12	8,5%

De la tabla 1 se evidencia que la gran mayoría (82,4 %) de los niños, reside en el área urbana, que el ingreso familiar del 84,5 % de las familias es por debajo del mínimo vital, la mayoría (68,3%) de las familias no reciben ningún beneficio social. En cuanto al grado de instrucción, que 40,1 % cuenta con educación superior, seguido del 38,1 % de las madres que tiene secundaria, 18,3 % tiene grado de instrucción, primaria, y aún 3,5 % de las madres es analfabeta. Se observa que, las madres en su mayoría (70,4 %) es conviviente, el 15,5 % son solteras, el 14,1 % de las madres con casadas. Además, que observa que, 64,8 % de las madres son amas de casa, el 28,1 % pertenecen a la categoría profesionales/técnica/gerente/oficina y 7,1 % pertenecen a la categoría de no profesionales/ventas/servicios/manual. En relación a los micronutrientes consumidos el 45,4% de los niños lo consumió por un tiempo de 6 a 11 meses, 35,9% menor a 6 meses, 11% de 12 meses a más y 7,7% no consumió. El 60,6% de los niños recibió lactancia materna exclusiva, 28,9% lactancia mixta y un 10,5% lactancia artificial. El 62% de los niños consumen diariamente menor a 4 grupos de alimentos. también se observa que 64,1% tuvo un embarazo normal. Del total de los niños, 76,1% nacieron con peso normal, 12,7% con peso mayor a 4000 gramos y un 11,2% con peso de 1500 a 2499 gramos. La mayoría de las madres, tienen entre 1 a 2 hijos (61,2%), 30,3% entre 3 a 4 hijos, y un 8,5% tienen de 5 más hijos.

### **Indicadores de malnutrición**

Para determinar la malnutrición y sus tipos, se utilizó estadística descriptiva, los resultados se presentan en la siguiente tabla y figuras.

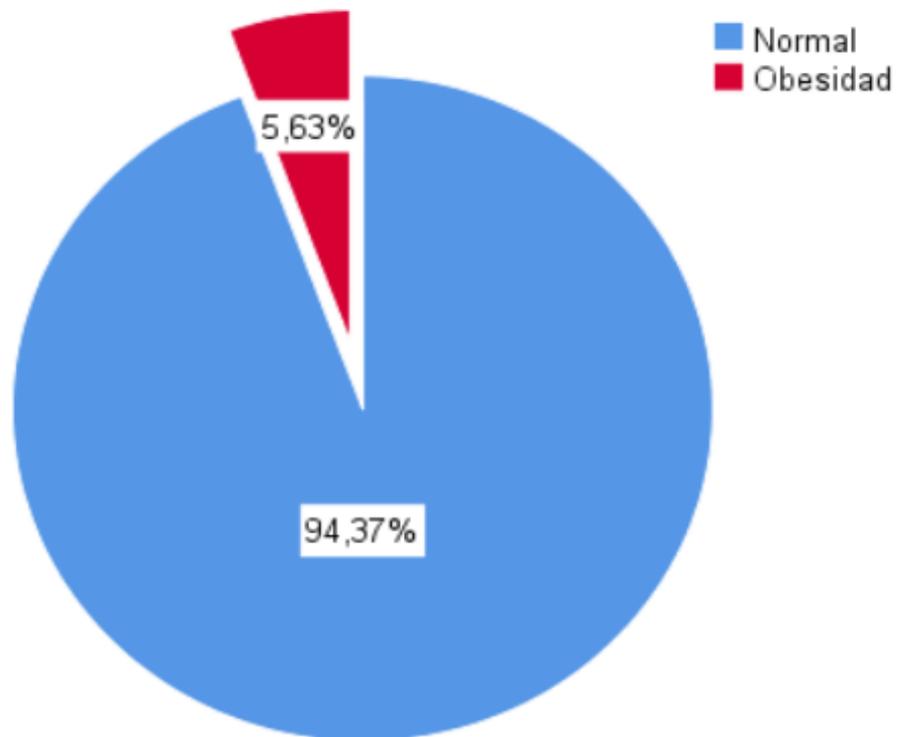
**Tabla 2. Malnutrición de los niños entre 6 a 35 meses. Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021.**

<b>Malnutrición</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
No	71	50,0 %
Si	71	50,0 %
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100,0%</b>

### **Interpretación**

En cuanto a la malnutrición se determinó que la mitad de la muestra de (50%) de los niños en estudio presentan malnutrición.

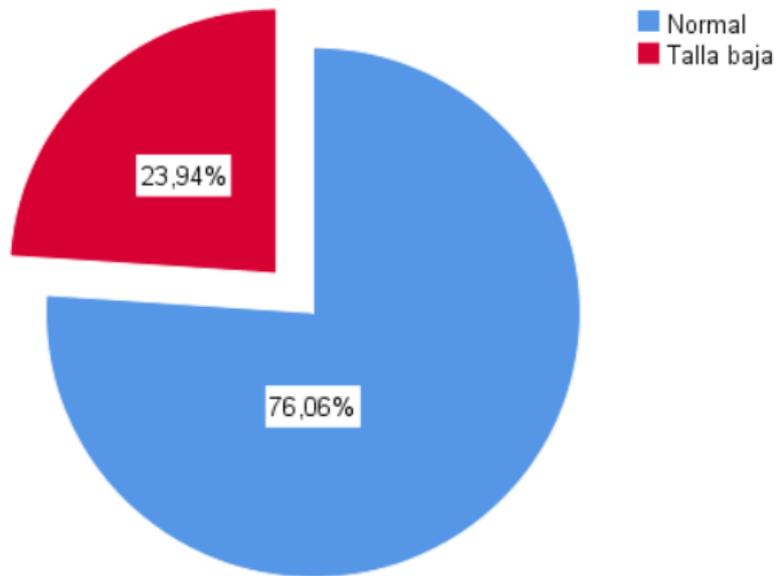
Figura 2. Sobre peso/obesidad según peso para la talla de los niños de 6 a 35 meses. Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021.



### Interpretación

En la Figura 2, se muestra que el 5,63 % de los niños de 6 a 35 meses son obesos. Es decir, el punto de intersección del indicador P/T se ubica por encima de +3 DS, según los estándares de crecimiento infantil de la OMS.

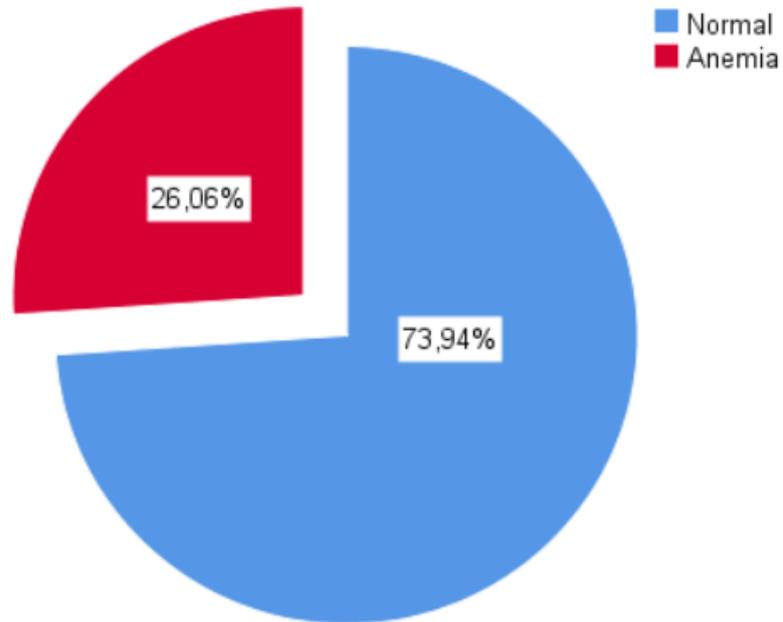
Figura 3. Desnutrición crónica según talla para la edad de los niños de 6 a 35. Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021.



### Interpretación

En la Figura 3, obsérvese que, 23,94 % de los niños de 6 a 35 meses presenta una talla baja para la edad, esto es, desnutrición crónica, significa que el punto de intersección del indicador T/E se ubica por debajo de -2 DS, según los estándares de crecimiento infantil de la OMS.

Figura 4. Anemia según valor de la hemoglobina de los niños de 6 a 35. Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021.



### Interpretación

En la Figura 4, se observa que, 26,06 % de los niños de 6 a 35 meses presentan anemia.

## Relación entre los determinantes sociales de la salud y la malnutrición de los niños de 6 a 35 meses.

Se utilizó la técnica de regresión logística binaria y el coeficiente Rho de Spearman tal como se muestra a continuación.

**Tabla 3. Modelo de regresión logística para la malnutrición de los niños de 6 a 35 meses y los determinantes de posición social. Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021.**

Predictor	Estimado	SE	Z	p	Odds ratio	Intervalo de Confianza 95	
						%	
						Inferior	Superior
Intercepto	-2,10	0,63	-3.34	0,0008	0,12	0,04	0,42
Beneficiaria							
No – Si	0,84	0.39	2,17	0,0297	2,32	1,09	4,97
Zona de residencia							
Rural – Urbana	1,02	0,50	2,06	0,0396	2,77	1,05	7,33
Ingreso familiar							
< 930 – > 930	1,57	0,56	2,79	0,0052	4,81	1,60	14,49

### Interpretación

Según el modelo, las variables seleccionadas presentan  $p$ -valor ( $p < 0.05$ ). Los determinantes sociales de la salud que contiene el modelo para explicar la malnutrición se consideran si la familia es beneficiaria de algún programa social, la zona de residencia y el ingreso mensual familiar. Del modelo se puede establecer que una familia que no recibe beneficios sociales tiene un riesgo de hasta 2,32 veces más de tener un hijo con malnutrición que una familia que recibe el beneficio. En cuanto a la zona de residencia del menor se encuentra que los niños que viven en la zona rural tienen hasta 2,77 veces más probabilidades de que tenga malnutrición frente a un niño de la zona urbana. Así también, los niños cuyas familias tienen un ingreso familiar mensual menor que a 930 soles tienen hasta 4,81 veces más riesgo de sufrir malnutrición que un niño cuya familia tiene un ingreso superior a los 930 soles.

$$P(Y = \text{Malnutrición}) = \frac{e^{-2,10+0,84*\text{Beneficiaria}+1,02*\text{zona de residencia}+1,57*\text{Ingreso}}}{1 + e^{-2,10+0,84*\text{Beneficiaria}+1,02*\text{zona de residencia}+1,57*\text{Ingreso}}}$$

El modelo no consideró la condición de la vivienda, los servicios básicos, esto en virtud de que dichos ítems no son significativos para el modelo.

**Tabla 4. Modelo de regresión logística para la malnutrición de los niños de 6 a 35 meses y los determinantes educativos. Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021.**

Predictor	Estimado	SE	Z	p	Odds ratio	Intervalo de Confianza 95 %	
						Inferior	Superior
Intercepto	-0,18	0,27	-0,66	0,5083	0,84	0,50	1,41
Grado de instrucción							
Analfabeto – Superior	0,58	0,95	0,61	0,5409	1,79	0,28	11,53
Primaria – Superior	0,18	0,47	0,37	0,7105	1,19	0,47	3,02
Secundaria – Superior	0,32	0,38	0,85	0,3947	1,38	0,66	2,92

### Interpretación

En cuanto a los determinantes educativos ninguno resultó ser significativo, por lo tanto, se puede afirmar que el grado de instrucción de la madre no es determinante para tener niño con malnutrición ( $p > 0,05$ ).

**Tabla 5. Modelo de regresión logística: malnutrición de los niños de 6 a 35 meses y los determinantes conductuales**

Predictor	Estimado	SE	Z	p	Odds ratio	Intervalo de Confianza 95 %	
						Inferior	Superior
Intercepto	-1,05	0,34	-3,14	0,0017	0,35	0,18	0,67
Hierro:							
No – Si	1,31	0,52	2,54	0,0112	3,70	1,35	10,17
Primeros seis meses:							
Lactancia mixta – Lactancia materna exclusiva	0,90	0,37	2,45	0,0162	2,46	1,18	5,12
Grupos alimenticios:							
Menor a 4 grupos – De 4 a 7 grupos	0,82	0,37	2,20	0,0281	2,26	1,09	4,71

### Interpretación

Entre los determinantes conductuales que contiene el modelo que explica la malnutrición en niños de 6 a 35 meses, incluye al consumo de hierro, la lactancia en los primeros 6 meses y los grupos de alimentos que consume el niño diariamente.

Del análisis del modelo se puede extraer que un niño que no consume el suplemento de hierro tiene es hasta 3,70 veces más probabilidades de tener malnutrición que los que si consumen; en cuanto a los niños que reciben lactancia mixta tienen hasta 2,45 veces más riesgo de padecer de malnutrición que un niño con lactancia materna exclusiva; y, de la misma manera los niños que consumen menos de 4 grupos de alimentos tienen hasta 2,26 veces más riesgo de padecer malnutrición respecto a los niños que consumen entre 4 y 7 grupos de alimentos.

$$P(Y = \text{Malnutrición}) = \frac{e^{-1,05+1,30*\text{Hierro}+ 0,89*\text{Lactancia}+0,81*\text{Grupo de alimentos}}}{1 + e^{-1,05+1,30*\text{Hierro}+ 0,89*\text{Lactancia}+0,81*\text{Grupo de alimentos}}}$$

**Tabla 6. Modelo de regresión logística: malnutrición de los niños de 6 a 35 meses y los determinantes biológicos**

Predictor	Estimado	SE	Z	p	Odds ratio	Intervalo de Confianza 95 %	
						Inferior	Superior
Intercepto	-0,47	0,23	-2,04	0,0411	0,63	0,40	0,98
Desarrollo embarazo:							
Complicado – Normal	0,74	0,36	2,04	0,0411	2,10	1,03	4,28
Peso niño:							
1500 a 2499 gr – De 2500 a 4000 gr	0,93	0,47	1,98	0,0478	2,55	1,01	6,43

### Interpretación

Entre los determinantes biológicos encontrados que explican la malnutrición en niños de 6 a 35 meses se encuentran el desarrollo en el embarazo y el peso del niño al nacer.

De la tabla anterior se puede observar que cuando el desarrollo durante el embarazo es complicado es hasta 2,10 veces más riesgoso que el niño padezca de malnutrición que un niño cuyo embarazo de la madre es normal, mientras que un niño que tuvo un peso al nacer entre 1500 a 2499 gramos es hasta 2,55 veces más riesgoso de que sufra de malnutrición que un niño cuyo peso al nacer fue mayor de 2500 gramos.

$$P(Y = \text{Malnutrición}) = \frac{e^{-1,05+1,30*\text{Hierro} + 0,89*\text{Lactancia}+0,81*\text{Grupo de alimentos}}}{1 + e^{-1,05+1,30*\text{Hierro} + 0,89*\text{Lactancia}+0,81*\text{Grupo de alimentos}}}$$

En este caso no se consideró a los tipos de complicaciones que tiene la madre durante el embarazo debido a que resultó ser no significativa.

**Tabla 7. Modelo de regresión logística: malnutrición de los niños de 6 a 35 meses y los determinantes psicosociales**

Predictor	Estimado	SE	Z	p	Odds ratio	Intervalo de Confianza 95 %	
						Inferior	Superior
Intercepto	-1,16	0,63	-1,85	0,0639	0,31	0,09	1,07
Número de hijos	-1,42	0,71	-1,98	0,0473	0,24	0,06	0,98
Número hijo participa	1,41	0,69	2,05	0,0402	4,08	1,06	15,62
Estado civil:							
Soltera – Casada	1,69	0,70	2,41	0,0158	5,43	1,37	21,42
Conviviente – Casada	1,30	0,58	2,25	0,0247	3,68	1,18	11,45

### Interpretación

Entre los determinantes psicosociales que explican la malnutrición en niños de 6 a 35 meses se encuentran el estado civil de la madre, número de hijos y el número de hijo que participa en la investigación.

En la Tabla 7, se puede definir que el número de hijos que tiene la madre es significativo y es hasta 0,24 veces más riesgoso que las madres tengan una cantidad regular de hijos respecto a las que solo tienen uno o dos hijos; en cuanto al número de hijo que participa en la investigación es hasta 4,08 veces más riesgoso que sufran de malnutrición que el primer hijo; y finalmente si el estado civil de la madre es soltera es hasta 5,43 veces más riesgoso que tenga un hijo con malnutrición que una madre que es casada, en similar condición se encuentran los niños cuyas madres conviven con su padre dado que es hasta 3,68 veces más probable que sufran de malnutrición respecto a los niños de madres casadas.

$$P(Y = \text{Malnutrición})$$

$$= \frac{e^{-1,16 - 1,41 * \text{Número de hijos} + 1,40 * \text{Hijo que participa} + 1,69 * \text{Soltera} + 1,30 * \text{Conviviente}}}{1 + e^{-1,16 - 1,41 * \text{Número de hijos} + 1,40 * \text{Hijo que participa} + 1,69 * \text{Soltera} + 1,30 * \text{Conviviente}}}$$

Las variables como violencia, el tipo de violencia y haber sido víctima de violencia resultaron no significativas por lo que no fueron incluidas en el modelo final.

**Tabla 8. Modelo de regresión logística: malnutrición de los niños de 6 a 35 meses y los determinantes del sistema de salud**

Predictor	Estimado	SE	Z	p	Odds ratio	Intervalo de Confianza 95 %	
						Inferior	Superior
Intercepto	1,73	0,66	2,62	0,0087	5,65	1,55	20,62
Consejería prevención:							
No – Si	-0,86	0,39	-2,20	0,0280	0,42	0,20	0,91
Diagnóstico desnutrición:							
No – Si	-1,24	0,61	-2,02	0,0435	0,29	0,09	0,96

### Interpretación

Entre los determinantes de salud que explican la malnutrición en niños de 6 a 35 meses se encuentran la consejería para prevenir enfermedades prevalentes de la infancia y el diagnóstico de desnutrición.

Del análisis del modelo se puede determinar que un niño cuya madre no recibe consejería para prevenir enfermedades, tiene un riesgo de sufrir de esta hasta 0,42 veces más de sufrir de malnutrición que el niño de madre que si recibe consejería. También si el niño tuvo un diagnóstico de desnutrición tiene hasta 0,29 veces más probabilidades de tener malnutrición que un niño que no tuvo el diagnóstico.

$$P(Y = \text{Malnutrición})$$

$$= \frac{e^{1,73-0,86*\text{Consejeria de desnutrición}-1,23*\text{Diagnóstico de desnutrición}}}{1 + e^{1,73-0,86*\text{Consejeria de desnutrición}-1,23*\text{Diagnóstico de desnutrición}}}$$

Variables como, las veces que el niño ha enfermado de diarrea, las veces que el niño ha enfermado de resfriados, el diagnóstico de parasitosis, diagnóstico de anemia y el lugar a donde acude con frecuencia resultaron ser no significativos.

**Tabla 9. Matriz de correlaciones: determinantes sociales y la malnutrición**

		<b>Malnutrición</b>
Malnutrición	Spearman's rho	—
	p-value	—
Zona de residencia	Spearman's rho	0,17
	p-value	0,0478
Ingreso	Spearman's rho	0,23
	p-value	0,0052
Beneficiaria	Spearman's rho	0,17
	p-value	0,0477
Programa social	Spearman's rho	0,26
	p-value	0,0637

### **Interpretación**

De la matriz de correlaciones se puede establecer que la zona de residencia del niño y el ingreso económico mensual familiar y si la familia es beneficiaria de algún programa social influyen de manera directa en la malnutrición de los niños de 6 a 35 meses ( $p < 0,05$ ).

**Tabla 10. Matriz de correlaciones: determinantes educativos y la malnutrición**

		<b>Malnutrición</b>
Malnutrición	Spearman's rho	—
	p-value	—
Grado de Instrucción	Spearman's rho	-0,06
	p-value	0,4695

### **Interpretación**

Como se puede observar el grado de instrucción y la malnutrición de los niños de 6 a 35 meses no es significativa ( $p > 0,05$ ).

**Tabla 11. Matriz de correlaciones: determinantes conductuales y la malnutrición**

		<b>Malnutrición</b>
Malnutrición	Spearman's rho	—
	p-value	—
Hierro	Spearman's rho	0,25
	p-value	0,0022
Hierro en los primeros seis meses	Spearman's rho	0,20
	p-value	0,0153
Tiempo hierro	Spearman's rho	0,07
	p-value	0,4335
Grupos de alimenticios	Spearman's rho	-0,22
	p-value	0,0100

### **Interpretación**

En cuanto a los determinantes conductuales se reconoce que el consumo de hierro y el consumo de hierro menor a seis meses tienen una relación directa y significativa con la malnutrición; mientras que, los alimentos que recibió el niño tienen una correlación inversa significativa con la malnutrición de los niños de 6 a 35 meses.

**Tabla 12. Matriz de correlaciones: determinantes biológicos y la malnutrición**

		<b>Malnutrición</b>
Malnutrición	Spearman's rho	—
	p-value	—
Desarrollo del embarazo	Spearman's rho	-0,22
	p-value	0,0100
Complicaciones	Spearman's rho	-0,11
	p-value	0,1978
Peso del niño	Spearman's rho	-0,21
	p-value	0,0112

### **Interpretación**

En cuanto a los determinantes biológicos se ha demostrado que el desarrollo durante el embarazo y el peso al nacer del niño se relacionan de manera inversa y significativa con la malnutrición de los niños de 6 a 35 meses.

**Tabla 13. Matriz de correlaciones: determinantes psicosociales y la malnutrición**

		<b>Malnutrición</b>
Malnutrición	Spearman's rho	—
	p-value	—
Estado civil	Spearman's rho	0,02
	p-value	0,7732
Ocupación de la madre	Spearman's rho	-0,13
	p-value	0,1276
Violencia	Spearman's rho	-0,18
	p-value	0,0290
Tipo de violencia	Spearman's rho	-0,18
	p-value	0,0276
Violencia a doce 12 meses	Spearman's rho	-0,04
	p-value	0,6517
Tipo de Violencia 12meses	Spearman's rho	-0,04
	p-value	0,6563
Efectos de licor	Spearman's rho	-0,09
	p-value	0,3138

### **Interpretación**

En cuanto a los determinantes psicosociales se encontró que la violencia ejercida por el esposo o pareja y el tipo de violencia (psicológica y/o verbal, física o sexual) tienen una relación inversa o negativa significativa con la malnutrición del niño de 6 a 35 meses.

**Tabla 14. Matriz de correlaciones: determinantes del sistema de salud y la malnutrición**

		<b>Malnutrición</b>
Malnutrición	Spearman's rho	—
	p-value	—
Consejería	Spearman's rho	-0,10
	p-value	0,2275
Consejería para prevenir diarreas	Spearman's rho	-0,08
	p-value	0,3239
Consejería para prevenir resfríos	Spearman's rho	-0,14
	p-value	0,0925
Consejería para prevenir parasitosis	Spearman's rho	0,03
	p-value	0,7328
Consejería para prevenir anemia	Spearman's rho	-0,11
	p-value	0,1797
Consejería para prevenir desnutrición	Spearman's rho	-0,19
	p-value	0,0252
Parasitosis	Spearman's rho	0,06
	p-value	0,4632
Diagnóstico de desnutrición	Spearman's rho	-0,18
	p-value	0,0339
Diagnóstico de anemia	Spearman's rho	-0,12
	p-value	0,1499
Enferma con frecuencia	Spearman's rho	0,00
	p-value	0,9728

### **Interpretación**

Respecto a los determinantes de salud se establece que solo la consejería para prevenir enfermedades prevalentes de la infancia y el diagnóstico de desnutrición tienen una relación directa significativa con la malnutrición de los niños de 6 a 35 meses.

## 5.2 Análisis y discusión de resultados

El contexto actual respecto a la malnutrición infantil es bastante crítico y preocupante; así lo determinaron los múltiples estudios presentados. Si antes de la pandemia la realidad respecto al tema era por demás inadecuada ahora es mucho más preocupante. La pandemia generada por le covid-19 trajo alteraciones económicas y sociales, entre esta crisis desencadenada se tuvo el aumento de la malnutrición, que se asoció al bajo ingreso económico, deficiente accesibilidad alimentaria, nula cobertura de salud, haciéndose más marcado las inequidades en salud, pese a los esfuerzos de los entes correspondientes, que por años están tratando de recortar esas brechas.

En el mundo al 2021, se calcula que 45 millones de niños menores de cinco años padecen emaciación, es una de las patologías con más riesgo de generar mortalidad en los infantes, además, 149 millones de niños menores de 5 años vienen sufriendo de atraso en sus habilidades motoras y cognitivas, mientras que 39 millones tienen sobrepeso (75).

En el 2011, Perú se fijó varias metas para el bicentenario de su independencia. Una de ellas era que la desnutrición crónica infantil se redujera a 6% y la anemia en niños de 6 a 35 meses de edad a 19% (76). Pero debido al contexto económico y social deteriorado por la pandemia, en ambos indicadores no se llegó a la meta, tal y como lo muestra ENDES 2021. Según el área de residencia, el porcentaje de las niñas y niños con anemia es mayor en los que residen en el área rural (48,7%) que en el área urbana (35,3%); siendo el porcentaje de niñas y niños de 6 a 35 meses que padecen de anemia, 38,8%; la desnutrición crónica afectó al 11,5% de niñas y niños menores de cinco años de edad, por área de residencia, la desnutrición crónica afectó en mayor proporción a niñas y niños del área rural (24,4%), es decir,

17,6 puntos porcentuales más que en los residentes en el área urbana (6,8%) (6); ENDES, también reporta que entre las niñas y niños que fueron pesados al nacer, un 6,7% pesó menos de 2,5 Kg, asimismo el 64,0% de niñas y niños menores de seis meses tuvieron lactancia materna exclusiva, la proporción niñas y niños de 6 a 35 meses de edad que consumieron suplemento de hierro en los últimos 7 días (anteriores a la entrevista) fue de 36,2%, con una diferencia de 3,7 puntos porcentuales entre el área urbana y el área rural (35,3% y 39,0%, respectivamente) (77).

Respecto a los determinantes sociales de la salud que giran en torno a los niños de 6 a 35 meses de edad, los resultados obtenidos indican que, el ingreso familiar del 84,5 % de las familias es por debajo del mínimo vital. La mayoría (68,3%) de las familias no son beneficiarias de programas sociales. En cuanto al grado de instrucción de la madre, se revela, que 40,1 % cuenta con educación superior, seguido del 38,1 % de las madres que tiene secundaria, 18,3 % tiene grado de instrucción, primaria, y aún 3,5 % de las madres son analfabetas. Respecto al estado civil, las madres en su mayoría (70,4 %) son convivientes, el 15,5 % son solteras, el 14,1 % de las madres con casadas. Sobre la ocupación de las madres se ha encontrado que 64,8 % de las madres son amas de casa, el 28,1 % pertenecen a la categoría profesionales/técnica/gerente/oficina y 7,1 % pertenecen a la categoría de no profesionales/ventas/servicios/manual. Asimismo, el 45,4% de los niños consumió micronutrientes por un tiempo de 6 a 11 meses, 35,9% menor a 6 meses, 11% de 12 meses a más y 7,7% no consumió. El 60,6% de los niños recibió lactancia materna exclusiva, 28,9% lactancia mixta y un 10,5% lactancia artificial. Los niños en un 62% consumen diariamente menos a 4 grupos de alimentos y el restante de 4 a 7 grupos de alimentos. Las madres en un 64,1% tuvieron un embarazo normal y las demás un embarazo complicado. De total de los niños, 76,1% nacieron con peso normal, 12,7% con peso mayor a 4000 gramos

y un 11,2% con peso de 1500 a 2499 gramos. La mayoría de las madres, tienen entre 1 a 2 hijos (61,2%), 30,3% entre 3 a 4 hijos, y un 8,5% tienen de 5 más hijos.

Luego de analizar los resultados encontrados respecto a determinantes sociales de la salud, se puede afirmar que los datos obtenidos van en relación a las estadísticas reportadas a nivel de nuestro país según reporte de ENDES-INEI brindado al 2021, lamentablemente no se está avanzando en disminuir considerablemente esas cifras y mucho menos revertirlas.

Es así que siguen habiendo niños con bajo peso al nacer, embarazos complicados, niños que consumen un número inferior al normal de diversos alimentos al día, lo que repercute en su estado nutricional y sea vulnerable de presentar malnutrición, la lactancia materna exclusiva que no llega a niveles deseados, y que por lo mismo repercute en los problemas de malnutrición que pueden presentar los niños; familias que en su mayoría perciben ingresos inferiores al sueldo mínimo vital y que a pesar de ello no son beneficiarias de un programa social pese a la necesidad manifiesta, con lo cual no son capaces de dar una calidad de vida a sus niños, manifestándose con algún tipo de malnutrición, como es la anemia, desnutrición crónica, bajo peso, sobre peso u obesidad.

Se sigue presentando aún un porcentaje importante de madres que tienen grado de instrucción primaria y que son analfabetas, disminuyendo con ello las oportunidades laborales que incrementen sus ingresos económicos, también los resultados nos muestran que un porcentaje significativo de las madres son solteras lo que directamente va a influir en la vida del niño; además la mayoría de las madres que son parte de la investigación son amas de casa, lo que indica que son dependientes económicamente, que a pesar de permanecer todo el tiempo al cuidado de sus niños, no tienen los medios necesarios para que ese cuidado sea de calidad.

Al analizar los indicadores de malnutrición se determinó que 50% de los niños de 6 a 35 meses usuarios del Hospital José Hernán Soto Cadenillas, presenta malnutrición, y el restante no presenta este problema. La malnutrición se distribuye teniendo en consideración el indicador peso para la edad; así, 92,96 % de los niños de 6 a 35 meses tiene un peso normal para la edad, sin embargo, 7,04 % de los niños adolece de bajo peso para la edad es decir, desnutrición global, asimismo, con el indicador peso para la talla, se muestra que 94,37 % de los niños tiene peso normal para la talla y 5,63 % de estos niños son obesos; igualmente, al utilizar el indicador talla para la edad, se puede apreciar que 76,06 % de los niños tiene una talla normal para la edad no obstante, que 23,94 % de los niños de la muestra, presenta talla baja para la edad lo que manifiesta una desnutrición crónica, y en cuanto al indicador nivel de hemoglobina, se encontró que 73,94 % de los niños conserva una hemoglobina normal no así, el 26,06 % de los niños de 6 a 35 meses revela valores de anemia.

Los resultados obtenidos, muestran valores desfavorables y que contrastan con los reportes nacionales, como señala ENDES 2021, respecto a la anemia, el promedio nacional es de 38,8%, siendo la cifra más alta en zonas rurales, cifras que resulta sumamente preocupante teniendo en cuenta que desde el 2015 se ha disminuido tan solo 4,7 puntos porcentuales es decir menos de 1% por año; existen lineamientos, directivas, planes que a través de diversas estrategias se han planteado para reducir la anemia, pero que no han dado los resultados esperados, convirtiéndose la anemia en un problema de salud pública. Los diversos estudios existentes acerca de la anemia en niños refieren que la deficiencia de hierro es la causa más común de anemia a nivel mundial (78), sumados a ello los estudios muestra que los determinantes sociales comunes incluyen: vivir en hogares sin condiciones sanitarias, zona rural, características inadecuadas de la vivienda,

provisión inadecuada de agua, barreras de acceso al sistema de salud, bajo nivel educativo y edad de los padres, empleo precario y bajos ingresos (79).

Los reportes sobre la desnutrición crónica es decir talla baja para la edad, indican que 11,5% de niños menores de 5 años la presentan, respecto a la desnutrición crónica lamentablemente se duplica al promedio nacional, pero por debajo del porcentaje como región (33,4%). La desnutrición es uno de los grandes problemas de salud pública a nivel mundial y ocurre en las poblaciones más vulnerables donde existe situación de pobreza y falta de acceso a los servicios básicos de salud y educación.

La deficiencia de hierro en los glóbulos rojos acompañado de la desnutrición se ve influenciado por factores asociados a los determinantes de la salud enmarcados en la pobreza, desigualdad y discriminación, asociándose a aspectos sociales, demográficos y del cuidado de la salud como: el nivel educativo de los cuidadores, la asistencia los controles prenatales, el número de partos domiciliarios (80). De igual manera las recurrentes infecciones del niño, la parasitosis, insuficiente ingesta de alimentos y nutrientes (81).

De otro lado, a pesar que aparentemente es un porcentaje bajo es decir que 7,04 y 5,63 % de la muestra presenta sobrepeso y obesidad respectivamente, pues ese avance de la obesidad y sobrepeso en niños y niñas es un tema alarmante, dado que las consecuencias y efectos de este problema se expresan durante su crecimiento, pero también en la adultez (55). A nivel del país se reportó que en el año 2021 el porcentaje de niños menores de 3 años con sobre peso fue del 7,3% y respecto a la obesidad el porcentaje fue de 2,1%. Resultados que contrastan con lo encontrado en la investigación.

Se estima que 40%, o más, de los niños, y 70% o más de los adolescentes con obesidad, llegarán a ser adultos obesos, con un impacto negativo en la salud y en la carga de enfermedad (82). Niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad tienen mayor riesgo de presentar enfermedades crónicas (enfermedad cardiovascular, ciertos tipos de cáncer, diabetes y asma) en la edad adulta, aunado a elevada mortalidad por estos problemas de salud (83).

Al analizar los resultados sobre la malnutrición de los niños de 6 a 35 meses de edad y su relación con los determinantes sociales de la salud. De acuerdo a la dimensión de posición social, se puede establecer que una familia que no recibe beneficios sociales tiene un riesgo de hasta 2,32 veces más de tener un hijo con malnutrición que una familia que recibe el beneficio. En cuanto a la zona de residencia del menor se encontró que los niños que viven en la zona rural tienen hasta 2,77 veces más probabilidades de que tenga malnutrición frente a un niño de la zona urbana. Así también, los niños cuyas familias tienen un ingreso familiar mensual menor al sueldo mínimo vital tienen hasta 4,81 veces más riesgo de sufrir malnutrición que un niño cuya familia tiene un ingreso superior al sueldo mínimo vital. Es decir, existe relación significativa entre la malnutrición de los niños de 6 a 35 meses y los determinantes sociales como ingreso familiar ( $p = 0,0052$ ), si la familia es beneficiaria de algún programa social ( $p = 0,0297$ ) y la zona de residencia ( $p = 0,0396$ ).

Estos resultados, son semejantes a los del estudio de Vargas M y Hernández E. determinando que existen diferentes factores que influyen en la calidad de vida y la salud de cada persona: pobreza, falta de recursos y de atención suficiente, el alza en el precio de los alimentos básicos, los conflictos que originan desplazamientos masivos de la población, la sequía, la ausencia de un enfoque de equidad, el mal saneamiento ambiental, entre otros (17).

Así también, el estudio de Barrera N, et al. demostró que existe asociación entre desnutrición crónica con bajo ingreso económico, ( $p=0,004$ ;  $RP=1,96$  IC: 95% 1,22 - 3,15; y entre desnutrición global con bajo ingreso económico ( $p=0,02$ ;  $RP=2,2$  IC: 95% 1,11 - 4,35) (23).

También se encuentra similitud con Méndez C y Alvear S. quienes concluyeron que, si el niño(a) pertenece al quintil I, II, III y IV de pobreza existe menor probabilidad de presentar un estado nutricional normal y mayor probabilidad de presentar malnutrición por déficit o exceso con respecto a un niño(a) que pertenece al quintil V (24).

En la misma línea, Moreno D. et al. encontraron también resultados similares, respecto a los determinantes, mayores ingresos reducen la probabilidad de que un niño sufra desnutrición (19).

Cabe mencionar que, residir en zona rural es un determinante que está asociado a un mayor porcentaje de niños con malnutrición, específicamente de anemia y desnutrición tal como lo muestra los reportes de ENDES al 2021 (6). La anemia y desnutrición infantil es uno de los grandes problemas de salud pública a nivel mundial y ocurre en las poblaciones más vulnerables donde existe situación de pobreza y falta de acceso a los servicios básicos de salud y educación, es probablemente a estos factores que es más resaltante en la zona rural, la malnutrición (84).

En este sentido, los programas sociales son estrategias que tiene el Estado para aliviar las carencias o reforzar capacidades clave de una determinada población puesto que, ser una familia, que recibe beneficios sociales implica tener menos riesgo de que sus niños padezcan de malnutrición (85).

En la presente investigación, se comprobó que el mayor porcentaje de familias tiene un ingreso económico mensual inferior al SMV lo que se asocia a malnutrición sobre todo infantil, es decir que estar en condiciones de pobreza aumenta la probabilidad de inducir a malnutrición en sus diferentes tipos (86).

Referente a los determinantes educativos, en esta investigación ninguno implicó ser estadísticamente significativos y se puede aseverar que el grado de instrucción de la madre no es determinante de la malnutrición del niño ( $p > 0,05$ ).

La educación de las madres, es una de las más relevantes, puesto que en algunos estudios se demostró que un mayor nivel de educación provee más conocimiento de la alimentación que los menores de cinco años debe recibir (87). Sin embargo, se han visto discrepancias entre estudios debido que mencionan que el conocimiento en ocasiones no es un indicador de buena alimentación para prevenir la malnutrición y muchas madres con un nivel de estudio inferior que permanecen en el hogar al cuidado de los niños tienen mayor conocimiento de los parámetros que definen una adecuada alimentación, en comparación con madres que tienen un mayor nivel de estudio y deben salir del hogar a trabajar (88).

Resultados que se asemejan a lo obtenido por Correa L y Sánchez D. quienes evidencian que los factores sociales: nivel educativo, no tienen significancia estadísticamente en la distribución de los tipos de desnutrición en niños menores de 36 meses (27).

Entre los determinantes conductuales que explica la malnutrición en niños de 6 a 35 meses de la muestra en estudio, incluye al consumo de hierro, la lactancia en los primeros 6 meses y los grupos de alimentos que consume el niño. Del análisis

se puede extraer que un niño que no consume el suplemento de hierro tiene hasta 3,70 veces más probabilidades de tener malnutrición que los que si consumen; en cuanto a los niños que reciben lactancia mixta tienen hasta 2,46 veces más riesgo de padecer malnutrición que un niño con lactancia materna exclusiva; y, de la misma manera los niños que consumen menos de 4 grupos de alimentos tienen hasta 2,26 veces más riesgo de padecer malnutrición respecto a los niños que consumen entre 4 y 7 grupos de alimentos. Sobre la relación de los determinantes conductuales con la malnutrición de los niños de 6 a 35 meses, se encontró que existe relación significativa entre el consumo de hierro ( $p = 0,0112$ ), la lactancia durante los primeros seis meses ( $p = 0,0162$ ) y consumo de grupos de alimentos ( $p = 0,0281$ ) con la malnutrición.

Estos aspectos concuerdan con lo citado por Delgado K., respecto a los determinantes que influyen en la malnutrición (anemia) en niños de 6 a 36 meses, son los hábitos alimentarios (26).

Los resultados contrastan con el estudio Acosta M. et al. obteniendo también que los niños que fueron alimentados simultáneamente con fórmula y leche materna durante los primeros seis meses de vida acrecentaron el riesgo de exceso de peso ( $OR= 13,0$  IC 95 % 2,17-76,1)(21) .

Lo diferentes tipos de alimentos permiten tener una variedad alimentaria, que se engloban en los 7 grupos de alimentos necesarios para una alimentación de los niños y que no debe faltar en la dieta de los niños. El supuesto es que el niño que tiene una diversidad alimentaria ha consumido al menos un alimento de origen animal y por lo menos una fruta o verdura, además de un alimento básico (cereal, raíz o tubérculo) en el día anterior (89). Datos que contrastan con lo manifestado por UNICEF, quien indica que 2 de cada 3 niños de entre 6 y 23 meses de edad en

todo el mundo no reciben las dietas mínimas que necesitan, lo cual les expone a una o más formas de malnutrición: retraso en el crecimiento, emaciación, hambre oculta y sobrepeso u obesidad, anemia (90).

El consumo de hierro, que está incluido en la alimentación o en forma de suplemento contribuye según diversos estudios a evitar o disminuir el riesgo de padecer anemia, en la presente investigación se evidencia que aquellos niños y niñas que no consumen el suplemento de hierro tienen mayor probabilidad de padecer de anemia y esto probablemente sea a que no estén recibiendo una dieta rica en hierro ni consumiendo su suplemento de hierro. La carencia de hierro es el problema nutricional más prevalente de los seres humanos. En la mayoría de los países no industrializados amenaza a más de 60 por ciento de las mujeres y niños, y más de la mitad de éstos sufren anemia comprobada (91).

Los niños que recibieron lactancia materna exclusiva (LME), tienen menos probabilidad de presentar malnutrición según el presente estudio y esto debido a que la LME está asociada a una serie de beneficios en la población infantil reflejados en la disminución de la mortalidad, disminución de morbilidades, en términos de disminución de infecciones diarreicas y respiratorias. En Latinoamérica, se estima que alrededor de 13 millones de casos de diarrea, 800 mil casos de casos de neumonía y 100 mil casos de obesidad infantil podrían evitarse mediante una correcta práctica de la LME. Por ello, la OMS recomienda la LME como una estrategia de salud pública costo-efectiva, que podría ahorrar alrededor de 240 millones de dólares a los sistemas de salud latinoamericanos. En Perú, si bien la práctica de la LME ha mejorado, persiste una brecha significativa entre las regiones (92).

Entre los determinantes biológicos encontrados que explican la malnutrición en niños de 6 a 35 meses se encuentran el desarrollo del embarazo y el peso del niño al nacer. De los cuales se puede observar que cuando el desarrollo del embarazo es complicado es hasta 2,10 veces más riesgoso que el niño padezca de malnutrición que un niño cuyo embarazo de la madre es normal, mientras que un niño que tuvo un peso al nacer entre 1500 a 2499 gramos es hasta 2,55 veces más riesgoso de que sufra de malnutrición que un niño cuyo peso al nacer fue igual o mayor de 2500 gramos. Sobre la relación de los determinantes biológicos con la malnutrición de los niños de 6 a 35 meses, se determinó que existe relación significativa entre el desarrollo del embarazo complicado ( $p = 0,0411$ ), el peso del niño al nacer ( $p = 0,0478$ ) con la malnutrición.

Se define como bajo peso al nacer a todo recién nacido que en el momento de su nacimiento tenga un peso inferior a 2 500 g. Se estima que en el mundo 30 millones de niños nacen cada año con un peso inferior al normal para la edad gestacional (93). El bajo peso al nacer trae consecuencias que serán vistas a largo plazo. Un gran número de ellos fallecen en los primeros siete días de edad. Los niños bajo peso que sobreviven pueden desarrollar enfermedades entre las que se destacan las diarreas, las neumonías, anemia, desnutrición crónica y otras infecciones (93).

Durante siglos, el embarazo y el parto han constituido momentos decisivos para la mujer; no solo por significar la continuidad de la especie, sino por el riesgo de vida que ha representado tanto para ella como para su descendencia.(94). Desde entonces, se sabe que no solo el momento del parto es una situación riesgosa; sino también los sucesos, complicaciones y patologías que pueden ocurrir durante todo el proceso de la gestación. De esta manera, un número nada despreciable de recién nacidos tienen complicaciones importantes, y muchas madres sufren complicaciones serias que suelen poner en riesgo su vida (94).

Pérez M, et al. encontraron resultados similares, refiriéndose en que el bajo peso del neonato conlleva complicaciones futuras en su calidad de vida, específicamente estos neonatos presentan alteraciones neurológicas que se traducen en problemas cognitivos (95).

Entre los determinantes psicosociales que explican la malnutrición en niños de 6 a 35 meses se encuentran el estado civil de la madre, número de hijos y el número de hijo que participa en la investigación. De los indicadores en mención se puede definir que el número de hijos que tiene la madre es significativo y es hasta 0,24 veces más riesgoso que las madres tengan una cantidad regular de hijos respecto a las que solo tienen uno o dos hijos, para presentar malnutrición; en cuanto al número de hijo que participa en la investigación es hasta 4,08 veces más riesgoso que sufran de malnutrición que el primer hijo; y finalmente si el estado civil de la madre es soltera es hasta 5,43 veces más riesgoso que tenga un hijo con malnutrición que una madre casada, en similar condición se encuentran los niños cuyas madres conviven con su padre dado que es hasta 3,68 veces más probable que sufran de malnutrición respecto a los niños de madres casadas. Determinándose que existe relación significativa entre los determinantes psicosociales como el número de hijos ( $p = 0,0473$ ), el número de hijo que participa ( $p = 0,0402$ ) y el estado civil de la madre (soltera-casada  $p = 0,0158$  y conviviente-casada  $p = 0,0247$ ) con la malnutrición.

Pauta M. encontró datos similares, mostrando que la prevalencia de doble carga nutricional individual es 5,2% y se asoció a madre jefe de hogar y familias monoparentales. La prevalencia de doble carga nutricional familiar es 14,7% y se asoció a madre con 2 o más hijos, familias numerosas como factores de riesgo (20).

Entre los determinantes de salud que explican la malnutrición en niños de 6 a 35 meses se encuentran la consejería para prevenir enfermedades prevalentes de la infancia y el diagnóstico de desnutrición. Del análisis del modelo se puede determinar que un niño cuya madre no recibe consejería para prevenir enfermedades prevalentes de la infancia tiene un riesgo de sufrir de esta hasta 0,42 veces malnutrición que el niño de madre que si recibe consejería. También si el niño tuvo un diagnóstico de desnutrición tiene hasta 0,29 veces más probabilidades de tener otros tipos de malnutrición que un niño que no tuvo el diagnóstico. Es decir, se encontró que existe relación significativa entre los determinantes de la salud como recibir consejería para prevenir enfermedades prevalentes de la infancia ( $p = 0,0280$ ) y el diagnóstico de desnutrición ( $p = 0,0435$ ) con la malnutrición.

Se conoce que la conversación es la forma de comunicarnos entre los seres humanos, en ese sentido, cuando el profesional de salud realiza un consejería debe tener la convicción de escuchar y ser escuchado con el involucramiento de la familia en su conjunto, ya que se fomenta prácticas y hábitos saludables que contribuyen en el crecimiento y el desarrollo de los infantes (96) .

Según los resultados del presente estudio se concluye que hay asociación entre consejería y malnutrición, es decir madres o cuidadores que han recibido consejería harán que sus niños tengan menos probabilidad de tener malnutrición y esto debido a la importancia e impacto que tiene la consejería, entendiéndose como un diálogo ameno, fluido, que permite a las personas que piden ayuda expresarse libremente, sin interrupción, donde afloran sus emociones (expectativas, miedos, temores, entre otros) sobre su situación en particular, en el cual el consejero debe ser empático y establecer una relación con los solicitantes del servicio (97).

### 5.3 Contrastación de hipótesis

La hipótesis planteada fue:

**Hi:** Existe relación entre los determinantes sociales de la salud: zona de residencia del niño, ingreso económico mensual familiar, beneficiaria de algún programa social consumo de hierro, consejería para prevenir la desnutrición; y la malnutrición en niños de 6 a 35 meses del Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021.

Respecto a la contrastación de la hipótesis, del análisis con regresión logística binaria ha quedado demostrado que:

- Existe relación significativa entre la malnutrición de los niños de 6 a 35 meses y los determinantes sociales como ingreso familiar ( $p = 0,0052$ ), si la familia es beneficiaria de algún programa social ( $p = 0,0297$ ) y la zona de residencia ( $p = 0,0396$ ).
- Respecto a la relación entre los determinantes educativos y la malnutrición de 6 a 35 meses ( $p > 0,05$ ).
- Sobre la relación de los determinantes conductuales con la malnutrición de los niños de 6 a 35 meses, se encontró que existe relación significativa entre el consumo de hierro ( $p = 0,0112$ ), la lactancia durante los primeros seis meses ( $p = 0,0162$ ) y consumo de grupos de alimentos ( $0,0281$ ) con la malnutrición.
- Con referencia a la relación de los determinantes biológicos con la malnutrición de los niños de 6 a 35 meses, se determinó que existe relación significativa entre el desarrollo durante el embarazo ( $p = 0,0411$ ), el peso del niño al nacer ( $p = 0,0478$ ) con la malnutrición.
- También se determinó que existe relación significativa entre los determinantes psicosociales como el número de hijos ( $p = 0,0473$ ), el número de hijo que participa ( $p = 0,0402$ ) y el estado civil de la madre (soltera-casada  $p = 0,0158$  y conviviente-casada  $p = 0,0247$ ) con la malnutrición.

- Finalmente se encontró que existe relación significativa entre los determinantes de la salud como recibir consejería para prevenir la desnutrición ( $p = 0,0280$ ) y el diagnóstico de desnutrición ( $p = 0,0435$ ) con la malnutrición.

## CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta los objetivos planteados y los resultados encontrados en el presente estudio “Malnutrición y sus determinantes sociales de la salud en niños de 6 a 35 meses. Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021.”, se concluye:

1. Los determinantes sociales de la salud de los niños de 6 a 35 meses que se atienden en Hospital José Hernán Soto Cadenillas de la ciudad de Chota, son zona de residencia urbana; ingreso mensual familiar menor al sueldo mínimo vital; beneficiaria de programas sociales no en su mayoría; grado de instrucción superior; estado civil convivientes; ocupación ama de casa.
2. Con respecto a los indicadores de malnutrición de los niños de 6 a 35 meses estudiados, resultó que la mitad de los niños presenta algún problema de malnutrición; se evidencian niños con desnutrición global, obesidad en un porcentaje importante de los niños y niñas, desnutrición crónica en un porcentaje considerable y anemia también en un porcentaje significativo de la muestra estudiada.
3. Existe una relación directa y altamente significativa entre los determinantes sociales de la salud y la malnutrición en niños de 6 a 35 meses de edad. Afirmándose que, a menor ingreso familiar, familia de zona rural, beneficiaria de programa social, consumo de hierro menor a 6 meses, no lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, consumo menor de 4 grupos de alimentos, conllevan a la malnutrición, embarazo con complicaciones, bajo peso al nacer, ser una madre soltera/conviviente y tener más de un hijo, no recibir consejería para prevenir la desnutrición, aportándose de este modo evidencia a favor de la hipótesis planteada.

## RECOMENDACIONES

A las autoridades de salud:

- Abordar el problema de malnutrición infantil, para un manejo adecuado, correcto y oportuno centradas en los niños y en las familias.
- Protocolizar las intervenciones orientadas a reducir la malnutrición infantil, tanto a nivel individual como en la familia.

A la Universidad Nacional de Cajamarca – Escuela de Post Grado:

- Incentivar la realización de investigaciones, que promuevan estrategias de control sobre los determinantes sociales de la salud para disminuir la malnutrición infantil.
- Instaurar convenios intergubernamentales a nivel nacional, regional y local a partir de los resultados encontrados instaurando políticas y proyectos que contribuyan a resolver los problemas sociales que enfrenta la niñez.

A los Directivos y Profesionales del Hospital José Hernán Soto Cadenillas

- Se sugiere la elaboración de planes terapéuticos y educativos que coadyuven a una calidad de vida óptima de los usuarios con malnutrición, en los determinantes sociales de la salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Y, Díaz C. Características familiares relacionadas con el estado nutricional en escolares de la ciudad de Cartagena. Rev. salud pública. [Internet]. 2015 [citado 4 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2015.v17n6/836-847/>
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Factor determinante para el sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes [Internet]. Factor determinante para el sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes. 2022 [citado 4 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.org/colombia/luchasobrepesoyobesidad>
3. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Informe de las Naciones Unidas: las cifras del hambre en el mundo aumentaron hasta alcanzar los 828 millones de personas en 2021 [Internet]. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. 2021 [citado 2 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.fao.org/newsroom/detail/un-report-global-hunger-SOFI-2022-FAO/es>
4. Organización Mundial de Salud. Anemia [Internet]. Anemia. 2021 [citado 2 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/anaemia>
5. Instituto Nacional de Salud. Situación del sobrepeso y obesidad en la población peruana [Internet]. 2018 [citado 4 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://observateperu.ins.gob.pe/sala-situacional/situacion-nutricional>
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2021 [Internet]. 2021 [citado 5 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/2982736-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2021>

7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Indicadores de resultados de los programas presupuestales, 2014-2019. [Internet]. Indicadores de resultados de los programas presupuestales. 2019 [citado 4 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/ppr.asp>
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Resultados Anemia [Internet]. Ministerio de Salud; 2020. Disponible en: [https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2021/DESARRROLLO\\_INFANTIL/Desarrollo\\_infantil\\_Temprano\\_ENDES\\_2021.pdf](https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2021/DESARRROLLO_INFANTIL/Desarrollo_infantil_Temprano_ENDES_2021.pdf)
9. Barrera-Dussán N, Fierro-Parra EP, Puentes-Fierro LY, Ramos-Castañeda JA. Prevalencia y determinantes sociales de malnutrición en menores de 5 años afiliados al Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN) del área urbana del municipio de Palermo en Colombia, 2017. Universidad y Salud [Internet]. Universidad y Salud. 2018 [citado 1 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/3713>
10. Orden A, Torres M, Luis M, Cesani F, Quintero F, Oyhenart E. Evaluación del estado nutricional en escolares de bajos recursos socioeconómicos en el contexto de la transición nutricional. 2005;103(3):8.
11. Jiménez-Benítez D, Rodríguez-Martín A, Jiménez-Rodríguez R. Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica. Nutrición Hospitalaria [Internet]. 2010 [citado 1 de septiembre de 2020]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0212-16112010000900003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-16112010000900003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
12. Prioridades de Investigación en Salud [Internet]. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. [citado 11 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://web.ins.gob.pe/es/investigacion-en-salud/prioridades-de-investigacion>

13. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes e inequidades en salud [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2012 [citado 11 de octubre de 2021]. Disponible en: [https://www3.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=sa-2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=231&lang=en](https://www3.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sa-2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=231&lang=en)
14. Beltrán-Llevador J, Íñigo-Bajo E, Mata-Segreda A. La responsabilidad social universitaria, el reto de su construcción permanente. Revista Iberoamericana de Educación Superior. 1 de enero de 2014;5(14):3-18.
15. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud [Internet]. Atención primaria de salud. 2021 [citado 7 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
16. Deleón CA, Ramos LS, Cañete F, Ortiz I, Deleón CA, Ramos LS, et al. Determinantes sociales de la salud y el estado nutricional de niños menores de cinco años de Fernando de la Mora, Paraguay. Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción). diciembre de 2021;54(3):41-50.
17. Vargas M, Hernández E. Los determinantes sociales de la desnutrición infantil en Colombia vistos desde la medicina familiar. Medwave [Internet]. 10 de marzo de 2020 [citado 29 de septiembre de 2021];20(2). Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/ProbSP/7839.act>
18. Vanegas LS. Triple carga de la malnutrición y sus determinantes, en niños menores de 05 años, en Medellín, Colombia. [Internet] [Tesis]. [Perú]: Universidad Nacional Agraria la Molina; 2018. Disponible en: <http://repositorio.lamolina.edu.pe/handle/UNALM/3797>

19. Moreno D, Piccón M, Picon M, Marrugo-Arnedo C, Marrugo V, Alvis. Determinantes socioeconómicos del estado nutricional en menores de cinco años atendidos en el Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*. 2017;49(2):13.
20. Pauta M. Prevalencia y factores asociados a la doble carga nutricional en las familias del Distrito 01D01 Cuenca- Norte 2018 [Internet] [Tesis Grado]. [Cuenca, Ecuador]: Universidad de Cuenca; 2019. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/32273>
21. Acosta MF, Cabrera N, Berbesi DY. Determinantes sociales de la salud asociados con el exceso de peso en la población infantil. *Revista Cubana de Salud Pública*. 1 de enero de 2018;44(1):110-110-22.
22. Rosas L. Análisis de la asociación entre la doble carga nutricional en el hogar, con la situación de seguridad alimentaria y algunos determinantes socioeconómicos de los hogares colombianos, a partir de los resultados de la encuesta nacional de la situación nutricional, 2010. [Internet] [Tesis Grado]. [Colombia]: Universidad Nacional de Colombia; 2010. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/60960>
23. Barrera-Dussán N, Fierro-Parra EP, Puentes-Fierro LY, Ramos-Castañeda JA. Prevalencia y determinantes sociales de malnutrición en menores de 5 años afiliados al Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN) del área urbana del municipio de Palermo en Colombia, 2017. *Universidad y Salud*. diciembre de 2018;20(3):236-46.
24. Méndez -Chamorro CF, Alvear- Vega S. Determinantes de la malnutrición en niños de 0 a 9 años según CASEN 2017 [Internet] [Tesis Grado]. 2020 [citado 29 de septiembre de 2021]. Disponible en: <http://dspace.otalca.cl/handle/1950/12356>

25. Huamán- Huarcaya MM. Determinantes de la desnutrición crónica en niños de 0 a 5 años en el Perú para el periodo 2007 -2018 [Internet] [Tesis]. [Lima]: Universidad de Lima; 2020 [citado 4 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/12103>
26. Delgado- Mendoza KR. Determinantes sociales que influyen en la anemia en niños de 6 a 36 meses de edad que acuden al Centro de Salud de Urcos, Cusco 2019. Universidad Andina del Cusco [Internet]. 25 de marzo de 2021 [citado 4 de diciembre de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/3863>
27. Correa- Peña LL, Sánchez -Ruiz D. “Factores socioeconómicos de las madres y la desnutrición en niños menores de 36 meses distrito de Lancones Sullana – Piura, 2017” [Internet] [Tesis Grado]. [Callao]: Universidad Nacional del Callao; 2018 [citado 15 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/3774>
28. Lorenzo CR. Contribución sobre los paradigmas de investigación. 2006;31(01):13.
29. Sánchez - Flores FA. Fundamentos Epistémicos de la Investigación Cualitativa y Cuantitativa: Consensos y Disensos. Docencia univ. 24 de abril de 2019;101-22.
30. Ramírez A. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. Anales de la Facultad de Medicina. septiembre de 2009;70(3):217-24.
31. Lizet Veliz R, Ceballos VP, Valenzuela SS, Sanhueza AO. Análisis crítico del paradigma positivista y su influencia en el desarrollo de la enfermería. Index de Enfermería. diciembre de 2012;21(4):224-8.
32. Ramos CA. Los paradigmas de la investigación científica. Avances en Psicología. 2015;23(1):9-17.

33. Bernardo C, Carbajal Y, Figueredo C. Metodología de la investigación [Internet]. Universidad San Martín de Porres; 2018 [citado 11 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.usmp.edu.pe/estudiosgenerales/pdf/2018-II/MANUALES/METODOLOGIA%20DE%20LA%20INVESTIGACION.pdf>
34. Ministerio de Salud. Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida [Internet]. 2017 [citado 11 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1050369/mci.pdf>
35. Organización Panamericana de Salud. Determinantes Sociales de la Salud en la Región de las Américas [Internet]. Salud en las Américas 2017. 2017 [citado 11 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/uh-determinants-es.html>
36. Guardia MA, Ruvalcaba JC, Ruvalcaba -Ledezma JC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of Negative and No Positive Results*. enero de 2020;5(1):81-90.
37. Hernández LJ, Ocampo J, Ríos D, Calderón C. El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. *Rev salud pública*. 1 de mayo de 2017;19(3):393-5.
38. Alfaro. Los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la salud pública social [Internet]. 2014 [citado 15 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2014/sj141j.pdf>
39. Urbina, González M. La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas [Internet]. 2012 [citado 4 de diciembre de 2022]. Disponible en: [https://www.insp.mx/resources/images/stories/Produccion/pdf/131209\\_determinantesSociales.pdf](https://www.insp.mx/resources/images/stories/Produccion/pdf/131209_determinantesSociales.pdf)

40. Organización Mundial de Salud. Determinantes sociales de la salud [Internet]. [citado 20 de agosto de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/social\\_determinants/es/](https://www.who.int/social_determinants/es/)
41. Jiménez-Benítez D, Rodríguez-Martín A, Jiménez-Rodríguez R. Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica. *Nutrición Hospitalaria*. octubre de 2010;25:18-25.
42. Vital seguros. Factores que influyen en la salud: Conócelos todos [Internet]. Vital Seguro. 2019 [citado 5 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.vitalseguro.com/blog/salud/factores-que-influyen-en-la-salud/>
43. Acevedo G, Martínez D. La salud y sus determinantes. La salud pública y la medicina preventiva. [Internet]. Unidad 1. 2020 [citado 5 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/MPyS-1-Unidad-1-Determinantes-de-la-Salud-V-2013.pdf>
44. Organización Panamericana de la Salud. El Abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud a través de acciones intersectoriales: cinco casos de política pública de México [Internet]. 2013 [citado 5 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/6291>
45. World Health Organization. Glosario de Promoción de la Salud: Sección I [Internet]. 1998 [citado 5 de diciembre de 2022]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf;jsessionid=F1A51668C6D78085735778F0DA17BFD0?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=F1A51668C6D78085735778F0DA17BFD0?sequence=1)
46. Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la agricultura. El coste de la malnutrición [Internet]. 2014 [citado 5 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://www.fao.org/publications/sofa/2013/es/>

47. Acción contra el hambre. Qué es la desnutrición crónica [Internet]. 2020 [citado 4 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.accioncontraelhambre.org/es/desnutricion-cronica-que-es>
48. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2020 [Internet]. FAO, OPS, WFP and UNICEF; 2020 [citado 5 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://www.fao.org/documents/card/en/c/cb2242es>
49. Bullón C. L, Astete R. L. Determinantes de la desnutrición crónica de los menores de tres años en las regiones del Perú: sub-análisis de la encuesta ENDES 2000. Anales Científicos. 2016;77(2):249-59.
50. Organización Mundial de Salud. Malnutrición [Internet]. 2020 [citado 5 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
51. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [Internet]. Obesidad y sobrepeso. 2020 [citado 4 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
52. Organización Panamericana de la Salud. Las nuevas orientaciones de la OMS ayudan a detectar la carencia de hierro y a proteger el desarrollo cerebral - OPS/OMS [Internet]. Seguridad Alimentaria y Nutrición. 2020 [citado 29 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/4-4-2020-nuevas-orientaciones-oms-ayudan-detectar-carencia-hierro-proteger-desarrollo>
53. Zavaleta N. Anemia infantil: retos y oportunidades al 2021. Rev Peru Med Exp Salud Publica. diciembre de 2017;34:588-9.

54. Guideline: Intermittent Iron Supplementation in Preschool and School-Age Children [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2011 [citado 4 de febrero de 2023]. (WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179850/>
55. Organización de las Naciones Unidas. Malnutrición en niños y niñas en América Latina y el Caribe [Internet]. CEPAL; 2017 [citado 18 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/enfoques/malnutricion-ninos-ninas-america-latina-caribe>
56. Gutiérrez W. La desnutrición en la niñez en el Perú: factores condicionantes y tendencias. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. abril de 2011;28(2):396-7.
57. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. La mala alimentación perjudica la salud de los niños en todo el mundo.minister [Internet]. 2021 [citado 27 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/la-mala-alimentaci%C3%B3n-perjudica-la-salud-de-los-ni%C3%B1os-en-todo-el-mundo-advierte>
58. Wisbaum W, Collantes S, Barbero B, Allí D, Arias M, Benlloch I, et al. UNICEF España C/ Mauricio Legendre, 36 28046 Madrid 913 789 555 sensibilizacion@unicef.es www.unicef.es. :21.
59. Caribe CE para AL y el. Malnutrición en niños y niñas en América Latina y el Caribe [Internet]. CEPAL; 2017 [citado 29 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/enfoques/malnutricion-ninos-ninas-america-latina-caribe>
60. Liria R. Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: un problema que requiere atención. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública

- [Internet]. 2012 [citado 29 de junio de 2022];29(3). Disponible en:  
<https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/369>
61. Tran TD, Biggs BA, Tran T, Simpson JA, Hanieh S, Dwyer T, et al. Impact on Infants' Cognitive Development of Antenatal Exposure to Iron Deficiency Disorder and Common Mental Disorders. Nizami Q, editor. PLoS ONE. 23 de septiembre de 2013;8(9):e74876.
62. The Lancet 2013. file.pdf [Internet]. [citado 16 de diciembre de 2022]. Disponible en:  
<http://www.incap.int/index.php/es/publicaciones-incap/722-the-lancet-serie-2013-sobre-nutricion-materno-infantil-incap-pce-082/file>
63. World Health Organization, Fund (UNICEF) UNC. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2003 [citado 25 de enero de 2023]. Disponible en:  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42695>
64. González Méndez I, Pileta Romero B. Lactancia materna. Revista Cubana de Enfermería. marzo de 2002;18(1):15-22.
65. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Resumen Ejecutivo Situación de niñas, niños y adolescentes en el Perú [Internet]. 2020 [citado 3 de diciembre de 2022]. Disponible en:  
<https://www.unicef.org/peru/media/12141/file/Resumen%20Ejecutivo:%20Situaci%C3%B3n%20de%20ni%C3%B1as,%20ni%C3%B1os%20y%20adolescentes%20en%20el%20Per%C3%BA%20.pdf>
66. Lineamientos Primero la Infancia [Internet]. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social - MIDIS. [citado 16 de diciembre de 2022]. Disponible en:  
<https://www.midis.gob.pe/index.php/lineamientos-primero-la-infancia/>

67. Hernández LJ, Ocampo J, Ríos DS, Calderón C. El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. Rev salud pública. junio de 2017;19:393-5.
68. Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la agricultura. La “triple carga de la malnutrición” frena el avance hacia el Hambre Cero en Europa y Asia Central [Internet]. 2019 [citado 17 de julio de 2019]. Disponible en: <http://www.fao.org/news/story/es/item/1200210/icode/>
69. Vallejo -Solarte ME, Castro- Castro LM, Cerezo Corre MDP. Estado nutricional y determinantes sociales en niños entre 0 y 5 años de la comunidad de Yunguillo y de Red Unidos, Mocoa - Colombia. Rev Univ salud. 29 de abril de 2016;18(1):113.
70. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud N° 137-2017- Control Crecimiento y Desarrollo.pdf [Internet]. Ministerio de Salud; 2017. Disponible en: <https://www.redsaludcce.gob.pe/Modernidad/archivos/dais/ppan/normast/CRED.pdf>
71. Ministerio de Salud. Norma técnica 134 - manejo terapéutico y preventivo de la anemia. En niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas [Internet]. c; 2017. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
72. Carvajal A. Geografía de chota perfil antropogeográfico de la provincia de Chota Marco Abel Carvajal Atencio [Internet]. GEOGRAFÍA DE CHOTA PERFIL ANTROPOGEOGRÁFICO DE LA PROVINCIA DE CHOTA MARCO ABEL CARVAJAL ATENCIO - PDF Free Download. 2014 [citado 4 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://docplayer.es/57184388-Geografia-de-chota-perfil-antropogeografico-de-la-provincia-de-chota-marco-abel-carvajal-atencio.html>
73. Hospital José Hernán Soto Cadenillas. Misión y Visión [Internet]. Portal del estado. 2017 [citado 4 de febrero de 2023]. Disponible en:

[https://www.transparencia.gob.pe/enlaces/pte\\_transparencia\\_enlaces.aspx?id\\_entidad=18693&id\\_tema=1&ver=D#.Y96p-HbMLIV](https://www.transparencia.gob.pe/enlaces/pte_transparencia_enlaces.aspx?id_entidad=18693&id_tema=1&ver=D#.Y96p-HbMLIV)

74. Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C (2018). Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta | RUDICS [Internet]. [citado 5 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://virtual.cuautitlan.unam.mx/rudics/?p=2612>
75. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Informe de las Naciones Unidas: las cifras del hambre en el mundo aumentaron hasta alcanzar los 828 millones de personas en 2021 [Internet]. Informe de las Naciones Unidas. [citado 5 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/06-07-2022-un-report--global-hunger-numbers-rose-to-as-many-as-828-million-in-2021>
76. Gestión. Pandemia del COVID-19 aleja a Perú de su meta de reducir la desnutrición infantil | PERU [Internet]. Gestión. NOTICIAS GESTIÓN; 2020 [citado 5 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://gestion.pe/peru/pandemia-del-covid-19-aleja-a-peru-de-su-meta-de-reducir-la-desnutricion-infantil-noticia/>
77. INEI - Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2021 [Internet]. [citado 6 de diciembre de 2022]. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digiales/Est/Lib1838/](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digiales/Est/Lib1838/)
78. Dávila-Aliaga CR, Paucar-Zegarra R, Quispe A. Anemia infantil. Investigación Materno Perinatal. 13 de febrero de 2019;7(2):46-52.
79. Cardona-Arias - 2017 - Determinantes sociales del parasitismo intestinal,.pdf [Internet]. [citado 6 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34366/v41e1432017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

80. Hurtado JEV, Sivirichi RAR. Encuestas en salud: instrumentos esenciales en el seguimiento y evaluación de los programas presupuestales. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 9 de octubre de 2017;512-20.
81. Gonzales et al. - 2015 - Caracterización de la anemia en niños menores de 5 años. [Internet]. [citado 6 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v32n3/a04v32n3.pdf>
82. Intima media thickness in childhood obesity: Relations to inflammatory marker, glucose metabolism, and blood pressure | Request PDF [Internet]. [citado 17 de diciembre de 2022]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/7444136\\_Intima\\_media\\_thickness\\_in\\_childhood\\_obesity\\_Relations\\_to\\_inflammatory\\_marker\\_glucose\\_metabolism\\_and\\_blood\\_pressure](https://www.researchgate.net/publication/7444136_Intima_media_thickness_in_childhood_obesity_Relations_to_inflammatory_marker_glucose_metabolism_and_blood_pressure)
83. Wang YC, McPherson K, Marsh T, Gortmaker SL, Brown M. Health and economic burden of the projected obesity trends in the USA and the UK. *Lancet*. 27 de agosto de 2011;378(9793):815-25.
84. Reyes Narvaez SE, Contreras Contreras AM, Oyola Canto MS. Anemia y desnutrición infantil en zonas rurales: impacto de una intervención integral a nivel comunitario. *Revista de Investigaciones Altoandinas*. julio de 2019;21(3):205-14.
85. Quispe-Quispe MR. Impacto de los programas sociales en la disminución de la pobreza. *Pensamiento Crítico*. 31 de diciembre de 2017;22(1):65.
86. Valderrama BA, Medina C, Huaytalla L, Alarcon P. EL PROBLEMA DE LA ANEMIA: UN ANÁLISIS ECONÓMICO PARA PERÚ. 2020;22.

87. Sarma H, Khan JR, Asaduzzaman M, Uddin F, Tarannum S, Hasan MM, et al. Factors Influencing the Prevalence of Stunting Among Children Aged Below Five Years in Bangladesh. *Food Nutr Bull.* septiembre de 2017;38(3):291-301.
88. Jesmin A, Yamamoto SS, Malik AA, Haque MdA. Prevalence and Determinants of Chronic Malnutrition among Preschool Children: A Cross-sectional Study in Dhaka City, Bangladesh. *J Health Popul Nutr.* octubre de 2011;29(5):494-9.
89. World Health Organization. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño: conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo del 6 al 8 de noviembre de 2007 en Washington, DC, EE.UU. *Indicators for assessing infant and young child feeding practices : conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington DC, USA.* 2009;20.
90. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Niños Alimentos y Nutrición [Internet]. Niños Alimentos y Nutrición. [citado 6 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.org/media/61091/file/Estado-mundial-infancia-2019-resumen-ejecutivo.pdf>
91. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, Organización Mundial de la Salud. Capítulo 13: Carencia de hierro y otras anemias nutricionales [Internet]. Carencia de hierro y otras anemias nutricionales. 2020 [citado 18 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.fao.org/3/W0073S/w0073s0h.htm>
92. Mougnot B, Herrera P, Amaya E. Política de Salud y Anemia: el Efecto de la Lactancia Materna Exclusiva [Internet]. XXI concurso anual de investigación. 2019 [citado 18 de octubre de 2021]. Disponible en: [https://www.cies.org.pe/sites/default/files/investigaciones/politica\\_de\\_salud\\_y\\_anemia\\_el\\_efecto\\_de\\_la\\_lactancia\\_materna\\_exclusiva.pdf](https://www.cies.org.pe/sites/default/files/investigaciones/politica_de_salud_y_anemia_el_efecto_de_la_lactancia_materna_exclusiva.pdf)

93. Leal M del C. Bajo peso al nacer: una mirada desde la influencia de factores sociales. Rev cub salud pública [Internet]. marzo de 2008 [citado 6 de diciembre de 2022];34. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rcsp/2008.v34n1/10.1590/S0864-34662008000100016/>
94. Lugones M. Atención preconcepcional como estrategia básica para prevenir y disminuir la mortalidad materno-infantil [Internet]. Atención preconcepcional como estrategia básica para prevenir y disminuir la mortalidad materno-infantil. 2016 [citado 6 de diciembre de 2022]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2016000100001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000100001)
95. Martínez MP, Valdés JMB, Chappotín GCC. Factores de riesgo del bajo peso al nacer. Acta Médica del Centro. 4 de julio de 2018;12(3):369-82.
96. Rivas Rivadeneira JE. Impacto del entrenamiento en consejería nutricional al profesional de la salud en el desempeño de la atención en niños menores de dos años en el centro materno infantil Tambo Viejo [Internet] [Doctor en Nutrición]. [Lima]: Universidad San Ignacio de Loyola; 2017 [citado 19 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.usil.edu.pe/handle/USIL/2715>
97. Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos. Consejería en alimentación y nutrición [Internet]. Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos. La Habana, Cuba. 2011 [citado 19 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://files.sld.cu/higienepidemiologia/files/2015/07/consejeria-en-alimentacion-y-nutricion.pdf>

## APÉNDICES

### APÉNDICE 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Malnutrición y sus determinantes sociales de la salud en niños de 6 a 35 meses. Hospital José Soto Cadenillas, Chota 2021.”.

Objetivo de la investigación:

Analizar los determinantes sociales de la salud y su relación en la malnutrición de los niños de 6 a 35 meses. Hospital José Soto Cadenillas, Chota, 2021.

Yo....., identificado (a) con DNI N° .....  
....., mediante la información dada por la Magister Bustamante López Luz Guisela; acepto brindar la información solicitada por el investigador de manera personal, teniendo en cuenta que la información obtenida será confidencial y mi identidad no será revelada.

Chota,.....de.....del 2021.

## APÉNDICE 2: CUESTIONARIO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

Escuela de Posgrado

Doctorado en Ciencias: Mención Salud



Formulario N°:.....

### CUESTIONARIO

**Determinantes sociales de la salud en niños de 6 a 35 meses. Hospital José Soto**

**Cadenillas, Chota 2021.**

INSTRUCCIONES: El presente cuestionario será utilizado sólo para fines de investigación científica. Se le ruega sea sincero (a) en sus respuestas. Gracias.

#### DATOS GENERALES

Nombre del encuestado (a):.....

Edad de la madre:.....

Edad del niño:.....

Vive en la zona: Rural( ) Urbana ( )

#### DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

##### POSICIÓN SOCIAL:

1. Cuánto es su ingreso mensual familiar:

a. < a S/ 930.....1

b. > S/930 .....2

2. Su familia es beneficiaria de algún programa social.

(SI) (NO). ¿Cuáles?

a. JUNTOS.....1

b. Cuna más.....2

c. Pensión 65.....3

d. Otros.....4

e. Ninguno.....5

##### NIVEL DE EDUCACIÓN

3. Nivel de educación de la madre

a. Analfabeto.....1

b. Inicial.....2

c. Primaria.....3

d. Secundaria.....4

e. Superior.....5

## FACTORES CONDUCTUALES

4. Su niño/a consumió suplemento de hierro (sulfato ferroso, hierro polimaltosado/otro)  
SI ( ) NO ( )  
Cuánto tiempo:  
a. Menor a 6 meses.....1  
b. De 6 a 11 meses.....2  
c. 12 meses a más .....3
5. Su niño/a durante los 6 primeros meses recibió:  
a. Lactancia materna exclusiva.....1  
b. Lactancia mixta.....2  
c. Lactancia artificial.....3
6. Cuántos grupos de alimentos recibió su niño/a el día de ayer:  
¿Cuáles?.....  
.....  
.....
- a. Menor a 4 grupos de alimentos....1  
b. De 4 a 7 grupos de alimentos.....2  
1. Cereales, raíces y tubérculos  
2. Lácteos (leche, yogurt, queso)  
3. Frutas  
4. Verduras  
5. Carnes (carne, pescado, aves e hígado o carnes provenientes de vísceras)  
6. Legumbres y nueces  
7. Huevos

## FACTORES BIOLÓGICOS

7. ¿Cómo fue el desarrollo de su embarazo?  
a. Complicado.....1  
b. Normal.....2  
Embarazo complicado: Alguna de las siguientes opciones  
1. Hiperémesis gravídica  
2. Amenaza de aborto  
3. Infección urinaria  
4. Hospitalizada reiteradamente  
5. Sangrado vaginal  
6. Preeclampsia
8. ¿Cuánto pesó al nacer su niño/a?  
a. <1000 gramos.....1  
b. 1000 a 1499 gramos.....2  
c. 1500 a 2499.....3  
d. De 2500 a 4000 gramos...4  
e. >4000 gramos.....5

## FACTORES PSICOSOCIALES

- 9.** Estado civil de la madre
- a. Soltera.....1
  - b. Casada.....2
  - c. Conviviente.....3
  - d. Viuda.....4
  - e. Divorciada.....5
- 10.** Ocupación de la madre (últimos 12 meses)
- a. Ama de casa.....1
  - b. Profesional/técnica/gerente/oficina .....2
  - c. No profesional/ventas/servicios/manual...3
- 11.** Número de hijos:.....
- 12.** Qué número de hijo es su niño que participa de la investigación.....
- 13.** Alguna vez ha sido víctima de violencia ejercida por su esposo o pareja.  
SI ( ) NO ( )  
¿De qué tipo?
- a. Psicológica y/o verbal
  - b. Física
  - c. Sexual
- 14.** En los últimos 12 meses ha sido víctima de violencia doméstica.  
SI ( ) NO ( )  
¿De qué tipo?
- d. Psicológica y/o verbal
  - e. Física
  - f. Sexual
- 15.** La violencia fue ejercida bajo los efectos de licor/drogas o ambas.  
SI ( ) NO ( )

## SISTEMA DE SALUD

- 16.** Usted ha recibido consejería para prevenir enfermedades prevalentes de la infancia.  
(SI) (NO). ¿Cuáles?
- a. Diarreas.....1
  - b. Resfríos.....2
  - c. Parasitosis.....3
  - d. Anemia.....4
  - e. Desnutrición....5
  - f. Otras.....6
- 17.** Cuántas veces su niño/a se ha enfermado de EDAS/IRAS durante el año.
- a. 1 – 2 veces.....1
  - b. 3- 4 veces.....2
  - c. De 5 a más.....3
  - d. Nunca.....4

18. Durante el año o alguna vez su niño ha sido diagnosticado de parasitosis, desnutrición o anemia.....

19. Cuando su niño/a se enferma a donde acude con frecuencia.

- a. Curandera/chamán.....1
- b. Farmacia.....2
- c. Consultorio particular.....3
- d. Puesto/Centro de salud más cercano.....4
- e. Hospital.....5

**CIRCUNSTANCIAS MATERIALES**

20. Su vivienda es:

- a. Propia.....1
- b. Alquilada.....2

21.Cuál es el material predominante de su vivienda:

- a. Rústica
- b. Noble

22. Con cuál de los servicios básicos cuenta su vivienda.

.....  
.....

Gracias.

### APÉNDICE 3: GUÍA DE INTERPRETACIÓN DIAGNÓSTICA

GUÍA DE INTERPRETACIÓN DIAGNÓSTICA (Base de datos en excel siguiendo los parámetros de la OMS)

Nombre del niño:.....

Edad:.....

Indicadores antropométricos nutricionales	Valores	Interpretación
- Peso: - Talla: - Hemoglobina:		
Peso para la edad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sobrepeso ( )</li> <li>- Normal ( )</li> <li>- Bajo peso o desnutrición global ( )</li> <li>- Bajo peso severo ( )</li> </ul>	
Peso para la talla	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obesidad ( )</li> <li>- Sobrepeso ( )</li> <li>- Normal ( )</li> <li>- Desnutrición aguda ( )</li> <li>- Desnutrición severa ( )</li> </ul>	
Talla para la edad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muy Alto ( )</li> <li>- Alto ( )</li> <li>- Normal ( )</li> <li>- Talla baja o desnutrición crónica ( )</li> <li>- Talla baja severa ( )</li> </ul>	
Nivel de hemoglobina	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Normal ( )</li> <li>- Anemia leve ( )</li> <li>- Anemia moderada ( )</li> <li>- Anemia severa ( )</li> </ul>	

## INFORME DE OPINIÓN SOBRE EL JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO

### I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto : Norma Bertha Campos Chávez  
 Institución donde labora : Universidad Nacional de Cajamarca  
 Especialidad : Salud Pública  
 Instrumento de evaluación : Determinantes sociales de la salud  
 Autor (s) del instrumento (s) : Luz Guisela Bustamante López.



### II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

**MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)**

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.					X
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable: Principio del debido proceso y Proceso administrativo; en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.					X
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: Principio del debido proceso y Proceso administrativo.					X
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable, de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.				X	
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio.					X
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable Principio del debido proceso y Proceso administrativo.			X		
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.					X
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.					X
<b>PUNTAJE TOTAL</b>						47

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

### III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

El instrumento es válido para su aplicación en la presente investigación.

**PROMEDIO DE VALORACIÓN:**

94%

Chota, 24 de marzo de 2021.

Firma del experto

## INFORME DE OPINIÓN SOBRE EL JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO

### I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto : Holmos Flores, Erlinda  
 Institución donde labora : Universidad Nacional Autónoma de Chota  
 Especialidad : Enfermería y Salud Pública  
 Instrumento de evaluación : Determinantes sociales de la salud  
 Autor (s) del instrumento (s) : Luz Guisela Bustamante López.



### II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

**MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)**

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.				X	
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable: Principio del debido proceso y Proceso administrativo; en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.				X	
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: Principio del debido proceso y Proceso administrativo.				X	
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable, de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.				X	
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio.					X
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.					X
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable Principio del debido proceso y Proceso administrativo.				X	
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.					X
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.					X
<b>PUNTAJE TOTAL</b>					45	

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

### III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Todos los ítems planteados en el contenido del instrumento corresponden a los indicadores de las dimensiones consideradas en la variable, por lo cual se concluye que el instrumento es válido y SI ES APLICABLE.

**PROMEDIO DE VALORACIÓN:**

90%

Chota, 04 de mayo de 2021.

  
 \_\_\_\_\_  
 Dra. Erlinda Holmos Flores  
 CEP. 34170

Firma del experto

## INFORME DE OPINIÓN SOBRE EL JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO

### I. DATOS GENERALES

Apellidos y nombres del experto : Albila Domínguez Palacios  
 Institución donde labora : Universidad Nacional de Cajamarca  
 Especialidad : Salud Pública  
 Instrumento de evaluación : Determinantes sociales de la salud  
 Autor (s) del instrumento (s) : Luz Guisela Bustamante López.



### II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

MUY DEFICIENTE (1) DEFICIENTE (2) ACEPTABLE (3) BUENA (4) EXCELENTE (5)

CRITERIOS	INDICADORES	1	2	3	4	5
CLARIDAD	Los ítems están redactados con lenguaje apropiado y libre de ambigüedades acorde con los sujetos muestrales.					X
OBJETIVIDAD	Las instrucciones y los ítems del instrumento permiten recoger la información objetiva sobre la variable: Principio del debido proceso y Proceso administrativo; en todas sus dimensiones en indicadores conceptuales y operacionales.					X
ACTUALIDAD	El instrumento demuestra vigencia acorde con el conocimiento científico, tecnológico, innovación y legal inherente a la variable: Principio del debido proceso y Proceso administrativo.					X
ORGANIZACIÓN	Los ítems del instrumento reflejan organicidad lógica entre la definición operacional y conceptual respecto a la variable, de manera que permiten hacer inferencias en función a las hipótesis, problema y objetivos de la investigación.					X
SUFICIENCIA	Los ítems del instrumento son suficientes en cantidad y calidad acorde con la variable, dimensiones e indicadores.				X	
INTENCIONALIDAD	Los ítems del instrumento son coherentes con el tipo de investigación y responden a los objetivos, hipótesis y variable de estudio.					X
CONSISTENCIA	La información que se recoja a través de los ítems del instrumento, permitirá analizar, describir y explicar la realidad, motivo de la investigación.				X	
COHERENCIA	Los ítems del instrumento expresan relación con los indicadores de cada dimensión de la variable Principio del debido proceso y Proceso administrativo.					X
METODOLOGÍA	La relación entre la técnica y el instrumento propuestos responden al propósito de la investigación, desarrollo tecnológico e innovación.					X
PERTINENCIA	La redacción de los ítems concuerda con la escala valorativa del instrumento.					X
<b>PUNTAJE TOTAL</b>						48

(Nota: Tener en cuenta que el instrumento es válido cuando se tiene un puntaje mínimo de 41 "Excelente"; sin embargo, un puntaje menor al anterior se considera al instrumento no válido ni aplicable)

### III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

El instrumento es aplicable a su muestra de estudio.

PROMEDIO DE VALORACIÓN:

96%

Chota, 24 de marzo de 2021.

Firma del experto