

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

SEDE - JAÉN



TESIS:

**FACTORES SOCIOCULTURALES DEL CUIDADOR FAMILIAR
RELACIONADOS CON EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO
DE 1 A 5 AÑOS EN EL SECTOR MAGLLANAL - JAÉN, 2013**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO
EN ENFERMERÍA**

PRESENTADO POR:

**FERNÁNDEZ CONTRERAS, DERMALY
MONTENEGRO NEIRA, GISELA LIBETH**

ASESORA:

ALBILA BEATRIZ DOMÍNGUEZ PALACIOS

JAÉN - PERÚ

2014



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

SECCION JAEN

"Norte de la Universidad Peruana"

Fundada por Ley N° 14015 del 13 de Febrero de 1962

Bolívar N° 1368 Plaza de Armas - Telf. 431907

JAEN PERU

"AÑO DE LA PROMOCIÓN DE LA INDUSTRIA RESPONSABLE Y DEL COMPROMISO CLIMÁTICO"

MODALIDAD "A"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA(O) EN ENFERMERÍA

En Jaén, siendo las 6 p.m. del 5 de Mayo de 2014, los integrantes del Jurado Evaluador, designados por Consejo de Facultad a propuesta de Departamento Académico de Enfermería, reunidos en el ambiente Laboratorio de Salud Pública de la Escuela de Enfermería, dan inicio a la Sustentación de Tesis, de (las-los) Bachiller en Enfermería:

1. Fernández Contreras, Dennyaly
2. Montenegro Vieira, Gisela Libeth

Concluida la Sustentación de Tesis y realizadas las deliberaciones de estilo, se obtuvo el promedio final de:

- | | | |
|----|---|-------------|
| 1. | <u>Fernández Contreras, Dennyaly</u> | <u>(18)</u> |
| 2. | <u>Montenegro Vieira, Gisela Libeth</u> | <u>(18)</u> |

Por lo tanto el Jurado acuerda la Aprobación de (los) (las) mencionadas (os) Bachiller (es) en Enfermería. Encontrándose aptos (as) para la obtención del Título Profesional de Licenciada (o) en Enfermería.

[Signature]
PRESIDENTE

[Signature]
SECRETARIO(A)

[Signature]
VOCAL

[Signature]
ASESOR(A)

ASESOR(A)

COPYRYGHT 2014 by
FERNÁNDEZ CONTRERAS, DERMALY
MONTENEGRO NEIRA, GISELA LIBETH
Todos los derechos reservados

A:

Dios nuestro creador por el maravilloso don de la vida, por cuidarnos y darnos la fortaleza para continuar.

A nuestros queridos padres por su apoyo incondicional para lograr nuestra meta de ser profesional.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios Creador por darnos la vida, salud y sabiduría para poder concluir exitosamente nuestros estudios superiores.

A nuestros queridos padres y hermanos por el apoyo incondicional y constante, para lograr nuestra superación profesional y personal como enfermeras.

A la Dra. Albila Beatriz Domínguez Palacios por brindarnos parte de su valioso tiempo y amistad en el asesoramiento durante la elaboración y culminación del presente estudio.

A la Universidad Nacional de Cajamarca, Alma Mater que nos albergó en sus aulas durante nuestra formación profesional, a la plana docente de la Escuela de Enfermería, que con su ejemplo de superación y exigencia lograron motivarnos a seguir adelante.

A la Lic. Lila Saldaña Vásquez, profesional de Enfermería del Centro de Salud Magllanal - Jaén por su apoyo y colaboración durante el proceso de investigación.

A los varones y mujeres del Sector Magllanal por su activa participación de manera transparente, haciendo posible el cumplimiento y consolidación de la investigación.

LISTA DE ABREVIACIONES

OMS	:	Organización Mundial de la Salud.
CRED	:	Crecimiento y Desarrollo.
OPS	:	Organización Panamericana de la Salud.
ENDES	:	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.
UNICEF	:	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
INEI	:	Instituto Nacional de Estadística e Informática.
CDSS	:	Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.
P/E	:	Peso para la Edad.
P/T	:	Peso para la Talla.
T/E	:	Talla para la Edad.

GLOSARIO

Cuidador familiar: Son las personas o instituciones que se hacen cargo de sujetos con algún nivel de dependencia. Son por tanto padres, madres, hijos, familiares, personal contratado o voluntario.

Desnutrición: La desnutrición infantil es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas.

Estado Nutricional: El estado nutricional es el resultado del balance entre las necesidades y el gasto de energía alimentaria y otros nutrientes esenciales, y secundariamente, de múltiples determinantes en un espacio dado, representado por factores físicos, genéticos, biológicos, culturales, psico-socio-económicos y ambientales.

Factores Socioculturales: Implican vinculación con conceptos y términos tales como ideología, comunicación, etnicidad, clases sociales, estructuras de pensamiento, género, nacionalidad, medios de producción y muchos otros que sirven para comprender los elementos únicos de cada comunidad, sociedad y etnia. Algunos de estos contribuyen a la presencia de desnutrición en nuestro país.

Indicadores antropométricos: Son valores corporales que se recopilan de una persona para ser analizados posteriormente y ofrecer un cuadro o diagnóstico de salud y nutrición con el fin de tratar a un paciente o grupo.

RESUMEN

El estudio titulado: FACTORES SOCIOCULTURALES DEL CUIDADOR FAMILIAR RELACIONADOS CON EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 1 A 5 AÑOS EN EL SECTOR MAGLLANAL-JAÉN, 2013, tiene como objetivo determinar los factores socioculturales del cuidador familiar relacionados con el Estado Nutricional del niño de 1 a 5 años. Es de tipo descriptivo, de diseño transversal. La población estuvo constituida por 423 cuidadores familiares. La muestra quedo constituida por 104 cuidadores familiares, seleccionados mediante muestreo probabilístico. Los datos se recolectaron mediante dos técnicas: la *encuesta*, bajo la modalidad de *cuestionario* y la técnica de *revisión documental* cuyo instrumento fue la *guía de registro*. El procesamiento de los datos se realizó con el paquete estadístico de ciencias sociales SPSS versión 20.0. Se concluye que los factores socioculturales del cuidador familiar relacionados con el estado nutricional del niño de 1 a 5 años en su mayoría son: Madres, adultas jóvenes, de ocupación ama de casa, con educación primaria incompleta, profesan la religión católica, tienen un ingreso económico menor a un sueldo mínimo vital, viven en relación conyugal de convivencia, y creen que el consumo de la betarraga ayuda a prevenir la anemia.

Palabras claves: Factores socioculturales, Estado Nutricional, Cuidador Familiar.

ABSTRACT

The study entitled CULTURAL FACTORS FAMILY CAREGIVER CONNECTION WITH THE NUTRITIONAL STATUS OF CHILDREN OF 1 TO 5 YEARS IN SECTOR MAGLLANAL-JAÉN, 2013, aims to determine the socio-cultural factors of family caregivers regarding Nutritional Status of children from 1 to five years. It is a descriptive, cross-sectional design. The population consisted of 423 family caregivers. The sample consisted of 104 family caregivers, selected by probability sampling. Data were collected using two techniques: the survey, in the form of questionnaire and document review technique whose instrument was the registration guide. The data processing was performed using the statistical package SPSS version 20.0 social sciences. It is concluded that sociocultural factors related to family caregiver nutritional status of children of 1-5 years are mostly : Mothers, young adult , occupation housewife, with incomplete primary education, the Catholic faith , have an income smaller than a living wage economic , living in marital cohabitation relationship ; and believe that drinking beetroot helps prevent anemia.

Key words: Sociocultural factors, Nutritional Status, Family Caregiver.

FACTORES SOCIOCULTURALES DEL CUIDADOR FAMILIAR
RELACIONADOS CON EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 1 A 5
AÑOS EN EL SECTOR MAGLLANAL-JAÉN, 2013.

ÍNDICE	PÁG.
DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTOS.....	ii
LISTA DE ABREVIACIONES	ii
GLOSARIO.....	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	18
2.1. Antecedentes.....	18
2.2. Base Teórica.....	24
2.2.1. Marco Conceptual de la Desnutrición Infantil.....	24
2.2.2. Factores Socioculturales.....	26
2.2.3. Estado Nutricional.....	33
2.2.4. Cuidador Familiar.....	41
2.3. Definición de Términos.....	42
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	43
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	46
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
ANEXOS.....	73

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

En la primera infancia se establecen las bases de la salud adulta. Un desarrollo lento y un apoyo emocional escaso aumentan el riesgo de tener una mala salud durante toda la vida y reducen el funcionamiento físico, emocional y cognitivo en la madurez. La experiencia temprana de la pobreza y el desarrollo lento se graban en la biología durante el proceso de desarrollo y conforman la base del capital humano y biológico del individuo.

Las circunstancias sociales y económicas, asociadas a la pobreza afectan la salud de las personas. Los pobladores que viven en los peldaños más bajos de la escala social suelen estar sometidas, como mínimo, a un riesgo doble de padecer enfermedades graves y muerte prematura que los que viven más cerca de los peldaños superiores.

Sin embargo, estos efectos tampoco se limitan solo a las personas que viven en condiciones de pobreza, la pendiente social en la salud se extiende a través de la sociedad.

Una situación de desventaja socioeconómica muestra muchas formas. Puede incluir tener pocos bienes familiares, recibir una educación pobre durante la infancia y adolescencia, tener un empleo inestable, quedarse atrapado en un empleo de riesgo o

simplemente estar desempleado, vivir en viviendas en malas condiciones, intentar sacar adelante una familia en circunstancias difíciles, etc. Y no es simplemente que las circunstancias de pobreza material sean dañinas para la salud; el significado social de la pobreza, el desempleo, la marginación social, o de otros tipos de estigma también cuentan.

Las condiciones sociales, económicas y culturales se traducen en una gradiente social en la calidad de la dieta que contribuye a acentuar la desigualdad en salud. La principal diferencia dietética entre las clases sociales es la fuente de nutrientes. Las personas con rentas bajas, como por ejemplo las familias jóvenes, y los desempleados tienen menos posibilidades de acceder a una buena alimentación, trayendo como consecuencia la desnutrición en especial en los niños menores de cinco años. Una carencia de comida o la falta de variedad de alimentos provocan desnutrición y enfermedades carenciales. Un consumo excesivo (considerado también como malnutrición) contribuye al desarrollo de enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, enfermedades oculares degenerativas, obesidad y caries dental. Se dice que el acceso a alimentos buenos y asequibles marca más la diferencia de lo que come la gente, que la educación para la salud que puedan recibir. ¹

Dentro del entorno familiar existe un integrante que asume la responsabilidad del cuidado de los niños, a esta persona se le denomina cuidador familiar; en casi todos los hogares este rol lo asume la madre, ella es la cuidadora primaria por el conocimiento que tiene de su propio hijo y por el tiempo y amor que le dedica; en consecuencia, es la persona que interviene de manera importante en la alimentación de su niño. Estudios realizados en otros contextos, afirman que la edad del cuidador

familiar, su capacidad económica, el tipo de ocupación, el bajo nivel de escolaridad y los escasos conocimientos sobre nutrición y alimentación condicionan negativamente en el estado nutricional de los niños.² En ese sentido, interesa conocer cuál es el perfil sociodemográfico y cultural del cuidador familiar considerando que juega un rol significativo en la vida de un niño.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que hay 178 millones de niños desnutridos en todo el mundo. Cada año, la desnutrición es responsable de entre 3,5 y 5 millones de muertes de niños menores de cinco años.³ En América Latina y El Caribe se considera que más del 60% de este grupo de edad están desnutridos donde las familias no disponen de la cantidad suficiente ni de la calidad adecuada de alimentos para satisfacer sus necesidades mínimas nutricionales, porcentaje que varía de país en país.⁴

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2012, presentada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el Perú, la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años alcanzó el 18,1%, que representa una disminución de 1,4 puntos porcentuales en relación al año 2011 (19,5%); sin embargo, estas cifras globales no expresan la realidad de muchas regiones y zonas rurales pobres con cifras altísimas, por ejemplo, las regiones mineras lideran las tasas: Huancavelica (52%), Cajamarca (36%), Apurímac (31%) y Ayacucho (28%).⁵ Situación que según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) cataloga a la desnutrición crónica en los niños como una “emergencia silenciosa”, debido a que genera efectos muy dañinos que son difíciles de identificar a corto plazo, pero que generan repercusiones muy graves a largo plazo.⁶ También menciona que la

desnutrición crónica es el tipo de desnutrición más frecuente encontrado en los niños menores de 5 años, situación que es preocupante porque se sabe que la desnutrición constituye un grave problema que ataca irreversiblemente el derecho a la vida, al crecimiento y desarrollo, a la salud y la educación de los niños.⁷

A nivel local la situación descrita anteriormente es similar. La provincia de Jaén a pesar de ser considerada un corredor económico potente, de notable desarrollo agrícola y comercial, tiene grandes brechas socioeconómicas entre distritos y al interior de la ciudad, lo que pone en desventaja a la población más vulnerable como es el grupo infantil.

En nuestro acercamiento a la comunidad como parte de la formación profesional, al realizar actividades de prevención de riesgos y promoción de la salud, hemos podido identificar aspectos hasta cierto punto contradictorios, niños nutridos de padres con ciertas desventajas sociodemográficas y niños desnutridos de familias con una mejor posición socioeconómica, por lo que cabe preguntarse: ¿Cuáles son los condicionantes del estado nutricional en la zona urbana marginal a nivel local?, ¿Por qué unos niños sufren de desnutrición y otros no?, ¿Las características del cuidado familiar influye en el estado nutricional de los niños preescolares?

Ante esta situación se planteó la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores socioculturales del cuidador familiar relacionados con el estado nutricional del niño de 1 a 5 años, en el sector Magllanal-Jaén, 2013?

La hipótesis que guió la investigación fue: Los factores como la edad, estado civil, ocupación, nivel de instrucción, nivel de conocimiento sobre alimentación y nutrición, ingreso económico, tipo de familia, religión, y algunas creencias y costumbres están relacionadas con el estado nutricional del niño de 1 a 5 años.

El *objetivo general* fue: Determinar los factores socioculturales del cuidador familiar relacionados con el Estado Nutricional del niño de 1 a 5 años, en el sector Magllanal, 2013. Como *objetivos específicos* se plantearon: i) Identificar el Estado Nutricional del niño de 1 a 5 años, en el sector Magllanal, ii) Describir los factores socioculturales del cuidador familiar relacionados con el estado nutricional del niño de 1 a 5 años, en el sector Magllanal.

El interés despertado por el estudio se justifica porque la desnutrición constituye un problema de salud pública de prioridad por su magnitud y consecuencias negativas para el grupo vulnerable. Los factores socioculturales del cuidador familiar relacionado con el estado nutricional es pertinente por cuanto, estos factores pueden condicionar la presencia de la desnutrición crónica infantil, la misma que actualmente se prioriza como una política de intervención regional. En la provincia de Jaén alcanza un 16,2 %, cifra inferior al promedio nacional y regional⁸, pero que no deja de ser importante por las consecuencias en la salud de los infantes; como se sabe la desnutrición crónica produce daños irreversibles en el estado físico y cognitivo de los niños menores de cinco años, produce altos costos sociales e impacta negativamente en el desarrollo socio económico de los países.

En la medida que exista evidencia empírica sobre los factores socioculturales del cuidador familiar permitirá diseñar estrategias locales que ayuden a enfrentar este grave problema planteado como política de Estado en el Acuerdo Nacional y como uno de los objetivos de desarrollo del milenio.

La contribución de este trabajo apunta a esclarecer cómo los factores socioculturales del cuidador familiar agente del cuidado de la salud y alimentación de los niños menores de cinco años se relacionan con el estado nutricional de los niños.

Los resultados obtenidos en la presente investigación brindan información relevante al personal de salud y específicamente al profesional de Enfermería cuya responsabilidad no sólo recae en su contribución para elevar el nivel de salud y nutrición de los niños, sino además simultáneamente incrementar el nivel de la calidad del cuidado a nivel comunitario al fortalecer o mejorar los procesos de intervención en los programas de prevención y promoción de la salud, acorde a las características socioculturales de la población. Asimismo, los resultados obtenidos servirán de base para posteriores estudios en esta área.

Estructuralmente esta investigación consta de cinco capítulos. En el CAPÍTULO I, engloba el planteamiento y formulación del problema, hipótesis, objetivos y la correspondiente justificación. En el CAPÍTULO II, se describen los antecedentes de la investigación y se desarrollan las bases conceptuales del tema. En el CAPÍTULO III, se da a conocer la metodología utilizada donde se incluye el tipo y diseño de investigación, muestra, técnicas utilizadas, la validación de instrumentos, procedimiento para el trabajo de campo, procesamiento y análisis de la investigación.

En el CAPÍTULO IV; se aborda los resultados y discusión de la investigación y finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

En la investigación realizada por Aguilar D;⁹ acerca de los “Factores biosocioculturales y económicos del cuidador familiar y grado de desnutrición en pre-escolares” realizado el año 2010 en Talara, encontró que entre los factores biosocioculturales y económicos del cuidador familiar, la mayoría son adultos jóvenes y maduros (51,7% y un 43,3% respectivamente), procedentes del área urbano marginal, son de familia extensa y nuclear, cuentan con primaria completa e incompleta; tienen un nivel de conocimiento bueno y regular. Un poco más de la mitad tiene un nivel de conocimientos deficiente sobre alimentación y nutrición y un ingreso económico familiar pobre; casi la mitad son empleados e independientes. Existe relación significativa entre los factores biosocioculturales: edad, tipo de familia, grado de instrucción, ocupación e ingreso económico del cuidador familiar con el grado de desnutrición del pre escolar. No existe relación entre los factores socioculturales: Procedencia y nivel de conocimiento sobre alimentación y nutrición del cuidador familiar con el grado de desnutrición del pre escolar. La literatura consultada refiere que la edad del cuidador familiar determina la madurez física y

mental de las personas, así como su nivel cognitivo, el cual a su vez se relaciona con la práctica adecuada del cuidado de los niños.

Herrera C;¹⁰ al estudiar las “Características, conocimientos y aptitudes de la madre sobre nutrición infantil”, en Lima, el año 2010, señala que el 80% de madres de niños que padecen desnutrición crónica y niños que tienen nutrición normal, son amas de casa.

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)¹¹ del año 2010, considera que una de las variables que influye en el nivel de desnutrición crónica de los niños es la educación de la madre, a mayor nivel educativo se observa menor porcentaje de desnutrición.

Nieto B, Suárez M;¹² en su publicación “Factores asociados al estado de desnutrición leve subsecuente en niños menores de 5 años, en la Clínica Comunal Guadalupe, el Salvador” el año 2010, afirman que la economía familiar de las personas entrevistadas tienen relación con el nivel socioeconómico y sociocultural de los mismos, influyendo como un condicionante en el estado nutricional de los niños menores de 5 años.

En su investigación sobre “El gasto social y sus efectos en la nutrición infantil en Lima, el año 2009” Cortez R;¹³ reporta que la edad de la madre muestra una relación positiva en la alimentación del niño, pues estaría actuando como un indicador de la experiencia que ella posee en las prácticas alimenticias dentro del hogar. En los resultados afirma que en su mayoría las madres son adolescentes, que por su inexperiencia, precocidad e inmadurez, dañan la salud de sus niños sin alimentarlos

debidamente y muchas veces con comidas que no tienen ningún valor nutritivo para contribuir al buen crecimiento y desarrollo del niño.

Los resultados de Dávila T.¹⁴ En su investigación “Alimentación en niños y niñas de 0 a 3 años en Centros de Educación Inicial Sector los Cursos-Venezuela, Mérida, 2009”, indica que el 38,9% de los niños no llevan la lonchera escolar; y el otro 61% si llevan lonchera y que contienen alimentos nutritivos (jugos, lácteos, harinas). En relación a las golosinas el 44,4% de los representantes contestaron que consumían gaseosas, además de chupetes y gomas de mascar (alimentos no nutritivos). Esto evidencia, que los niños consumen las golosinas porque son de preferencia infantil; sin embargo, el consumo excesivo de éstas puede ser inadecuadas para obtener una alimentación balanceada tanto en calidad como en cantidad que beneficie su desarrollo físico y mental por su bajo nivel nutricional.

Silva Z, Vílchez R, Panduro A, Chuquipiondo C, Toro M, Encinas M, et al;¹⁵ al investigar la “Situación nutricional y hábitos alimentarios en el preescolar del distrito de Belén en Iquitos”, el año 2009. Encontraron que el 51,1% de cuidadores familiares fueron jóvenes cuyas edades oscilan entre 14 a 35 años, el 48,9% son cuidadores adultos con edad entre 36 a 46 años; estos cuidadores son padres, madres, abuelos o hermanos mayores. El 96,7% fueron cuidadores con pareja, es decir son casados y convivientes; 3,3% son cuidadores sin pareja, es decir solteros y separados. El 83,3% son amas de casa; 3,3% se dedican a la venta en el mercado; 13,3% trabajan fuera del hogar como domésticas, lavanderas, vendedoras de perfumes, etc. El 70,0% tienen grado de instrucción secundaria, 27,8% tienen primaria siendo estas completas e incompletas. Con respecto a la valoración de la situación nutricional del niño, 54,4%

presentaron situación nutricional normal; 28,9% desnutrición y 16,7% riesgo de desnutrición. Según los hábitos alimentarios, 54,4% tenían hábitos eficientes, mientras que el 45,6% presentaron hábitos deficientes.

Ramírez E.² En su investigación “Conocimiento sobre nutrición del preescolar y factores biosocioeconómicos maternos”, realizado en Lima, el año 2009. Concluye que el mayor porcentaje (62,1%) de las madres tienen un nivel de conocimiento regular, seguido por un 23,1% con un nivel de conocimiento bueno y un 14,8% con un nivel de conocimiento malo, la mayoría de madres son adolescentes, convivientes, con secundaria completa, de religión católica; la mitad de madres proceden de zona rural; y menos de la mitad tienen ingreso económico entre S/.550.00 a 800.00 nuevos soles.

Cabeñas I, Mercado S, y Ruiz N;¹⁶ en el estudio sobre: “Nivel socioeconómico y de conocimientos de las madres sobre alimentación y su influencia en el estado nutricional del niño menor de 5 años en el Barrio Aranjuez de Trujillo” el año 2009. Concluyen que: El estado nutricional del niño menor de 5 años se ve significativamente influenciado por el nivel socioeconómico de la familia a la que pertenece, mientras más alto es el nivel socioeconómico mejor es el estado nutricional y a más bajo nivel socioeconómico la desnutrición es mayor.

Duran B.¹⁷ al analizar “La Ocupación de la madre como factor determinante del estado nutricional de niños menores de 7 años en la ciudad Juárez” el año 2009 en México, señaló que la madre trabajadora fuera del hogar mejoró su situación económica, pero esto incidió negativamente en el estado nutricional de su hijo.

En su estudio sobre “Factores biosocioculturales del cuidador (a) familiar y estado nutricional del niño menor de 1 año en el Asentamiento Humano Justicia Paz y Vida Huancayo” el año 2008 Zúñiga L;¹⁸ reporta que la edad del cuidador familiar en un alto porcentaje está entre los 20 a 35 años (63,6%), ubicándolos en el grupo de edad adulto joven, la composición familiar de los lactantes es del tipo nuclear en un 29%, y familia extensa 31%. Además encontró asociación con una serie de variables socio-económicas propios de la familia y de la vivienda, donde un 35,4% presentó desnutrición global, el 40% desnutrición crónica, y el 2,5% desnutrición aguda.

Alarcón M, García J, Romero P, Cortés A.¹⁹ En la investigación “Prácticas alimentarias: Relación con el consumo y el estado Nutricional Infantil en niños de 5 a 27 meses el año 2008”. Concluyeron que los cuidadores más frecuentes fueron las madres (88,3%) quienes tenían en promedio 28 años de edad (rango de 17 a 46) y al menos educación básica. La mayor parte de las familias vivía en asentamientos urbanos (61,3%). La proporción de familias nucleares y extensas fue similar (53,1% y 46,9% respectivamente). Con los indicadores de longitud y peso para la edad, se clasificó a los niños según su estado nutricional, encontrando que 48,7% y 19,9% de los niños evaluados presentaron, desmedro o bajo peso según la norma.

Gaona S;²⁰ en su tesis sobre “Factores biosocioculturales y económicos del cuidador familiar y desnutrición en niños de uno a cinco años del Asentamiento Humano Santa Julia”, en Piura, el año 2007, encontró niños desnutridos crónicos cuyos cuidadores familiares son adultos jóvenes, este autor además determinó que no existe relación significativa entre los factores económicos y biológicos del cuidador familiar como la edad y el grado de desnutrición en niños de uno a cinco años.

Por otro lado, el informe preliminar de la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDES)²¹ del año 2007 señala que el nivel educativo de la madre influye de forma significativa en la desnutrición.

En la investigación realizada por Córdova R, Novoa F.²² “Factores socioculturales económicos y desnutrición en niños de 1-4 años en el Centro de Salud Santa Teresita”, en Sullana, el año 2007, señalan que la ocupación de la madre es un factor asociado a la inestabilidad del hogar, contribuyendo a la presencia de casos de desnutrición en la población infantil y el estado civil de la madre de familia no influye con el tipo de desnutrición. La mayoría de las madres de familia son convivientes y su familia está compuesta entre 4 a 6 integrantes, siendo significativa estadísticamente. El grado de instrucción de la madre y el ingreso familiar se relacionan significativamente con el estado nutricional del niño.

Por su lado Requena L;²³ en su estudio sobre “Conocimientos y prácticas que tienen las madres acerca del contenido de la lonchera y su relación con el estado nutricional del preescolar de la Institución Educativa Inicial. N° 524 Nuestra Señora de la Esperanza”, en Lima, el año 2006, concluyó que el 34% de los preescolares presentan problemas de desnutrición y el 16,7% obesidad.

Merizalde O;²⁴ en su estudio sobre “Nutricional de la remolacha: innovación y creación de nuevas preparaciones gastronómicas que Permitan su difusión”, en Ecuador, el año 2006 menciona que la betarraga contiene minerales como: yodo, sodio, potasio y en menor cantidad, magnesio, fósforo y calcio. Aunque contiene

hierro, la betarraga no se considera una fuente importante porque presenta una cantidad baja de este micronutriente.

En Barcelona Contreras J, García M;²⁵ en su investigación sobre “Alimentación y cultura-perspectivas antropológicas” el año 2005 llegaron a la siguiente conclusión: El conocimiento de las madres acerca de la alimentación es escasa, el 86,3% de madres tiene conocimientos medio o bajo y sólo el 13,7% conocimiento alto.

En la investigación realizada por Romo M; López D, López I, Morales C, Alonso K.²⁶ “La búsqueda de creencias alimentarias a inicios del siglo XXI”, en Chile, el año 2005, encontraron que las familias mostraron creencias que ciertos alimentos principalmente los vegetales (zanahoria, betarraga, limón) curaban enfermedades, siendo mencionada en mayor proporción la betarraga, respecto de la cual existen creencias tales como "cura la anemia", "es buena para la sangre", la mayoría de la población piensan que dicho alimento por ser de color rojo ayuda a incrementar los glóbulos rojos y por ende la anemia.

2.2 Base Teórica

2.2.1. Marco conceptual de la desnutrición infantil de UNICEF

Este marco evidencia que el crecimiento de la niñez es afectado o influenciado por el ambiente político, social y económico en el cual esa niña o niño viven.

Causas inmediatas

Están referidas a la (i) ingesta nutricional inadecuada y (ii) enfermedades infecciosas, las cuales se potencian mutuamente; por lo tanto, los niños desnutridos tienen menos resistencia a las enfermedades y un mayor riesgo de enfermar. Las infecciones pueden causar pérdida de apetito, incremento del metabolismo y mala absorción intestinal (por ejemplo un cuadro de diarrea), empeorando el estado nutricional del niño.

Causas subyacentes (nivel de hogar)

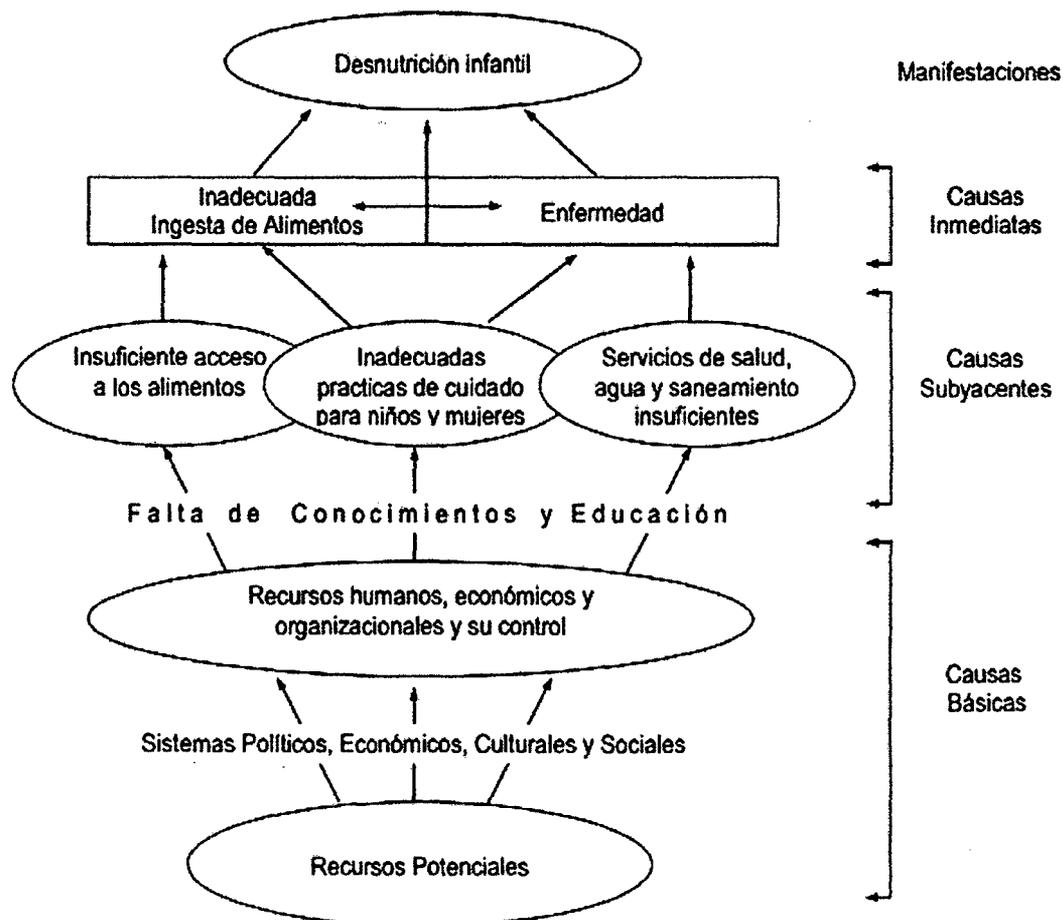
Son aquellas que están relacionadas con la seguridad alimentaria, salud materno-infantil, y servicios de salud insuficientes, y están vinculadas directamente a nivel de hogar.

El acceso insuficiente de alimentos está fuertemente relacionado con el nivel de ingresos de los hogares, de la actividad económica de los miembros del hogar. El cuidado inadecuado al niño y a la madre son aquellas prácticas que permiten una debida alimentación o desarrollo del niño, prácticas de higiene, cuidado psicosocial y cuidado en el hogar.

Causas básicas (nivel social)

El entorno social y político, y el medio ambiente y la tecnología se consideran como las fuerzas conductoras de la dinámica social y como tal constituyen las causas estructurales del estado nutricional de los niños.²⁷

Esquema1. Marco conceptual de la desnutrición infantil



2.2.2. Factores socioculturales

La salud es el resultado de la confluencia de diversos factores individuales, económicos, sociales y culturales que determinan los perfiles de salud/enfermedad.

Los factores socioculturales implican vinculación con conceptos y términos, tales como: Ideología, comunicación, etnicidad, clases sociales, estructuras de pensamiento, género, nacionalidad, medios de producción y muchos otros que sirven para comprender los elementos únicos de cada comunidad, sociedad y etnia.¹³

Algunos de estos contribuyen a la presencia de desnutrición en nuestro país. Sin

embargo, no son los mismos en todas las localidades, pues las prácticas de alimentación del niño están determinadas por la forma que el grupo familiar concibe la alimentación, siendo un fenómeno cultural y social.

Existen diversos grupos de factores que se relacionan con el grado de desnutrición en niños menores de cinco años; sin embargo, para el presente estudio se han considerado los factores sociales, culturales del cuidador familiar.⁹

Factores sociales

a.- Edad: La edad de un individuo es el período de tiempo transcurrido desde el nacimiento, como la edad de un lactante, que se expresa en horas, días o meses, y la edad de un niño o adulto, que se expresa en años.²⁸

Se tendrá en cuenta la edad del cuidador familiar; considerando que la edad determina una madurez física y mental, así como un nivel cognitivo que se relaciona con adecuada práctica de alimentación de los niños.²

b.- Estado Civil: El estado civil es la situación de las personas determinadas por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establecen ciertos derechos y deberes. Pueden ser: soltero, casado, conviviente, viudo y divorciado.²

Según los resultados del Censo 2007, el número de convivientes se ha incrementado progresivamente al pasar de 1 millón 336 mil (12,0%) en el año de 1981 a 2 millones

488 mil 779 (16,3%) en 1993 y 5 millones 124 mil 925 (24,6%) en el 2007; mientras que el porcentaje de casados ha disminuido al pasar de 38,4% en el año 1981 a 28,6% en el 2007.

Al analizar el comportamiento del estado civil por departamento, en el año 2007, se observa que, Madre de Dios (34 mil 6 personas) y Ucayali (123 mil 455) presentan mayor porcentaje de convivientes, con el 41,6% y 40%, respectivamente, superando considerablemente el promedio nacional (24,6%). El menor porcentaje se presenta en Huancavelica con 16,1%. Por otro lado, los departamentos de Apurímac y Ayacucho, presentan el mayor porcentaje de casados, con un 36,2% y 33,2% respectivamente.²⁹

Estudios demuestran que el estado civil presenta relación estadísticamente significativa con el nivel de conocimiento sobre nutrición del niño preescolar.²

c.- Ocupación: La ocupación se refiere a la tarea o función que la persona desempeña, por la cual recibe un ingreso en dinero o especie. El cuidador familiar es un familiar cercano (abuela, hermanos), quienes se hacen cargo de los niños pequeños cuando el padre y madre sale a trabajar, sea la actividad comercial, agricultura, ganadería u otras acciones.²⁸

d.- Grado de instrucción: El grado de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.³⁰

El grado de instrucción de los padres y particularmente de la madre, tiene una importancia capital, no sólo para lograr mayores ingresos, sino también para usarlos adecuadamente. El nivel de educación es importante, porque los padres analfabetos con escaso conocimiento de lo que necesitan sus hijos, tienden a proporcionar alimentos inadecuados, con lo que también se favorece la desnutrición.

Los niños desnutridos en su mayoría son producto de la falta de educación materna y paterna. Son el resultado del analfabetismo de los padres. En ese sentido, la educación de la madre tendría una mayor relevancia debido a que normalmente ella es la que tiene a su cargo las labores domésticas, y entre ellas, la alimentación de los miembros del hogar, especialmente del niño menor de cinco años.

No obstante, la necesidad muchas veces obliga a las madres a participar en el mercado laboral, por lo que la alimentación en particular de los niños queda descuidada. Esta situación es similar tanto en las zonas urbanas como en las rurales. La falta de educación materna provoca niños desnutridos, por el analfabetismo de los padres.²

e.- Nivel de conocimientos sobre alimentación y nutrición: Conjunto de hechos y principios, ideas, nociones que se obtienen a lo largo de la vida de manera formal e informal.³¹

Es la información que se tiene sobre los valores nutricionales de los alimentos, en sus compras el ama de casa conoce poco o nada del valor nutritivo de los alimentos, su decisión para adquirirlos lo basará en el precio y las preferencias culturales o familiares, ajustándose especialmente la mujer a un presupuesto restringido.²⁶

f.- Tipo de familia: Toda la familia puede organizarse y apoyar exitosamente la alimentación del niño. Existen varias clases de familia, para el presente estudio se ha considerado la clasificación del Ministerio de Salud.

Familia nuclear o elemental: Es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.

Familia extensa o consanguínea: Se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás.

Familia Incompleta: Está compuesta por un solo progenitor (padre o madre) y los hijos. Esta familia se gesta por múltiples motivos, como por ejemplo el fallecimiento de uno de los cónyuges, o el abandono del hogar por uno de ellos.

Familia de crianza: Es el padre o madre que ha recibido entrenamiento para ser padre o madre sustituta de forma temporal para niños que están al cuidado del estado.

Familia Reconstituida: Uno de los padres vuelve a formar pareja, luego de una separación o divorcio, donde existía a lo menos un hijo de una relación anterior. Estas familias las componen dos adultos que forman una nueva familia en la cual, al menos uno de ellos, trae un hijo fruto de una relación anterior.⁹

g.- Ingreso económico: Es el monto total de ingresos percibidos por el cuidador (a) y/o familiar encargado del cuidado del niño.³ El nivel de ingreso condiciona para que un individuo, o una familia, alcance un nivel aceptable de nutrición y logre satisfacer otras necesidades básicas, las que pueden variar según la cultura de cada país o región.²⁶

En el presente estudio se medirá el ingreso económico de acuerdo al Salario Mínimo Vital, que para el año 2013 es de S/. 750.00 nuevos soles.³²

Factores Culturales

a.- Prácticas de crianza: Los cuidadores a su vez han aprendido de diferentes grupos, principalmente el familiar, las maneras de atender a sus hijos; por lo que reproducen las prácticas predominantes en su entorno más cercano. Estas prácticas al transmitirse culturalmente, dependen de las creencias, conocimientos, valores y costumbres de la familia, a su vez son accesibles por el contexto en el que se desarrollan las actividades relacionadas con el consumo de alimentos.³¹

b.- Procedencia: Segura, L. considera la procedencia como un escenario de la desnutrición infantil, donde plantea el movimiento inmigrante un componente de la desnutrición, lo que conlleva a estas personas a que migren con sus costumbres y estilos de vida, que en muchas ocasiones atentan con la salud de los niños.⁹

c.- Religión: La religión es el conjunto de creencias o dogmas relacionados con la divinidad, que orientan las conductas individuales y sociales, prácticas rituales como

la oración, para rendir culto y encauzar los sentimientos de veneración y temor hacia ella.³³

Existen diferentes religiones, que muchas veces se contradicen entre si y son mutuamente excluyentes, además muchas religiones no admiten recibir atención en salud y por ende el cuidador familiar no acude al establecimiento en busca de atención de salud. En una sociedad la mayoría de las cuestiones morales pueden repercutir en daños y prejuicios contra terceros, existiendo sectas religiosas que rechazan todo lo que concierne a salud

Según Fishler las religiones han establecido siempre prohibiciones y restricciones sobre algunos alimentos y bebidas, todas establecen un conjunto más o menos articulado de normas alimentarias, pero sus contenidos pueden ser más o menos diferentes de unas religiones a otras.²⁸

d.- Creencias y costumbres: Las personas tienen sus propias preferencias, rechazos y creencias respecto a los alimentos, y muchas son conservadoras en sus hábitos alimentarios. Numerosos hábitos y costumbres alimentarias son inadecuadas desde el punto de vista nutricional, que son el resultado de percepciones tradicionales sobre los alimentos susceptibles de cambiar por la influencia de pueblos cercanos, viajes, educación, etc.

Dentro de una sociedad puede haber costumbres alimentarias definidas en grupos de mujeres y niños, o mujeres embarazadas y niñas. En algunos casos las costumbres alimentarias tradicionales tienen que ver con un grupo de edad en particular. La falta

de conocimiento básico nutricional y algunas creencias erradas llevan a que las madres tengan prácticas de alimentación inadecuadas.³⁴

2.2.3. Estado Nutricional

El estado nutricional es el resultado del balance entre las necesidades y el gasto de energía alimentaria y otros nutrientes esenciales, y secundariamente, de múltiples determinantes en un espacio dado, representado por factores físicos, genéticos, biológicos, culturales, psico-socio-económicos y ambientales.

También se dice que es la situación biológica en la que se encuentra un individuo como resultado de la ingesta de nutrientes y alimentación adecuada para sus condiciones fisiológicas y de salud. Se relaciona directamente con la salud, el desempeño físico, mental y productivo, con repercusiones importantes en todas las etapas de la vida, ya sea por desnutrición o por sobrepeso en las etapas tempranas de la vida.³⁵

Indicadores antropométricos

a.- *Peso para la talla*: Es el peso que corresponde a un niño para la talla que tiene en el momento de la medición. El déficit de peso indica un adelgazamiento, mide la desnutrición aguda.

b.- *Talla para la edad*: Esta tabla mide el crecimiento lineal de su hijo con relación a la edad y su tendencia en el tiempo, siendo este crecimiento lineal una respuesta a una

dieta adecuada y así mismo a un buen estado nutricional. El crecimiento en talla es más lento que el peso, las deficiencias en talla tienden a ser también lentas y a tomar más tiempo para recuperarse. A mayor déficit nutricional, mayor cronicidad de la desnutrición, este índice mide la desnutrición crónica.

c.- Peso para la edad: Es un indicador primario que corresponde a la relación entre el peso real de un niño y su peso teórico normal expresado en porcentaje; se utiliza para medir la desnutrición global. Utilizando el indicador de peso para la edad podemos saber si el niño tiene o ha tenido adelgazamiento y/o retardo en el crecimiento.³⁶

Nutrición. Alimentación balanceada

La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud.

Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad. La nutrición es uno de los pilares de la salud y el desarrollo. En personas de todas las edades una nutrición mejor permite reforzar el sistema inmunitario, contraer menos enfermedades y gozar de una mejor salud.

Los niños sanos aprenden mejor. La gente sana es más fuerte, más productiva y está en mejores condiciones de romper el ciclo de pobreza y desarrollar al máximo su potencial. A consecuencia del alza de los precios de los alimentos y el descenso de la

productividad agrícola, la seguridad alimentaria en el mundo está cada vez más amenazada, lo que podría llevar a un aumento de la desnutrición. Por el contrario, algunas poblaciones se enfrentan a un notable aumento de la obesidad.³⁷

La alimentación equilibrada, es aquella que incluye una diversidad suficiente de alimentos en las cantidades adecuadas, en función de las características de cada persona y de su estilo de vida que garantiza que se cubran los requerimientos de energía y nutrientes que nuestro organismo necesita para mantener un buen estado nutritivo, de salud y bienestar.

Mediante una alimentación balanceada se puede controlar los requerimientos logrando un equilibrio y evitando así un déficit o exceso de los principales nutrientes

- Debe ser suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del organismo y mantener el estado nutricional.

- Debe ser completa en el sentido de considerar a la alimentación como una dieta indivisible entre todas las sustancias que la integran y satisfacer el hambre.

Debe ser adecuada para cumplir su finalidad alimenticia de acuerdo a la edad, sexo, peso, actividad, estado fisiológico, disponibilidad de alimentos, hábitos y situación económica de la persona que va a consumir. Siendo fundamental en la infancia y en la adolescencia que son etapas básicas en crecimiento y formación del organismo humano.³⁶

La alimentación balanceada se puede clasificar en:

Alimentos energéticos: Son los que proveen la energía para realizar distintas actividades físicas y también nos proporcionan calor para mantener la temperatura corporal.

Están constituidos por los carbohidratos y lípidos. Los carbohidratos o glúcidos se encuentran en los cereales (maíz, trigo, avena, cebada, arroz) y sus derivados (harinas, pan, galletas, fideos), los tubérculos (papa, camote), los granos (arvejas, garbanzos, lentejas), los glúcidos o azúcares se encuentran en la miel, las frutas (plátano, ciruela, manzana), los caramelos, refrescos, chocolates; los lípidos o grasa que se obtienen de aceite, embutidos, mantequilla, manteca, etc. Los cuales se consumen poco a poco, por lo que van formándose depósitos, acumulándose en muchas partes del cuerpo. Estos depósitos sirven de reserva de energía. Ambas clases de alimentos se combinan con el oxígeno que respiramos, al combinarse producen caloría y energía.

Alimentos constructores: Son aquellos alimentos que contienen nutrientes y participan de algún modo en el crecimiento y mantenimiento de las células, además nos van a permitir crecer, estudiar, adecuadamente en cada una de las etapas.

Son alimentos que contienen proteínas las cuales se encargan de brindarnos las sustancias necesarias para crecer, construir o formar los tejidos de nuestro cuerpo, reparar o cicatrizar las partes que han sido dañadas por una cortadura, un golpe, etc. Así mismo se encarga de formar y fortalecer la piel, músculos, huesos, uñas, dientes,

etc., evita la anemia así como la fatiga muscular y facilita las reacciones químicas necesarias para el mantenimiento de la vida.

En este grupo se encuentran todos los alimentos de origen animal, es decir, la carne, pollo, cerdo, pescado, vísceras, mariscos, moluscos, huevos, la leche y derivados, las legumbres que contienen proteínas en regular cantidad (como los frejoles, lentejas, habas, garbanzos, etc.).

Estos alimentos son buena fuente de proteínas, grasas y hierro. Adicional a ello, los lácteos proveen calcio al organismo y los alimentos que vienen del mar son fuentes de fósforo.

Alimentos reguladores: Estos alimentos aportan vitaminas, minerales y fibra al cuerpo. Contribuyen al buen funcionamiento intestinal y previenen algunas enfermedades. Contienen sustancias que utiliza el organismo en cantidades muy pequeñas para asimilar correctamente los alimentos y así contribuir a coordinar el funcionamiento del cuerpo, además permiten fortalecer nuestro sistema inmunológico.

Dentro de estos alimentos se encuentran: Las frutas, verduras, hortalizas y el agua, lechuga, tomate, cebolla, brócoli, coliflor, zanahoria, pimentón, naranja, guayaba, piña y el mango entre otros, estos alimentos ayudan a una buena visión, formación y conservación de la piel, además colaboran en la prevención del cáncer y la disminución de los niveles de colesterol.

Se consideran que estos alimentos no aportan calorías al organismo. Dentro de este grupo de alimentos también se incluye a los minerales como el hierro, fósforo, calcio, zinc, yodo, etc. y el agua.³⁶

Según el doctor Meyer Magarici la lonchera es: “Cajita portadora de alimentos que contribuyen a que el niño mantenga una dieta balanceada y realmente nutritiva”. Debe contener alimentos energéticos, reguladores y constructores. Sus funciones son mantener suficientes reservas de nutrientes durante el día escolar, suministrar alimentos nutritivos que al pequeño le gusten y crear hábitos saludables de alimentación. Por lo tanto, la lonchera contribuye a que el niño mantenga una dieta balanceada durante el día con suficientes reservas de nutrientes para recuperar las energías perdidas durante sus actividades.

Los alimentos prohibidos en las edades de 2 a 5 años son los alimentos viscosos o adherentes, difíciles de ser eliminados de la cavidad bucal y con un alto contenido en azúcares. No deben incluirse en la dieta el pan dulce y las golosinas. Los alimentos preparados deben ser sencillos prefiriendo el cocido y el asado como técnicas de cocción y conviene desalentar el abuso de sal. Cuando los niños comienzan a ir al jardín a los 2 años entran a una etapa de la vida infantil que no solo implica drásticos cambios en la rutina afectiva y social, sino en su alimentación, porque la lonchera forma parte importante en la dieta diaria que el niño consuma. El requerimiento energético del niño se define como la ingesta calórica necesaria para mantener un estado de salud y crecimiento normal, así como un nivel de actividad física adecuado.³⁷

Desnutrición

Resultado de una prolongada ingestión alimentaria reducida y/o absorción deficiente de los nutrientes consumidos como resultado de una enfermedad infecciosa repetida. Incluye bajo peso para la edad, baja talla para la edad (raquitismo), delgadez extrema para la edad. Generalmente asociada a una carencia de energía (o de proteínas y energía), aunque también puede estar relacionada a carencia de vitaminas y minerales (carencia de micronutrientes).

Detrás de estas causas inmediatas, hay otras subyacentes como son la falta de acceso a los alimentos, la falta de atención sanitaria, la utilización de sistemas de agua y saneamiento insalubres, y las prácticas deficientes de cuidado y alimentación. En el origen de todo ello están las causas básicas que incluyen factores sociales, económicos y políticos como la pobreza, la desigualdad o una escasa educación de las madres.³⁸

Clasificación de la desnutrición: De acuerdo a los indicadores antropométricos (Peso, Talla, Edad).

1. Desnutrición aguda (Peso/Talla)

Deficiencia de peso para la talla es un indicador de desnutrición, que mide el efecto del deterioro en la alimentación y de la presencia de enfermedades en el pasado inmediato, y que se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo.³⁹

2. Desnutrición Crónica (Talla/Edad)

Es el retardo de la talla del niño con el estándar recomendado para su edad. Indica una carencia de los nutrientes necesarios durante un tiempo prolongado, por lo que aumenta el riesgo de que contraiga enfermedades y afecta al desarrollo físico e intelectual del niño.

La desnutrición crónica, siendo un problema de mayor magnitud en cuanto al número de niños afectados, es a veces invisible y recibe menor atención. El retraso en el crecimiento puede comenzar antes de nacer, cuando el niño aún está en el útero de su madre. Si no se actúa durante el embarazo y antes de que el niño cumpla los 2 años de edad, las consecuencias son irreversibles y se harán sentir durante el resto su vida.⁴⁰

3. Desnutrición Global o Crónica reagudizada (Peso/Edad)

Este tipo de desnutrición se determina al comparar el peso del niño con el esperado para su edad y sexo. El peso para la edad es considerada como un indicador general de la desnutrición, pues no diferencia la desnutrición crónica, que se debería a factores estructurales de la sociedad, de la aguda, que corresponde a pérdida de peso reciente. Se considera severa para niños con 3 o más desviaciones estándar por debajo de la media y total para niños con dos o más desviaciones estándar por debajo de la media.⁴¹

Waterlow.-Propone 4 categorías para clasificar a los niños menores de 5 años:
Eutrófico: son niños Peso/Talla normal y Talla/Edad normal. *Desnutrido agudo*: Son

niños con Peso/Talla bajo y Talla/Edad normal. *Desnutrido crónico*: Son los niños con Talla/Edad bajo y Peso/Talla normal. *Desnutrido crónico reagudizado*: Son los niños con Talla/Edad y Peso/Talla bajo. *Sobrepeso*: Es el incremento del 10% del peso en relación con el peso estándar correspondientes. Son niños que tienen el peso mayor del 10% por encima de la medida. *Obesidad* son niños que tienen peso mayor de 20% por encima de la medida.³⁶

2.2.4. Cuidador familiar

El cuidador familiar son las personas o instituciones que se hacen cargo de sujetos con algún nivel de dependencia. Son por tanto padres, madres, hijos, familiares, personal contratado o voluntario.⁴²

El cuidador es la persona más importante al constituir la modalidad de agente de salud predominante en el hogar, precisa de una amplia gama de conocimientos, aptitudes para lograr el máximo potencial de salud de su familia.

Los niños pequeños dependen absolutamente de sus padres o de otros cuidadores para satisfacer sus necesidades y el tipo de ocupación de ellos influye en el cuidado que recibe el niño. En nuestro medio, las madres que trabajan fuera del hogar no pueden encargarse de esta labor, delegando el cuidado a otras personas quienes asumen esta responsabilidad con la consiguiente deficiencia en la calidad del cuidado y el alto riesgo de enfermar.

Para el niño la familia constituye un mecanismo natural de atención y cuidado, asumiendo funciones elementales en el campo de la salud, las cuales son de tipo preventivo, terapéutico o de sostén emocional. Dentro del entorno familiar existe un integrante que asume la responsabilidad del cuidado o promoción de la salud. A esta persona se le denomina cuidador, cuidador principal, o cuidador familiar; en casi todos los hogares este rol lo asume la madre.⁴³

2.3. Definición de términos

Nutriente

Sustancia química contenida en los alimentos que se necesita para el funcionamiento normal del organismo. Los seis principales tipos de nutrientes son: proteínas, carbohidratos, grasas, minerales, vitaminas y agua.³⁸

Alimentos

Son sustancias que, introducidas en el organismo, son utilizadas por éste para su crecimiento, para el buen funcionamiento de los órganos vitales y para obtener la energía necesaria para las distintas actividades.³⁶

CAPÍTULO III

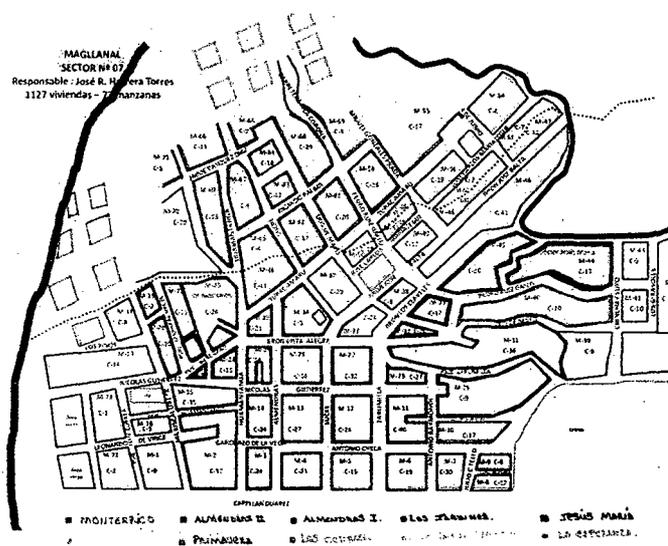
MARCO METODOLÓGICO

El ámbito de estudio se ubica en Magllanal, sector urbano, creado hace 62 años aproximadamente, pertenece al Distrito y Provincia de Jaén. Está constituido por 1 127 viviendas, con una población aproximada a 4 900 habitantes.

Las principales actividades

económicas son: Agropecuaria y comercial, destacándose el comercio del arroz y café. A pesar de ello existe pobreza que pone en desventaja a la población más vulnerable como es el grupo infantil.

El estudio corresponde a una investigación de tipo descriptivo de diseño transversal, porque permitió describir algunos factores socioculturales del cuidador familiar relacionados con el estado nutricional del niño de 1 a 5 años en el sector Magllanal, durante el año 2013.



La población estuvo constituida por 423 cuidadores familiares de niños de 1 a 5 años. La muestra quedó constituida por 104 cuidadores familiares, seleccionados mediante el muestreo probabilístico estratificado por grupo de edades (anexo 7). La muestra fue seleccionada utilizando los siguientes criterios de inclusión:

- Persona que cuida al niño durante el día.
- Persona que reside en la comunidad de estudio en un tiempo mínimo de seis meses.
- Persona que aceptó participar voluntariamente, luego de conocer los objetivos del estudio.
- Un niño por familia.
- Niños desde 1 a 5 años, nacidos a término

En un primer momento se solicitó al Gerente del Centro de Salud de Magllanal, el permiso para llevar a cabo la investigación en dicha institución. Luego se realizaron coordinaciones con la enfermera encargada del Programa de Crecimiento y Desarrollo (CRED) quien brindó las facilidades para la aplicación del instrumento a los cuidadores familiares.

Para la recolección de los datos se utilizaron como técnicas, la encuesta y la revisión documental. La encuesta utiliza el cuestionario semiestructurado, el mismo que contiene 18 preguntas cerradas sobre factores sociales y conocimiento sobre la alimentación del niño y 8 preguntas abiertas para evaluar las creencias y costumbres del cuidador familiar (ver anexo 05). Además se utilizó la técnica de revisión documental cuyo instrumento fue la guía de registro (ver anexo 06). El tiempo

promedio utilizado para la aplicación del cuestionario fue de 20 minutos y se efectuó durante los meses de setiembre-octubre del año 2013.

Para la validación de los instrumentos, se sometió a evaluación a través de juicio de expertos, contando con la participación de 2 Licenciadas en Enfermería y 2 Nutricionistas con experiencia en el tema. También se realizó la prueba piloto en 15 cuidadores familiares en un grupo de personas similares a la muestra, lo que permitió hacer reajustes necesarios antes de la aplicación de los instrumentos. Luego se verificó la confiabilidad del instrumento, utilizando el coeficiente de alfa de Cronbach, obteniendo un valor de 0.88, aceptable para la aplicación del estudio.

Antes de la aplicación del cuestionario, se explicó los objetivos del estudio; las personas que aceptaron participar en el estudio procedieron a firmar el consentimiento informado. Una vez concluida la aplicación del cuestionario se agradeció a cada cuidador familiar por su participación. Posteriormente a la recolección de datos el cuestionario fue sometido a un estricto control de calidad, verificándose que se hayan respondido todas las preguntas.

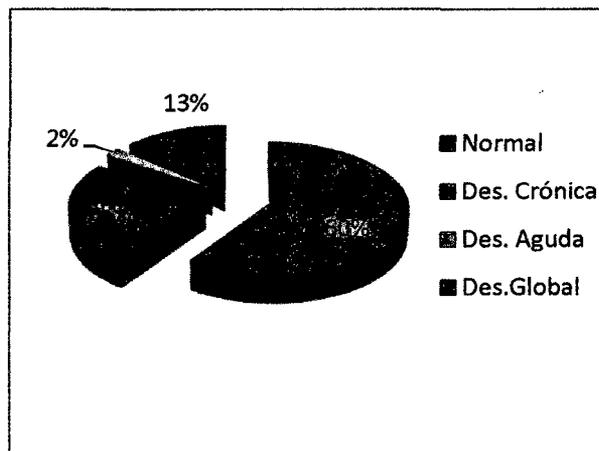
Los datos fueron procesados electrónicamente con el paquete estadístico SPSS, versión 20.0. Se obtuvieron frecuencias y porcentajes, luego se procedió a la elaboración de tablas estadísticas para el análisis e interpretación de los mismos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

I. ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 1 A 5 AÑOS, SECTOR MAGLLANAL-JAÉN.

Gráfica 1: Estado nutricional del niño de 1 a 5 años de edad, Sector Magllanal-Jaén, 2013.



El gráfico muestra el estado nutricional de los niños de 1 a 5 años del sector Magllanal, en diversos grados de nutrición desde la desnutrición reciente, que mide el efecto del deterioro en la alimentación y de la presencia de enfermedades en el pasado inmediato hasta la desnutrición que evidencia los efectos acumulativos del retraso en el crecimiento.

Del total de la muestra el 60% de niños tienen estado nutricional normal, 25% desnutrición crónica, 13% desnutrición global y 2% desnutrición aguda.

Al comparar los resultados del estudio con los datos nacionales, reportados por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)⁵ del año 2012, la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años en el Perú alcanzó el 18,1%, lo que indica que en Magllanal la desnutrición crónica es 6,9 puntos porcentuales más que el promedio nacional, pero es inferior a la cifra señalada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI para Cajamarca, quien reportó 36% de desnutrición crónica en niños menores de cinco años de edad en el 2011, 11 puntos más que lo encontrado en la investigación.

Los resultados encuentran sustento en los planteamientos de la UNICEF⁶ (2005), quien menciona que la desnutrición crónica es el tipo de desnutrición más frecuente encontrada en los niños menores de 5 años. Situación que es preocupante porque se sabe que la desnutrición constituye un grave problema que ataca irreversiblemente el derecho a la vida, al crecimiento y desarrollo, la salud y la educación de los niños.

Aunque el Ministerio de Salud (MINSa) desde el 2001 ha implementado diversas políticas para fortalecer la atención integral en todas las etapas de vida, de prioridad en la infancia, hasta ahora no se ha logrado resultados, eficaces y eficientes, el problema de la desnutrición tiene diversos determinantes que se ubican más allá de la intervención del sector salud y requiere de una intervención intersectorial con enfoque territorial y de seguridad alimentaria.

II. FACTORES SOCIOCULTURALES DEL CUIDADOR FAMILIAR Y EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 1 A 5 AÑOS, SECTOR MAGLLANAL-JAÉN.

Tabla 1: Perfil del cuidador familiar y el estado nutricional del niño de 1 a 5 años. Sector Magllanal-Jaén, 2013.

Perfil del Cuidador Familiar	ESTADO NUTRICIONAL									
	Normal		Desnutrición Aguda		Desnutrición Crónica		Desnutrición Global		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Madre	49	79,0	1	50,0	19	73,1	7	50,0	76	73,1
Abuelos	10	16,1	1	50,0	6	23,1	4	28,6	21	20,2
Otros	3	4,8	-	-	1	3,8	3	21,4	7	6,7
Total	62	100,0	2	100,0	26	100,0	14	100,0	104	100,0

Del total de la muestra, la madre, es la que desarrolla el rol de cuidadora principal (73,1%) seguida por los abuelos que también asumen la responsabilidad del cuidado de los niños en ausencia de los padres (20,2%).

El 79% de niños con estado nutricional normal, son cuidados por sus madres. Sin embargo, también existe un porcentaje considerable de niños con algún tipo de desnutrición (aguda 50%, crónica 73.1% y global 50%) que en su mayoría reciben el cuidado de sus progenitoras. Situación relacionada por el bajo nivel de conocimientos y educación del cuidador familiar, causas subyacentes de la desnutrición que pueden conllevar a la inadecuada ingesta de alimentos contribuyendo al riesgo de presentar algún daño nutricional en el niño, como se sabe el ambiente social y económico influye en el estado nutricional del niño según lo explica el marco conceptual de la desnutrición infantil de UNICEF²⁷.

Tabla 2: Estado nutricional del niño de 1 a 5 años según grupo de edad del cuidador familiar. Sector Magllanal-Jaén, 2013.

Grupo de edad	ESTADO NUTRICIONAL									
	Normal		Desnutrición Aguda		Desnutrición Crónica		Desnutrición Global		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%	N	%
Adolescente	13	21,0	-	-	6	23,1	2	14,3	21	20,2
Adulto Joven	40	64,5	1	50,0	14	53,8	8	57,1	63	60,6
Adulto Maduro	9	14,5	1	50,0	6	23,1	4	28,6	20	19,2
Total	62	100,0	2	100,0	26	100,0	14	100,0	104	100,0

La mayoría de cuidadores familiares son adultos jóvenes (60,6%), cuyas edades oscilan entre 20-40 años, un 20,2% son adolescentes, y un 19,2% adultos maduros.

Un alto porcentaje de niños con estado nutricional normal (64, 5%) y con algún grado de desnutrición (aguda 50%, crónica 53.8% y global 57.1%) reciben cuidado de personas adultos jóvenes. Sin embargo, los niños cuidados por cuidadores adolescentes y adultos maduros presentan algún tipo de desnutrición en menor proporción pero no deja de ser importante.

Los resultados son corroborados por Silva¹⁵ en su investigación sobre la situación nutricional y hábitos alimentarios en preescolares del distrito de Belén, en Iquitos, donde se encontró que el 51, 1% de cuidadores familiares fueron jóvenes cuyas edades oscilaron entre 14 y 35 años. De igual modo Zúñiga³ reporta en su estudio factores biosocioculturales del cuidador familiar y estado nutricional del niño menor de 1 año en el asentamiento humano Justicia Paz y Vida - Huancayo, un alto porcentaje de cuidadores familiares (63,6%) entre las edades de 20 a 35 años, ubicándolos en el grupo de edad adulto joven.

Los resultados coinciden también con los de Aguilar⁹ quién refiere que el 51,7% de cuidadores en Talara fueron adultos jóvenes y el 43,3% fueron adultos maduros, además existe relación significativa entre la edad del cuidador familiar y el grado de desnutrición del preescolar. Situación que discrepa Gaona²⁰ en su investigación sobre: Factores biosocioculturales y económicos del cuidador familiar y desnutrición en niños de 1 a 5 años realizada en Piura, muestra que no existe relación significativa entre los factores biológicos del cuidador familiar como la edad y el grado de desnutrición en niños de uno a cinco años

Por su parte Cortez,¹³ en su estudio sobre: El gasto social y sus efectos en la nutrición infantil, en Lima, el año 2009, refiere que la mayoría de las madres son adolescentes, que por su inexperiencia, precocidad e inmadurez, dañan la salud de sus niños sin alimentarlos debidamente y muchas veces con comidas que no tienen ningún valor nutritivo para contribuir al buen crecimiento y desarrollo del niño. Situación relacionada con el estudio de Aguilar,⁹ quien menciona que la edad del cuidador familiar determina la madurez física y mental de las personas, así como su nivel cognitivo, el cual a su vez se relaciona con la práctica adecuada del cuidado de los niños.

Tabla 3: Estado nutricional según sexo del cuidador familiar. Sector Magllanal-Jaén, 2013.

Sexo	ESTADO NUTRICIONAL									
	Normal		Desnutrición Aguda		Desnutrición Crónica		Desnutrición Global		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Femenino	62	100,0	2	100,0	25	96,2	13	92,9	102	98,1
Masculino	-	-	-	-	1	3,8	1	7,1	2	1,9
Total	62	100,0	2	100,0	26	100,0	14	100,0	104	100,0

En la tabla se evidencia que del total de cuidadores familiares el 98,1% son de sexo femenino. En casi todos los hogares el rol del cuidador familiar lo asume la madre, indistintamente al grado de desnutrición.

En nuestro contexto sociocultural, cada día son más las mujeres que se incorporan al mundo laboral, aún es escasa la colaboración de los varones en la realización de las tareas domésticas, lo que lleva a que muchas mujeres, además de trabajar fuera del hogar y colaborar en el sostenimiento económico de la familia, tengan que hacerse cargo de la mayoría de las tareas del hogar afectando a la población más vulnerable. Sin embargo, no se encontró estudios que indiquen que el sexo del cuidador familiar influya en la desnutrición del niño.

Tabla 4: Estado nutricional según estado civil del cuidador familiar. Sector Magllanal-Jaén, 2013.

Estado civil	ESTADO NUTRICIONAL									
	Normal		Desnutrición Aguda		Desnutrición Crónica		Desnutrición Global		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Soltero (a)	18	29,0	-	-	7	27,0	3	21,4	28	26,9
Casado(a)	2	3,2	-	-	-	-	1	7,1	3	2,9
Divorciado (a)	-	-	-	-	1	3,8	-	-	1	1,0
Viudo (a)	7	11,3	-	-	3	11,5	3	21,4	13	12,5
Conviviente	35	56,5	2	100,0	15	57,7	7	50,0	59	56,7
Total	62	100,0	2	100,0	26	100,0	14	100,0	104	100,0

Del total de la muestra, el 56,7% de cuidadores familiares viven en unión libre y el 26,9% son solteras. Del 100% de niños con desnutrición crónica (15 niños) el 57,7% estuvo bajo el cuidado de una pareja de convivientes, así mismo el 56,5% de niños

cuyo estado de nutrición es normal. No existe distinción entre el nivel nutricional, tanto para los que tienen una nutrición normal como para los que están desnutridos.

Estos resultados encuentran relación con lo reportado por Ramírez² en su investigación conocimientos sobre nutrición del pre escolar y los factores bio-socio-económicos maternos realizados en Lima, donde reporta que la mayoría de madres cuidadoras son convivientes, como también la gran mayoría son madres solteras, llegando a concluir que el estado civil no repercute en la nutrición del niño. Situación similar a lo mencionado por Córdova²² en su estudio sobre factores socioculturales económicos y desnutrición en niños de 1 a 4 años, en el 2007, muestra que no existe relación significativa entre el estado civil de las madres de familia y el tipo de desnutrición del niño.

En los diferentes trabajos de estudio sobre la desnutrición, que hemos podido consultar, no reflejan la relación del estado civil de la madre con el estado nutricional del niño. Para Max Neef,¹³ el estado civil es la situación de las personas determinada por sus relaciones de la familia (matrimonio); estableciendo ciertos derechos y deberes y estabilidad del hogar.

Respecto al estado civil de la madre no influye en la alimentación ni en el estado de salud del niño, su influencia estaría más orientada a la dimensión de afecto que el niño debe recibir por parte de los padres y el deber que deben cumplir con los hijos como el derecho de tener una identidad ante la sociedad; Ejemplo, el derecho a un nombre y apellido.

Tabla 5: Estado nutricional según la ocupación del cuidador familiar. Sector Magllanal-Jaén, 2013.

Ocupación	ESTADO NUTRICIONAL									
	Normal		Desnutrición Aguda		Desnutrición Crónica		Desnutrición Global		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Ama de Casa	52	83,9	2	100,0	24	92,3	11	78,6	89	85,6
Agricultor	-	-	-	-	1	3,8	1	7,1	2	1,9
Comerciante	3	4,8	-	-	1	3,8	-	-	4	3,8
Otros	7	11,3	-	-	-	-	2	14,3	9	8,7
Total	62	100,0	2	100,0	26	100,0	14	100,0	104	100,0

Del total de la muestra, la mayoría de cuidadores familiares son ama de casa (85,6%). El 92,3% de niños con desnutrición crónica estuvo bajo el cuidado de sus madres que también son amas de casa. Esta situación pone en evidencia que la madre es la responsable de la gestión del hogar, y aún no accede a oportunidades laborales o no tienen un trabajo estable, aspecto que está relacionado con bajo nivel educativo, y bajo nivel de ingreso familiar, lo que repercute en su calidad de vida. Como se observa el problema no tiene que ver tanto con la presencia o no de la madre en el hogar sino con la calidad de la alimentación que los niños reciben y esto se ve influenciado por diversos factores como el bajo nivel de conocimiento en alimentación y nutrición de los niños en la infancia, el nivel de instrucción e ingreso económico de los cuidadores.

Los resultados tienen relación con lo manifestado por Herrera C;¹⁰ en su investigación Características, conocimientos y aptitudes de la madre sobre nutrición infantil, que el 80% de madres de niños que padecen desnutrición crónica y los que tienen nutrición normal son amas de casa. Por su lado Córdova y Novoa²² señalan

que la ocupación de la madre es un factor asociado a la inestabilidad del hogar, contribuyendo a la presencia de casos de desnutrición en la población infantil.

Tabla 6: Estado nutricional según el grado de instrucción del cuidador familiar. Sector Magllanal-Jaén, 2013.

Grado de Instrucción	ESTADO NUTRICIONAL									
	Normal		Desnutrición Aguda		Desnutrición Crónica		Desnutrición Global		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Sin instrucción	-	-	-	-	2	7,7	-	-	2	1,9
Primaria	37	59,7	2	100,0	21	80,8	9	64,3	69	66,3
Secundaria	20	38,3	-	-	3	11,5	3	21,4	26	25,0
Superior	5	8,1	-	-	-	-	2	14,3	7	6,7
Total	62	100,0	2	100,0	26	100,0	14	100,0	104	100,0

La mayoría de cuidadores familiares de niños con algún tipo de desnutrición tienen nivel de instrucción primaria (100% D. aguda, 80,8% D. crónica, 64,3% D. global). Estos resultados concuerdan con los mostrados en el estudio de Chilón³⁶ quién resalta que el nivel educacional de los padres en su mayoría es de nivel primario incompleto, enfatizando que existe relación con el estado nutricional del niño.

El grado de instrucción del cuidador familiar impacta en la desnutrición del niño menor de 5 años. La ENDES²⁴ del año 2010, considera que una de las variables que influye en el nivel de desnutrición crónica de los niños es la educación de la madre, a mayor nivel educativo se observa menor porcentaje de desnutrición. A pesar de que en los últimos años en el país se ha mejorado la escolaridad de la población, este aspecto no es equitativo para todos los departamentos. Cajamarca muestra que gran parte de la población femenina y sobre todo la adulta tiene un bajo nivel de escolaridad, situación que afecta a gran parte de la mujer y a su entorno más cercano.

Como se sabe la mujer es la protagonista de la crianza de los niños en el hogar. La salud tiene una relación directa con la educación, a mayor grado de instrucción de la madre, mejor estado de salud de sus hijos.

De los resultados podríamos decir que a pesar del esfuerzo desplegado por las instituciones del Estado para mejorar el nivel de escolaridad de la población, aún es insuficiente, existe la necesidad de invertir aún más en la educación de las personas en especial en la educación de la mujer, a través de estrategias que permita mejorar el nivel educativo de la madre, el mismo que redundará en una mejor calidad de vida y salud de las madres y de sus hijos.

El informe preliminar de la Encuesta Demográfica y de Salud (ENDES) ¹⁴ 2007, señala que el nivel educativo de la madre influye de forma significativa en la desnutrición.

Tabla7: Estado nutricional según el ingreso económico familiar mensual. Sector Magllanal-Jaén, 2013.

Ingreso económico	ESTADO NUTRICIONAL									
	Normal		Desnutrición Aguda		Desnutrición Crónica		Desnutrición Global		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%	N	%
<750	38	61,3	1	50,0	18	69,2	10	71,4	67	64,4
>750	24	38,7	1	50,0	8	30,8	4	28,6	37	35,6
Total	62	100,0	2	100,0	26	100,0	14	100,0	104	100,0

Del total de la muestra, la mayoría de cuidadores familiares (64,4%) tienen un ingreso económico menor del sueldo mínimo vital (S/. 750.00). Si observamos la distribución de niños según el estado nutricional, la mayor proporción de niños con desnutrición

crónica (69,2%) proviene de familias con este nivel de ingreso, de manera similar si se trata de niños con desnutrición aguda y global.

Los resultados coinciden con lo indicado por Zúñiga L,³ en su investigación quién encontró asociación entre la desnutrición y una serie de variables socio-económicas propios de la familia y de la vivienda, donde un 35,4% presentó desnutrición global, el 40% desnutrición crónica, y el 2,5% desnutrición aguda. Así mismo Cabeñas¹⁶ en su estudio Nivel socioeconómico y de conocimientos de las madres sobre alimentación y su influencia en el estado nutricional del niño menor de 5 años en el Barrio Aranjuez de Trujillo, afirma que el estado nutricional del niño menor de 5 años se ve significativamente influenciado por el nivel socioeconómico de la familia a la que pertenece, mientras más alto es el nivel socioeconómico mejor es el estado nutricional y a más bajo nivel socioeconómico la desnutrición es mayor.

Resultados contrarios encuentra Gaona,²⁰ quien refiere que no existe relación entre los factores económicos del cuidador familiar y el grado de desnutrición en niños de uno a cinco años. A medida que disminuye el ingreso económico aumentan los casos de desnutrición aguda y crónica.

Es importante resaltar que la economía en la familia influye en el estado nutricional del niño, puesto que la nutrición depende de la cantidad y calidad de alimentos y del tipo de éstos, los niños podrían alimentarse adecuadamente y así poder mantener un estado nutricional adecuado; sin embargo, los ingresos insuficientes en el hogar no permiten adquirir los alimentos necesarios, el problema de muchos hogares pobres es

que la mayor parte o totalidad de su trabajo y de sus ingresos apenas alcanza para cubrir la canasta básica familiar en circunstancias normales.

Cuando menor es el ingreso monetario, tanto menor es el poder adquisitivo y la disponibilidad para la alimentación, tal como lo señala el marco conceptual de la desnutrición infantil de la UNICEF,²⁷ lo que conlleva a un mayor riesgo de adquirir enfermedades como la mal nutrición u otras que afectan a la población infantil. Situación que es corroborada por Nieto,¹² en su investigación Factores asociados al estado de desnutrición leve subsecuente en niños menores de 5 años, en El Salvador; quien afirma que la economía familiar de las personas entrevistadas tienen relación con el nivel socioeconómico de los mismos, influyendo como condicionante en el estado nutricional de los niños menores de 5 años

Esta situación se torna más evidente si se tiene en cuenta que Magllanal es un sector urbano marginal, donde las oportunidades laborales son muy limitadas y el nivel educativo promedio es inferior al que se puede encontrar en las zonas urbanas.

Tabla 8: Estado nutricional y la religión que profesa el cuidador familiar. Sector Magllanal-Jaén, 2013.

Religión	ESTADO NUTRICIONAL									
	Normal		Desnutrición Aguda		Desnutrición Crónica		Desnutrición Global		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Católico	50	80,6	2	100,0	24	92,3	13	92,9	89	85,6
No Católico	12	19,4	-	-	2	7,7	1	7,1	15	14,4
Total	62	100,0	2	100,0	26	100,0	14	100,0	104	100,0

Del 100% de entrevistados, el 85,6% profesa la religión católica. No existe distinción entre el nivel nutricional, tanto para los que tienen una nutrición normal como para los que están desnutridos. Según lo reportado por Ramirez², afirma que la mayoría las

madres son católicas; no presentando relación estadísticamente significativa con el nivel de conocimiento materno sobre nutrición del niño.

Según Fishler²⁸ las religiones han establecido siempre prohibiciones y restricciones sobre algunos alimentos y bebidas, todas establecen un conjunto más o menos articulado de normas alimentarias, pero sus contenidos pueden ser más o menos diferentes de unas religiones a otras. Si bien es cierto, la religión ha establecido ciertos patrones de comportamientos, y patrones alimenticios (por ejemplo algunas religiones no suelen tomar té o comer carne de porcino o comer sangre de animales; en la zona de estudio los niños) no están sujetos a disposiciones religiosas en forma estricta. Las madres los alimentan como cualquier niño y solo cuando llegan a una edad adulta se someten a la recomendaciones de la religión.

Tabla 9: Estado nutricional según el tipo de familia. Sector Magllanal-Jaén, 2013.

Tipo de familia	ESTADO NUTRICIONAL									
	Normal		Desnutrición Aguda		Desnutrición Crónica		Desnutrición Global		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Familia Nuclear	29	46,8	-	-	13	50,0	5	35,7	47	45,2
Familia Extensa	33	53,2	2	100,0	13	50,0	8	57,1	56	53,8
Familia Incompleta	-	-	-	-	-	-	1	7,1	1	1,0
Total	62	100,0	2	100,0	26	100,0	14	100,0	104	100,0

La tabla muestra que la mayoría de cuidadores familiares provienen de familias extensas 53,8% más que nuclear. En ese sentido los niños que tienen desnutrición en especial la crónica pertenecen a este tipo de familia. Estos resultados tienen relación con lo investigado por Zuñiga³ donde concluye que la composición familiar de los lactantes es del tipo nuclear en un 29%, y familia extensa 31%. Contrariamente al

estudio de Alarcón¹⁹ quién encontró que la proporción de familias nucleares y extensas fue similar (53,1% y 46.9% respectivamente).

Los resultados también tienen relación con lo señalado por Aguilar⁹ quién manifiesta que existe relación significativa entre el tipo de familia con el grado de desnutrición del preescolar. Por ello es importante dar mayor atención al factor composición familiar en el desarrollo nutricional del niño, puesto que en muchos casos solo son el primero y el último de los hijos quienes gozan de la mayor atención por parte de los padres, para el niño la familia constituye un mecanismo natural de atención y cuidado, asumiendo funciones elementales en el campo de la salud, las cuales son de tipo preventivo, terapéutico o de sostén emocional.

Tabla 10: Estado nutricional y el nivel de conocimiento del cuidador familiar. Sector Magllanal-Jaén, 2013.

Nivel de conocimientos	ESTADO NUTRICIONAL									
	Normal		Desnutrición Aguda		Desnutrición Crónica		Desnutrición Global		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bajo	33	53,2	2	100,0	22	84,6	10	71,4	67	64,4
Medio	28	45,2	-	-	4	15,4	4	28,6	36	34,6
Alto	1	1,6	-	-	-	-	-	-	1	1,0
Total	62	100,0	2	100,0	26	100,0	14	100,0	104	100,0

En la valoración del factor social medido a través del nivel de conocimiento acerca de la alimentación y nutrición del niño de uno a cinco años, se observa que el cuidador familiar tiene un grado de conocimiento bajo (64,4%) mientras que solo el 1% un nivel de conocimiento alto; lo que podría estar influenciando en el estado nutricional de los niños.

Muchos cuidadores familiares desconocen algunos aspectos de la alimentación y nutrición del niño como por ejemplo: la cantidad de alimento para el niño según la edad, los alimentos que ayudan a su crecimiento y le brindan fuerza y energía, así como los alimentos que le protegen de las enfermedades.

Coincidentemente con los resultados, Contreras y García²⁵ llegaron a las siguientes conclusiones: El conocimiento de las madres acerca de la alimentación es escasa teniendo a un 86,3% de madres con conocimientos medio o bajo y sólo el 13,7% un conocimiento alto. Afirmando que la mayoría de las madres que alimentan a sus niños no tienen los conocimientos adecuados para brindar una alimentación de calidad.

Los resultados encuentran sustento teórico en lo señalado por la UNICEF²⁷ en su marco conceptual, donde se menciona que la falta de conocimientos de la madre es una causa subyacente que genera inadecuadas prácticas del cuidado para el niño influyendo así en la desnutrición infantil.

El nivel de conocimientos y la educación materna son considerados herramientas para combatir la desnutrición infantil y un componente clave en la mejora de la calidad de vida de las personas, manifestándose en el desarrollo económico y social de un país. Sin embargo, en el estudio realizado por Aguilar⁹ el año 2010 no encuentra relación entre el factor nivel de conocimiento sobre alimentación y nutrición del cuidador con el grado de desnutrición del pre escolar; situación diferente menciona Ramírez² en su investigación el año 2009 donde afirma que la mayoría de madres presentan un nivel regular de conocimiento sobre nutrición del niño preescolar.

Tabla 11: Estado nutricional y factores culturales del cuidador familiar. Sector Magllanal-Jaén, 2013.

ITEM	ESTADO NUTRICIONAL					
	Normal	Desnutrición Aguda	Desnutrición Crónica	Desnutrición Global	Total	
	%	%	%	%	%	
La betarraga previene la anemia	Sí	67,7	100,0	65,4	64,3	67,3
	No	32,3	-	34,6	35,7	32,7
Los caldos son nutritivos	Sí	22,6	50,0	38,5	42,9	29,8
El niño y la niña consumen la misma cantidad y calidad de alimentos	No	77,4	50,0	61,5	57,1	70,2
	Sí	75,8	100,0	42,3	57,2	65,4
	No	24,2	-	57,7	42,9	34,6
La avena y la leche deben hervirse juntas	Sí	62,9	50,0	76,9	71,4	67,3
	No	37,1	50,0	23,1	28,6	32,7
Su religión le prohíbe consumir algún alimento	Sí	16,1	-	7,7	7,1	12,5
	No	83,9	100,0	92,3	92,9	87,5
Durante la enfermedad del niño y la niña se incrementa la frecuencia de las comidas	Sí	59,7	50,0	57,7	78,6	61,5
	No	40,3	50,0	42,3	21,4	38,5
Cuando un niño enferma se le brinda comidas de su agrado	Sí	62,9	100,0	57,7	50	60,6
	No	37,1	-	42,3	50	39,4
Total		100	100	100	100	100

De todos los ítems del estudio sobre los factores culturales relacionados con el estado nutricional del niños de 1 a 5 años solamente el primer ítem muestra relación con el estado nutricional del niño, donde se observa que del total de encuestados el 67,3% de cuidadores familiares responden que la betarraga ayuda a prevenir la anemia. Situación que consideramos una creencia errónea, según Merizalde O,²⁴ en su estudio menciona que la betarraga contiene minerales, con una buena cantidad en yodo, sodio y potasio, donde éste último muestra una concentración media de 325 mg y están

presentes en menor cantidad, el magnesio, el fósforo y el calcio. Aunque contiene hierro, la betarraga no se considera una fuente importante porque presenta una cantidad baja.

Este resultado encuentra relación con la investigación realizada por Romo⁹ quien en la búsqueda de creencias alimentarias encontró que las familias creen que ciertos alimentos principalmente los vegetales (zanahoria, betarraga, limón), curan enfermedades, siendo mencionada en mayor proporción la betarraga, respecto de la cual existen creencias tales como "cura la anemia", "es buena para la sangre", la mayoría de la población piensan que dicho alimento por ser de color rojo ayuda a incrementar los glóbulos rojos y por ende la anemia.

De los resultados se concluye que: son mínimos los factores culturales del cuidador familiar en el Sector Magllanal que condicionan la desnutrición del niño de 1 a 5 años.

Tabla 12: Estado nutricional y alimentos que contiene la lonchera del niño de 1 a 5 años. Sector Magllanal-Jaén, 2013.

Alimentos	ESTADO NUTRICIONAL				Total
	Normal	Desnutrición Aguda	Desnutrición Crónica	Desnutrición Global	
	%	%	%	%	
Nutritivos	79,0	50,0	34,6	50,0	63,5
No nutritivos	21,0	50,0	65,4	50,0	36,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Del total de la muestra, la mayoría de cuidadores familiares colocan alimentos nutritivos en la lonchera de su niño (63,5%). El 79% de niños con estado normal

consumen alimentos nutritivos. Sin embargo un 65,4% de niños con desnutrición crónica reciben alimentos no nutritivos a través de la lonchera escolar, situación que explica el nivel de conocimientos de la madre, pero también las prácticas erróneas sobre la alimentación. En los últimos años se ha visto incrementado el consumo de alimentos denominados “chatarra” como chizitos entre otros. Es posible que la política de Estado a través del programa alimentación saludable influya en los patrones de alimentación de los niños.

Los resultados del estudio son semejantes a lo reportado por Dávila¹⁴, quien indica que, el 38,9% de los niños no llevan la lonchera escolar; y el otro 61% de los niños llevan lonchera que contienen alimentos nutritivos (jugos, lácteos, harinas). El 44,4% de niños consumen alimentos no nutritivos como golosinas, gaseosas, además de chupetes y gomas de mascar. Esto evidencia, que los niños consumen las golosinas porque son de preferencia infantil; sin embargo, el consumo excesivo de estas pueden ser inadecuadas para obtener una alimentación balanceada tanto en calidad como en cantidad que beneficie su desarrollo físico y mental por su bajo nivel nutricional.

Según Meyer Magarici³⁷ menciona que la lonchera debe contener alimentos energéticos, reguladores y constructores. Su función es mantener suficientes reservas de nutrientes durante el día escolar, suministrar alimentos nutritivos que al pequeño le guste y crear hábitos saludables de alimentación. Por lo tanto, la lonchera contribuye a que el niño mantenga una dieta balanceada durante el día con suficientes reservas de nutrientes para recuperar las energías perdidas durante sus actividades.

De los resultados se concluye que: Hay un alto porcentaje de cuidadores familiares que colocan en la lonchera del niño alimentos nutritivos condicionando a un estado nutricional normal. Sin embargo, en relación a la desnutrición existe un porcentaje significativo de niños con desnutrición crónica que consumen alimentos no nutritivos a través de la lonchera.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- La mayor proporción de niños de 1 a 5 años del sector Magllanal tienen un estado nutricional normal, y en menor proporción presentan algún tipo de desnutrición aguda, crónica y global.
- Los principales factores socioculturales del cuidador familiar relacionados con el estado nutricional del niño de 1 a 5 años en su mayoría son: Madres, adultas jóvenes, de ocupación ama de casa, con educación primaria incompleta, profesan la religión católica, tienen un ingreso económico menor a un sueldo mínimo vital, viven en relación conyugal de convivencia, y creen que el consumo de la betarraga ayuda a prevenir la anemia.

RECOMENDACIONES

- Realizar investigaciones sobre el tema con otro abordaje metodológico para tener una comprensión más profunda acerca de los aspectos socioculturales que condicionan el estado nutricional del niño.
- Socializar los resultados del estudio con los trabajadores de salud para establecer estrategias e intervenciones adecuadas de acuerdo a la realidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wilkinson R, Marmot M. Los determinantes sociales de la salud. hechos probados. Publicado en 2003 por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud con el título de Social determinantes of health. The solid facts. Second edition. [en línea]. [consultado el 31 de abril del 2013]. URL Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/salud-publica-y-atencion-primaria-de-salud/otros-recursos-lecturas/bloqueii/Hechos%20prob.pdf>.
2. Ramírez E. Conocimiento sobre nutrición del pre-escolar y factores biosocio económicos maternos [tesis] Lima: Universidad Católica los Ángeles Chimbote. Facultad de Ciencias de la Salud; [en línea]; 2009. [consultado el 4 de mayo del 2013]. URL Disponible en: <http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/16937.pdf>
3. Zúñiga L. Factores biosocioculturales del cuidador (a) familiar y estado nutricional del niño menor de 1 año asentamiento humano justicia paz y vida Huancayo [tesis]. Huancayo: Universidad los Ángeles de Chimbote. facultad de ciencias de la salud; [en línea]; 2008. [consultado el 12 de junio del 2013]. URL Disponible en: <http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/7692.pdf>
4. Médicos sin frontera. Noticias [revista en línea]; 2009 [consultado el 14 de junio del 2013]. URL Disponible en: http://www.medicossinfronteras.org.mx/web/index.php?id_pag=591.
5. RPP noticias. “Se reduce tasa de desnutrición crónica infantil en el Perú”. [en línea]; 2013. [Consultado el 30 de agosto del 2013] URL Disponible en: http://www.rpp.com.pe/2013-04-29-se-reduce-tasa-de-desnutricion-cronica-infantil-en-el-peru-noticia_590169.html

6. Instituto peruano de economía (IPE). “Grandes avances: superando la emergencia silenciosa”2013 [en línea], 2013. [consultado el 06 de septiembre del 2013]. URL Disponible en: <http://ipe.org.pe/salud/desnutricion>.
7. UNICEF. “La desnutrición infantil condena a un país a la eterna pobreza”. Artículo sobre desnutrición. New York, Marzo del 2006. [en línea] Perú. 2010. [Consultado el 15 de agosto del 2013] URL. Disponible en: <http://www.bvsde.ops-oms.org/texcom/nutrición/dipticoII.pdf>.
8. Dirección Regional de Salud (DIRESA) Cajamarca enero a setiembre 2012. reporte del estado nutricional del niño menor de 5 años por distritos/provincia. [en línea] 2012. [consultado el 29 de octubre del 2013] URL Disponible en: <http://www.diresacajamarca.gob.pe/sites/default/files/documentos/indicadores/REPORTES%20SIEN%20NI%C3%91OS%20ANUAL%202012%20DIRESA%20CAJAMARCA.pdf>.
9. Aguilar D. Factores Biosocioculturales y Económicos del cuidador familiar y grado de desnutrición en pre escolares –talara [tesis]. Piura: Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Facultad de ciencias de la salud; 2010. Disponible en: <http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/18476.pdf>
10. Herrera C. “Características, conocimientos y aptitudes de la madre sobre nutrición infantil”, Lima; 2010. Disponible en: <http://share.pdfonline.com/ed373b6acc6e4e0d881c9b79cd47d773/PROYECTO%20DESNUTRICION.htm>
11. Encuesta Demográfica y Salud Familiar (ENDES) – Estado nutricional del niño- desnutrición y la educación de la madre; 2010. Disponible en: http://desa.inei.gob.pe/endes/Investigaciones/Libro_Endes.pdf
12. Nieto B, Suárez M. “Factores asociados al estado de desnutrición leve subsecuente en los niños menores de 5 años en la Clínica Comunal Guadalupe.

- Período de enero-junio de 2010.” [tesis] El Salvador: Universidad de el Salvador. Facultad de Salud Pública; 2010. disponible en: http://www.medicina.ues.edu.sv/index.php?option=com_content&view=article&id=102&itemid=127
13. Cortez R. El Gasto Social y sus Efectos en la Nutrición Infantil. Documento de Trabajo No. 38. Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico; 2009.
 14. Dávila T “Alimentación en niños y niñas de 0-3 años en centros de educación inicial sector los cursos” – ciudad de Mérida; 2009. Venezuela. Disponible en: http://tesis.ula.ve/pregrado/tde_busca/archivo.php?codArchivo=1722
 15. Silva Z, Vílchez R, Panduro A, Chuquipiondo C, Toro M, Encinas M, et al. Situación Nutricional y hábitos Alimentarios en preescolares del Distrito de Belén. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Iquitos; 2009.
 16. Cabeñas I, Mercado S, y Ruiz N. Nivel socioeconómico y de conocimientos de las madres sobre alimentación y su influencia en el estado nutricional del niño menor de 5 años en el Barrio Aranjuez [tesis]. Trujillo;2009
 17. Duran B. La ocupación de la madre como factor determinante del estado nutricional de niños menores de 7 años de ciudad Juárez [tesis]. Juárez: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Departamento de Ciencias Básicas; 2009. Disponible en: <http://www.uacj.mx/ICB/RedCIB/publicaciones/Tesis%20Licenciatura/Documents/Nutrici%C3%B3n/La%20ocupaci%C3%B3n%20de%20la%20madre%20como%20factor%20determinante%20del%20estado%20nutricio%20de%20ni%C3%B1os%20menores%20de%207%20a%C3%B1os%20de%20Ciudad%20Ju%C3%A1rez.pdf>
 18. Zúñiga L. “Factores biosocioculturales del cuidador (a) familiar y estado nutricional del niño menor de 1 año asentamiento humano justicia paz y vida

Huancayo” [tesis] Universidad Los Ángeles De Chimbote Facultad De Ciencias De La Salud; 2008.

19. Alarcón M, García J, Romero P, Assol A. Prácticas alimentarias: relación con el consumo y estado nutricional infantil. Respyn [revista en línea] 2008 [consultado el 13 de junio del 2013]; Volumen 9 No. 2. Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/ix/2/articulos/practicas.htm>.
20. Gaona S. Factores biosocioculturales y económicos del cuidador familiar y desnutrición en niños de uno a cinco años del Asentamiento Humano Santa Julia - Piura, Diciembre 2007. [tesis]. Piura, Perú. Universidad Los Ángeles de Chimbote; 2007.
21. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Desnutrición en la República Dominicana; 2007. [Consultado el 27 de setiembre del 2013] URL Disponible en: http://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10172.htm
22. Córdova R, Novoa F, en su investigación “Factores socioculturales económicos y desnutrición en niños de 1-4 años centro de salud santa teresita”, [en línea] Sullana; 2006. [Consultado el 27 de setiembre del 2013] URL. Disponible en: <http://share.pdfonline.com/ed373b6acc6e4e0d881c9b79cd47d773/PROYECTO%20DESNUTRICION.htm>
23. Requena L, “Conocimientos y prácticas que tienen las madres sobre el contenido de la lonchera y su relación con el estado nutricional del preescolar de la I.E.I. N°524 Nuestra Señora de la Esperanza en Octubre del 2006”, [en línea] Perú; 2006. [Consultado el 12 de agosto del 2013] URL. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/548/1/canales_ho.pdf
24. Merizalde O, “Nutricional de la remolacha: innovación y creación de nuevas preparaciones gastronómicas que Permitan su difusión” 2006 [en línea] Ecuador;

2006. [Consultado el 21 de setiembre del 2013] URL. Disponible en: http://repositorio.ute.edu.ec/bitstream/123456789/9481/1/29451_1.pdf
25. Contreras J, García M. Alimentación y Cultura o perspectivas antropológicas. Barcelona: Ariel; 2005.
26. Romo María, López D, López I, Morales C, Alonso Katia. En la búsqueda de creencias alimentarias a inicios del siglo xxi. Rev. chile. nutr. [revista en línea]. 2005 Abr [consultado 2013 Dic 23] ; 32(1): 60-65. URL Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775182005000100007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182005000100007>.
27. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Lineamientos Estratégicos para la Erradicación de la Desnutrición Crónica Infantil en América Latina y el Caribe; [en línea]; 2008 [Consultado el 27 de setiembre del 2013] URL Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/final_estrategia_nutricion\(2\).pdf](http://www.unicef.org/lac/final_estrategia_nutricion(2).pdf)
28. Silva J, Zúñiga O. Factores socioculturales del cuidador(a) familiar y el grado de asistencia al control de crecimiento y desarrollo (cred) de los niños de 1 a 5 años del Puesto de Salud del Distrito Callhuas [tesis]. Huancayo: Universidad los Ángeles de Chimbote. Facultad De Ciencias De La Salud; 2008.
29. Diccionario Mosby - Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud, Ediciones Hancourt, S.A; 1999. Disponible en: http://www.esacademic.com/dic.nsf/es_mediclopedia/33915/edad.
30. Instituto Nacional de Estadística (INEI), Perfil sociodemográfico del Perú, [en línea]; agosto 2008. [Consultado el 27 de setiembre del 2013] URL Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/>
31. Hernández L, Zequeira D, Miranda A. La percepción del cuidado en profesionales de enfermería, Rev. Cubana Enfermar v.26 n.1. Ciudad de la

- Habana, [en línea]; ene.-mar. 2010. [Consultado el 14 de Junio del 2013]. Disponible en: http://www.eustat.es/documentos/opt_0/tema_303/elem_2376/definicion.html#axzz2WAVPBIF0
32. Esteban M, Zambrano M. Factores biosocioculturales del cuidador (a) familiar y estado nutricional del niño menor de 1 año asentamiento humano la victoria Huancayo [tesis] Huancayo: Universidad Los Ángeles De Chimbote. Facultad De Ciencias De La Salud; 2008 <http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/7693.pdf>.
33. Diario Perú 21. [en línea], 2012 [Consultado el 11 de mayo del 2013] URL Disponible en: <http://peru21.pe/2012/05/11/economia/aumento-sueldo-1-junio-2023827>.
34. Alvarado Beatriz Eugenia, Tabares Rosa Elizabeth, Delisle Helene, Zunzunegui María-Victoria. Creencias maternas, prácticas de alimentación, y estado nutricional en niños Afro-Colombianos. ALAN [revista en línea]; 2005 Ene [consultado 2013 Jun 25]; 55(1): 55-63. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222005000100008&lng=es
35. Weir A, como conseguir un crecimiento y desarrollo adecuado en el niño, como valoramos el crecimiento y el desarrollo del niño [en línea]; abril 2008 [consultado el 29 de abril de 2008] URL Disponible en: <http://www.fastonline.org/CD3WD40/HLTHES/APS/APS18S/ES/CHO2.TOPOFPA>.
36. Chilon R, Gallardo M, "Factores socioeconómicos-culturales y estado nutricional del menor de 5 años. Comunidad de Lucmachuco [tesis] Bambamarca: Universidad Nacional de Cajamarca. Facultad De Ciencias De La Salud; 2009.
37. Canales O. Efectividad de la sesión educativa "Aprendiendo a preparar loncheras nutritivas" en el incremento de conocimientos de madres de preescolares en la Institución Educativa San José, El Agustino, [tesis] Lima: universidad nacional mayor de san marcos. Facultad de medicina humana. E.A.P.

de Enfermería; 2009 [consultado el 13 de junio del 2013] URL. disponible en:http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/548/1/canales_ho.pdf

38. Organización Mundial de la Salud (OMS) / Nutrición [en línea] [consultado el 20 de noviembre de 2013] URL Disponible en: <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>.
39. Organización Mundial de la Salud (OMS) - Situación del estado nutricional del niño.[en línea]; 2010 [consultado el 28 de noviembre de 2013] URLdisponible en:http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=2
40. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.(FAO)[en línea] [consultado el 30 de diciembre de 2013] URLdisponible en:<http://www.fao.org/hunger/es/>
41. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (FAO) [en línea] [consultado el 1 de enero de 2014] URL<http://www.fao.org/docs/eims/upload/5068/viveropol.pdf>
42. Ministerio de Salud, diagnósticos regionales de salud pública basados en el enfoque de los determinantes sociales de la salud. Disponible en: https://www.google.com.pe/?gws_rd=cr&ei=tmO2UqTEo6fkQeeroDoCA#q=Modelo+de+Determinantes+sociales+y+desigualdades+en+salud
43. Galiano A. Diccionario ilustrado de Términos Médicos. 2010. Disponible en: http://www.esacademic.com/dic.nsf/es_mediclopedia/7265/edad.
44. Wisbaum W. la desnutrición infantil: causas consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. UNICEF España. 2011 <http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>
45. ENDES – el estado nutricional del niño y su clasificación 2007. Disponible en: <http://desa.inei.gob.pe/endes/endes2007/11.%20Lactancia%20y%20Nutrici%C3%B3n%20de%20Ni%C3%B1os/11.6%20Nutrici%C3%B3n%20de%20los%20Ni%C3%B1os.html>

ANEXOS

ANEXO 1

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO SEGÚN ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD ALFA – CRONBACH

Alfa de Cronbach
0.88

Fuente Encuesta Piloto

El análisis de confiabilidad mediante el Alfa de Cronbach, nos da como resultado que el instrumento tiene una confiabilidad de 0.88, lo que es aceptable para la aplicación del estudio.

ANEXO 2

“Factores socioculturales del cuidador familiar relacionados con el estado nutricional del niño de 1- 5 años en el sector Magllanal-Jaén, 2013”

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

Nº	ITEMS	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica.		
2	La secuencia de presentación de los ítems es óptima.		
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems es aceptable		
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.		
5	Los ítems reflejan el problema de investigación.		
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación.		
8	Los ítems permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.		
9	El instrumento abarca las variables e indicadores.		
10	Los ítems permitirán contrastar las hipótesis.		

SUGERENCIAS:

.....
.....

Fecha:/...../...

Nombre y Firma del Experto

ANEXO 3

EVALUACIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS

MATRIZ DE RESPUESTAS

ITEM	EXPERTO				TOTAL
	1	2	3	4	
01	1	1	1	1	0,99
02	1	1	1	1	0,99
03	1	1	1	1	0,99
04	1	1	1	0	0,75
05	1	1	1	1	0,99
06	1	1	1	1	0,99
07	1	1	1	1	0,99
08	1	1	1	1	0,99
09	1	1	1	1	0,99
10	1	1	1	1	0,99

Respuesta de los profesionales: 1= Si, 0= No

ANEXO 4



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA SEDE - JAÉN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente estudio tiene como objetivo Determinar los factores socioculturales del cuidador familiar relacionados con el Estado Nutricional del niño de 1 a 5 años, en el sector Magllanal; por lo que se le solicita a usted la participación en el presente trabajo de investigación, la cual es voluntaria.

Antes de tomar una determinación de su participación, lea con atención lo siguiente: El procedimiento que se llevará a cabo en este estudio es el siguiente:

1. Se le realizará una serie de preguntas en relación a su niño y a usted, como cuidador familiar, dichas preguntas serán respondidas mediante un cuestionario; para lo cual se le pide que responda con veracidad y seriedad.
2. Toda información obtenida en el presente estudio es confidencial y solo tendrá acceso a ella usted y el investigador.
3. En caso de no estar dispuesta (o) a participar en el estudio, usted tendrá derecho a retirarse voluntariamente con todas las garantías del ejercicio pleno y libre de sus facultades civiles.

En vista de lo antes expuesto y en plena función de mis facultades físicas, mentales y civiles:

Yo..... Documentada (o) con D.N.I

Nº..... Domiciliada (o) en.....

Acepto participar en el presente estudio y me someto a todas las exigencias que este supone y de las cuales he tenido conocimiento por el presente documento.

Jaén,..... de..... del 2013

Firma o huella digital del participante



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA SECCIÓN - JAÉN
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



CUESTIONARIO DE FACTORES SOCIOCULTURALES DEL CUIDADOR FAMILIAR RELACIONADOS CON EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 1 A 5 AÑOS, EN EL SECTOR MAGLLANAL-JAÉN 2013

***INSTRUCCIONES:** Estimado(a) Señor(a) a continuación presentamos una serie de preguntas que nos permitirá determinar los factores socioculturales del cuidador (a) familiar relacionado con el estado nutricional del niño, de 1 a 5 años, en el Sector Magllanal. Marque con un aspa "X" la respuesta correcta para usted y responda las preguntas según sea conveniente, se le solicita datos verdaderos y de absoluta sinceridad. Se garantizará el ANONIMATO Y CONFIDENCIALIDAD, agradecemos por anticipado su participación.*

I. Características del Cuidador Familiar

1. ¿Quién se encarga del cuidado de su niño?

- a) Padre
- b) Madre
- c) Hermano (a)
- d) Abuelo
- e) Otros Especificar:

2. ¿Cuál es su edad?:

3. Sexo:

- a) Femenino
- b) Masculino

4. Estado Civil:

- a) Soltero (a)
- b) Casado(a)
- c) Divorciado (a)
- d) Viudo (a)
- e) Conviviente

5. Ocupación:

- a) Ama de casa
- b) Agricultor
- c) Empleado
- d) Obrero
- e) Comerciante
- f) Otros Especificar:

6. Nivel de instrucción:

- a) Sin instrucción
- b) Primaria incompleta

- c) Primaria Completa ()
- d) Secundaria incompleta ()
- e) Secundaria Completa ()
- f) Superior incompleta ()
- g) Superior completa ()

7. ¿Cuánto es su ingreso familiar mensual? :.....

8. Religión

- a) Católico ()
- b) Adventista ()
- c) Evangélico ()
- d) Testigos de Jehová ()
- e) Otros () Especificar:

9. **Tipo de familia:** Mi hogar está constituido por:

- a) Mamá, papá e hijos. ()
- b) Mamá, papá, hijos y otros familiares ()
- c) Los hijos y un solo padre (mamá o papá) ()
- d) Madre o padre con hijos adoptados o familiares a su custodia ()
- e) Mamá con sus hijos y papá con sus hijos de pareja anterior ()

II. Conocimientos del cuidador familiar sobre alimentación y nutrición del niño de 1 a 5 años.

10. ¿Cuántas veces al día se debe brindar los alimentos al niño según su edad?

De 1 a 2 años:

- a) 2 veces + lactancia materna ()
- b) 3 veces + 1 refrigerio + LM ()
- c) 3 veces + 2 refrigerios + L M ()
- d) A libre demanda ()

De 3 a 5 años:

- a) 2 veces + 1 refrigerio ()
- b) 3 veces + 1 refrigerio ()
- c) 3 veces + 2 refrigerios ()
- d) A libre demanda ()

11. ¿Qué consistencia deben tener las preparaciones que le da a su niño?

- a) Licuado ()
- b) Aplastado ()
- c) Picado ()
- d) De la olla familiar ()

12. ¿Cuál es la cantidad que debe comer su niño cada vez que lo alimenta?

De 1 a 2 años:

- a) De 2 a 3 cucharadas ()
- b) De 5 a 7 cucharadas ()
- c) De 7 a 10 cucharadas ()
- d) De 10 a 15 cucharadas ()

De 3 a 5 años:

- a) De 5 a 7 cucharadas ()
b) De 7 a 10 cucharadas ()
c) De 10 a 15 cucharadas ()
d) Plato mediano ()
13. Cuántas veces a la semana su niño debe consumir alimentos de origen animal (hígado, sangrecita, bazo, pescado):
- a) Una vez a la semana ()
b) Dos veces a la semana ()
c) Tres veces a la semana ()
d) Todos los días ()
14. Cuántas veces a la semana su niño debe consumir frutas y verduras:
- a) Una vez a la semana ()
b) Dos veces a la semana ()
c) Tres veces a la semana ()
d) Todos los días ()
15. ¿Qué alimentos considera necesarios para el crecimiento de su niño?
- a) Leche, Hígado, Sangrecita, huevos, pescado ()
b) Arroz, papa, yuca, camote ()
c) Tomate, zanahoria, plátano ()
d) Todas las anteriores ()
e) No sabe, no contesta ()
16. ¿Qué alimentos le brindan fuerza y energía a su niño?
- a) Avena, arroz, papa, vituca, camote, aceite ()
b) Bazo, hígado, sangrecita, huevos ()
c) Plátano, lechuga, tomate, zanahoria ()
d) Pescado, leche, zapallo, papa ()
e) No sabe, no contesta ()
17. ¿Qué alimentos protegen el cuerpo de las enfermedades y ayudan mantener la salud de su niño?
- a) Hígado, Sangrecita, Bazo, pescado, queso ()
b) Arroz, papa, racacha, camote, palta, aceite ()
c) Tomate, zanahoria, naranja, espinaca, plátano ()
d) Todas las anteriores ()
f) No sabe, no contesta ()
18. ¿Qué combinación cree Ud., que es adecuada para el desayuno de su niño?
- a) Quinua + pan + mantequilla ()
b) Papa + hígado + fruta + kiwicha ()
c) Arroz + pollo + ensalada ()
d) Todas las anteriores ()
e) No sabe, no contesta ()

19. ¿Cree que la betarraga es un alimento que ayuda a prevenir la anemia?
 Si No
 ¿Porqué?.....
20. ¿Los caldos son preparaciones que alimentan y nutren a su niño?
 Si No
 ¿Porqué?.....
21. ¿El niño y la niña deben comer la misma cantidad y calidad de alimentos?
 Si No
 ¿Porqué?.....
22. ¿Cree usted que la avena y la leche deben hervir juntas al prepararlo?
 Si No
 ¿Porqué?.....
23. ¿Qué alimentos coloca en la lonchera de su niño?

24. ¿Su religión le prohíbe consumir algún alimento?
 Si No
 ¿Cuáles?.....
25. ¿Durante la enfermedad de su niño usted incrementa la frecuencia de las comidas?
 Si No
 ¿Porqué?.....
26. ¿Cuándo está enfermo su niño le brinda solamente comidas de su agrado?
 Si No
 ¿Porqué?.....

ANEXO 7

DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE MUESTRA

$$n = \frac{4 * N * p * q}{E^2(N-1) + 4 * p * q}$$

Dónde:

n: Tamaño de muestra.

N: 423 cuidadores familiares

p: Proporción de casos de la población que tienen las características que se desean estudiar (0.5)

q: Proporción de la población que no tienen las características de interés (0.5)

E: 0.07

$$n = \frac{4 * 423 * 0.5 * 0.5}{(0.07)^2 (423 - 1) + 4 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 138$$

Ajustamos muestra:

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

$$n = 104$$

Muestreo Estratificado (estrato grupo de edad)

Edades	Población Fracción (0.245)	Muestra
1 año	167	41
2 años	106	26
3 años	56	14
4 años	59	14
5 años	35	9
Total	N=423	n=104