FACULTAD DE ENFERMERIA

TEMA

"FACTORES MATERNOS ASOCIADOS AL RIESGO DE DESNUTRICIÓN EN NIÑOS DE 6 A 36 MESES DEL CENTRO DE SALUD MORONA COCHA I-4, 2015"

PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO (A) EN ENFERMERIA

AUTORES

Bach. Enf. DELGADO SÁNCHEZ HÉCTOR DANIEL

Bach. Enf. TUESTA DORADO PATSY

Bach. Enf. VALQUI GATICA ILIANA ADRYE

ASESORES

Lic. Enf. RUTH VILCHEZ RAMIREZ, Dra.

Ing. SAUL FLORES NUNTA, Mgr

IQUITOS-PERU

2015

"FACTORES MATERNOS ASOCIADOS AL RIESGO DE DESNUTRICIÓN EN NIÑOS DE 6 A 36 MESES DEL CENTRO DE SALUD MORONA COCHA I-4, 2015"

AUTORES

Bach. Enf. Delgado Sánchez Héctor Daniel, Bach. Enf. Tuesta Dorado Patsy, Bach. Enf. Valqui Gatica Iliana Adrye

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la desnutrición es una de las causas subyacentes en aproximadamente la tercera parte de las defunciones infantiles. Según estándares internacionales, casi el 30% de niños menores de cinco años sufre de este mal. En Loreto la desnutrición crónica en niños menores de 5 años muestra una evolución estacionaria en los 3 últimos años, con casi 1 niño desnutrido crónico de cada 4 niños. El estudio tuvo como objetivo determinar los factores maternos (edad, trabajo, nivel educativo, ingresos económicos, espacio intergenésico) asociados al riesgo de desnutrición en niños de 6 a 36 meses atendidos en el consultorio CREDE del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015. La metodología empleada fue el cuantitativo, diseño no experimental, transversal, correlacional. La muestra estuvo conformada por 123 madres con niños de 6 a 36 meses que acuden al centro de salud Morona Cocha I-4. Los datos se recolectaron aplicando el cuestionario "Factores maternos asociados al riesgo de desnutrición en niños de 6 a 36 meses del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015".

El procesamiento de datos se realizó utilizando el programa estadístico SPSS versión 22, obteniendo lo siguiente: el **100.0% (123)** de madres con niños(as) 6 a 36 meses**,** el **20.3% (25)** tienen menor edad y el **79.7% (98)** tienen mayor edad, el **26.8% (33)** de ellas presentan trabajo remunerado, mientras que el **73.2% (90)** no tienen trabajo remunerado, el nivel educativo el **27.6% (34)** tienen menor nivel educativo y el **72.4% (89)** manifiestan tener mayor nivel educativo, con menor ingreso económico son el **52.8% (65)** y con mayor ingreso el **47.2% (58),** con menor espacio intergenésico el **48.0% (59)** de las madres, mientras que el **52.0% (64)** tienen mayor espacio intergenésico. Asimismo se determinó que del **100% (123) el 93.5%** es decir 115 presentan riesgo de desnutrición mientras que el **6.5%** no presentan riesgo de desnutrición. Se logró determinar que existe relación estadísticamente significativa entre el riesgo de desnutrición y las variables trabajo $\mathbf{p = 0.001, < \alpha = 0.05}$, ingresos económicos $\mathbf{p = 0.018, < \alpha = 0.05}$ y espacio intergenésico $\mathbf{p = 0.038, < \alpha = 0.05}$; al mismo tiempo se logró determinar que no existe relación estadísticamente significativa entre el riesgo de desnutrición y las variables edad $\mathbf{p = 0.140, > \alpha = 0.05}$ y nivel educativo $\mathbf{p = 0.071, > \alpha = 0.05.}$

Palabras claves: Riesgo de desnutrición, factores maternos.

"MATERNAL FACTORS ASSOCIATED WITH RISK OF MALNUTRITION IN CHILDREN FROM 6 TO 36 MONTHS OF HEALTH CENTER MORONA COCHA I-4, 2015"

AUTHORS

Bach. Enf. Delgado Sánchez Héctor Daniel, Bach. Enf. Tuesta Dorado Patsy, Bach. Enf. Valqui Gatica Iliana Adrye

The World Health Organization (WHO) indicates that malnutrition is an underlying cause in about one third of child deaths. According to international standards, almost 30% of children under five suffer from this disease. In Loreto chronic malnutrition in children under 5 years shows a steady evolution in the last 3 years, with almost 1 child in 4 chronically malnourished children. The study aimed to determine maternal factors (age, occupation, education, income, birth spacing) associated with risk of malnutrition in children aged 6-36 months seen in the doctor's CREDE Morona Cocha Health Center I-4, 2015. The methodology used was quantitative, non-experimental, cross-sectional correlational design. The sample consisted of 123 mothers with children aged 6-36 months come to the health center Morona Cocha I-4. The data was collected through the questionnaire "Maternal factors associated with risk of malnutrition in children 6-36 months of Morona Cocha Health Center I-4, 2015".

Data processing was performed using SPSS version 22, obtaining the following: 100.0% (123) of mothers with children (as) 6-36 months, 20.3% (25) are younger and 79.7% (98) are older, 26.8% (33) of them have paid work, while 73.2% (90) have no paid employment, educational level 27.6% (34) have less education and 72.4% (89) say they have more education, less income are 52.8% (65) and higher income 47.2% (58), with lower birth spacing 48.0% (59) of mothers, while 52.0% (64) have higher birth spacing. It was also determined that 100% (123) 93.5% ie 115 at risk of malnutrition while 6.5% no risk of malnutrition. It was determined that there is a statistically significant relationship between the risk of malnutrition and labor variables $p = 0.001$, $< \alpha = 0.05$, $p = 0.018$ income, $< \alpha = 0.05$ and $p = 0.038$ birth spacing, $< \alpha = 0.05$; while it was determined that there is no statistically significant relationship between the risk of malnutrition and age variables $p = 0.140$, $> \alpha = 0.05$ and $p = 0.071$ education, $> \alpha = 0.05$.

Keywords: Risk of malnutrition, maternal factors

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Tesis aprobada en sustentación pública el día……por el jurado nombrado por la dirección de Escuela de Formación Profesional de la Facultad de Enfermería para optar el título profesional de:

LICENCIADA (O) EN ENFERMARÍA

_____

Lic. Enf. Carmen Chuquipiondo Carranza Dra.
Presidente

_____

Lic. Enf. Rosario Bardales Arévalo Dra.
Miembro

_____

Lic. Enf. Ruth Vílchez Dra
Asesora

DEDICATORIA

A Dios, que me permitió llegar a esta etapa de mi vida, con salud y haberme regalado una maravillosa familia

A mi amada madre **Sarita Andrea Sánchez Pizango** que siempre estuvo conmigo en los momentos más difíciles, gracias a ella y a su sacrificio diario, es que puedo ver hoy alcanzada mi meta.

Héctor Daniel Delgado Sánchez

DEDICATORIA

A Dios, por darme la vida y permitirme llegar a esta etapa de mi vida, y culminar satisfactoriamente mí carrera y permitirme estar al lado de mi familia

A mi querido papá, Luis Tuesta Hernández a quien agradezco sus sabios consejos y apoyo incondicional para salir adelante a pesar de los obstáculos encontrados en el camino

A mi querida mamá Juana Mercedes Dorado Guerra, por los consejos y apoyo incondicional que me brindó durante todo el desarrollo de mi carrera.

Patsy Tuesta Dorado

DEDICATORIA

A Dios, que me ha regalado la vida, salud y muchas bendiciones; por darme el más grande regalo, una extraordinaria familia que siempre me acompaña y apoya.

A mi querido papá **Juan Carlos Valqui Soplín** que con su esfuerzo y dedicación ha hecho posible que alcance mi meta más grande: mi profesión; porque siempre estuvo conmigo en los momentos más difíciles, acompañándome y guiándome en cada etapa de mi vida

A mí adorada mamá **Maritza Gatica Ipushima** que me dio la dicha de la vida y que desde el cielo guía mi camino y me acompaña en cada paso de mi vida.

Iliana Adrye Valqui Gatica

RECONOCIMIENTO

- A la **Lic. Enf. Ruth Vílchez Ramírez, Dra**. Asesora del presente trabajo de investigación por brindarnos su tiempo y apoyo incondicional en la elaboración y culminación satisfactoria del trabajo de tesis.

- Al asesor estadístico **Ing. Saúl Flores Nunta, Mgr**. Por su valioso aporte estadístico en la investigación.

- A los miembros del jurado calificador **Lic. Enf. Carmen Chuquipiondo Carranza Dra., Lic. Enf. Rosario Bardales Arévalo Dra., Lic. Enf. Ruth Vílchez Dra.** por sus valiosos aportes y sugerencias en todas las etapas de elaboración, ejecución y culminación de la investigación.

- Al gerente del establecimiento de Salud I-4 Morona Cocha **Mc. Eleodoro Shupingahua Chota** por su colaboración en la ejecución del proyecto de investigación.

- Al gerente del establecimiento de Salud I-3 Túpac Amaru **Mc. Luis Alberto Jiménez López** por su colaboración en la ejecución de la prueba piloto de nuestra investigación.

- A las madres de los niños que colaboraron y participaron voluntariamente en la investigación.

- A todas las personas que de alguna u otra manera nos brindaron su apoyo para el desarrollo del trabajo de investigación.

INDICE DE CONTENIDO

Pàg.

CAPITULO I

- Planteamiento del problema……
- Introducción…… 1
- Objetivos……. 4
  - Objetivo general…… 4
  - Objetivo específico…… 4

CAPITULO II

- Marco teórico……. 5
  - Antecedentes…… 5
  - Base teórica……. 10
- Definiciones operacionales…… 39
- Hipótesis…… 43

CAPITULO III

- Metodología…….. 44
- Población y muestra……. 46
- Tipo de muestreo……... 48
- Técnicas e instrumentos…… 49
- Procedimiento de recolección de datos……. 50
- Limitaciones……..…… 51
- Protección de los derechos humanos…… 51
- Plan de análisis e interpretación……... 52

CAPITULO IV

- Resultados……. 53
- Discusión……... 62
- Conclusión …… 67
- Recomendaciones…….. 68
- Referencias bibliográficas…….
- Anexos……...

INDICE DE TABLAS

Pàg.

1. Tabla N° 01: Factores maternos de las madres con hijos de 6 a 36 meses que asisten al consultorio CREDE, del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015……..... 53

2. Tabla Nº 02: Identificación de niños y niñas de 6 a 36 meses con riesgo de desnutrición que asisten al consultorio CREDE, del Centro de Salud Morona Cocha I-4, año 2015 55

3. Tabla Nº3: Relación entre la edad y riesgo de desnutrición en niños y niñas de 6 a 36 meses que asisten al consultorio CREDE, del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015..... 56

4. Tabla Nº4: Relación entre el trabajo y riesgo de desnutrición en niños y niñas de 6 a 36 meses que asisten al consultorio CREDE, del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015..... 58

5. Tabla Nº 5: Relación entre el nivel educativo y riesgo de desnutrición en niños y niñas de 6 a 36 meses que asisten al consultorio CREDE, del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015…….. 59

6. Tabla Nº 6: Relación entre el ingreso económico y riesgo de desnutrición en niños y niñas de 6 a 36 meses que asisten al consultorio CREDE, del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015…… 60

7. Tabla Nº 7: Relación entre el espacio intergenésico y riesgo de desnutrición en niños y niñas de 6 a 36 meses que asisten al consultorio CREDE, del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015…… 61

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores maternos (edad, trabajo, nivel educativo, ingresos económicos, espacio intergenésico) asociados al riesgo de desnutrición en niños de 6 a 36 meses del Centro de salud Morona Cocha I-4, Iquitos 2015?

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la desnutrición es una de las causas subyacentes en aproximadamente la tercera parte de las defunciones infantiles. Durante el año 2009, la subida de los precios de los alimentos, unida a la disminución de los ingresos, elevó el riesgo de malnutrición, sobre todo entre los niños menores de 5 años. Aunque en el mundo la proporción de niños menores de 5 años con insuficiencia ponderal (según los patrones de crecimiento infantil de la OMS) descendió del 25% en 1990 al 18% en 2005, los ulteriores avances han sido desiguales. En algunos países, la prevalencia de la desnutrición ha aumentado, y en 2005 todavía había en el mundo unos 186 millones de niños menores de 5 años con retraso del crecimiento.[1]

Según investigaciones realizadas por el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia(UNICEF) sostiene que, han pasado más de 20 años desde que todos los gobiernos del mundo aprobaron en la Asamblea General de Naciones Unidas el tratado internacional más ratificado de la historia: la Convención sobre los Derechos del Niño. En ella, junto con la cita que encabeza estas palabras, se reconoce el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social, además por supuesto de reconocer su derecho a la vida y a la supervivencia. Ciertamente, en los últimos 20 años se han mejorado las expectativas de vida y desarrollo de millones de niños en todo el mundo. Pero no podemos obviar uno de nuestros mayores fracasos colectivos: a día de hoy, en el mundo en desarrollo casi 200 millones de niños menores de cinco años padecen desnutrición crónica. Son niños que, ya con total seguridad, van a ver afectado su desarrollo físico e intelectual a corto, medio y largo plazo, hipotecando no sólo su futuro sino el de sus familias, comunidades y sociedad en general.

Además, en torno al 13% de los niños menores de 5 años padece desnutrición aguda, que requiere tratamiento inmediato y atención médica urgente. El nivel socio-económico de las familias influye en las probabilidades de que los niños sufran desnutrición. En los países en desarrollo el 40% de los jóvenes más pobres están desnutridos[2].

Asimismo, la desnutrición crónica infantil en el Perú es un problema grave. Según estándares internacionales, casi el 30% de niños menores de cinco años sufre de este mal. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informó que la desnutrición crónica afectó en 2011 al 19.55% de niñas y niños menores de 5 años de edad, cifra bastante más baja a la registrada en 2000 cuando fue del 31%, indicó la agencia Andina.[3]

Según el informe ejecutivo realizado por el Ministerio de Salud en Loreto, la desnutrición infantil tiene un alto impacto en la sociedad, con repercusiones no sólo físicas sino también cognitivas, que alcanzan al individuo en todas sus etapas de vida. En ese sentido, en los últimos años, a nivel país se han producido mejoras relacionadas con la desnutrición crónica en menores de cinco años, sin embargo, la desigualdad existente, hace que aún se reporten prevalencias muy altas, a otros niveles. En Loreto la desnutrición crónica en niños menores de 5 años, que acceden a los Establecimientos de Salud (EESS) de la región muestra una evolución estacionaria en los 3 últimos años, con casi 1 niño desnutrido crónico de cada 4 niños. Con la desnutrición global ocurre algo similar, y alrededor de 1 de cada 7 niños lo presentan. La desnutrición aguda, al parecer presenta una ligera tendencia de disminución; y alrededor de un 3% de niños tienen déficit de peso. [4]

En el centro de salud Morona Cocha se atendió un total de 3511 menores de 6 a 36 meses en el consultorio Crecimiento y Desarrollo (CREDE) en el año 2014, de los cuales 862 niños presentaron riesgo de desnutrición. En los meses de Enero y Febrero del año 2015 se atendió una población total de 246 niños, que presentan ganancia inadecuada de peso y talla encontrándose en riesgo de desnutrición.

La desnutrición puede ser generada por diversos factores tales como los maternos (edad, trabajo, nivel educativo, ingresos económicos, espacio intergenésico), el conocimiento de estos factores en la población permitirá al personal de salud y autoridades emplear medidas de control de la misma, ya sea empleando nuevas estrategias o reforzando las ya existentes.

Los antecedentes presentados y la observación realizada en el transcurso de nuestras prácticas comunitarias en el Centro de Salud Moronacocha, nos motivó a realizar la presente investigación ya que con ello conoceremos específicamente si existen factores maternos que se encuentran relacionados al riesgo de desnutrición en menores de 6 a 36 meses, y de esta manera obtener información precisa que servirán como marco referencial para otras investigaciones de mayor complejidad y dar a conocer a la población e instituciones pertinentes como la Dirección Regional de Salud Loreto (DIRESA) y a partir de ella los resultados de esta investigación serán difundidas a los establecimientos de salud, y puedan adoptar medidas de prevención y proponer alternativas de solución frente a la desnutrición, por lo que planteamos la siguiente interrogante de investigación: ¿Cuáles son los factores maternos asociados al riesgo de desnutrición en niños de 6 a 36 meses atendidos en el consultorio CREDE del centro de salud Morona Cocha I-4, 2015?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores maternos (edad, trabajo, nivel educativo, ingresos económicos, espacio intergenésico) asociados al riesgo de desnutrición en niños de 6 a 36 meses atendidos en el consultorio CREDE del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar niños y niñas de 6 a 36 meses con riesgo de desnutrición que asisten al consultorio CREDE, del Centro de Salud Morona Cocha I-4, año 2015.

- Identificar los factores maternos (edad, trabajo, nivel educativo, ingresos económicos, espacio intergenésico) de las madres con hijos de 6 a 36 meses que asisten al consultorio CREDE, del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015.

- Establecer la relación entre los factores maternos (edad, trabajo, nivel educativo, ingresos económicos, espacio intergenésico) y riesgo de desnutrición en niños y niñas de 6 a 36 meses que asisten al consultorio CREDE, del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES

Borghi C, y otros. (Argentina 2010), en su investigación titulada "Desnutrición Infantil en el Departamento de San Cosme" cuyo objetivo fue determinar el porcentaje de desnutrición infantil a través de medidas antropométricas, en el rango comprendido de edad entre 2 a 4 años, utilizando el método retrospectivo y observacional. El instrumento fue la ficha de control de crecimiento y desarrollo, los resultados que se obtuvieron teniendo en cuenta el grado de instrucción de la madre y su relación con el porcentaje de niños desnutridos, fue: 42% (n=10) presentaron estudios primarios completos, 21% (n=5) estudios primarios incompletos, 17% (n=4) fueron analfabetas, 12% (n=3) estudios secundarios incompletos y 8% (n=2) estudios secundarios completos.[5]

Escartín M, y otros. **(**México 2011), en su "Estudio comparativo de los hijos de madres adolescentes y adultas de comunidades rurales del estado de Querétaro", tuvo como objetivo evaluar el estado nutricional de los hijos de madres adolescentes y adultas y su asociación con los factores sociodemográficos de las comunidades rurales del estado de Querétaro, la población y muestra fueron los hijos de madres adolescentes y adultas de las comunidades rurales del estado de Querétaro; el método utilizado fue el estudio comparativo y transversal efectuado en madres menores de 20 años de edad y de 20 a 35 años, de centros de salud rurales, los resultados obtenidos fueron: talla baja (T/E) en hijos de madres adolescentes en 12.4 % *vs* 11.6% de madres adultas; (P/T) con sobrepeso de 22. 2% *vs* 19.6% respectivamente.

El hecho de ser Madres y tener como grado máximo de educación la primaria se asoció con hijos con peso bajo, $p < 0.05$. [6]

Mejía H. y/o otros. (Bolivia 2011) en el estudio sobre "Factores de riesgo para desnutrición aguda en niños menores de cinco años" con el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados a desnutrición aguda en niños menores de cinco años de edad internados en tres centros de referencia de manejo de pacientes desnutridos, con el método de estudio de caso y control incidentes y prevalentes. La muestra fue de 144 niños de un mes a menores de cinco años de edad, en el cual se utilizó la ficha pre-codificada con los datos de la historia clínica; los resultados obtenidos indican que los factores de riesgo para desnutrición grave encontrados en este estudio fueron: la edad del paciente de 12 a 23 meses de edad (OR 6,73); edad de la madre menor a 18 años (OR 3,95); actividad laboral de la madre (OR 2,21); presencia de niños menores de 5 años en el núcleo familiar además del paciente (OR 2,6).[7]

Barrientos W, (Nicaragua 2011) En el artículo científico "Situación nutricional en menores de 5 años, Municipio san juan de Ojojona, Honduras, enero – mayo 2011", cuyo objetivo fue conocer la situación nutricional en menores de 5 años en el municipio de san juan de ojojona, Honduras, enero – mayo 2011, con un diseño observacional descriptivo, sus resultados manifiestan que la desnutrición crónica está muy relacionada con ninguna escolaridad de la madre llegando a un 75% y la desnutrición global es frecuente en madres de baja escolaridad que solo han cursado primaria con 23%.[8]

Ampuero A, y otros (Iquitos 2010). En la tesis titulada "Factores socioeconómicos, demográficos y culturales relacionados al estado nutricional en niños de 3 a 5 años de la institución educativa inicial n° 691 Rayitos de Esperanza, Punchana 2010", con el objetivo de determinar la relación entre los factores socioeconómicos como demográficos y culturales asociados al estado nutricional en niños de 3 a 5 años de la institución educativa n° 691 Rayitos de esperanza, Punchana 2010, utilizaron el método cuantitativo con diseño no experimental de tipo transversal correlacional, la muestra fue de 147 niños con sus respectivas madres, con un tipo de muestreo probabilístico, la técnica que utilizaron fue la encuesta y el instrumento el cuestionario, sus resultados muestran que de 88 (59.9 %) niños malnutridos 48.3% (71 niños) presentaron madres con ingreso económico bajo, 8.2% (12 niños) madres con ingreso económico medio y 3.4% (5 niños) madres con ingreso económico alto, entonces se observa relación significativa entre el ingreso económico de la madre y el estado nutricional del niño al aplicar la prueba no paramétrica X^2 con resultado de X^2_c = 17.154, p= 0.000 (p< 0.05) para un nivel significancia del 5%. [9]

Chérigo V y otros, (Ecuador – 2014). En su estudio "valoración del estado nutricional y factores que inciden en la desnutrición en niños de 2-5 años que asisten a los centros infantiles del buen vivir administrados por la fundación semillas de amor en bastión popular de guayaquil- año 2014", tuvo como objetivo identificar el estado nutricional y los factores que inciden en la desnutrición en niños de 2 a 5 años que asisten al Centro infantil buen vivir. El estudio fue no experimental, de tipo correlacional con enfoque cuantitativo. La unidad de observación fueron niños entre 2 y 5 años, de los cuales sólo se consideraron aptos 102.

La población estuvo representada por los 102 padres de la unidad de observación y la muestra fue del 100% de esta población**.** Los resultados dictaminaron que el 54% presentó un estado nutricional normal, el 35% sobrepeso y el 11% desnutrición; el principal factor de riesgo de desnutrición en esta población se determinó que era el nivel de instrucción de la madre con el 82% de los desnutridos. [10]

Duran B, (México 2010), En su investigación titulada "la ocupación de la madre como factor determinante del estado Nutricio de niños menores de 7 años de ciudad Juárez", cuyo objetivo fue estudiar la influencia de la ocupación de la madre sobre el estado nutricio de niños menores de 7 años de Ciudad Juárez. Su población y muestra fueron 380 niños <7 años se les determino su distribución percentil para la edad (E) de talla (T), peso (P) e índice de masa corporal (IMC). Los participantes fueron estratificados por ocupación de la madre (grupo *M*: Maquiladora/Industria; grupo *H*: Hogar; grupo *O*: Otra ocupación) y nivel salarial familiar y se evaluó la frecuencia de alteraciones nutricionales. El diseño utilizado fue observacional y los resultados obtenidos fueron: 13.4% de todos los participantes tenían emaciación, baja talla y peso. Las frecuencias de bajo peso y Sp/Ob fueron significativamente mayores ($p<0.05$) en los niños del grupo *M* (8.0 y 16.7%) que en *O* (6.1 y 12.1%) y *H* (5.0 y 8.3%). En comparación al grupo *H*, la frecuencia de emaciación fue mayor en *M* y *O* (~2.4%), mientras que la talla baja fue ligeramente menor en el grupo *M* (7.4%) pero mayor en el grupo *O* (1.9%).[11]

Reyes J y otros (México 2012) en su investigación titulada "la desnutrición infantil: población rural del programa oportunidades", el objetivo fue evaluar el perfil nutricional y factores de riesgo de niños desnutridos menores de cinco años adscritos al programa Oportunidades en una localidad rural de San Luis Potosí, México, diseño descriptivo

transversal. La muestra del estudio se calculó a partir de una población de 55 familias con hijos menores de 5 años con desnutrición, sus resultados fueron el 57.2% de las madres tenía de 15 a 19 años, en el 37% de los casos, el espacio intergenésico fue de un año, en el 31% de 2 años y en el 32% fue de tres años. El 88.6% primer hijo desnutrido y 66.6 % del segundo.[12]

BASE TEORICA

ESTADO NUTRICIONAL

El estado nutricional es el resultado del balance entre la disponibilidad de los alimentos y la utilización de nutrientes por el organismo, el desequilibrio de esta puede causar mala nutrición.[13]

El estado nutricional es considerado uno de los principales componentes para alcanzar una salud óptima y garantizar una buena calidad de vida, es el factor que más influye en el crecimiento y desarrollo del infante, por lo que al hacerse deficitaria se produce un retardo y detención del crecimiento y la maduración del niño.[14]

El estado de nutrición es consecuencia de diferentes conjuntos de interacciones de tipo biológico, psicológico y social, tal diversidad obliga a ser específicos cuando se trata de valorar el estado de nutrición, por lo tanto, este viene a ser el ejercicio clínico en el que se recogen en los pacientes indicadores o variables de diverso tipo (clínicas / antropométricas / bioquímicas / dietéticas) que, cuando se analizan integralmente, brindan información sobre su estado nutricional, y permiten diagnosticar el tipo y grado de la mala nutrición.[15]

A través de diversos métodos se pueden conocer las causas e implicancias del estado nutricional existente. Así tenemos los siguientes métodos:

a) **Indirectos:** predicen el estado nutricional pero no la miden verdaderamente, por ejemplo los indicadores de disponibilidad y consumo de alimentos; socioeconómico y de morbimortalidad.
b) **Directos:** reflejan el actual estado de nutrición del individuo, midiendo su magnitud e intensidad. Estas se clasifican en indicadores que pueden ser:

Indicadores antropométricos

La antropometría es una de las mediciones cuantitativas más simples del estado nutricional; su utilidad radica en que las medidas antropométricas, son un indicador del estado de las reservas proteicas y de tejido graso del organismo. Se emplea tanto en niños como en adultos y los indicadores antropométricos nos permiten evaluar a los individuos directamente y comparar sus mediciones con un patrón de referencia generalmente aceptado a nivel internacional y así identificar el estado de nutrición.[16] Estos son:

a) Peso para la edad

Es un indicador del crecimiento de la masa corporal, detecta la desnutrición global, permite discriminar entre el niño adelgazado o de escaza estatura o casos combinados de adelgazamiento y retardo del crecimiento. Este indicador es útil para predecir el riesgo de morir en menores de cinco años, por lo cual es de suma utilidad en los programas de vigilancia nutricional en este grupo de edad. Evalúa la desnutrición aguda y crónica, sin diferenciar la una de la otra.

b) Talla para la edad

Es un indicador del crecimiento lineal y detecta la desnutrición crónica, al restringirse la alimentación, la velocidad del crecimiento, tanto el peso como la talla disminuyen, sin embargo el peso puede recuperarse rápidamente al reanudarse una adecuada alimentación, pero la talla es mucho más lenta de recuperar.

c) Peso para la talla

Es un indicador de crecimiento actual, relaciona el peso que tiene el niño con su talla en un momento determinado, detecta la desnutrición aguda o el sobrepeso. La mayor parte de los individuos definen la presencia de obesidad de acuerdo con el peso corporal; el problema básico que implican estas medidas es que el peso guarda una relación estrecha con la talla.

d) Medición de circunferencia de cintura-cadera

La de relación cintura/cadera se ha propuesto en fecha reciente a la evaluación antropométrica del estado de nutrición y es un indicador útil en la descripción de la distribución del tejido adiposo. Así como buena predictora de alteraciones secundarias a la obesidad.

e) Índice de masa corporal (IMC)

Es el Quetelet, también conocido como *índice de masa corporal* (IMC), que fue descrito y publicado por L. Adolph Quete-let en 1871. Se basa en la observación de que una vez que el crecimiento ha terminado, el peso corporal de individuos de uno y otro sexo *es* proporcional al valor de la estatura elevada al cuadrado: peso en kg/ (estatura en m)^2. Una de las principales ventajas del IMC es que no requiere del uso de tablas de referencia.[17]

Indicadores bioquímicos

Las pruebas bioquímicas permiten medir el nivel hemático (sanguíneo) de vitaminas, minerales y proteínas e identificar la carencia específica de éstos. Su importancia radica en detectar estados de deficiencias subclínicas por mediciones de las consecuencias de un nutrimento o sus metabolitos, que reflejen el contenido total corporal o el tejido específico más sensible a la deficiencia y en el apoyo que representan para otros métodos de evaluación nutricional.

Los indicadores clínicos

Demuestran los cambios físicos que responden a una mala nutrición, y permiten identificar signos y síntomas de las deficiencias o exceso de nutrimentos y aquellos relacionados con una enfermedad.[18]

DEFINICIÒN DE RIESGO NUTRICIONAL

Situación que compromete el estado nutricional de los niños , debido a diversos factores como la ingesta insuficiente de alimentos y la falta de una atención adecuada que le brinde la madre, entre otros; evidenciado por carnet de control de crecimiento y desarrollo. Se utilizaran los siguientes indicadores.

Durante el proceso de evaluación del estado nutricional es necesario determinar si un niño es normal o si presenta alguna alteración (desnutrición o sobre peso), estableciendo un punto de corte o nivel de diagnóstico. Se conoce como indicador a la relación entre el índice y su respectivo punto de corte.

Hablar de puntos de corte implica adoptar un patrón de referencia para cada índice. Actualmente se acepta el uso de patrones internacionales debido a que las diferencias raciales y étnicas tienen una mínima

influencia en el potencial de crecimiento, en comparación con la influencia de los factores socioeconómicos.

El estándar mas empleado proviene de las tablas de crecimiento del NCHS (Centro Nacional de Estadísticas de Salud de los Estados Unidos). Esta referencia es la empleada por la Organización Mundial de la Salud globalmente.

La OMS define como desnutrido a aquel niño que se encuentra por debajo de dos desviaciones estándar de la mediana de las curvas de referencia NCHS. Así tenemos que desnutrición se define cuando el peso para la talla (P/T) es inferior a -2 DE de la mediana. En forma similar, retardo del crecimiento se define cuando la talla para la edad (T/E) es menor a -2DE de la mediana. En tanto el riesgo de desnutrición lo conceptualiza como aquel niño que se encuentra entre las desviación estándar de -1DE a -2DE de la mediana de las curvas de referencia.[19]

Evaluación del crecimiento y estado nutricional

Valoración antropométrica: peso, longitud / talla y perímetro cefálico.

Se realiza a todo niño o niña desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días, en cada control o contacto con los servicios de salud, tanto si este se da a través de la oferta fija (establecimientos de salud u otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes) y de acuerdo a criterios establecidos:

- El perímetro cefálico se mide hasta los 36 meses.

- Los valores de peso, longitud o talla son utilizados tanto para la evaluación del crecimiento y la valoración del estado nutricional

Evaluación y monitoreo del crecimiento

Se realiza a todo niño o niña desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días, en cada control o contacto con los servicios de salud, tanto si éste se da a través de oferta fija (establecimientos de salud u otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes).

La evaluación y monitoreo del crecimiento se realiza utilizando las medidas antropométricas (peso, longitud, talla y perímetro cefálico) las mismas que son tomadas en cada contacto de la niña o niño con los servicios de salud y son comparadas con los patrones de referencia vigentes, determinando la tendencia del crecimiento. A través del monitoreo del crecimiento se evalúa el progreso de la ganancia de peso,

así como de longitud o talla de acuerdo a la edad de la niña o el niño y de acuerdo a los patrones de referencia.

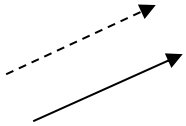
El monitoreo del crecimiento se realiza tomando dos o más puntos de referencia de los parámetros de crecimiento y graficándolos como puntos unidos por una línea denominada curva o carril de crecimiento, que representa el mejor patrón de referencia para el seguimiento individual de la niña o el niño. El crecimiento de la niña o niño considerando la tendencia se clasifica en:

a. Crecimiento adecuado

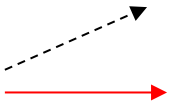
Condición en la niña o niño que evidencia ganancia de peso e incremento de longitud o talla de acuerdo a los rangos de normalidad esperados para su edad (± 2 DE). La tendencia de la curva es paralela a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente.

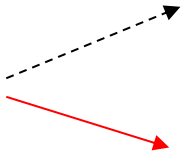
b. Crecimiento inadecuado

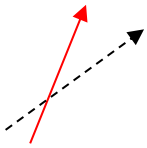
Condición en la niña o niño que evidencia no ganancia (aplanamiento de la curva), o ganancia mínima de longitud o talla, y en el caso del peso incluye perdida o ganancia mínima o excesiva; por lo tanto, la tendencia de la curva no es paralela a las curvas del patrón de referencia vigente, aun cuando los indicadores P/E o T/E se encuentran dentro de los puntos de corte de normalidad (±2 DE).[20]

CONDICION DEL CRECIMIENTO	ANOTACIÓN	SIGNIFICADO	CONDUCTA A SEGUIR
CRECIMIENTO ADECUADO		Señal de buen crecimiento, traducido en un incremento favorable de pes, longitud o estatura de la niña o niño, visualizado de un control a otro. La tendencia es paralela al patrón de referencia Los valores de las medidas antropométricas se encuentran dentro del rango de normalidad (+2 –2 DE)	Felicitar a los padres o adultos responsables del cuidado del niño, estimular las prácticas adecuadas en el cuidado del niño o niña y citar para el control siguiente de acuerdo al esquema vigente.

CONDICION DEL CRECIMIENTO	ANOTACIÓN	SIGNIFICADO	CONDUCTA A SEGUIR
CRECIMIENTO INADECUADO (SEÑAL DE ALERTA)		Señal de crecimiento inadecuado, traducido en poco incremento de peso, longitud o estatura de la niña o niño visualizado de un control a otro. La tendencia no es paralela al patrón de referencia Los valores de las medidas antropométricas se encuentran dentro del rango de normalidad (+2 –2 DE)	Explicar y explorar los factores causales de crecimiento inadecuado, analizarlas y establecer medidas y acuerdos de manera conjunta con los padres y adultos responsables del cuidado del niño y niña. Citar para control con intervalos de 7 a 15 días de acuerdo a necesidad hasta lograr la recuperación, tendencia al crecimiento paralelo patrón

CONDICION DEL CRECIMIENTO	ANOTACIÓN	SIGNIFICADO	CONDUCTA A SEGUIR
CRECIMIENTO INADECUADO (SEÑAL DE ALERTA)		Señal de crecimiento inadecuado, traducido incremento nulo de peso, longitud o estatura de la niña o niño visualizado de un control a otro. La tendencia no es paralela al patrón de referencia Los valores de las medidas antropométricas se encuentran dentro del rango de normalidad (+2 –2 DE)	Explicar y explorar los factores causales de crecimiento inadecuado, analizarlas y establecer medidas y acuerdos de manera conjunta con los padres y adultos responsables del cuidado del niño y niña. Citar para control con intervalos de 7 a 15 días de acuerdo a necesidad hasta lograr la recuperación, tendencia al crecimiento paralelo patrón

CONDICION DEL CRECIMIENTO	ANOTACIÓN	SIGNIFICADO	CONDUCTA A SEGUIR
CRECIMIENTO INADECUADO (SEÑAL DE ALERTA)		Señal de crecimiento inadecuado, traducido en pérdida de peso, de la niña o niño visualizado de un control a otro. La tendencia no es paralela al patrón de referencia Los valores de las medidas antropométricas se encuentran dentro del rango de normalidad (+2 –2 DE)	Explicar y explorar los factores causales de crecimiento inadecuado, analizarlas y establecer medidas y acuerdos de manera conjunta con los padres y adultos responsables del cuidado del niño y niña. Citar para control con intervalos de 7 a 15 días de acuerdo a necesidad hasta lograr la recuperación, tendencia al crecimiento paralelo patrón

CONDICION DEL CRECIMIENTO	ANOTACIÓN	SIGNIFICADO	CONDUCTA A SEGUIR
CRECIMIENTO INADECUADO (SEÑAL DE ALERTA)		Señal de crecimiento inadecuado, traducido en ganancia excesiva de peso para su edad evidenciado de un control a otro. La tendencia no se eleva por encima de la curva de referencia	Explicar y explorar los factores causales de crecimiento inadecuado, analizarlas y establecer medidas y acuerdos de manera conjunta con los padres y adultos responsables del cuidado del niño y niña. Citar para control con intervalos de 7 a 15 días de acuerdo a necesidad hasta lograr la recuperación, tendencia al crecimiento paralelo patrón de referencia.[21]

DEFINICIÓN DE DESNUTRICIÓN

La organización mundial de la salud (OMS) define la desnutrición como el estado proteico originado por el consumo deficiente de alimentos y de una ingestión energética inferior a los requerimientos durante periodos prolongados

También define desnutrición como un trastorno nutritivo potencialmente reversible, que se manifiesta por un retardo pondoestatural, facilidad de sufrir procesos infecciosos y alteraciones del desarrollo neuropsíquico y de la conducta. Es un síndrome multicausal, pues reconoce la acción combinada o aislada de múltiples factores.[22]

Respecto a la desnutrición infantil podemos decir que 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 en los niños.

La desnutrición infantil tiene diversas causas como una dieta pobre de nutrientes, ente los factores que afectan el estado nutricional tenemos:

- Seguridad alimentaria
- Necesidad de alimentos
- Situación de disponibilidad de alimentos
- Acceso a alimentos
- Condición de vida
- Densidad de la población
- Atención a la familia
- Falta de educación nutricional
- Falta de programas que controlan el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas

- Falta de información sobre la nutrición en mujeres embarazadas y el lactancia.[23]

CLASIFICACIÓN DE DESNUTRICIÓN INFANTIL

Para elaborar el diagnóstico de desnutrición se requiere analizar la historia alimentaria, la frecuencia y severidad de las enfermedades previas, reconocer los signos y síntomas propios de esta enfermedad, medir el crecimiento y realizar algunas pruebas bioquímicas.

1.- Clasificación etiológica

A) Primaria: Se presenta cuando el aporte de nutrimentos es inadecuado para cubrir las necesidades y/o episodios repetidos de diarrea o infecciones de vías respiratorias. Esta forma primaria de desnutrición es producto de la pobreza y la ignorancia, en la actualidad se observa con más frecuencia en regiones o países en vías de desarrollo y la de origen secundario en países desarrollados.

B) Secundaria: Cuando existe alguna condición subyacente que conduce a una inadecuada ingestión, absorción, digestión o metabolismo de los nutrimentos, generalmente ocasionado por un proceso patológico como infecciones agudas, sepsis o problemas crónicos como la diarrea persistente, síndrome de inmuno deficiencia adquirida (SIDA), cardiopatías congénitas, neumopatías, enfermedad renal avanzada y muchos tipos de cáncer.

C) **Mixta**: se presenta cuando están coexisten las dos causas anteriores, el sinergismo entre ingesta inadecuada e infección es el ejemplo clásico de este cuadro y tiene como sustrato metabólico el desequilibrio entre el mayor gasto de nutrimentos y la necesidad no satisfecha de los mismos.

2.- Clasificación clínica

La Desnutrición Proteica-Energética (**DPE)** es un nombre genérico para un amplio espectro de estados de deficiencia de proteínas y energía y son clasificados como: energética, proteica y energética-proteica.

Las manifestaciones clínicas iniciales son inespecíficas. Incluyen: reducción en la velocidad de crecimiento, disminución en la actividad física y apatía general. Al incrementar el déficit de proteínas y energía, las manifestaciones primarias se hacen más evidentes. Sin embargo, sólo cuando la DPE es grave, los signos y síntomas específicos se hacen evidentes.

Los términos marasmo, kwashiorkor y marasmo-kwashiorkor se usan para designar expresiones clínicas de desnutrición calórico-proteica avanzada o de tercer grado. Generalmente la desnutrición de tipo marasmática se presenta en menores de un año, el déficit proteico y energético es lento y progresivo, propia de una desnutrición crónica dentro de sus manifestaciones clínicas se observa una marcada hipotrofia muscular e hipotonía, piel seca, pelo seco fino desprendible y ausencia de panículo adiposo, etc.

El Kwashiorkor forma “húmeda” o con edema, es un proceso más agudo, se presenta más frecuentemente en la edad preescolar, existe un déficit proteico importante y en muchas ocasiones su ingesta energética es adecuada e incluso elevada, en muchos casos es precipitado por episodios infecciosos en el niño. El edema es el signo central pero además pueden presentar signo de la bandera y una dermatitis denominada pelagroide, irritabilidad, hígado graso entre otras manifestaciones clínicas.

La desnutrición marasmo-kwashiorkor anteriormente conocido como Síndrome Pluricarencial presenta tanto signos de marasmo como de kwashiorkor. [24]

3- Clasificación por severidad o intensidad

La clasificación de Gómez, una de las más usadas, utiliza el índice peso/edad, que resulta muy útil para niños menores de cinco años. La severidad de la desnutrición se reconoce clínicamente y se clasifica según el déficit de peso que tengan los niños en relación al peso con el percentil 50 de los niños de su misma edad.
Los valores pueden ser locales o internacionales, la desnutrición se clasifica de la siguiente manera:

PESO PARA LA EDAD (P/E):

$$\frac{\text{PESO ACTUAL}}{\text{PESO IDEAL}} \times 100 = \% \text{ DE PESO} - 100 = \% \text{ DE DÉFICIT}$$

GRADO	DÉFICIT
1o.	**10 al 24 %**
2º.	**25 al 39 %**
3o.	**> al 40 %**

- Los niños que presentan edema independientemente de su déficit se clasifican como tercer grado.
- Una desventaja de esta clasificación es que no nos permite diferenciar entre un evento agudo y uno crónico, ni tiene la misma confiabilidad para niños mayores de cinco años.
- La clasificación de Waterlow utiliza el peso, talla y la edad y los agrupa en dos índices peso/talla (P/T) y talla/edad (T/E). El P/T indica la presencia de un déficit de peso con respecto a la estatura actual (desnutrición presente o emaciación), mientras que T/E evidencia desnutrición pasada o desmedro. Mediante esta clasificación se puede saber si la desnutrición es actual (peso bajo), desnutrición es pasada (talla/edad baja), o ambas.

De esta manera es posible hacer una distinción entre los niños que están muy delgados (emaciados o con desnutrición aguda), los que son de talla baja (desmedro o con desnutrición pasada actualmente recuperados), y aquellos que son delgados y pequeños (emaciación o con desnutrición crónica agudizada). El puntaje se determina de acuerdo al siguiente cuadro:

INDICE	PORCENTAJE DE DÉFICIT			
	NORMAL	LEVE	MODERADA	SEVERA
T / E	0 AL 5 %	6 AL 10 %	11 AL 15 %	> 15 %
P / T	0 AL 10 %	11 AL 20 %	21 AL 30 %	> 30 % o con edema

PESO PARA LA TALLA (P/T):

PESO ACTUAL x 100 = % DE PESO - 100 = % DE DÉFICIT
PESO IDEAL PARA TALLA ACTUAL

TALLA PARA EDAD (T/E):

TALLA ACTUAL X 100 = % DE TALLA– 100 = % DE DÉFICITTALLA IDEAL[25]

4.- Clasificación por el tiempo de evolución

De acuerdo al tiempo de evolución podemos clasificar la desnutrición en:

Proceso agudo: Donde observamos déficit en peso sin deterioro de talla.

Procesos crónicos: manifiestan en forma evidente déficit en talla y los crónicos agudizados, son niños con deterioro en talla en donde además se observa una pérdida de peso importante.[26]

CONSECUENCIAS DE LA DESNUTRICIÓN

Hay clara evidencia acerca de la importancia de la desnutrición como factor predisponente de un mayor riesgo de enfermar o de morir y como condición antecedente de una limitación estructural y funcional.

Durante el estadio agudo de la desnutrición severa, la aparente mayor susceptibilidad del niño a contraer enfermedades infecto-contagiosas es sin duda la consecuencia de mayor trascendencia clínica.

Con respecto a las potencialidades somáticas los niños con desnutrición severa presentan tallas inferiores al promedio para su edad considerándose estos como “Enanos Nutricionales”.

Los estudios sobre el desarrollo mental indican que existe una interrelación estrecha entre la desnutrición y el desarrollo intelectual. Sin embargo, aún queda por precisar el grado de participación de la desnutrición en el retraso mental.

En años recientes se ha logrado que lactantes severamente desnutridos tengan una mejor recuperación en su desarrollo neurológico, cuando son sistemáticamente estimulados durante su tratamiento médico dietético.

El niño desnutrido grave se deteriora más debido a un desequilibrio hidroelectrolítico, a trastornos gastrointestinales, insuficiencia cardiovascular y/o renal y a un déficit de los mecanismos de defensa contra la infección.

Las alteraciones psicológicas pueden ser profundas; la anorexia severa, apatía e irritabilidad hacen que el niño sea difícil de alimentar y manejar, y son de muy mal pronóstico.

En general, la muerte es secundaria a bronconeumonía, septicemia por gramnegativos, infecciones graves y falla aguda cardiovascular, hepática y renal. Los signos y síntomas de deficiencia grave de vitaminas y minerales pueden ser importantes en la DPE y pueden hacerse aparentes durante la rehabilitación temprana si no se provee un suministro adecuado de estos nutrimentos. Además, el cuadro clínico puede complicarse por una deficiencia grave de folatos, tiamina o niacina y/o una deficiencia aguda de potasio, sodio y magnesio o por deficiencia crónica de hierro, zinc, cobre y cromo.

PREVENCIÓN

En la actualidad está identificado el periodo fundamental para prevenir la desnutrición del niño: el embarazo y los dos primeros años de vida. Es el periodo que se conoce como los 1.000 días críticos para la vida (UNICEF). En esta etapa es cuando se produce el desarrollo básico del niño, por lo que la falta de una alimentación y atención adecuadas produce daños físicos y cognitivos irreversibles que afectarán a la salud y al desarrollo intelectual del niño para el resto de su vida.

En estos 1.000 días hay cuatro etapas que requieren actuaciones diferentes:

- Embarazo
- Nacimiento
- De 0 a 6 meses
- De 6 a 24 meses

Durante estas etapas, las intervenciones de UNICEF se agrupan en cuatro grandes categorías:

Acciones de prevención

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

Cambios en el entorno socio-cultural

- Formación y acciones para prevenir los embarazos precoces.
- Acciones para proteger los derechos de las mujeres y niñas.
- Fomento del uso de alimentos locales, hábitos de alimentación saludables y sensibilización a la comunidad sobre la necesidad de hacer controles de crecimiento.
- Promoción de hábitos de higiene, como el lavado de manos, para reducir el riesgo de diarrea y otras enfermedades.
- Creación de instalaciones adecuadas de agua y saneamiento, y formación para su mantenimiento.
- Acciones para lograr una atención sanitaria adecuada y formación de personal sanitario y comunitario.

- Acciones para lograr una educación de calidad para todos que capacite para prevenir y abordar las consecuencias de la desnutrición.
- Medidas para reducir las consecuencias negativas del cambio climático sobre la disponibilidad de alimentos.

Tratamiento de la desnutrición

Alimentos terapéuticos listos para usar: Los alimentos terapéuticos tienen un alto valor energético, son de consistencia blanda o triturable y aptos para niños mayores de seis meses-

Leche terapéutica: Los niños menores de seis meses reciben **leche terapéutica**, que también se utiliza de forma complementaria en niños mayores de esa edad.

Otros tratamientos y actuaciones

- Tratamiento de la ceguera nocturna.
- Tratamiento de la diarrea con sales de rehidratación oral y suplementos de zinc.
- Tratamiento para eliminar los parásitos.
- Intervenciones en situaciones de emergencia: distribución de alimentos, tratamiento de la desnutrición aguda y asistencia sanitaria.[27]

FACTORES MATERNOS

La niñez constituye un período crítico en el ser humano pues se caracteriza por el crecimiento físico, el desarrollo psicomotor, social, y de hábitos que condicionan el bienestar y la calidad de vida del futuro adulto. La madre contribuye con su presencia y no sólo por la alimentación natural que de ella deriva la supervivencia del niño. Su presencia es fundamental para el desarrollo durante los primeros años de vida, constituyéndose como el eje central en la salud de sus hijos. La disminución de la mortalidad infantil en las últimas décadas puede ser atribuida a un mejor nivel educativo de la madre que favorece el cuidado y desarrollo del niño por parte de su madre. Además, el cuidado tiene un efecto importante sobre el bienestar psíquico y emocional del niño, siendo la madre fundamental para la socialización de sus hijos y su actitud, vital para el desarrollo intelectual. Dichos cuidados dependen de las prácticas higiénicas y éstas están muy relacionadas con la educación materna, con sus hábitos y costumbres. Se ha observado que este periodo es crítico para su crecimiento y salud. La influencia materna es tal, que una separación temprana de ella conlleva altos niveles de vulnerabilidad a enfermedades infecciosas.[28]

Los factores son todos los agentes o elementos que contribuyen directamente a dar un resultado determinado. Es por ello que podemos definir a los factores maternos como cualidades poblacionales que determinan el comportamiento de las madres según el medio en que se desenvuelven.

Los factores que predisponen al riesgo de desnutrición Proteica-Energética (DPE) primaria se encuentran: la escasa escolaridad de los padres, pobreza y las consiguientes carencias de sanidad ambiental, de ahí que la desnutrición primaria predomine en los países en vías de desarrollo; entre los factores considerados para la investigación se encuentran:[29]

La edad que es definida como el término de origen latín "aetas", es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. Un aspecto importante en la desnutrición infantil, es la relacionada a los padres del niño desnutrido, en especial a la madre, como es el caso de la madre adolescente, asociado a su poca experiencia para alimentar y reconocer signos de peligro

Una madre adolescente está considerada dentro del periodo de edades de 12 a 17 años**,** durante el cual se presentan los cambios más significativos en la vida de las personas, en el orden físico y psíquico**,** es por eso que el medio tiene para estos niños una serie de desventajas: la interrupción de la educación de los padres es una consecuencia inherente al embarazo precoz , ella están limitando sus conocimientos y preparación, reduciendo su destreza para educar y criar a los hijos y sus posibilidades de enfrentar positivamente los desafíos y adversidades del medio.

Una madre joven está comprendida entre las edades de 18-29 años, se considera dos principales ventajas de dar a luz, la primera es la juventud. Una madre joven tendrá mayor resistencia y energía para criar a un niño que las de mayor edad, y la segunda es que existe menor riesgo de sufrir complicaciones en la gestación o de que el bebé nazca con alguna anomalía. La vida profesional de la mujer está más asentada

y logra una estabilidad económica, logra tener mayor conocimiento sobre la crianza y cuidado de sus hijos para prevenir desnutrición u otros problemas de salud.

Una madre adulta está comprendida entre las edades de 30-59 años, que ha alcanzado su desarrollo físico y psíquico, es decir sujeto completamente desarrollado y maduro y que ha logrado su estabilidad emocional y psicológica propia de una persona madura. Las nuevas madres que están en sus 30 años tienen aún una buena cantidad de resistencia y adaptabilidad en su personalidad, cualidades que resultan muy útiles para la crianza, sin embargo el riesgo de aborto espontáneo o de un bebé con síndrome de Down es un poco más alto, y las complicaciones maternas son más elevadas.[30]

Otro factor que influye es la pobreza económica y falta de otras oportunidades para propiciar el desarrollo humano. La condición nutricional de los niños es de particular importancia porque limita o favorece su potencial de crecimiento físico y desarrollo intelectual en etapas posteriores. Los hijos de madres menores de 20 años y sin formación educativa están expuestos a un riesgo más de dos veces mayor de morir o de sufrir desnutrición que los hijos de madres de edad mayor, como lo reporta y Londoño Franco 2009.

Del mismo modo otro factor determinante en la influenza de la nutrición del infante es la ocupación materna, la participación femenina en los diferentes campos ocupacionales es más amplia, la mujer se ha comprometido a no depender o ayudar en la estabilidad del hogar, para dar una seguridad económica a su familia, principal estímulo para salir adelante, ya que su ingreso se ha vuelto imprescindible para la supervivencia de los hijos.

El termino ocupación es definido como el empleo, oficio, profesión o cualquier otra actividad que llena el tiempo de una persona. Para miles de mujeres formar una familia y trabajar al mismo tiempo significa tener que enfrentar una gran cantidad de dificultades relacionadas con la incompatibilidad entre las exigencias de sus hijos y las demandas de su trabajo. La buena nutrición durante la infancia es necesaria para la buena salud y el adecuado desarrollo físico. Las recomendaciones pertinentes que se deben de tener en cuenta son los aspectos fisiológicos, necesidades nutricionales, el desarrollo de los hábitos de consumo de alimentos, las características y la disponibilidad de alimentos y los patrones culturales. Así como la importancia de la leche materna en la alimentación de los lactantes, mínimo hasta seis meses.

Con trabajo remunerado entendemos que es la concreción de una serie de tareas a cambio de una retribución denominada salario.

Sin trabajo remunerado entendemos que es el término de desempleo alude a la falta de trabajo. Un desempleado es aquel sujeto que forma parte de la población activa (se encuentra en edad de trabajar).[31]

Entre las causas básicas relacionadas con los "recursos económicos" se incluyen variables descriptoras de la condición de ocupación, ya que ésta describe la situación reciente en cuanto a disponibilidad de recursos económicos, los cuales pueden ser empleados para la compra de alimentos, así como de otros bienes y servicios necesarios para el cuidado del niño.

Referente a los ingresos económicos se puede manifestar que es la cantidad de dinero que una familia puede gastar en un periodo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos netos. Son fuentes de

Ingresos económicos, sueldos, salarios, dividendos, Ingreso por intereses, pagos de transferencia, alquileres y demás.[32]

Los estudiosos coinciden en afirmar que, la causa fundamental está relacionada a la biodisponibilidad de recursos y a la presencia de enfermedades asociadas a la privación exógena de oligoelementos. En el análisis de las causas de la desnutrición infantil, muchas son dependientes de los malos hábitos alimentarios y sobre todo de la pobreza, que empeora aún más la situación, contribuyendo a prácticas erradas de alimentación infantil. Debido a esto, los niños sufren pérdida de peso y quedan expuestos a un desequilibrio entre el aporte de nutrientes y energía, necesarios para su crecimiento y desarrollo.[33]

La mala alimentación en los chicos; es falta de acceso a los alimentos por parte de las familias; con condiciones de vida marginales y chicos expuestos a infecciones y parásitos; es la falta de información y escasa educación de muchos padres que padecieron lo mismo cuando chicos: el drama social que esconde la desnutrición infantil tiene el sello de la pobreza, de la miseria en un país que en los últimos doce años vio ensancharse la brecha entre ricos y pobres de una manera colosal.

"En muchos hogares de pobreza extrema los chicos no se desnutren por mérito de sus familias que privilegian su alimentación. Y lo hacen porque tienen información. Pensar que todos los desnutridos provienen exclusivamente de falta de alimentos en el hogar no es necesariamente cierto. Sí se debe reducir la pobreza, pero simultáneamente hay que apostar a que las familias tengan mayores recursos culturales para criar mejor a sus hijos.

Entre las causas relacionadas con los recursos económicos, pertenecer a un hogar cuyo jefe del hogar no trabajaba o laboraba en los sectores productivos agropecuario o pesca, y además ser pobres o pobres extremos, resultan claramente asociadas con la desnutrición crónica infantil.[34]

Así mismo la educación de los padres es un factor muy importante ya que permite el desarrollo de habilidades instrumentales (lectura, escritura, cálculo), adiestramiento para la producción, acceso a fuentes de trabajo, confianza en sí mismo, así como educación para la salud, educación sexual y preventiva. [35]

Los menos afectados con la desnutrición crónica, son los niños de madres con educación superior pues solo el (7%) de ellos sufren retardo de crecimiento. Contrariamente, los más afectados son los niños de madres sin educación: el 52% de estos niños son desnutridos crónicos. La desnutrición y la educación presentan una relación inversa, donde los hijos de las madres sin ningún nivel de educación tienen las mayores proporciones de desnutrición (50%), seguido por las madres con algún grado de primaria (36%), secundaria (16%) y por último los hijos de madres que tienen nivel de instrucción superior presentan un bajo nivel de desnutrición (5.3%).

Como se observa, tanto para la mortalidad infantil como para la reducción de la desnutrición crónica el nivel educativo de las madres tiene una importancia singular. La inversión en la educación de las niñas tiene efectos sinérgicos y permite ampliar capacidades, mayor autoestima, mejores niveles de ingreso y de salud en la familia.

Entre las causas básicas relacionadas con los "recursos humanos" se incluyeron variables que describen el nivel educativo, tanto del jefe como de las mujeres pertenecientes al hogar.

El alfabetismo de la madre tiene un impacto benéfico en la salud y mortalidad infantil. La educación de las madres permite mejorar la capacidad de tomar decisiones, al usar adecuadamente los recursos disponibles y ser capaces de generar una perspectiva mejor a futuro. Las madres educadas tienen hijos más saludables. Poseen más conocimientos sobre la buena nutrición y como tienen familias más pequeñas, en ellas hay menos competición para obtener alimentos. Según las Naciones Unidas, a esa combinación puede atribuirse un 43% de la reducción de la malnutrición infantil entre 1970 y 1995.

Igualmente el tener nacimientos demasiado próximos no permite que el cuerpo de la madre recupere las reservas nutricionales y el nivel energético, provocando así embarazos riesgosos, complicados en la mayoría de los casos por situaciones como: enfermedad hipertensiva del embarazo, parto obstruido o hemorragia posparto

El espacio intergenésico se define como el espacio del tiempo que existe entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente embarazo.[36]

El tener nacimientos demasiado próximos no permite que el cuerpo de la madre recupere las reservas nutricionales y el nivel energético, provocando así embarazos riesgosos, complicados en la mayoría de los casos por situaciones como: enfermedad hipertensiva del embarazo, parto obstruido o hemorragia posparto. A su vez, esto repercute en la salud del niño[37]

DEFINICIONES OPERACIONALES

VARIABLE INDEPENDIENTE

FACTORES MATERNOS: Se define como los indicadores individuales que se encuentran en la madre sujeto de muestra que van a determinar el riesgo de desnutrición en menores de 6 a 36 meses se utilizaran los siguientes indicadores:

1. **Edad:** Años cronológicos que presenta la madre sujeto de estudio al momento de recolección de datos. Se consideraran los siguientes índices:

   - **Menor edad:** Cuando al momento de la recolección de datos la madre refiere tener menor o igual de 20 años

   - **Mayor edad:** Cuando al momento de la recolección de datos la madre refiere tener de 21 años a más.

2. **Espacio intergenésico:** Es el espacio del tiempo que existe entre el nacimiento de un hijo y el otro. Se consideraran los siguientes índices:

   - **Menor espacio intergenésico:** Cuando al momento de la recolección de datos la madre refiere que entre el nacimiento de un hijo y el otro hay menos de 2 años.

   - **Mayor espacio intergenésico:** Cuando al momento de la recolección de datos la madre refiere que entre el nacimiento de un hijo y el otro hay más de 2 años.

3. **Ocupación:** Es el empleo, oficio, profesión o cualquier otra actividad que realiza la madre al momento de la recolección de datos. Se consideraran los siguientes índices:

   - **Con trabajo remunerado:** Cuando la madre, sujeto de estudio, realiza alguna actividad dentro o fuera del hogar del cual recibe una remuneración.

   - **Sin trabajo remunerado:** Cuando la madre, sujeto de estudio, no realiza ninguna actividad que genere ingresos económicos y se dedica a su casa.

4. **Nivel educativo**: Grado de instrucción de la madre al momento de la recolección de datos. Se consideraran los siguientes índices:

   - **Menor nivel educativo:** Cuando la madre al momento de la recolección de datos refiere que solo tiene educación inicial primaria.

   - **Mayor nivel educativo:** Cuando la madre al momento de la recolección de datos refiere que tiene educación secundaria y superior.

5. **Ingresos económicos**: Cantidad de dinero que recibe la madre en un periodo determinado (mensual). Son fuentes de ingresos económicos, sueldos, salarios, dividendos, ingreso por intereses, pagos de transferencia, alquileres y demás. Se consideraran los siguientes índices:

- **Menor ingreso económico:** Cuando al momento de la recolección de datos la madre refiere tener un ingreso económico menor de 500 soles.

- **Mayor ingreso económico:** Cuando al momento de la recolección de datos la madre refiere tener un ingreso económico mayor de 500 soles.

VARIABLE DEPENDIENTE

RIESGO DE DESNUTRICIÓN

Situación que compromete el estado nutricional de los niños menores de 6 a 36 meses, debido a diversos factores como la ingesta insuficiente de alimentos y la falta de una atención adecuada que le brinde la madre, entre otros; evidenciado por carnet de control de crecimiento y desarrollo. Se utilizaran los siguientes indicadores:

Sin riesgo de desnutrición: Cuando los niños (as) evaluados en relación peso para talla (P/T), talla para la edad (T/E), y peso para la edad (P/E) se encuentra en condiciones normales dentro de los percentiles DE +2 a -1 DE

Con riesgo de desnutrición: Cuando la relación talla para la edad (T/E) y peso para talla (P/T) del niño, se encuentra por debajo de los percentiles -1DE a -2DE.

HIPÓTESIS

HIPOTESIS GENERAL

Existe relación estadísticamente significativa entre los factores maternos y el riesgo de desnutrición en niños y niñas de 6 a 36 meses atendidos en el consultorio CREDE del Centro de Salud de Morona Cocha I-4, 2015.

HIPOTESIS ESPECÍFICAS

- Existe relación estadísticamente significativa entre la edad de la madre y el riesgo de desnutrición en niños de 6 a 36 meses atendidos en el consultorio CREDE del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015.

- Existe relación estadísticamente significativa entre la ocupación de la madre y el riesgo de desnutrición en niños de 6 a 36 meses atendidos en el consultorio CREDE del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015.

- Existe relación estadísticamente significativa entre nivel educativo y el riesgo de desnutrición en niños de 6 a 36 meses atendidos en el consultorio CREDE del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015.

- Existe relación estadísticamente significativa entre el ingreso económico y el riesgo de desnutrición en niños de 6 a 36 meses atendidos en el consultorio CREDE del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015.

- Existe relación estadísticamente significativa entre espacio intergenésico y el riesgo de desnutrición en niños de 6 a 36 meses atendidos en el consultorio CREDE del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

En el presente trabajo de investigación se utilizó el método cuantitativo, porque se recolecto datos numéricos de los participantes en estudio utilizando instrumentos estructurados, y se analizó los resultados mediante procedimientos estadísticos para determinar si existe asociación entre las variables; para contrastar las hipótesis planteadas y dar respuesta al problema de investigación.

DISEÑO

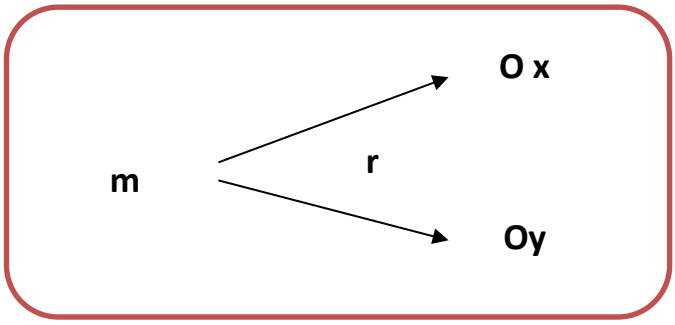
En el presente trabajo de investigación se empleó el diseño: **no experimental, transversal, correlacional.**

No experimental: Porque no se manipularon las variables, y se trabajó con ellas en su contexto natural, sin alterar o variar los factores maternos asociados al riesgo de desnutrición en menores de 6 a 36 meses atendidos en el consultorio CREDE del Centro de Salud de Morona Cocha.

Transversal: Porque se recolectaron datos en un solo momento y en un tiempo único, también porque tiene como propósito describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

Correlacional: Porque nos permitió asociar los factores maternos y el riesgo de desnutrición en menores de 6 a 36 meses atendidos en el consultorio CREDE del Centro de Salud de Morona Cocha I-4, 2015.

El diseño tuvo el siguiente diagrama:



Especificaciones:

m ⇨ Muestra

O ⇨ observaciones

XY ⇨ Subíndices (observaciones obtenidas en cada una de las variables)

r ⇨ Indica la relación entre las variables de estudio.

POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

La población de estudio estuvo conformada por todas las madres y sus niños de 6 a 36 meses, atendidos en el consultorio CREDE del Centro de Salud Morona Cocha I-4 en los meses de enero y febrero del año 2015 que presentan riesgo de desnutrición que hacen un total de 246 niños.

MUESTRA

La muestra se determinó mediante la siguiente fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{Z^2 (p)(q)}{E^2}$$

Donde:

n ⇨ Muestra

Z ⇨ Límite de confianza requerida para generalizar los resultados. Cuando el error previsto es del 1% a 5% su valor es de (1.96)

P q ⇨ Es el campo de variabilidad de los aciertos y errores; "p" representa a

los aciertos (probabilidad de éxito); "q" a los errores (probabilidad de fracaso).

E^2 ⇨ Error tolerable (0.05)

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.2)(0.8)}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{3.8416 (0.16)}{0.0025}$$

$$n = \frac{0.614656}{0.0025}$$

$$n = 246$$

Luego:

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

$$n = \frac{246}{1 + 246 / 246}$$

$$n = \frac{246}{2}$$

n = **123** madres con sus niños (as)

TIPO DE MUESTREO

En este estudio se utilizó el Muestreo Probabilístico de tipo aleatorio simple o muestreo al azar, para que todas las madres y sus niñas o niños tengan la posibilidad de ser seleccionado o incluidos en la muestra, ya que se empleó el método de balotas para seleccionar a los sujetos de investigación.

Criterios de inclusión

- Madres con niños (as) de 6 a 36 meses atendidos (as) en el consultorio de CREDE del Centro de Salud de Morona Cocha I-4, 2015, asisten al control CREDE sin desnutrición.
- Madres que acepten participar voluntariamente.
- Madres con niños (as) que no hayan tenido problemas de salud graves como infecciones, diarreas u otros durante la recolección de datos.
- Madres cuyo niño o niña no hayan nacido con bajo peso

Criterios de exclusión

- Niño o niñas que acuden a sus controles en compañía de tutores u otros familiares.
- Madres que no quisieron participar voluntariamente
- Madres con niños (as) que hayan tenido problemas de salud graves como infecciones, diarreas u otros.
- Madres cuyo niño o niña hayan nacido con bajo peso

TECNICAS E INSTRUMENTOS

TECNICA

En el presente estudio de investigación se utilizó la técnica de ENCUESTA para la recolección de datos proporcionados por ellos mismos y así obtener la información requerida sobre las variables en estudio: edad, trabajo, nivel educativo, ingresos económicos, espacio intergenésico y riesgo de desnutrición.

INSTRUMENTOS

Se utilizó el CUESTIONARIO, la cual constara de un formulario impreso, basado en un conjunto de preguntas cerradas respecto a las variables de factores maternos y riesgo de desnutrición aplicados al sujeto de estudio, que consta de 7 preguntas divididas en tres partes (datos generales, factores maternos y riesgo de desnutrición), así mismo se utilizara el carnet de atención de CREDE.

Validez y confiabilidad

El instrumento será elaborado por los investigadores y serán sometidas a las siguientes pruebas: Juicio de expertos para medir validez y prueba piloto para medir confiabilidad.

- **Juicio de expertos** se realizó con ocho expertos: 8 enfermeras, 1 médico

- **Prueba piloto** se aplicó a un 20 % de la muestra que hacen un total de 25 madres que llevan a sus niños y niñas al consultorio CREDE

del Puesto de Salud 1–2 Túpac Amaru por sus características similares a nuestra población de estudio, los cuales no serán parte de la muestra.

Siendo la validez **97%** y la confiabilidad **98,6%**

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se procedió de la siguiente manera:

1. Se solicitó la autorización respectiva a través de la decanatura de la Facultad de Enfermería de la UNAP al centro de salud I-4 Morona Cocha para la selección de la muestra y ejecución del estudio.
2. Se coordinó con el jefe de servicio de estadística del centro de salud Morona Cocha, para que nos facilita la información del registro de los niños de 6 a 36 meses atendidos en el consultorio CREDE del Centro de Salud Morona Cocha I-que presenten riesgo de desnutrición.
3. Se coordinó con la enfermera encargada del consultorio CREDE para el uso del registro de atención de los niños de 6 a 36 meses atendidos en el consultorio CREDE del Centro de Salud Morona Cocha I-4, de los cuales se obtendrá diversos datos como nombres, edad, dirección y referencias.
4. Se solicitó el consentimiento informado.
5. Se aplicó el instrumento en el Centro de Salud Morona Cocha I-4 a la madre sujeto de estudio con la finalidad de obtener la información requerida.
6. La evaluación del peso y talla se realizó Centro de Salud Morona Cocha I-4y tuvo una duración de 10 minutos.

7. La recolección de los datos estuvo bajo la responsabilidad única y exclusiva de los investigadores quienes con uniforme de salud pública se asistieron a la recolección de datos.

LIMITACIONES

Ninguna

PROTECCION DE LOS DERECHOS HUMANOS

Los derechos humanos de las unidades de estudio que conformaron la muestra, fueron respetadas y protegidos a través de los principios de la libertad mediante la participación voluntaria y el principio de autonomía mediante el consentimiento informado de las madres de los niños, para lo cual inicialmente se solicitaba el consentimiento de la madre respecto a su propia participación y la de su niño, por lo que se obtuvo buena predisposición para la participación activa, respetando así su integridad física y moral.

Asimismo, se realizó la revisión de carnet de control de crecimiento y desarrollo de los niños seleccionados para el estudio. Para conservar la anonimidad de los participantes se hizo uso de códigos, y para conservar la confidencialidad de los datos solo los investigadores tuvieron acceso a ellos, el instrumento se aplicó de forma individual y posteriormente fueron destruidos.

PLAN DE ANALISIS E INTERPRETACIÓN

Para el análisis del presente trabajo de investigación se utilizó la estadística descriptiva (univariado), se aplicó el método estadístico descriptivo distribución de frecuencias (frecuencia absoluta y relativa).

Para el análisis bivariado se utilizó el método estadístico inferencial a través de la prueba estadística no paramétrica chi cuadrado. También nos permite probar hipótesis, estimar parámetros y medir el nivel de significancia de la investigación

CAPITULO IV

RESULTADOS

ANÁLISIS UNIVARIADO

Tabla N° 01

Factores maternos de las madres con hijos de 6 a 36 meses que asisten al consultorio CREDE, del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015.

Variable Independiente

	Ni	%	$\bar{X}$	S
Edad			**25.98**	**6.028**
Menor edad	25	20.3		
Mayor edad	98	79.7		
Total	**123**	**100.0**		
Trabajo				
Con trabajo remunerado	33	26.8		
Sin trabajo remunerado	90	73.2		
Total	**123**	**100.0**		
Nivel educativo				
Menor nivel educativo	34	27.6		
Mayor nivel educativo	89	72.4		
Total	**123**	**100.0**		
Ingresos económicos			**659.71**	**419.38**
Menor ingreso económico	65	52.8		
Mayor ingreso económico	58	47.2		
Total	**123**	**100.0**		
Espacio intergenésico				
Menor espacio intergenésico	59	48.0		
Mayor espacio intergenésico	64	52.0		
Total	**123**	**100.0**		

Fuente: Elaborado por los investigadores

En la tabla n° 01, se observa que del **100.0% (123)** de madres con niños(as) 6 a 36 meses que asisten al consultorio CREDE, del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015**,** el **20.3% (25)** tienen menor edad y el **79.7% (98)** tienen mayor edad, siendo la edad promedio de **25.98 años** con una desviación estándar de **6.028 años**. Asimismo el **26.8% (33)** de ellas presentan trabajo remunerado, mientras que el **73.2% (90)** no tienen trabajo remunerado. Con respecto al nivel educativo el **27.6% (34)** tienen menor nivel educativo y el **72.4% (89)** manifiestan tener mayor nivel educativo. Las madres sujetos de estudio con menor ingreso económico son el **52.8% (65)** y con mayor ingreso el **47.2% (58),** el ingreso promedio es de **659.71** con una desviación estándar de **419.38** nuevos soles. Presentan menor espacio intergenésico el **48.0% (59)** de las madres, mientras que el **52.0% (64)** tienen mayor espacio intergenésico.

Tabla N° 02

Identificación de niños y niñas de 6 a 36 meses con riesgo de desnutrición que asisten al consultorio CREDE, del Centro de Salud Morona Cocha I-4, año 2015.

Variable dependiente

	N_i°	%
Riesgo de desnutrición		
Con riesgo de desnutrición	115	93.5
Sin riego de desnutrición	8	6.5
Total	**123**	**100.0**

Fuente: Elaborado por los investigadores

Según la tabla n° 02, del **100.0% (123)** niños(as), el **93.5% (115)** presentan riesgo de desnutrición mientras que el **6.5% (8)** si presentan riesgo de desnutrición.

ANÁLISIS BIVARIADO

Tabla N° 03

Relación entre la edad y riesgo de desnutrición en niños y niñas de 6 a 36 meses que asisten al consultorio CREDE, del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015.

Edad	Riesgo de desnutrición				Total	
	Con riesgo		Sin riesgo			
	Ni	%	Ni	%	Ni	%
Menor edad	25	20.3	0	0.0	**25**	**20.3**
Mayor edad	90	73.2	8	6.5	**98**	**79.7**
Total	**115**	**93.5**	**8**	**6.5**	**123**	**100.0**
$X^2 = 2.183$ GL = 1 p = 0.140 α = 0.05						

Fuente: Elaborado por los investigadores

En la **tabla n° 03**, se observa que del **100.0% (123)** de las madres con hijos de 6 a 36 meses que asisten al consultorio CREDE, del Centro de Salud Morona Cocha I-4, el **73.2% (90)** presentan mayor edad e hijos con riesgo de desnutrición. Mientras que un **20.3% (25)** son madres con menor edad y presentan hijos con riesgo de desnutrición.

Al realizar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se obtiene un valor de $\mathbf{X^2 = 2.183}$**,** y un $\mathbf{p = 0.140 > \alpha = 0.05}$**,** lo que indica que se rechaza la hipótesis planteada, es decir no existe relación estadísticamente significativa entre la variable edad de las madres y el riesgo de desnutrición en niños y niñas de 6 a 36 meses que asisten al consultorio CREDE, del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015.

Tabla N° 04

Relación entre el trabajo y riesgo de desnutrición en niños y niñas de 6 a 36 meses que asisten al consultorio CREDE, del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015.

Trabajo	Riesgo de desnutrición				Total	
	Con riesgo		Sin riesgo			
	Ni	%	Ni	%	Ni	%
Con trabajo remunerado	27	22.0	6	4.8	**33**	**26.8**
Sin trabajo remunerado	88	71.5	2	1.7	**90**	**73.2**
Total	**115**	**93.5**	**8**	**6.5**	**123**	**100.0**
$X^2 = 10.114$ GL = 1 p = 0.001 α = 0.05						

Fuente: Elaborado por los investigadores

En la **tabla n° 04**, se observa que del **100.0% (123)** de las madres con hijos de 6 a 36 meses que asisten al consultorio CREDE, del Centro de Salud Morona Cocha I-4, el **71.5% (88)** tienen trabajo no remunerado y presentan hijos con riesgo de desnutrición. Mientras que un **22.0% (27)** son madres con trabajo remunerado cuyos hijos presentan riesgo de desnutrición.

Al realizar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se obtiene un valor de $\mathbf{X^2 = 10.114}$**,** y un $\mathbf{p = 0.001 < \alpha = 0.05}$**,** lo que indica que se acepta la hipótesis planteada, es decir existe relación estadísticamente significativa entre la variable trabajo de las madres y el riesgo de desnutrición en niños y niñas de 6 a 36 meses que asisten al consultorio CREDE, del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015.

Tabla N° 05

Relación entre el nivel educativo y riesgo de desnutrición en niños y niñas de 6 a 36 meses que asisten al consultorio CREDE, del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015.

Nivel educativo	Riesgo de desnutrición				Total	
	Con riesgo		Sin riesgo			
	Ni	%	Ni	%	Ni	%
Menor nivel educativo	34	27.6	0	0.0	**34**	**27.6**
Mayor nivel educativo	81	65.9	8	6.5	**89**	**72.4**
Total	**115**	**93.5**	**8**	**6.5**	**123**	**100.0**
$X^2 = 3.269$ GL = 1 p = 0.071 α = 0.05						

Fuente: Elaborado por los investigadores

En la **tabla n° 05**, se observa que del **100.0% (123)** de las madres con hijos de 6 a 36 meses que asisten al consultorio CREDE, del Centro de Salud Morona Cocha I-4, el **65.9% (81)** presentan mayor nivel educativo cuyos hijos presentan riesgo de desnutrición. Asimismo un **27.6% (34)** son madres con menor nivel educativo y sus hijos también presentan riesgo de desnutrición.

Al realizar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se obtiene un valor de $\mathbf{X^2 = 3.269}$**,** y un $\mathbf{p = 0.071 > \alpha = 0.05}$**,** lo que indica que se rechaza la hipótesis planteada, es decir no existe relación estadísticamente significativa entre la variable nivel educativo de las madres y el riesgo de desnutrición en niños y niñas de 6 a 36 meses que asisten al consultorio CREDE, del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015.

Tabla N° 06

Relación entre el ingreso económico y riesgo de desnutrición en niños y niñas de 6 a 36 meses que asisten al consultorio CREDE, del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015.

Ingreso económico	Riesgo de desnutrición				Total	
	Con riesgo		Sin riesgo			
	Ni	%	Ni	%	Ni	%
Menor ingreso económico	64	52.0	1	0.8	**65**	**52.8**
Mayor ingreso económico	51	41.5	7	5.7	**58**	**47.2**
Total	**115**	**93.5**	**8**	**6.5**	**123**	**100.0**
$X^2 = 5.589$ GL = 1 p = 0.018 α = 0.05						

Fuente: Elaborado por los investigadores

En la **tabla n° 05**, se observa que del **100.0% (123)** de las madres con hijos de 6 a 36 meses que asisten al consultorio CREDE, del Centro de Salud Morona Cocha I-4, existe un **52.0% (64)** tienen menor ingreso económico y presentan hijos con riesgo de desnutrición. Mientras el 41.5% (51) poseen ingresos mayores pero sus hijos también presentan riesgo de desnutrición.

Al realizar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se obtiene un valor de $\mathbf{X^2 = 5.589}$**,** y un $\mathbf{p = 0.018 < \alpha = 0.05}$**,** lo que indica que se acepta la hipótesis planteada, es decir existe relación estadísticamente significativa entre la variable ingresos económicos de las madres y el riesgo de desnutrición en niños y niñas de 6 a 36 meses que asisten al consultorio CREDE, del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015.

Tabla N° 07

Relación entre el espacio intergenésico y riesgo de desnutrición en niños y niñas de 6 a 36 meses que asisten al consultorio CREDE, del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015.

Espacio intergenésico	Riesgo de desnutrición				Total	
	Con riesgo		Sin riesgo			
	Ni	%	Ni	%	Ni	%
Menor espacio intergenésico	58	47.2	1	0.8	**59**	**48.0**
Mayor espacio intergenésico	57	46.3	7	5.7	**64**	**52.0**
Total	**115**	**93.5**	**8**	**6.5**	**123**	**100.0**
$X^2 = 4.313$ GL = 1 p = 0.038 α = 0.05						

Fuente: Elaborado por los investigadores

En la **tabla n° 06**, se observa que del **100.0% (123)** de las madres con hijos de 6 a 36 meses que asisten al consultorio CREDE, del Centro de Salud Morona Cocha I-4, el **47.2% (58)** presentan menor espacio intergenésico y tienen hijos con riesgo de desnutrición. Asimismo el 46.3% (57) presentan mayor espacio intergenésico e hijos con riesgo de desnutrición.

Al realizar los cálculos y el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se obtiene un valor de $\mathbf{X^2 = 4.313}$**,** y un $\mathbf{p = 0.038 < \alpha = 0.05}$**,** lo que indica que se acepta la hipótesis planteada, es decir existe relación estadísticamente significativa entre la variable espacio intergenésico de las madres y el riesgo de desnutrición en niños y niñas de 6 a 36 meses que asisten al consultorio CREDE, del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015.

DISCUSIÒN

Esta investigación fue realizada en el Centro de Salud I-4 Morona Cocha, del distrito de Iquitos. Cuyos sujetos de muestra fueron las madres de niños de 6 meses a 36 meses con riesgo de desnutrición que asisten al control de CREDE. El Centro de Salud está ubicado en una zona urbana, los pobladores en su mayoría cuentan con los servicios básicos y tienen un fácil acceso al servicio de salud.

Respecto a las características de la muestra se encontró que la edad de las madres (79.7%) fue mayor edad, en las que se consideran edades desde 21 años a más, estos resultados son contrarios a los datos encontrados por Escartín M. **(**México 2011), en donde los resultados obtenidos fueron: talla baja (T/E) en hijos de madres adolescentes en 12.4 % *vs* 11.6% de madres adultas; (P/T) con sobrepeso de 22. 2% *vs* 19.6% respectivamente.

La mayor proporción de madres de la muestra 73.2% se encuentran sin trabajo remunerado en las que se consideran a las madres amas de casa, estos resultados son contrarios a la investigación de Duran B, (México 2010), las frecuencias de bajo peso y Sp/Ob fueron significativamente mayores ($p<0.05$) en los niños del grupo Maquiladora/Industria (8.0 y 16.7%) que en Otra ocupación (6.1 y 12.1%) y *H*ogar (5.0 y 8.3%). En comparación al grupo *H*, la frecuencia de emaciación fue mayor en *M* y *O* (~2.4%), mientras que la talla baja fue ligeramente menor en el grupo *M* (7.4%) pero mayor en el grupo *O* (1.9%).

En cuanto al nivel educativo 72.4% fueron madres con mayor nivel educativo, dentro de esta clasificación se abarca estudios secundarios y superiores que fueron realizados por la madre sujeto de estudio, estos hallazgos no coinciden con los resultados encontrados por Chérigo V, (Ecuador – 2014). En su estudio se obtuvo que el 54% presentó un estado nutricional normal, el 35% sobrepeso y el 11% desnutrición; el principal factor de riesgo de desnutrición en esta

población se determinó que era el nivel de instrucción de la madre con el 82% de los desnutridos.

Concerniente a ingresos económicos un mayor porcentaje de madres (52.8%) tiene menor ingreso económico, estos hallazgos tienen relación con los obtenidos por Ampuero A, (Iquitos 2010), sus resultados muestran que de 88 (59.9 %) niños malnutridos 48.3% (71 niños) presentaron madres con ingreso económico bajo, 8.2% (12 niños) madres con ingreso económico medio y 3.4% (5 niños) madres con ingreso económico alto, entonces se observa relación significativa entre el ingreso económico de la madre y el estado nutricional del niño al aplicar la prueba no paramétrica X^2 con resultado de X^2_c = 17.154, p= 0.000 ($p< 0.05$) para un nivel significancia del 5%.

En relación a la variable espacio intergenésico se obtuvo que 52.0% es decir 64 madres se encuentran en la clasificación de mayor espacio intergenésico estos resultados nocoinciden con los encontrados por Reyes J (México 2012) en su investigación que tuvo como resultado que el 37% de los casos, el espacio intergenésico fue de un año, en el 31% de 2 años y en el 32% fue de tres años. El 88.6% primer hijo desnutrido y 66.6 % del segundo.

Al relacionar las variables edad de la madre con riesgo nutricional se encontró que no existe relación estadísticamente significativa X^2= 2.183 Gl= 1, p=0.140 resultado que no coincide con los encontrados por Escartín M, **(**México 2011), en su estudio obtuvo que el 12.4 % de hijos de madres adolescentes presentaban algún grado de desnutrición, llegando a la conclusión que la edad materna menor de 20 años influye en el estado nutricional de los niños. Según Escartín una mujer con mayor edad ha alcanzado su desarrollo físico y psíquico, para brindar una adecuada crianza y alimentación a sus hijos; ya que es un sujeto completamente desarrollado y maduro y que ha logrado su estabilidad emocional y psicológica propia de una persona madura.

Los resultados encontrados en nuestra investigación indican que las madres con mayor edad son las que tienen hijos con riesgo de desnutrición, siendo una causa probable que ellas tienen una familia muy amplia entre 4 a 5 hijos, y un nivel económico bajo lo cual dificultad una alimentación adecuada para los niños.

En relación entre el trabajo y riesgo de desnutrición se observa que existe relación estadísticamente significativa **X^2 = 10.114 GL = 1 p = 0.001**. Estos resultados muestran que son las madres con trabajo no remunerado las que tienen más hijos con riesgo de desnutrición, resultado que no concuerda con la investigación planteada por Duran B, (México 2010), concluyo que las madres con ocupación en el grupo Maquiladora/Industria son las que presentan hijos con emaciación, baja talla y peso (8.0 y 16.7%). Según Mejía H. (Bolivia 2011) la participación femenina en los diferentes campos ocupacionales es más amplia, la mujer se ha comprometido a no depender o ayudar en la estabilidad del hogar, para dar una seguridad económica a su familia, principal estímulo para salir adelante, ya que su ingreso se ha vuelto imprescindible para la supervivencia de los hijos. Para miles de mujeres formar una familia y trabajar al mismo tiempo significa tener que enfrentar una gran cantidad de dificultades relacionadas con la incompatibilidad entre las exigencias de sus hijos y las demandas de su trabajo, es decir la madre trabajadora fuera del hogar puede mejorar su situación económica pero esto incide negativamente en el estado nutricional de su hijo. Así mismo resultados de nuestra investigación indican que las madres sin trabajo remunerado son las que presentan más niños con riesgo de desnutrición, es decir son madres que se dedican únicamente al cuidado de su hogar, debiéndose esto al número de hijos en su familia y la poca diferencia de edad entre hermanos hacen que compitan por los recursos y atención de la madre, las madres encuestadas en su mayoría tenían más de un hijo con riesgo de desnutrición o desnutrido los cuales predominantemente nacieron en el tercero o cuarto lugar. También uno de los factores predominantes en que las madres sin trabajo remunerado presenten más niños

con riesgo de desnutrición son sus ingresos económicos que son en su mayoría son ingresos económicos bajos (menos de 500 soles).

Al relacionar las variables nivel educativo y riesgo de desnutrición se observa que no existe relación estadísticamente significativa **X^2 = 3.269 GL = 1 p = 0.071**, lo cual nos indica que son las madres con mayor nivel educativo las que presentan más hijos con riesgo de desnutrición; datos que no coinciden con Chérigo V (Ecuador – 2014) que obtuvo como resultado el principal factor de riesgo de desnutrición en esta población se determinó que era el menor nivel de instrucción de la madre con el 82% de los desnutridos. Según Wisbaum W. los menos afectados con la desnutrición crónica, son los niños de madres con educación superior pues solo el (7%) de ellos sufren retardo de crecimiento. Contrariamente, los más afectados son los niños de madres sin educación: el 52% de estos niños son desnutridos crónicos. Londoño Franco 2009 reporta que los hijos de madres menores de 20 años y sin formación educativa están expuestos a un riesgo más de dos veces mayor de morir o de sufrir desnutrición que los hijos de madres de edad mayor. Contrariamente los resultados de nuestra investigación muestran que son las madres con mayor nivel educativo las que presentan más hijos con riesgo de desnutrición, esto debido a que en su mayoría solo cuenta con nivel educativo secundario lo cual les impide conseguir un trabajo bien remunerado, y por ende no cuentan con un ingreso económico regular o alto para una adecuada alimentación de sus hijos, y también les impide tener mayores recursos culturales para criar mejor a sus hijos.

En la relación entre ingreso económico y riesgo de desnutrición se demuestra que existe relación estadísticamente significativa **X^2 = 5.589 GL = 1 p = 0.018**, estos hallazgos tiene similitud con Ampuero A. (Iquitos 2010). cuyos resultados muestran que de 88 (59.9 %) niños malnutridos 48.3% (71 niños) presentaron madres con ingreso económico bajo. Arocena V, manifiesta que entre las causas relacionadas con los recursos económicos, pertenecer a un

hogar cuyos padres no trabajaban o tienen trabajos eventuales, resultan claramente asociadas con la desnutrición crónica infantil, ya que no tienen facilidad para la compra de alimentos, así como de otros bienes y servicios necesarios para el cuidado del niño. Los resultados que encontramos en nuestra investigación tienen concordancia con lo manifestado en la teoría y otros estudios realizados, en el que nos manifiesta que un ingreso económico bajo influye negativamente en el estado nutricional del niño.

Al relacionar las variables espacio intergenésico y riesgo nutricional encontramos que existe relación estadísticamente significativa, esto se evidencia mediante los resultados obtenidos realizando el análisis estadístico de chi cuadrado a los datos se obtiene un valor de: **X^2 = 4.313, GL = 1, p = 0.038,** estos resultados no tienen relación con los datos encontrados por Reyes J y otros (México 2012) en el cual se evidencia que de 55 familias (100%) en el 37% de los casos, el espacio intergenésico fue de un año, en el 31% de 2 años y en el 32% fue de tres años. El 88.6% primer hijo desnutrido y 66.6 % del segundo. Fonseca E. manifiesta que el tener nacimientos demasiado próximos no permite que el cuerpo de la madre recupere las reservas nutricionales y el nivel energético, provocando así embarazos riesgosos, complicados en la mayoría de los casos por situaciones como: enfermedad hipertensiva del embarazo, parto obstruido o hemorragia posparto. A su vez, esto repercute en el estado de salud y nutrición de los niños. Los resultados encontrados en nuestra investigación no concuerdan con los resultados y teorías manifestados anteriormente, ya que son las madres con mayor espacio intergenésico las que presentan un mayor porcentaje de hijos con riesgo de desnutrición, esto se debe a que estas madres presentan mayor edad y número de hijos mayor de 3, sumándose a esto un ingreso económico bajo lo cual dificulta la alimentación adecuada del niño.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos y resultados en la presente investigación se concluye lo siguiente:

1. En relación a los Factores maternos asociados al riesgo de desnutrición en niños de 6 a 36 meses del centro de salud Morona cocha I-4, 2015, se logró identificar que del **100.0% (123)** madres con niños(as) 6 a 36 meses, el **20.3% (25)** tienen menor edad y el **79.7% (98)** tienen mayor edad, siendo la edad promedio de **25.98 años** con una desviación estándar de **6.028 años**. Asimismo el **26.8% (33)** de ellas presentan trabajo remunerado, mientras que el **73.2% (90)** no tienen trabajo remunerado. Con respecto al nivel educativo el **27.6% (34)** tienen menor nivel educativo y el **72.4% (89)** manifiestan tener mayor nivel educativo. Las madres sujetos de estudio con menor ingreso económico son el **52.8% (65)** y con mayor ingreso el **47.2% (58),** el ingreso promedio es de **659.71** con una desviación estándar de **419.38** nuevos soles. Presentan menor espacio intergenésico el **48.0% (59)** de las madres, mientras que el **52.0% (64)** tienen mayor espacio intergenésico.
2. En cuanto a riesgo de desnutrición se encontró que del **100.0% (123)** niños (as), el **93.5% (115)** presentan riesgo de desnutrición mientras que el **6.5% (8)** no presentan riesgo de desnutrición.
3. Se logró determinar que existe relación estadísticamente significativa entre el riesgo de desnutrición y las variables trabajo, ingresos económicos y espacio intergenésico; al mismo tiempo se logró determinar que no existe relación estadísticamente significativa entre el riesgo de desnutrición y las variables edad y nivel educativo.

RECOMENDACIONES

1. A la Dirección Regional de Salud Loreto (DIRESA), al personal profesional del área niño-niña:
   - Fortalecer el primer nivel de prevención, brindando capacitaciones constantes y realizando actividades que permitan descentralizar información a las madres que asisten a los diferentes establecimientos de salud acerca de los hábitos adecuados para un buen estado nutricional de los niños.
   - Reforzar los programas de planificación familiar para un mejor control de la natalidad, para que de ésta manera las madres puedan brindar a sus hijos una mejor atención, alimentación y puedan solventar las necesidades económicas de las familias, y por ende evitar el riesgo de desnutrición.
2. A la facultad de enfermería y comunidad científica:
   - Incentivar en los estudiantes la realización de investigaciones sobre el desarrollo y estado de nutrición del niño o niña, ya que con ellas se puede conocer cuáles son los factores condicionantes para el riesgo de desnutrición, y con esto promover estrategias para mejorar la calidad de vida en los niños de nuestra región Loreto.
3. A la comunidad:
   - Sensibilizar a las madres en cuanto a la importancia de asistir al control CREDE periódicamente, ya que con esto la madre aprende sobre los cuidados adecuados del niño y como mantener un buen estado nutricional, evitando así el riesgo de desnutrición.
   - Incentivar a la población a la participación de los diversos programas de nutrición que realizan los establecimientos de Salud, y que refuercen los conocimientos brindados con la practica constante.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. "Estrategias Sanitarias Mundiales 2010". (pág. 2-5) [Citado sábado 01 de junio del 2013]. Disponible en URL: www.oms.org

2. Wisbaum W, "Desnutrición infantil: causas, consecuencias y estrategias para su prevención". Editorial Punto y Coma. Noviembre 2011 (pág. 1-21) [Citado sábado 01 de Junio del 2013]. Disponible en URL: www.unicef.es

3. Chávez J, Agencia Andina Peruana de noticias. "Descenso importante en la tasa de desnutrición infantil en el Perú". [Citado sábado o1 de Junio del 2013]. Disponible en URL: www.adina.com.pe/español/

4. Ministerio de Salud del Perú, Instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. "Resultados del Sistema de información del Estado Nutricional 2009, 2010 y 3er trimestre 2011". [Citado sábado 01 de Junio del 2013]. Disponible en URL: www.ins.gob.pe

5. Borghi C, y otros. "Desnutrición Infantil en el Departamento de San Cosme". Argentina 2010. [Citado 08 de Junio del 2013]

6. Escartin M, y otros. "Estudio comparativo de los hijos de madres adolescentes y adultas de comunidades rurales del estado de Querétaro". México 2011. [Citado 08 de Junio del 2013]

7. Mejía H. y/o otros. “factores de riesgo para desnutrición aguda en niños menores de cinco años” la paz– Bolivia 2011,(pag.6-7), citado 13 de agosto 2014.

8. Barrientos W, “situación nutricional en menores de 5 años. Municipio san juan de Ojojona, Honduras, enero – mayo 2011” (Nicaragua 2011), [Citado 13 de agosto del 2014]

9. Ampuero A y otros. “Factores socioeconómicos, demográficos y culturales relacionados al estado nutricional en niños de 3 a 5 años de la institución educativa inicial n° 691 Rayitos de Esperanza, Punchana 2010”. Iquitos 2010. (pág. 1-2). [Citado el 11 de Junio del 2013]

10. Cherigo V y otros. “valoración del estado nutricional y factores que inciden en la desnutrición en niños de 2 a 5 años que asisten a los centros infantiles del buen vivir administrados por la fundación Semillas de amor en Bastión popular de Guayaquil –año 2014”.Ecuador 2014 (pag.15) [Citado el 08 de febrero del 2015]

11. Duran B “La ocupación de la madre como factor determinante del estado nutricio de niños menores de 7 años de ciudad Juarez” México 2009, pag. 1-2, citado el 7 de febrero del 2015

12. Reyes J. y otros (México 2012) “La desnutrición infantil: población rural del programa oportunidades”,(pag:3,7) . [Citado 07 de marzo del 2015]

13. Borghi C, y otros. “Desnutrición Infantil en el Departamento de San Cosme”. Argentina 2010. [Citado 08 de Junio del 2014

14. Ministerio de Salud del Perú, Instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. “Resultados del Sistema de información del Estado Nutricional 2009, 2010 y 3er trimestre 2011”. (pág. 123-125)[Citado sábado 01 de Junio del 2013]. Disponible en URL: www.ins.gob.pe

15. Wisbaum W, “Desnutrición infantil: causas, consecuencias y estrategias para su prevención”. Editorial Punto y Coma. Noviembre 2011 (pág. 30-35) [Citado sábado 01 de Junio del 2013]. Disponible en URL: www.unicef.es

16. Organización Mundial de la Salud. “Estrategias Sanitarias Mundiales 2010”. (pág. 7-14) [Citado sábado 01 de Junio del 2013]. Disponible en URL: www.oms.org

17. Hospital pediátrico docente Williams Soler. Lázaro A. Métodos de valoración e indicadores antropométrico 2009, (pág. 25-35, 47-50)[citado el sábado 01 de julio del 2013]

18. Hospital pediátrico docente Williams Soler. Lázaro A. Métodos de valoración e indicadores antropométrico 2009, (pág. 27-33)[citado el sábado 01 de julio del 2013]

19. Universidad de Concepción del Uruguay. Cudós M. “Percepción materna del estado nutricional y de la ingesta alimentaria de niños preescolares 2010”. (pág. 25-35))[citado el sábado 01 de julio del 2013]

20. Duran B “La ocupación de la madre como factor determinante del estado nutricio de niños menores de 7 años de ciudad Juarez” México 2009, pag. 1-2, citado el 7 de febrero del 2015

21. Wisbaum W, “Desnutrición infantil: causas, consecuencias y estrategias para su prevención”. Editorial Punto y Coma. Noviembre 2011 (pág. 1-21) [Citado sábado 01 de Junio del 2013]. Disponible en URL: www.unicef.es

22. Organización Mundial de la Salud. “Estrategias Sanitarias Mundiales 2010”. (pág. 4-6) [Citado sábado 01 de Junio del 2013]. Disponible en URL: www.oms.org

23. Wisbaum W. “Desnutrición infantil: causas, consecuencias y estrategias para su prevención”. Editorial Punto y Coma. Noviembre 2011 (pág. 1-21) [Citado sábado 01 de Junio del 2013]. Disponible en URL: www.unicef.es

24. Álvarez M y Román J. “Nutrición y alimentación en el ámbito escolar”. 1era Ed, Editorial Ergon. España 2011. (pág. 715-725). [Citado 09 de Junio del 2013]. Disponible en URL: www.libreriaaverroes.com

25. Universidad de Oriente Núcleo, escuelas de ciencias de la salud. “Desnutrición”. Venezuela 2010. (pág. 22-27). [Citado 08 de Junio del 2013]

26. Álvarez M y Román J. “Nutrición y alimentación en el ámbito escolar”. 1era Ed, Editorial Ergon. España 2011. (pág. 840-900). [Citado 09 de Junio del 2013]. Disponible en URL: www.libreriaaverroes.com

27. Escartin M, y otros. “Estudio comparativo de los hijos de madres adolescentes y adultas de comunidades rurales del estado de Querétaro”. México 2011. (pág. 2-3).[Citado 08 de Junio del 2013]

28. Ampuero A y otros. “Factores socioeconómicos, demográficos y culturales relacionados al estado nutricional en niños de 3 a 5 años de la institución educativa inicial n° 691 Rayitos de Esperanza, Punchana 2010”. Iquitos 2010. (pág. 20-25) (26-28). [Citado el 11 de Junio del 2013]

29. Policlínico Docente “Armando García Aspurú”. Intervención comunitaria en madres de preescolares y escolares con riesgo de desnutrición 2009 [Citado el 11 de Junio del 2013]

30. Escartin M, y otros. “Estudio comparativo de los hijos de madres adolescentes y adultas de comunidades rurales del estado de Querétaro”. México 2011. [Citado 08 de Junio del 2013]

31. www.revistaterapiaocupacional.com

32. www.revistaterapiaocupacional.com

33. Arocena V. “Factores asociados a la desnutrición crónica infantil en el Perú”. Perú 2009. (pág. 18). [Citado el 08 de junio del 2013]

34. Arocena V. “Factores asociados a la desnutrición crónica infantil en el Perú”. Perú 2009. (pág. 20). [Citado el 08 de junio del 2013]

35. Borghi C, y otros. “Desnutrición Infantil en el Departamento de San Cosme”. Argentina 2010. [Citado 08 de Junio del 2013]

36. Wisbaum W, “Desnutrición infantil: causas, consecuencias y estrategias para su prevención”. Editorial Punto y Coma. Noviembre 2011 (pág. 900-9005) [Citado sábado 01 de Junio del 2013]. Disponible en URL: www.unicef.es

37. Wisbaum W, “Desnutrición infantil: causas, consecuencias y estrategias para su prevención”. Editorial Punto y Coma. Noviembre 2011 (pág. 750-752) [Citado sábado 01 de Junio del 2013]. Disponible en URL: www.unicef.es

ANEXOS

ANEXO N° 1

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTAS
Variable independiente Factores maternos		Se define como los indicadores individuales que se encuentran en la madre sujeto de muestra que van a determinar el riesgo de desnutrición en menores de 6 a 36 meses.	**Edad**	Años cronológicos que presenta la madre sujeto de estudio al momento de recolección de datos.	Continua	

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTAS
				- **Menor edad:** Cuando al momento de la recolección de datos la madre refiere tener menor o igual de 20 años - **Mayor edad:** Cuando al momento de la recolección de datos la madre refiere tener de 21 años a más.		

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTAS
			Espacio intergenésico	Es el espacio del tiempo que existe entre el nacimiento de un hijo y el otro. - **Menor espacio intergenésico:** Cuando al momento de la recolección de datos la madre refiere que entre el nacimiento de un hijo y otro hay un espacio menor o igual de 2 años. - **Mayor espacio intergenésico:** Cuando al momento de la recolección de datos la madre refiere que entre el nacimiento de un hijo y el otro hay más de 2 años		

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTAS
			Trabajo	Es el empleo, oficio, profesión o cualquier otra actividad que realiza la madre al momento de la recolección de datos. ❖ **Sin trabajo remunerado:** Cuando la madre, sujeto de estudio, no realiza ninguna actividad que genere ingresos económicos y se dedica a su casa. ❖ **Con trabajo remunerado:** Cuando la madre, sujeto de estudio, realiza alguna actividad dentro o fuera del hogar del cual recibe una remuneración.	Nominal	

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTAS
			Nivel educativo	Grado de instrucción de la madre al momento de la recolección de datos. ❖ **Menor nivel educativo:** Cuando la madre al momento de la recolección de datos refiere que solo tiene educación inicial y primaria. ❖ **Mayor nivel educativo:** Cuando la madre al momento de la recolección de datos refiere que tiene educación secundaria o superior.	Ordinal	

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTAS
			Ingresos económicos	Cantidad de dinero que recibe la madre en un periodo determinado (mensual). Son fuentes de Ingresos económicos, sueldos, salarios, dividendos, ingreso por intereses, pagos de transferencia, alquileres y demás. ❖ **Menor ingreso económico:** Cuando al momento de la recolección de datos la madre refiere tener un ingreso económico menor de 500 soles.		

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTAS
				❖ **Mayor ingreso económico:** Cuando al momento de la recolección de datos la madre refiere tener un ingreso económico mayor de 500 soles.		
Variable dependiente **Riesgo de desnutrición**		Situación que compromete el estado nutricional de los niños menores de 6 a 36 meses, debido a diversos	**Sin riesgo de desnutrición**	Cuando los niños (as) evaluados en relación peso para talla (P/T) y talla para la edad (T/E), se encuentra en condiciones normales dentro de los percentiles -2DE Y +2DE		

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTAS
		Factores como la ingesta insuficiente de alimentos y la falta de una atención adecuada que le brinde la madre, entre otros.	**Con riesgo de desnutrición**	Cuando la relación talla para la edad (T/E) y peso para talla (P/E) del niño, se encuentra entre de los percentiles -1DE a -2DE, el cual se obtendrá por la evaluación realizado por los investigadores.		

ANEXO N°2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO: "Factores maternos asociados al riesgo de desnutrición en niños de 6 a 36 meses del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015"

Señora madre de familia, somos bachilleres de enfermería, mi nombre es ……., estoy realizando un estudio sobre "Factores maternos asociados al riesgo de desnutrición en niños de 6 a 36 meses del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015", con el propósito de establecer la asociación existente entre los factores maternos y riesgo de desnutrición en niños de 6 a 36 meses.

Si usted accede a participar en este estudio, será en forma voluntaria, anónima y confidencial, por lo que, usted tiene todo el derecho de aceptar o negarse a participar del estudio.

Los datos obtenidos se analizaran en forma agrupada y con la ayuda de códigos. Luego del procesamiento de los datos obtenidos, los instrumentos utilizados para la recolección de datos serán destruidos con el fin de proteger la integridad física y moral de los participantes del estudio.

Los resultados de este proyecto serán de conocimiento solo del personal que realiza este trabajo.

NOMBRE Y APELLIDOS:

DNI:

_____	_____
FIRMA	**HUELLA DIGITAL**

ANEXO Nº 03

CUESTIONARIO SOBRE "FACTORES MATERNOS ASOCIADOS AL RIESGO DE DESNUTRICIÓN EN NIÑOS DE 6 A 36 MESES DEL CENTRO DE SALUD MORONA COCHA I-4, 2015"

ESTIMADA MADRE DE FAMILIA:

Estimada madre de familia, somos bachilleres en enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, con el fin de obtener nuestro título profesional estamos realizando un estudio de investigación sobre "Factores maternos asociados al riesgo de desnutrición en niños de 6 a 36 meses del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015". A fin de cumplir con los objetivos trazados, solicitamos su colaboración aceptando participar en este estudio y permitiéndonos realizar esta visita domiciliaria para poder obtener datos confiables.

Así mismo le aseguramos que toda la información recolectada será de uso exclusivo de la investigación.

1.1 Agradeciéndole anticipadamente por su colaboración.

Datos para ser llenado por el investigador

Hora: _____

Fecha: _____

Nombre del investigador: _____

Observaciones: _____

ANEXO Nº 04

CUESTIONARIO SOBRE "FACTORES MATERNOS ASOCIADOS AL RIESGO DE DESNUTRICIÓN EN NIÑOS DE 6 A 36 MESES DEL CENTRO DE SALUD MORONA COCHA I-4, 2015"

I. DATOS GENERALES DEL NIÑO O NIÑA:

Fecha de Nacimiento:…….....

Edad de su niño: ……

Numero de Historia Clínica…….……

Número de Hijo: …….

Dirección:……

II. FACTORES MATERNOS:

Marque con un "X" donde corresponda, solo una alternativa por pregunta.

1- ¿Cuántos años cumplidos tiene usted?.....

a) Menor edad. ☐

b) Mayor edad. ☐

2- ¿Qué tipo de trabajo tiene usted?

a) Vende en su casa

b) Trabajo fuera de la casa

c) Se dedica a su casa

Con trabajo remunerado ☐

Sin trabajo remunerado ☐

- Si las respuesta es **con trabajo remunerado** ¿quién se queda al cuidado de su niño (a)……..

3- ¿Qué Grado de Instrucción tiene usted?

a) Inicial

b) Primaria

c) Secundaria

d) Superior

Menor nivel educativo ☐

Mayor nivel educativo ☐

4- ¿Cuál es el Ingreso Económico mensual en su hogar?.....

a) Menos de 300 nuevos soles

b) De 300 a 500 nuevos soles

c) De 501 a 700 nuevos soles

d) De 701 a mas

Menor ingreso económico ☐

Mayor ingreso económico ☐

5- ¿Cuál es la fecha de Nacimiento del penúltimo hijo (a) o anterior al niño (a) de la muestra?

Día……**Mes**……**Año**……

Mayor espacio intergenésico ☐

Menor espacio intergenésico ☐

III. RIESGO DE DESNUTRICIÓN

Sexo: M | F **Peso:** Kg **Talla:** Cm

Con riesgo de desnutrición ☐

Sin riesgo de desnutrición ☐

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION

CONTROL DE ATENCIÓN DEL NIÑO

Fecha	Edad (meses)	Peso	Desnutrición (peso/p)		Talla	Desnutrición de talla (en)		Obs
				Gráfico			Gráfico	

Normal ● Riesgo ●

ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES

HIERRO		VITAMINA "A"			OTRO	
Fecha	Dosis	Fecha	Dosis	Dosis		

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

		Ci	Ma	Diag
1 mes	Mantiene la cabeza en línea media			N
	Aprieta cualquier objeto colocado en su mano			
	Gatea con movimientos alternos			T
	Cuando lloro se tranquiliza al escuchar sonidos			
2 meses	Sigue con la mirada objetos en movimiento en ángulo de 90°			N
	Emite sonidos o "agu" cuando se le habla			
	Sonríe ante cualquier estímulo			T
	Al mantenerlo con un objeto alerta y coge la mano			
3 meses	La cabeza acompaña el movimiento del tronco, no cae			N
	Sigue con la mirada objetos cercanos, movimientos en ángulo de 180°			
	Voltea a ver el sonido de la campana			T
	Juega con sus manos			
4 meses	Toma un objeto con ambas manos			N
	Clava los juguetes a la línea			
				T
5 meses	Mantiene el tronco recto con apoyo de manos hacia delante			N
	Se sujeta sin sentarse y se tranquiliza con la canción			
	Reconoce su nombre			T
	Juega con sus manos y pies			
6 meses	Gira sobre su cuerpo hacia la derecha			N
	Coge un objeto en cada mano			
	Comprende "no" "dame"			T
	Mira cuando cae un objeto			
7 meses	Se mantiene sentado con apoyo			N
	Dice "Pa Pa" "Ma Ma" a cualquier persona			
				T
8 meses	Hace pinza inferior pulgar - índice			N
	Llama a gritos para establecer contacto con otros			
	Lanza objetos a cierta distancia, debe ir con el sonido			T
9 meses	Comprende el "No"			N
	Encuentra objetos ocultos			
				T
10 meses	Camina apoyándose en la cuna			N
	Dice "papá" y "mamá"			
	Busca el juguete en la caja			T
11 meses	Hace pinza fina			N
	Responde a una orden simple acompañada de objetos			
	Sujeta de una mano empujándola palma con el pie			T
	Explora su juguete			

		Ci	Ma	Diag
12 meses	Camina solo con pies equilibrio y pisadas separadas			N
	Dibuja un juguete			
	Hace garabatos			T
15 meses	Dice dos palabras sueltas además de "papá y mamá"			N
	Intenta hacer caminar los juguetes			
				T
18 meses	Hace un trazo en un papel			N
	Identifica figuras de objetos conocidos			
	Nombra juguetes			T
	Comparte la comida con los demás			
21 meses	Mantiene el equilibrio sin pasar solo			N
	Hace torre de 3 cubos			
	Dice palabras, frases "Mamá dame"			T
	Utiliza un objeto para alcanzar otro			
24 meses	Enfrenta su juguete			N
	Corre			
	Arma pares hasta seis rompecabezas			T
30 meses	Comprende dos frases sencillas consecutivas "Tomar el cubo y dámelo"			N
	Identifica objetos de la cocina de la casa			
	Juega con otros niños			T
36 meses	Hace torre de 7 cubos			N
	Comprende 3 frases "Guárdalo, ponlo en su juguete y dámelo"			
	Dice oraciones simples "Mamá vamos calle", "Mamá quiero jugo"			T
	Demuestra fatiga de un brazo para coger dentro			
48 meses	Hace un puente con 3 cubos			N
	Pinta una página, dibujo con figura de un libro y la nombra			
	Se pone algunas ropas			T
	Colorea los conocidos de diversos			
5 años	Nombra animales más 8 nombra 12			N
	Nombra colores: rojo, azul y amarillo			
	Copia una cruz			D
	Se pone un zapato 10 abrochados o más			
6 años	Mantiene su nombre y apellidos			N
	Conoce la utilidad de objetos: tijeras, lápiz, clipes, pelotas			
	Copia un círculo			D
	Nombra y identifica los colores			
	Camina en punta de pies sin pasos cortos			

N: Normal D: Difícil T: Trastornos del desarrollo

AYUDANDO A CRECER A NUESTROS HIJOS AYUDAMOS A CRECER A NUESTRO PAIS

PERÚ Ministerio de Salud

CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO

Nº HC: Nº Carpeta FAM:

Cod. de Afiliación:

Fecha de Nacimiento: CUI/DNI:

Nombre y Apellido: _____

- Del Niño:
- De la Madre: DNI:
- Del Padre: DNI:

Dirección:

E-mail: Teléfono:

Establecimiento:

Programa de Apoyo Social:

VACUNACIÓN (Anotar Fechas)

Tuberculosis (BCG): (Recién Nacido)

Antihepatitis (HvB): (Recién Nacido)

Antipolio: (OPV ó IPV) *Condición Especial

Fechas de las próximas dosis:	/ /	/ /
1ra (2 meses)	2da (3 meses)	3ra (8 meses)

Pentavalente: (DPT + Hib + HvB)

Fechas de las próximas dosis:	/ /	/ /
1ra (2 meses)	2da (4 meses)	3ra (6 meses)

Neumococo: número de Tubo Tubo

Fechas de las próximas dosis:	/ /	/ /
1ra (2 meses)	2da (4 meses)	3ra (12 meses)

Rotavirus:

Fechas de las próximas dosis:	/ /
1ra (2 meses)	2da (4 meses)

Influenza: 1er Año

Fechas de las próximas dosis:	/ /
1ra (2 meses)	2da (8 meses)

Sarampión, Rubeola y Paperas (SPR):	Antiamarílica:
12 Meses _____	15 Meses _____

1er. Refuerzo DPT (18 meses) (4 meses después de la 3era Pentavalente)	2da. Refuerzo DPT (4 años) Refuerzo de OPV (4 años)
_____	_____

LA VACUNA ES TODO EL AÑO Y ES GRATUITA

GRAFICA PESO-EDAD

TENDENCIA DE LA GANANCIA DE PESO

Bueno — Malo

ANTECEDENTES PRENATALES

Peso (Kg)

Meses

GRAFICA TALLA-EDAD

TENDENCIA DEL CRECIMIENTO

Bueno — Malo

Longitud/estatura (cm)

Meses

Lactancia Materna Exclusiva

0 a 6 meses

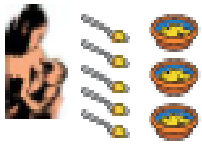
Lactancia Materna y alimentación complementaria

4 a 7 meses

* Iniciar la alimentación papilla, mazamorra o puré

7 a 9 meses

* Además de aplastado debe consumir alimentos triturados



9 a 11 meses

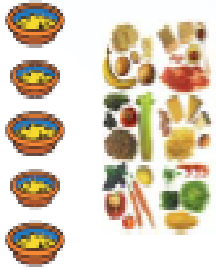
* Debe consumir alimentos picados

Lactancia materna y Alimentación familiar

12 a 24 meses

Alimentación completa

24 meses a más



RECUERDA

Lava siempre las manos y las de tu niño:

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

Regala a tu hijo una sonrisa sana

* Lleva a tu hijo al odontólogo antes del 1° mes de vida.
* Realiza la higiene bucal de tu hijo después de cada comida sobre todo antes de dormir.
* Visita al odontólogo cada 3 meses para control.

CONTROL DE ATENCIÓN DEL NIÑO

Fecha	Edad meses	Peso	Ganancia de peso		Talla	Ganancia de talla		Cita
			gr	Condición		cm	Condición	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	
				○			○	

Bueno ● Malo ●

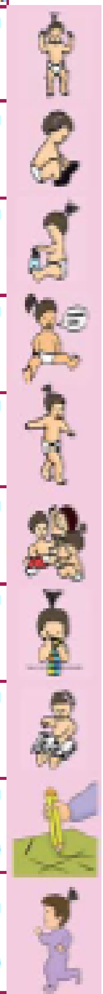
ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES

HIERRO		VITAMINA "A"			OTRO	
Fecha	Edad	Fecha	Edad	Dosis		

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

Edad	Ítem	D	Hr	Diag
1 mes	Movimientos asimétricos de brazos y piernas			N
	Aprieta cualquier objeto colocado en su mano			
	Detiene sus movimientos al oír un sonido			T
	Cuando llora se tranquiliza al ser alzado o acariciado			
2 meses	Sigue con la mirada objetos de cerca en ángulo de 90°			N
	Emite sonidos o "agú" cuando se le habla			
	Sonríe ante cualquier rostro			T
	Al contacto con un objeto abre y cierra la mano			
3 meses	La cabeza acompaña al movimiento del tronco - no cae			N
	Sigue con la mirada objetos cercanos de un lado a otro en ángulo de 180°			
	Voltea al oír el sonido de la campana			T
	Juega con sus manos			
4 meses	Toma un objeto con ambas manos			N
	Lleva los juguetes a la boca			
				T
5 meses	Mantiene el tronco recto con apoyo de manos hacia delante			N
	Se sonríe así mismo y con compañía a los demás			
	Reconoce a su mamá			T
	Juega con sus manos y pies			
6 meses	Gira sobre su cuerpo fácilmente			N
	Coge un objeto en cada mano			
	Comprende "ven" "dame"			T
	Mira cuando cae un objeto			
7 meses	Se mantiene sentado sin apoyo			N
	Dice "Pa-Pa" "Ma-Ma" a cualquier persona			
				T
8 meses	Hace pinza índice pulgar torpe			N
	Llama o grita para establecer contacto con otros			
	Lanza objetos a cierta distancia, disfruta con el sonido			T
9 meses	Comprende el "No"			N
	Encuentra objetos ocultos			
				T
10 meses	Camina apoyándose en las cosas			N
	Dice "Papá" y "Mamá"			
	Busca el juguete en la caja			T
11 meses	Hace pinza fina			N
	Responde a una orden simple e identifica objetos			
	Sujeta de una mano empuja la pelota con el pie			T
	Explora su juguete			

Edad	Ítem	D	Hr	Diag
12 meses	Camina sola con poco equilibrio y piernas separadas			N
	Ofrece un juguete			
	Hace garabatos			T
14 meses	Dice dos palabras sueltas además de "Papá y Mamá"			N
	[illegible] los zapatos			
				T
16 meses	Mete un frijol en un frasco			N
	Identifica figuras de objetos comunes			
	Arrastra juguetes			T
	Come en la mesa con los demás			
18 meses	Sentada en el suelo se para sola			N
	Hace torre de 3 cubos			
	Dice palabras frase "Mamá teta"			T
	Utiliza un objeto para alcanzar otro			
21 meses	Defiende su juguete			N
	Corre			
	Avisa para hacer sus necesidades			T
24 meses	Avisa para hacer sus necesidades			N
	Comprende dos frases sencillas consecutivas "Recoge el osito y dámelo"			
	Intenta quitarse las prendas inferiores			T
	Juega con otros niños			
24 meses	Hace torre de 7 cubos			N
	Comprende 3 frases "Siéntate, quítate los zapatos y dámelos"			
	Dice oraciones simples "Mamá vamos calle", "Mamá quiero pan"			T
	Desenrosca la tapa de un frasco para sacar dentro			
30 meses	Hace un puente con 3 cubos			N
	Pasa una página, dibuja una figura de un libro y la nombra			
	Se pone alguna ropa			T
	Coloca los cubos en orden de tamaños			
3 años	Nombra animales (de 8 menciona 6)			N
	Nombra colores (rojo, amarillo, azul)			
	Copia una cruz			D
	Se para en un pie 1 segundo o más			
4 años	Dice su nombre y apellidos			
	Conoce la utilidad de objetos (cuchara, lápiz, tijera, jabón)			N
	Copia un círculo			
	Abotona y desabotona un cierre			D
	Camina en punta de pies seis pasos o más			



N: Normal D: Déficit T: Trastorno del desarrollo

AYUDANDO A CRECER A NUESTROS HIJOS AYUDAMOS A CRECER A NUESTRO PAIS

PERÚ Ministerio de Salud

CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA NIÑA

N° HC: N° Carpeta FAM:
Cod. de Afiliación:
Fecha de Nacimiento: CUI/DNI:
Nombres y Apellidos:
- De la Niña:
- De la Madre: DNI:
- Del Padre: DNI:
Dirección:
E-mail: Teléfono:
Establecimiento:
Programa de Apoyo Social:

VACUNACIÓN (Anotar Fechas):

Tuberculosis (BCG): (Recién Nacido)

Antihepatitis (HvB): (Recién Nacido)

Antipolio: (OPV ó IPV*) *Condición Especial
Fechas de las próximas dosis: / / — / /
1ra (2 meses) | 2da (4 meses) | 3ra (6 meses)

Pentavalente: (DPT + Hib + HvB)
Fechas de las próximas dosis: / / — / /
1ra (2 meses) | 2da (4 meses) | 3ra (6 meses)

Neumococo: menor de 1 año | 1 año
Fechas de las próximas dosis: / / — / /
1ra (2 meses) | 2da (4 meses) | 3ra (12 meses)

Rotavirus:
Fechas de las próximas dosis: / /
1ra (2 meses) | 2da (4 meses)

Influenza: 1er Año
Fechas de las próximas dosis: / /
1ra (7 meses) | 2da (8 meses)

Sarampión, Rubeola y Paperas (SPR): 12 Meses ____ | Antiamarílica: 15 Meses ____

1er. Refuerzo DPT (18 meses) (4 meses después de la 3era. Pentavalente) ____ | 2do. Refuerzo DPT (4 años) Refuerzo SPR (4 años) ____

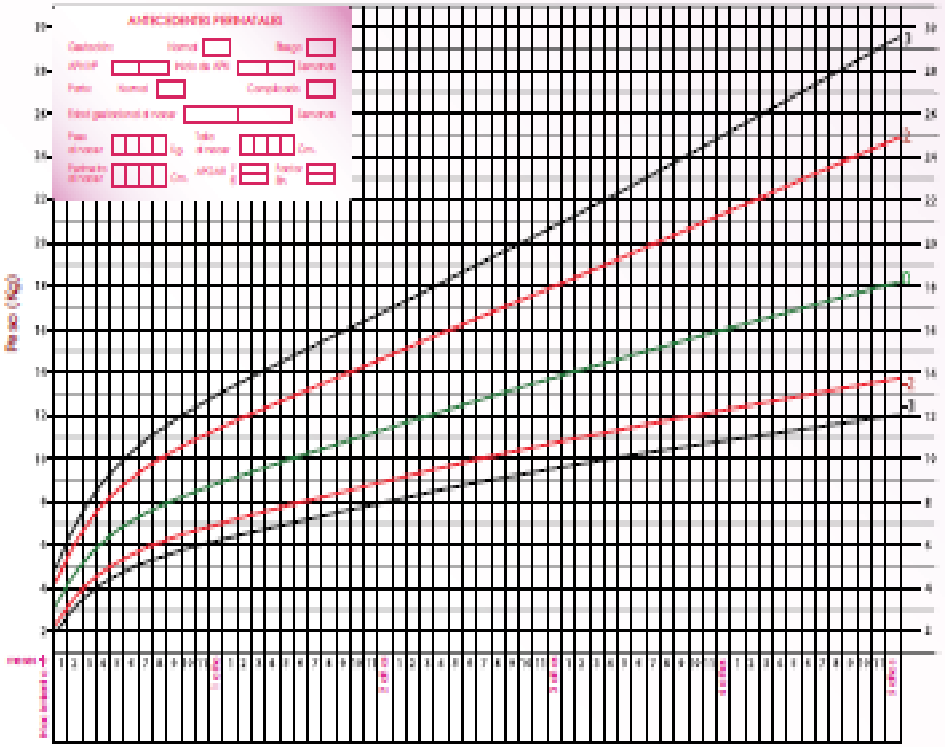
VPH 10 años: 1ra Dosis | 2da Dosis | 3ra Dosis — DT A partir de 10 años: 1ra Dosis | 2da Dosis | 3ra Dosis

LA VACUNA ES TODO EL AÑO Y ES GRATUITA

GRAFICA PESO-EDAD

TENDENCIA DE LA GANANCIA DE PESO

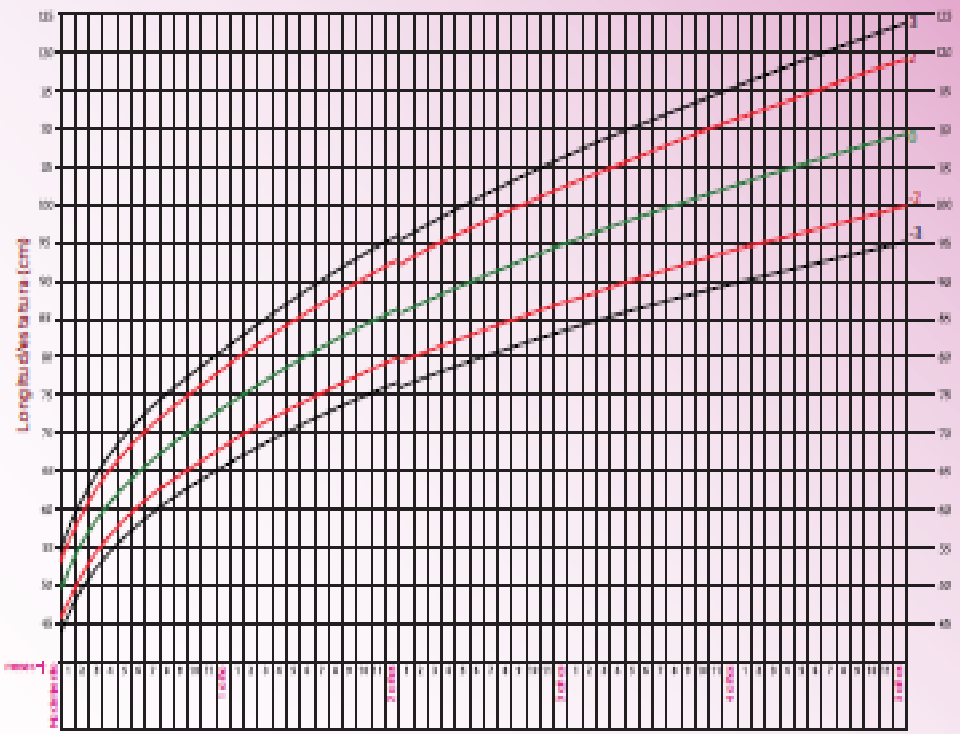
Bueno — Malo



GRAFICA TALLA-EDAD

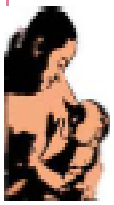
TENDENCIA DEL CRECIMIENTO

Bueno — Malo



Lactancia Materna Exclusiva

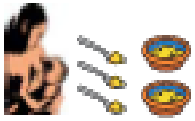
0 a 6 meses



Lactancia Materna y alimentación complementaria

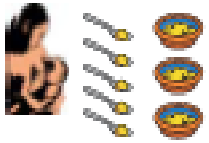
4 a 7 meses

* Iniciar la alimentación papilla, mazamorra o puré



7 a 8 meses

* Además de papilla debe consumir alimentos filtrados



9 a 11 meses

* Debe consumir alimentos picados

Lactancia materna y Alimentación familiar

12 a 24 meses

Alimentación completa

24 meses a más

RECUERDA

Lava siempre las manos y las de tu niño:

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

Regala a tu hijo una sonrisa sana:

* Lleva a tu hijo al odontólogo antes del 1° mes de vida.
* Realiza la higiene bucal de tu hijo después de cada comida, sobre todo antes de dormir.
* Visita al odontólogo cada 3 meses para control.

CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑAS Y NIÑOS DE 29 DÍAS A MENORES DE 5 AÑOS.

Se realizará en base a la comparación de indicadores: P/E, T/E y P/T con los valores de los Patrones de Referencia vigentes.

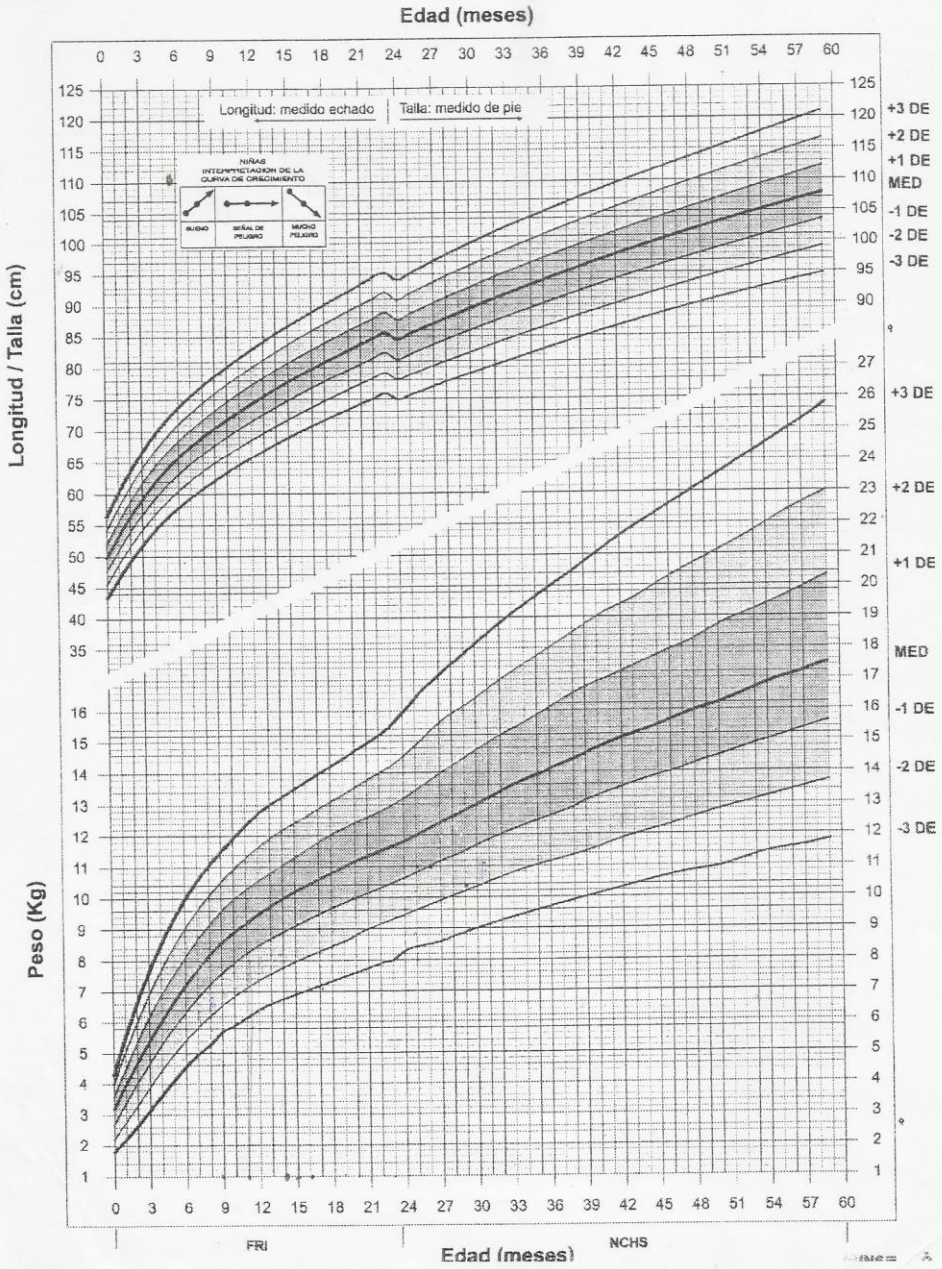
CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS Y NIÑAS DE 29 DÍAS A MENORES DE 5 AÑOS			
Puntos de corte	**Peso para la edad**	**Peso para la talla**	**Talla para la edad**
Desviación estándar	Clasificación	Clasificación	Clasificación
>+3		Obesidad	
>+2	Sobrepeso	Sobrepeso	Alto
+2 a –2	Normal	Normal	Normal
<–2 a –3	Desnutrición	Desnutrición aguda	Talla baja
<–3		Desnutrición severa	

Si los indicadores P/E o T/E se encuentran dentro de los puntos de cohorte de normalidad (+2 a -2 DS) y la tendencia del gráfico de la niña o niño no es paralelo a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente se considera Riesgo Nutricional.

CURVAS CRECIMIENTO NCHS

NIÑAS: LONGITUD/EDAD (0 a <2 años) y TALLA/EDAD (2 a <5 años) | PESO/EDAD (0 a <5 años)

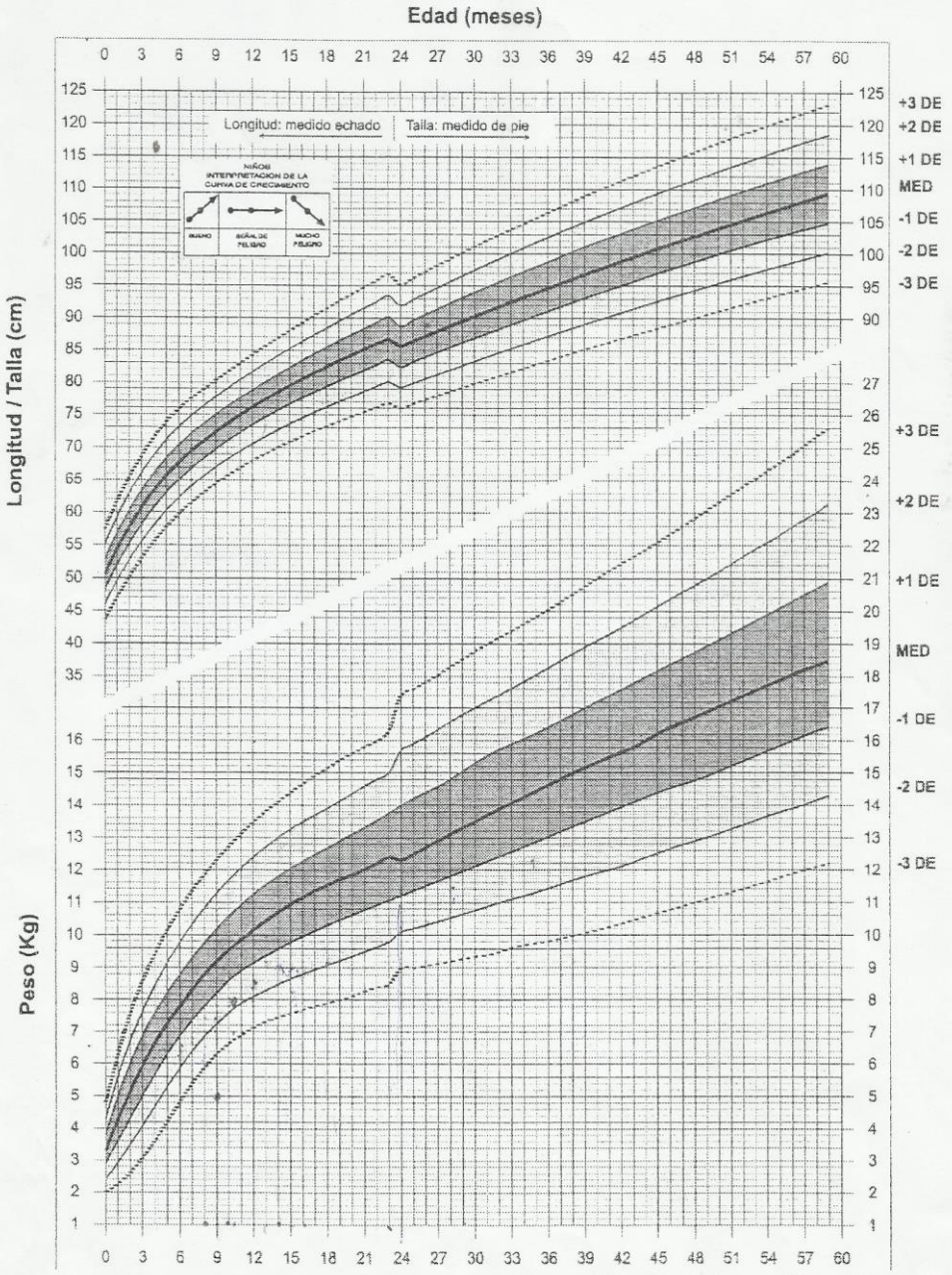
Mediana y desviación estándar



CURVAS CRECIMIENTO NCHS

NIÑOS: LONGITUD/EDAD (0 a <2 años) y TALLA/EDAD (2 a <5 años) | PESO/EDAD (0 a <5 años)

Mediana y desviación estándar



PRESUPUESTO

PARTIDA	DENOMINACIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO S/	PRECIO TOTAL S/
3.1.5.1.2	Papelería en general, útiles y materiales de oficina			
	- Papel bond A-4 75 gr.	2 millares	22.00	44.00
	- Lapiceros azul	1 caja	8.00	8.00
	- Folder de manila	20	0.70	14.00
2.3.2.7.4.4.9.9	Otros servicios informáticos			
	- Internet	400 horas	2.00	800
	- Fotocopias	1184 paginas	0.10	118.40
	- Impresiones		0.10	300.00
	- Encuadernado	3	30.00	90.00
2.3.2.1.1	Pasaje gastos de transporte			
	- Movilidad		3.00	200.00
2.3.2.7	- Servicios profesionales y técnicos	1		500
			TOTAL	2074.40

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	2014	MESES 2015			
	Enero a Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril
1. Revisión de la literatura	X	X	X	X	X
2. Elaboración del proyecto de tesis	X				
3. Designación de jurado		X			
4. Revisión y aprobación del jurado		X			
5. Prueba piloto			X		
6. Recolección de datos			X	X	
7. Procesamiento de los datos				X	
8. Elaboración de informe				X	X
9. Presentación					X