

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE ENFERMERIA



TESIS

Valoración del estado nutricional en niños menores de 5 años en pobreza extrema que asisten al Hospital Temporal Freddy Vallejo Ore, en la Provincia Daniel A. Carrión - Pasco,

Julio Diciembre 2017

Para optar el título profesional de: Licenciada en Enfermería

Autores: Bach. Lesly Haidy, CHAVEZ CAMPOS

Bach. Anabel Leny, RICALDI SIERRA

Asesor: Dr. Loli, CABRERA ALVARADO

Cerro de Pasco – Perú - 2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE ENFERMERIA



TESIS

Valoración del estado nutricional en niños menores de 5 años en pobreza extrema que asisten al Hospital Temporal Freddy Vallejo Ore, en la Provincia Daniel A. Carrión - Pasco,

Julio Diciembre 2017

Sustentado y aprobado ante los miembros del jurado:

Mg. William Fermín, ESTRELLA URETA

PRESIDENTE

Mg. Nelly Adela, HILARIO PORRAS

MIEMBRO

Mg. Flor SACHUN GARCIA

MIEMBRO

DEDICATORIA

A DIOS, porque sin él nada sería posible, gracias por darnos la bendición de tener una familia, por darnos la vida y transmitirnos la fortaleza que necesitamos para afrontar el hoy y mañana.

A mis padres fuente de inspiración, a todos aquellos que siempre creyeron en mí. Con mi alma, vida y corazón por siempre les agradeceré.

Lesly Chavez C.

A mi madre y mi familia, quienes en cada amanecer me acompañaron hasta llegar a cumplir esta meta, la cual se constituye un nuevo amanecer en mi vida.

Anabel Ricaldi S.

RECONOCIMIENTO

A Dios y a su hijo Jesús por guiarme y permitirme cumplir mi sueño anhelado de ser Enfermera.

A nuestros padres; por darnos el ser, por confiar en nosotros, por brindarnos lo mejor y por su apoyo incondicional.

A los docentes; quienes han colaborado con la asesoría de esta investigación, asesor: Dr. Loli Cabrera Alvarado.

RESUMEN

La alimentación constituye uno de los factores más importantes en los estilos de vida del sujeto. Los determinantes sociales, económicos, tecnológicos y culturales conforman el estilo alimentario, el grado de nutrición de la población. El estado nutricional viene determinado por el tipo y cantidad de alimentos consumidos. La producción, disponibilidad y consumo de alimentos está influenciada por factores culturales, tecnológicos y de nivel de vida, específicos de cada comunidad.

Muy pocos padres saben que las proteínas son las sustancias nutritivas que más funciones desempeñan en el organismo, y sin ellas no sería posible la vida. Los niños pequeños requieren una mayor cantidad de proteínas por cada kilo de peso en comparación a los adultos, debido a su crecimiento acelerado y para el mantenimiento de sus órganos y tejidos. El consumo inadecuado de proteínas puede desencadenar alteraciones en el crecimiento del niño.

La desnutrición predispone a la presencia de enfermedades diarreicas y respiratorias, las cuales surgen posteriormente como las primeras causas de morbilidad y mortalidad, cuando en realidad constituyen fenómenos agregados al problema de la desnutrición. Es por eso que debe realizarse en la población infantil

la evaluación nutricional que puede definirse como la medición y evaluación del estado de nutrición de un individuo o comunidad que se efectúa mediante indicadores dietéticos, clínicos, antropométricos, bioquímicos y biofísicos, cuyo objetivo es diagnosticar desviaciones observables, tanto en la salud como en la enfermedad.

Las consecuencias de desnutrición temprana en los niños persisten en los años de la escuela y en la vida adulta, disminuyendo la productividad y la calidad de vida. Las mujeres con baja talla a causa de la malnutrición, muy probablemente darán a luz niños pequeños, perpetuando de esta manera la malnutrición y enfermedad a lo largo de varias generaciones.

La presente investigación es de suma importancia porque aporta benéfico a la población, usuario, y comunidad en general, mediante la contribución de los organismos de salud, sociedad civil, en fin todo aquel que se aboque a solucionar la problemática planteada. El objetivo fue Identificar el valor nutricional en niños menores de 5 años en extrema pobreza en la provincia de Daniel A. Carrión - Pasco. 2017. El Tipo de Investigación fue Básica porque describió y explicó las relaciones entre las variables, se preocupó de recoger información de la realidad para enriquecer el conocimiento teórico científico del valor nutricional de los niños menores de 5 años y extrema pobreza en la provincia Daniel A. Carrión - Pasco. Y el Nivel de Investigación fue Correlacional porque tuvo como propósito medir el grado de relación que existe entre dos o más conceptos o variables.

Palabras claves: Estado nutricional; Pobreza extrema.

SUMMARY

Food is one of the most important factors in the lifestyles of the subject. The social, economic, technological and cultural determinants make up the food style, the degree of nutrition of the population. The nutritional status is determined by the type and amount of food consumed. The production, availability and consumption of food is influenced by cultural, technological and level of life factors, specific to each community.

Very few parents know that proteins are the nutrients that perform the most functions in the body, and without them life would not be possible. Young children require a greater amount of protein per kilo of weight compared to adults, due to their accelerated growth and for the maintenance of their organs and tissues. The inadequate consumption of proteins can trigger alterations in the growth of the child. Malnutrition predisposes to the presence of diarrheal and respiratory diseases, which later appear as the first causes of morbidity and mortality, when in reality they constitute added phenomena to the problem of malnutrition. That is why it must be performed in the child population

the nutritional evaluation that can be defined as the measurement and evaluation of the nutritional status of an individual or community that is carried out through dietary, clinical, anthropometric, biochemical and biophysical indicators, whose objective is to diagnose observable deviations, both in health and disease .

The consequences of early malnutrition in children persist in the years of school and in adult life, decreasing productivity and quality of life. Women with low stature due to malnutrition will most likely give birth to young children, thus perpetuating malnutrition and disease over several generations.

This research is very important because it provides benefits to the population, user, and community in general, through the contribution of health agencies, civil society, in short anyone who is devoted to solving the problems raised. The objective was to

identify the nutritional value in children under 5 years of age in extreme poverty in the province of Daniel A. Carrión - Pasco. 2017. The Research Type was Basic because it described and explained the relationships among the variables, it was concerned to collect information from reality to enrich the theoretical scientific knowledge of the nutritional value of children under 5 years of age and extreme poverty in the province Daniel A Carrión - Pasco. And the Research Level was Correlational because its purpose was to measure the degree of relationship that exists between two or more concepts or variables.

Keywords: Nutritional status; Extreme poverty.

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud tiene la misión de proteger la dignidad personal, promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de salud de todos los habitantes del país, proponiendo y conduciendo los lineamientos de políticas sanitarias en concertación con todos los sectores públicos y los actores sociales, siendo el primer Lineamiento de Política Sectorial 2002 – 2015, la **Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad**.

En este sentido, el MINSA define a la *Promoción de la Salud*, como el proceso que busca desarrollar habilidades personales y generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos, tener mayor control sobre su salud y mejorarla. Busca lograr un bienestar físico, mental y social, en el que los individuos y/o grupos puedan tener la posibilidad de identificar y lograr aspiraciones, satisfacer necesidades y poder cambiar y hacer frente a su entorno.

La Dirección General de Promoción de la Salud del MINSA, ha desarrollado el Modelo de Abordaje de la Promoción de la Salud, el que considera enfoques y estrategias dirigido a la población sujeto de intervención, con la finalidad de lograr entornos saludables y desarrollar comportamientos saludables. Este modelo plantea abordar a la población en los diferentes escenarios como es la vivienda, la institución educativa, los municipios, los centros laborales y la comunidad en general. Las acciones a implementar en estos escenarios son abordados a través de ejes temáticos, priorizados: alimentación y nutrición, higiene y ambiente, salud sexual y reproductiva, actividad física, habilidades para la vida, salud mental buen trato y cultura de paz, seguridad vial y cultura de tránsito.

Las prácticas inadecuadas en la alimentación son determinadas por barreras culturales y la falta de conocimientos. En donde existe disponibilidad de alimentos de alta calidad la gente puede elegir venderlos en lugar de consumirlos y, a menudo, no

los da a los niños o niñas más pequeños(as). En la Costa, predomina el consumo de cereales (la mayor parte es importado) como el arroz y productos derivados del trigo como son los fideos y el pan. En la Sierra predomina el consumo de tubérculos y maíz, mientras que en la Selva predomina el consumo también de arroz y menestras. La Provincia Daniel A. Carrión ubicada en la Región Pasco, no es ajeno a este tipo de alimentación, ya que se encuentra ubicada en la región sierra y el consumo de alimentos se basa a carbohidratos tanto para adultos y niños, específicamente los niños menores de 5 años y más para los que se encuentran en condiciones de extrema pobreza.

INDICE

DEDICATORIA

RECONOCIMIENTO

RESUMEN

SUMMARY

INTRODUCCION

INDICE

CAPÍTULO I

PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN..... 14

1.1 Identificación y planteamiento del Problema..... 14

1.2 Delimitación de la Investigación..... 16

1.3 Formulación del Problema..... 16

1.3.1 Problema General

1.3.2 Problemas Específicos

1.4 Formulación de Objetivos..... 17

1.4.1 Objetivo General

1.4.2 Objetivos Específicos

1.5 Justificación de la Investigación..... 17

1.6 Limitaciones de la Investigación..... 19

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio..... 20

2.2 Bases Teóricas – Científicas..... 27

2.3 Definición de términos..... 53

2.4 Formulación de Hipótesis..... 55

2.4.1 Hipótesis General

2.5 Identificación de Variables..... 56

2.6 Operacionalización de variables.....	56
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	
3.1 Tipo de Investigación.....	57
3.2 Método de Investigación.....	57
3.3 Diseño de Investigación.....	58
3.4 Población y muestra.....	58
3.5 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	58
3.6 Técnicas de procesamiento de análisis de datos.....	60
3.7 Selección y validación de los instrumentos de investigación.....	62
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1 Descripción del trabajo de campo.....	65
4.2 Presentación, análisis e interpretación de resultados obtenidos en el trabajo de campo.....	65
4.3 Prueba de Hipótesis.....	92
4.4 Discusión de Resultados	93
CONCLUSIONES.....	96
RECOMENDACIONES.....	98
BIBLIOGRAFÍAS.....	99
ANEXOS.....	102

CAPÍTULO I

PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

1.1. Identificación y planteamiento del Problema

La alimentación constituye uno de los factores más importantes en los estilos de vida del sujeto. Los determinantes sociales, económicos, tecnológicos y culturales conforman el estilo alimentario, el grado de nutrición de la población. El estado nutricional viene determinado por el tipo y cantidad de alimentos consumidos. La producción, disponibilidad y consumo de alimentos está influenciada por factores culturales, tecnológicos y de nivel de vida, específicos de cada comunidad.

La desnutrición en la niñez, aún en sus formas moderadas, puede incrementar la probabilidad de morir por un número variado de enfermedades y puede estar asociada con cerca de la mitad de toda la mortalidad infantil. Igualmente, se tienen evidencias suficientes de que la desnutrición fetal y en las etapas tempranas de la vida del niño, conlleva a daños permanentes en el crecimiento del cerebro, que son irrecuperables aún después de una

realimentación prolongada. Las consecuencias de desnutrición temprana en los niños persisten en los años de la escuela y en la vida adulta, disminuyendo la productividad y la calidad de vida. Las mujeres con baja talla a causa de la malnutrición, muy probablemente darán a luz niños pequeños, perpetuando de esta manera la malnutrición y enfermedad a lo largo de varias generaciones.

En cuanto a la obesidad que es el exceso de grasa o tejido adiposo corporal, manifestada por exceso de peso, y que se genera cuando el ingreso energético es superior al gasto energético, se asocia con diversas enfermedades, como la hipertensión, la diabetes, enfermedades cardiovasculares, afecciones de la vesícula biliar, entre otras. Es una condición compleja, con dimensiones psicológicas y sociales y que afecta a las personas de todas las edades, de todos los niveles socioeconómicos y de países desarrollados y en vías de desarrollo. En nuestro país, si bien es cierto que la desnutrición y anemia en niños menores de cinco años y mujeres gestantes y lactantes, sigue siendo un problema importante de salud pública, sobre todo en las zonas rurales; también es cierto que en las grandes ciudades vivimos una suerte de transición epidemiológica nutricional donde se estima que alrededor del 13% de la población adulta femenina tiene obesidad y alrededor de un 34% de mujeres en edad fértil están con sobrepeso (ENDES 2000).

Las prácticas inadecuadas en la alimentación son determinadas por barreras culturales y la falta de conocimientos. En donde existe disponibilidad de alimentos de alta calidad la gente puede elegir venderlos en lugar de consumirlos y, a menudo, no los da a los niños o niñas más pequeños(as). En la Costa, predomina el consumo de cereales (la mayor parte es importado) como el arroz y productos derivados del trigo como son los fideos y el pan. En

la Sierra predomina el consumo de tubérculos y maíz, mientras que en la Selva predomina el consumo también de arroz y menestras.

La Provincia Daniel A. Carrión ubicada en la Región Pasco, no es ajeno a este tipo de alimentación, ya que se encuentra ubicada en la región sierra y el consumo de alimentos se basa a carbohidratos tanto para adultos y niños, específicamente los niños menores de 5 años y más para los que se encuentran en condiciones de extrema pobreza.

1.2. Delimitación de la Investigación

Por la naturaleza de la investigación es oportuno mencionar algunos criterios sobre el valor nutricional en niños menores de 5 años en pobreza extrema en la provincia de Daniel A Carrión - Pasco 2017.

El trabajo de investigación se desarrolló en el Hospital temporal Freddy Vallejo Ore, de la Provincia Daniel A. Carrión, categorizado del nivel I-4 al nivel II-1. Ubicado en **Yanahuanca** es una ciudad del centro del Perú, capital de la Provincia de Daniel Alcides Carrión (Departamento de Pasco), ubicado a 3 184 m.s.n.m. y situada en la vertiente oriental de la Cordillera de los Andes, en el valle que forma el río Chaupihuaranga, afluente del Huallaga.

1.3. Formulación del Problema

1.3.1. Problema General

- ¿Cuál es el valor nutricional en niños menores de 5 años en pobreza extrema que asisten al Hospital temporal Freddy Vallejo Ore, en la provincia Daniel A Carrión - Pasco 2017?

1.3.2. Problemas Específicos

- ¿Cuáles son los factores que afectan el estado nutricional en pobreza extrema en niños menores de 5 años?
- ¿Cuáles son los indicadores del eje temático de Alimentación y Nutrición Saludables?

- ¿Cuáles son las actividades preventivas promocionales que reciben las familias de los niños menores de 5 años?

1.4. Formulación de Objetivos

1.4.1. Objetivo General

- Identificar el valor nutricional en niños menores de 5 años en pobreza extrema que asisten al Hospital temporal Freddy Vallejo Ore, en la provincia Daniel A Carrión - Pasco 2017?

1.4.2. Objetivos Específicos

- Identificar los factores que afectan el estado nutricional en pobreza extrema en niños menores de 5 años.
- Identificar los indicadores del eje temático de Alimentación y Nutrición Saludables.
- Identificar las actividades preventivas promocionales que realiza la enfermera en las familias de los niños menores de 5 años.

1.5. Justificación de la Investigación

Para implementar las acciones en alimentación y nutrición saludable será imprescindible considerar los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud y el Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud, que tienen como reto: romper paradigmas vigentes, generar mecanismos de coordinación intersectorial, fortalecer la ciudadanía, contribuir a la descentralización y al fortalecimiento de los gobiernos locales y a la reorientación de los servicios promoviendo la participación de la población en procesos de toma de decisiones y vigilancia ciudadana. La Promoción de la Salud apuesta a largo plazo por la construcción de una cultura de la salud orientada al desarrollo de prácticas de autocuidado que se organicen en estilos de vida saludable y al logro de una población empoderada capaz de influenciar positivamente sobre los determinantes de la salud.

Entre las acciones generales a desarrollar para la Promoción de la Alimentación y Nutrición Saludable, en el marco de los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud y el Modelo de Abordaje tenemos:

- Promover alimentación y nutrición saludable, como una responsabilidad social compartida entre el sector salud, y otros sectores, incluido el sub sector privado.
- Incorporar la alimentación y nutrición saludable en la agenda pública regional y local.
- Establecer relaciones con las instituciones educativas para que en el currículo educativo se incorpore la alimentación y nutrición saludable con el enfoque de la Promoción de la Salud.
- Propiciar el compromiso de autoridades políticas, instituciones públicas y privadas y de la sociedad civil para mejorar las condiciones del medio ambiente en el proceso de la cadena alimentaria.
- Reconocer y revalorar el rol del agente comunitario como actor clave para la promoción de la alimentación y nutrición saludable.
- Incorporar el tema de promoción de la alimentación y nutrición saludable en la agenda de las redes sociales y grupos organizados existentes a nivel local y regional.
- Reconocer y revalorar la importancia de la participación activa de las organizaciones sociales para la promoción de la alimentación y nutrición saludable.
- Promover la alimentación y nutrición saludable como un derecho para la salud de la persona, familia y comunidad.
- Desarrollar competencias en el personal de salud de los servicios, para que brinde atención en alimentación y nutrición saludable con enfoque de Promoción de la Salud intra y extramural.

- Contribuir a asegurar el ejercicio del derecho a la alimentación y nutrición en todas las etapas de vida del ser humano, en los servicios de salud.

1.6. Limitaciones de la Investigación

- El Hospital temporal Freddy Vallejo Ore, en la provincia Daniel A Carrión está integrada a la DIRESA PASCO para lo cual se tenía que pedir autorización.
- El proceso de disponibilidad del tiempo de las madres, ya que la mayoría se dedican a las labores de la casa y otros trabajos, por lo que era complicado ubicarlas. Se realizó diversas estrategias para la aplicabilidad de los instrumentos de investigación, los fines de semana.
- Por el factor climatológico de nuestra zona se tuvo inconvenientes en el trabajo de campo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

INTERNACIONALES:

- A. GAIL E. Richards. MARSHALL e LLENE. Univ. De TEXAS EUA.

“Efecto de la estatura Sobre el Rendimiento Escolar”.

Se evalúa el efecto de la estatura sobre las medidas de aptitud o rendimiento escolar en 236 niñas y 245 varones del 7º grado de un distrito donde la composición étnica y socio económico era bastante homogénea.

Se obtuvieron datos relacionados al sexo edad, altura, pruebas de logros de yawa pruebas cortas de actitud y promedio punto grado no hubo correlación entre la altura y los grados y puntaje de logros y los puntajes de aptitud.

Estos resultados indican que los logros no se modifican por la estatura y son diferentes a los estudios previos en los cuales se encontró una relación positiva entre estatura y rendimiento escolar, esto descarta que los niños bajos tengan menos posibilidad de lograr excelentes resultados académicos, satisfacción emocional y éxito social.

- B.** Aguirre M. en el año 2012 realizó una investigación exploratoria, cualitativa observacional longitudinal de cohorte prospectivo, con el objetivo de determinar las **MEDIDAS EDUCATIVAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL DISPENSARIO MEDICO PARROQUIAL Y LA GUARDERÍA DIAS FELICES DEL CANTÓN YAGUACHI, GUAYAQUIL - ECUADOR.** *“El objetivo principal es proponer medidas educativas para la prevención de desnutrición en menores de 5 años. Mediante conferencias y talleres para promover el conocimiento de los grupos de alimentos y nutrientes de la dieta del niño y concientizar a la población, especialmente a las madres, el control pre-natal adecuado, controles periódicos de los niños, importancia de la lactancia materna. Se evaluó y controló a los niños en el lapso de 12 meses para obtener los resultados; teniendo como universo todos los niños atendidos y la muestra los niños que presentaron desnutrición 122 casos, observándose mayor porcentaje para la desnutrición crónica leve, 42.5%, seguida de la desnutrición aguda leve 12.5%, el grupo de edad más afectado preescolares. Siendo la prevalencia de desnutrición del 61%. Los factores de riesgo que más influyen en la desnutrición de los menores: falta de educación alimentaria 32%, control prenatal inadecuado 29.5% y abandono de lactancia materna 38.5%, según la encuesta realizada”*⁶.
- C.** Calisaya E, Mejía H. En el año 2012 realizaron un estudio de casos y controles incidentes y prevalentes con el objetivo de determinar los **FACTORES DE RIESGO PARA DESNUTRICIÓN AGUDA GRAVE EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS EN BOLIVIA.** Métodos: *“Unidades de manejo del desnutrido agudo grave: Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría (La Paz); Hospital de Niños Mario Ortiz Suarez (Santa Cruz), Servicio de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios (Oruro). Desde el 1 de*

agosto al 31 de diciembre de 2011 se admitieron 144 niños de un mes a menores de cinco años de edad, de los cuales 48 eran pacientes desnutridos graves (casos) y 96 niños eutróficos internados por otras entidades (dos controles por cada caso). Se utilizó una ficha pre-codificada con los datos de historias clínicas de casos y controles. Se empleó el SPSS (IBM) versión 19 para crear la base de datos y comparación de los datos en tablas 2 por 2 en el EPI - INFO para determinar el OR. Como resultados 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). Conclusiones, Para que se desarrolle desnutrición intervienen varios factores de riesgo inherentes al paciente, la madre y el ambiente”7.

NACIONALES:

A. ESTUDIOS ACERCA DEL CICLO VITAL DEL PERUANO EN LA ALTURA LABORATORIO DE ENDOCRINOLOGIA DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES DE LA ALTURA”

*El desarrollo de los niños tienen según retardo en las grandes **alturas del Perú** que esta párese ser consecuencia de una interacción de aspectos genéticos, nutricionales y ambientales. Este menor desarrollo en la niñez puede depender de la altitud de residencia. La maduración sexual se presenta tardíamente en la altura; sin embargo, los niveles de LH no difieren en altura y nivel del mar, en cambio los dos FSH son mayores en la altura.*

El desarrollo en la altura después de la pubertad es de mayor magnitud que en la costa de tal manera que a igualdad de nivel socio económico es similar en Lima y Cerro de Pasco, para llegar a esta situación el organismo del

nativo de la altura presenta una serie de características entre ellas una mayor glicemia, SGNE, de FSH y de serotonina entre otros.

- B.** Sobrino M, Gutiérrez C, Cunha A, Dávila M, Alarcón J. en el año 2014 Se analizaron indicadores nutricionales de menores de 5 años de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) y su evolución a partir de datos de las ENDES 2000, 2005 y 2008 con el objetivo de determinar la **DESNUTRICIÓN INFANTIL EN MENORES DE CINCO AÑOS EN PERÚ:** Métodos. *“Se estimaron las tendencias de desnutrición crónica (DC) (talla/edad \leq 2DS), de desnutrición aguda (DA) (peso/talla \leq 2DS) y de anemia. Se encontraron asociaciones con factores como sexo del niño, edad del niño, zona de residencia (urbana o rural), región de residencia, educación de la madre, quintil de riqueza, disponibilidad de red pública de agua, disponibilidad de cloacas, nivel de altitud, presencia de otros niños en el hogar, orden de los nacimientos, presencia de diarrea en los 15 días previos y presencia de tos en los 15 días previos. Resultados. La DA, la DC y la anemia en menores de 5 años peruanos han descendido entre 2000 y 2011. Tal disminución no ha sido homogénea para las tres afecciones, registrando descensos de 1,1% a 0,4% para DA, de 31,6% a 19,6% para DC y de 50,4% a 30,7% para anemia. Si bien los factores analizados se relacionaron con las prevalencias de estos tres padecimientos, al calcular las razones de probabilidades ajustadas se encontraron diferencias significativas para DC (educación de la madre, región de Sierra, altitud por encima de 2 500 msnm, presencia de dos o más hijos en el hogar y ser el tercer hijo o sucesivo) y para anemia (sexo del niño [más en varones], niños menores de 2 años, región Resto de costa y región Selva, altitud por encima de 2 500 msnm, disponibilidad de red pública de agua, disponibilidad de cloacas, presencia de dos o más hijos en el hogar y presencia de diarrea en*

los 15 días previos a la encuesta). Para DA se observaron diferencias según algunos factores, pero no resultaron significativas en el modelo ajustado. Conclusiones. En el período 2000–2011, Perú ha logrado disminuir sus tasas de DC, DA y de anemia. Las tasas de DA han descendido casi a un tercio, manteniéndose en cifras generales más bien bajas, y afecta en mayor medida a zonas y colectivos muy localizados del país. Sin embargo, las actuales tasas de desnutrición crónica y de anemia siguen siendo muy altas, lo que constituye un verdadero desafío para las políticas públicas, al igual que sucede en otros países de la región. Por último, en las comunidades más pobres se deberán incentivar y fortalecer iniciativas integrales e integradas”8.

- C. Sánchez H, Tuesta P, Valqui A. en el año 2015 en esta investigación se empleó el diseño: no experimental, transversal, correlacional. 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. PERU 2015.** “La técnica 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 precisar que existe relación estadísticamente significativa entre el riesgo de desnutrición y las variables trabajo $p = 0.001$, $< \alpha = 0.05$, ingresos económicos $p = 0.018$, $< \alpha = 0.05$ y espacio intergenésico $p = 0.038$, $< \alpha = 0.05$; al mismo tiempo se logró determinar que no existe relación estadísticamente significativa entre el riesgo de desnutrición y las variables edad $p = 0.140$, $> \alpha = 0.05$ y nivel educativo $p = 0.071$, $> \alpha = 0.05$ "9.

- D.** Tello C. en Trujillo- Perú el año 2014 realizó un estudio de tipo cuantitativo, diseño correlacional y corte trasversal. Con el objetivo de **DETERMINAR LA INFLUENCIA DE LOS PROGRAMAS SOCIALES: PROGRAMA VASO DE LECHE, PROGRAMA INTEGRAL DE NUTRICIÓN Y PROGRAMA JUNTO, EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 12 A 36 MESES, DISTRITO SAN PABLO-CAJAMARCA.** "La muestra estuvo conformada por 115 niños(as). Se llegó a las siguientes conclusiones: El estado nutricional de niños(as) fue: 53% con desnutrición crónica, 31.3% con estado nutricional normal y un 14.8% con desnutrición global. De los niños(as) que se beneficiaron de un programa social (11.3%), el 5.2% presentó estado nutricional normal y 5.2% desnutrición crónica; de aquellos(as) que recibieron programas sociales (27.8%), el 19.1% presentó desnutrición crónica y de los niños(as) que se beneficiaron con tres

programas sociales (60.9%) también predominó la desnutrición crónica con 28.7%. De los niños(as) que se beneficiaron del programa vaso de leche, por el periodo de 1 a 2 años (28.7%), el 19.1% presentó desnutrición crónica, para el caso del programa integral de nutrición el 48.7% también se benefició por un tiempo de 1 a 2 años, de ellos(as) el 29.6% presentó desnutrición crónica; en el programa Juntos se encontró un 14.8% de niños(as) con desnutrición crónica que se beneficiaron por un periodo de 2 a 3 años (32.2%). Los niños(as) que se benefician de los programas sociales en forma mensual en su mayoría presentaron desnutrición crónica: programa vaso de leche (25.2%), programa integral de nutrición (53%) y el en el programa Juntos (32.2%). No se encontró relación significativa de los programas sociales: vaso de leche, programa integral de nutrición y programa Juntos, en el estado nutricional de los niño(as) de 12 a 36 meses”¹².

E. López M. En el 2012 realizó una investigación de tipo descriptivo, cuantitativo y transversal, cuyo objetivo fue determinar los **FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES DE LAS MADRES Y EL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL PUESTO DE SALUD PUEBLO JOVEN SEÑOR DE LUREN ICA JUNIO 2012. ICA.**

“La presente investigación es no experimental de tipo descriptivo y de corte transversal, contando con una población de 120 niños y cuya muestra fue 40 niños menores de 5 años con sus respectivas madres. Los resultados de la investigación fueron: , el 35% de madres tienen entre 31 a 36 (14) años; con respecto al estado civil el 75% (30) son convivientes; el 77% (31) tienen educación secundaria; el 63% (25) son procedentes de la costa, según los factores sociales el 53% (21) son medianamente favorables, según el factor económico se obtuvo que el 60% (24) fueron medianamente favorables,

con respecto al factor cultural el 55% (22) son medianamente favorables; según los factores socioeconómicos y culturales el 50% (20) es desfavorable. Con respecto al estado nutricional según Peso/edad el 64% (26) presenta desnutrición; según peso/talla el 47% (19) presenta desnutrición aguda y según talla/edad el 50% (20) presenta talla n baja. Se llegó a la conclusión que los factores socioeconómicos y culturales son desfavorables y el estado nutricional es inadecuado en los niños menores de 5 años del Puesto de Salud del Pueblo Joven Señor de Lúren”13.

REGIONAL:

- A. GUERRA GARCIA R. LLERENA. L.A: IX CONGRESO PERUANO DE PEDIATRIA HUANCAYO – PERÚ 1976 ANTROPOMETRIA Y ENDOCRINOLOGIA DEL ADOLESCENTE PERUANO DE COSTA Y ALTURA.**

Que los adolescentes de Cerro de Pasco presentan talla y peso menores que los de similar edad en Lima. En ambas altitudes se observa un incremento progresivo y paralelo en los niveles de LH desde los 13 años. Existe retardo de un año en la maduración sexual en los adolescen tres de altura.

- B. COYOTUPA. J. LLERENA. L.: I JORNADAS CIENTIFICAS DE U.P.C.H. LIMA – PERÚ 1977 ESTUDIO DE LA PUBERTAD EN LIMA Y CERRO DE PASCO.**

En ambos sexos la talla y el peso en la altura son menores a nivel del mar. La monarquía se presenta más tardíamente en la altura. En ambas localidades hay un gradual incremento de testosterona sérica alcanzando valores de adultos a los 15 años. En la altura hay una tendencia a valores más bajos.

2.2. Bases Teóricas – Científicas

2.2.1. Promoción de la Alimentación y Nutrición Saludable

La seguridad alimentaria definida como “el acceso material y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos para todos los individuos de manera que puedan ser utilizados adecuadamente para satisfacer sus necesidades nutricionales y llevar una vida sana, sin correr riesgos indebidos de perder dicho acceso¹⁴, también es reconocida como **un derecho humano** en diferentes instrumentos jurídicos internacionales y en especial en el “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales” (1966), del cual nuestro país es también signatario y por lo tanto tiene una relación vinculante para velar por su respeto, protección y cumplimiento. “El acceso a una comida variada y saludable es un derecho fundamental” (OMS: Conferencia anual de Nutrición de 1992). “El suministro de alimentos seguros y nutritivos es un prerrequisito para la protección y promoción de la salud” (FAO: Cumbre de Alimentación Mundial 1996). “Reconocimiento del derecho de todos a la Alimentación en el marco de la perspectiva de los derechos básicos sociales, económicos y culturales, que obliga a diseñar e implementar sistemas, mecanismos, acciones que aseguren el acceso a esos derechos, cerrando las brechas existentes, para lograr el desarrollo del capital humano y social”

La *Promoción de la Alimentación y Nutrición Saludable*, debe buscar que los individuos como miembros de una familia, adopten prácticas alimentarias adecuadas que favorezcan su bienestar físico, mental y social para mejorar su calidad de vida y desarrollo humano; incidiendo en los componentes de la *seguridad alimentaria*, es decir la promoción al acceso, a la disponibilidad y a la utilización de los alimentos; a través de estrategias de abogacía y políticas públicas, de generación de espacios de concertación con los gobiernos locales, regionales y el estado; el establecimiento de alianzas

estratégicas con la sociedad civil, el fomento de la participación comunitaria y la educación y comunicación para la salud. Es decir que *la promoción de la alimentación y nutrición saludable* pretende actuar sobre los factores que intervienen en la seguridad alimentaria y también en el fomento de comportamientos y hábitos en alimentación y nutrición saludable que nos permitan llevar una vida sana y productiva.

Una alimentación es saludable, si incluye diariamente una dieta equilibrada, con alimentos variados, se prepara siguiendo las normas básicas de higiene, su sabor y presentación responden a los principios de la gastronomía de cada región y se consume en un ambiente agradable, disfrutando con la familia o los amigos.

El eje temático de Alimentación y Nutrición Saludable debe implementarse primordialmente en el ámbito extramural de los servicios de salud. Ello no significa que el personal que atienden a usuarios en los servicios de salud no pueda implementar aspectos de promoción de alimentación y nutrición saludable por etapas de la vida, según lo propone el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS). Igualmente, no impide que se aprovechen oportunidades de dar mensajes grupales a través de medios audiovisuales o sesiones educativas en las salas de espera.

Los espacios de intervención propuestos para implementar la promoción de la salud en el eje temático de Alimentación y Nutrición son los siguientes Programas de Promoción de la Salud y las Etapas de Vida de las personas a intervenir.

2.2.2. Alimentación y Nutrición Saludable en la Etapa de Vida Niño (de 0 a 9 años)

Durante el primer año de vida, el lactante tiene una rápida velocidad de crecimiento, llegando a triplicar su peso y aumentar en un 50% su talla de

nacimiento. Asimismo, la composición y funciones del organismo experimentan cambios espectaculares como producto del desarrollo. Esta rápida velocidad en el crecimiento y desarrollo requieren de por sí necesidades nutricionales únicas, aunadas a las necesidades ya elevadas para su mantenimiento. El requerimiento de energía por kilogramo de peso por ejemplo, es 3 a 4 veces más que la que necesita un adulto.

Igualmente en esta etapa hay que tomar en cuenta el rápido crecimiento del cerebro que alcanza el 70% del peso del cerebro adulto y casi completa el total de su crecimiento en estructura. Por ello la materia prima esencial para el desarrollo de las neuronas en esta etapa la constituyen las proteínas de origen animal. Es a partir de ellas que se elaboran también las sustancias neurotransmisoras (serotonina, noradrenalina y dopamina) que hacen que fluyan los impulsos electrofisiológicos entre las neuronas, haciendo posible el aprendizaje, la memoria, la imaginación, etc.

Es importante tener en cuenta que la alimentación de las niñas y los niños tiene características diferentes entre los 0 a 6 meses, de 6 a 24 meses, de 3 a 5 años y 6 a 9 años.

Entre las acciones a desarrollar según edades diferenciadas tenemos:

a) Alimentación de la niña o niño durante los 6 primeros meses de vida

- Promover la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.
- Fomentar el vínculo afectivo entre la madre y la niña o niño.
- Informar y educar a la madre y familia sobre la importancia de la leche materna en la alimentación del lactante.
- Informar y educar sobre la importancia del calostro y su ingesta en los primeros días del recién nacido.
- Informar y educar sobre la necesidad e importancia de la alimentación balanceada de la madre que da de lactar.

- Capacitar en técnicas correctas de amamantamiento.
- Capacitar en el manejo de hábitos y creencias en relación a la lactancia materna.
- Capacitar sobre técnicas correctas del lavado de manos con agua y jabón, antes y después de dar de lactar.
- Informar sobre los derechos de las niñas y niños a la lactancia materna exclusiva.
- Socializar el Reglamento de Alimentación Infantil y los Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú.
- Socializar la normatividad vigente sobre los derechos laborales de las mujeres a dar de lactar.
- Organizar grupos de apoyo en la comunidad para promover y proteger la lactancia materna.

b) Alimentación de la niña o niño de 6 meses a 2 años

- Promover la alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad.
- Promover la prolongación de lactancia materna hasta por lo menos los 2 años de edad o más.
- Informar y educar sobre el inicio de la alimentación complementaria con alimentos semisólidos como: papillas, mazamorras y purés; aumentando la cantidad a medida que la niña o niño crece, y modificando la consistencia a mayor edad.
- Informar y educar sobre la alimentación de la niña o niño con tres comidas diarias y dos entre comidas conforme crece y desarrolla.
- Promover la importancia de los alimentos de origen animal como: carnes, hígado, pescado, sangrecita, huevos, leche, queso; en la alimentación diaria de las niñas y los niños.

- Incentivar el consumo de frutas y verduras de la zona, en la alimentación diaria de las niñas y niños.
- Capacitar en higiene y cuidados en la manipulación, conservación, almacenamiento y consumo de los alimentos.
- El escenario de intervención prioritario para será la familia y vivienda, y la estrategia más importante es la educación y comunicación en salud, así como la abogacía y las políticas públicas locales regionales y nacionales.

c) Alimentación de la niña o niño de 3 a 5 años (pre-escolar)

En esta edad el ritmo de crecimiento es menor que en el primer año de vida, pero aun así los requerimientos nutricionales son elevados.

- Promover la importancia de las comidas principales (desayuno, almuerzo y cena) y refrigerios de las niñas y niños (media mañana y media tarde).
- Informar y educar sobre la importancia de la alimentación variada y en combinaciones adecuadas, de preferencia con alimentos naturales, principalmente de la zona y de estación.
- Incentivar el consumo de alimentos de origen animal como carnes, hígado, pescado, sangrecita, huevos, leche y queso.
- Fomentar el consumo de 2 a 3 tazas de leche o derivados para cubrir las necesidades de calcio.
- Informar y educar a las familias para que enriquezcan las comidas de las niñas o niños con una cucharadita de aceite en las comidas principales.
- Promover el consumo de frutas y verduras en la alimentación diaria.
- Fomentar el respeto al ritmo de alimentación de la niña o niño no forzándolo a comer.

2.2.3. Alimentación y Nutrición Saludable en el Programa de Familias y Viviendas Saludables

La finalidad del Programa de Familias y Viviendas Saludables es contribuir con el desarrollo de las familias peruanas como unidad básica social, adoptando comportamiento y generando entornos saludables en interrelación con la comunidad, municipio, instituciones educativas y el centro laboral.

El cual sus miembros “tienen el compromiso de nutrirse emocional y físicamente” compartiendo afecto, seguridad, recursos como tiempo, espacio y dinero. Asimismo, al ser la familia el primer agente de socialización para las personas, tiene una influencia predominante en la transmisión de valores, creencias, hábitos e información relacionada a su salud; especialmente con los hábitos correctos de alimentación y nutrición. Así mismo los espacios físicos y horarios destinados a la alimentación deben convertirse en lo posible en espacios de interacción e integración familiar compartiendo momentos agradables que permitan la unión y cohesión de los integrantes de la familia.

Antes de iniciar una intervención en promoción de la alimentación y nutrición saludable en el Programa de Familias y Viviendas Saludables, será importante investigar la situación de la vivienda (características físicas, servicios con que cuenta agua, luz, desagüe, etc.), los ingresos de las familias y porcentaje del mismo dedicado a la adquisición de alimentos, la producción de alimentos en cantidad, variedad y calidad, el proceso de comercialización (cuánto dedican a la venta y cuánto al autoconsumo); los conocimientos, actitudes y prácticas en relación a compra, preparación de alimentos y distribución intrafamiliar; alimentación infantil, manejo

alimentario de las enfermedades frecuentes de la niñez; uso de alimentos donados, espacios físicos para desarrollar proyecto de bio-huertos familiares, espacios físicos para conservar, manipular y consumir los alimentos, higiene familiar, saneamiento básico, acceso a los servicios de salud y de educación, escolaridad, entre otros.

Entre las acciones a desarrollar tenemos:

- Partir de la recopilación relacionada a la situación de las viviendas y familias.
- La información recopilada debe servir de insumo para insertar el eje temático de alimentación y nutrición saludable en el Plan de Promoción de la Salud de Familias y Viviendas, según las estrategias, metodologías, y fases del Programa de Familias y Viviendas Saludables.
- Capacitar al personal de salud y agentes comunitarios en el eje temático de alimentación y nutrición saludable por etapas de vida: niñez, adolescencia, adulto y adulto mayor.
- Desarrollar sesiones educativas con grupos de familias sobre la alimentación y nutrición saludable según etapas de vida.
- En cada sesión educativa, promover la asunción de compromisos prácticos por parte de las familias y grupos organizados de la comunidad, para la promoción de una alimentación y nutrición saludable en su localidad.
- Promover los huertos familiares en el caso de que haya un espacio contiguo a la vivienda, o favorecer el cultivo de hortalizas y frutas en macetas o utilizando la técnica hidropónica.
- Promover la crianza de animales menores como aves, cuyes, conejos, etc. en las viviendas que tengan espacio adyacente, para mejorar la alimentación de la familia.

- *Promover las cocinas mejoradas, y técnicas para su implementación, como un medio para evitar la contaminación por humo de la vivienda y disminuir el riesgo de enfermedades respiratorias.*
- Sensibilizar a la población sobre la importancia de la higiene adecuada de la vivienda y en especial de la cocina y alrededores.
- Informar y educar sobre la importancia del agua segura en la alimentación de la familia.
- Coordinar con las instancias respectivas para promover la dotación de agua segura en viviendas que no tienen conexión a la red pública, a través de la cloración del agua o el hervido de la misma.
- Promover la dotación de un sistema de eliminación adecuada de excretas en viviendas que no tienen conexión a la red pública, mediante la construcción de letrinas familiares.

2.2.4. Estado nutricional de la niñez menor de cinco años

El estado nutricional de un niño o niña, es el resultado final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes. En los niños y niñas, especialmente durante el primer año de vida, debido a la gran velocidad de crecimiento, cualquier factor que altere este equilibrio repercute rápidamente en el crecimiento. La evaluación del estado nutricional se realiza a través de las mediciones del peso y la talla, siendo la base del monitoreo del crecimiento y el desarrollo del niño y niña. Para determinar el estado nutricional del niño y niña menor de cinco años, se puede realizar por medio de medidas antropométricas, así como pruebas bioquímicas y signos clínicos; entre otros.

Las mediciones antropométricas únicas representan sólo una instantánea y pueden inducir a errores en el diagnóstico, especialmente en lactantes, y

deben ser efectuadas por personal calificado, usando instrumentos adecuados y ser interpretadas comparándolas con estándares de referencia.

El peso como parámetro aislado no tiene validez y debe expresarse en función de la edad o de la talla, lo mismo sucede con las otras medidas.

Cuando se relacionan las medidas, se obtienen los llamados índices:

- Talla para edad (T/E) – Indica la estatura que debe tener el niño y la niña para la edad que tiene. Proporciona información sobre la historia del estado nutricional. Cuando la talla es más baja de lo esperado para la edad del niño o niña puede presentar retardo del crecimiento denominado, desnutrición crónica.
- El peso para talla (P/T) - Indica cuál es el estado nutricional actual del niño y niña. Dice si en este momento el niño y niña está normal, desnutrido o con exceso de peso. - El peso para edad (P/E) - Indica el estado nutricional global pues incluye el peso para la talla y la talla para la edad. Si está bajo, no permite discriminar si es por desnutrición aguda (P/T) o por desnutrición crónica (T/E).

2.2.4.1. Técnicas para la toma de medidas antropométricas

Para conocer cada una de las medidas que se necesitan para determinar el estado nutricional de un niño y la niña existe el procedimiento fácil y práctico.

A continuación se describen las técnicas para tomar las diferentes medidas.

- a) Longitud: El aparato utilizado para medir la longitud del niño y la niña se llama Infantómetro y su característica principal es que se obtiene la medida con el niño acostado.

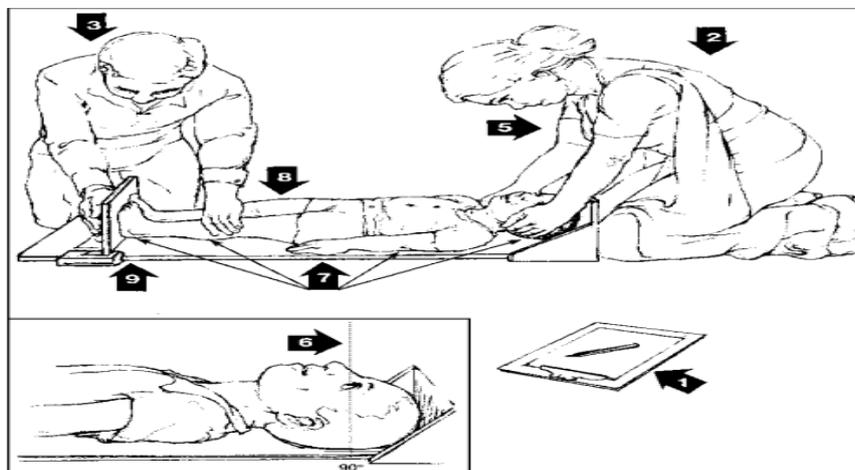
Para obtener la medida de la longitud debe realizarse el siguiente procedimiento:

- Verificar que tiene todas las piezas del infantómetro y que éstas funcionan adecuadamente.
- Colocar el infantómetro en una superficie dura y plana, por ejemplo sobre el suelo, piso o una mesa estable.
- Colocar el tope móvil inferior al final del infantómetro. Es importante contar con la ayuda de un auxiliar o con la madre del niño al momento de realizar la toma de la medida, también tener a mano la hoja y lápiz para anotar la medida.
- Quitar al niño/a los zapatos, también se debe quitar de la cabeza, cualquier adorno o peinado que dificulte la medición. Solicitar a la madre o auxiliar que se coloque de rodillas detrás de la base del infantómetro, para ayudar a realizar su medición.
- Colocar al niño o niña sobre el infantómetro de la siguiente forma: que el ayudante sostenga la cabeza del niño y la coloque suavemente sobre el infantómetro. Luego que la ponga recta, con la coronilla pegada a la parte superior del infantómetro; la vista, la frente y la barbilla del niño/a que no esté pegada contra el pecho o demasiado inclinada hacia atrás. Solicitar al ayudante que sujete firmemente la cabeza del niño pero sin hacerle daño.
- Cuando la cabeza esté bien colocada, colocar al niño o niña de tal forma que los hombros, espalda y nalgas estén rectos y en contacto con el centro del infantómetro.
- Colocar la mano izquierda sobre las rodillas del niño o niña y hacer presión para que éste mantenga las piernas rectas. Tener especial cuidado en que los pies del niño no estén de "puntillas", sino rectos.
- Con la mano derecha colocar el tope móvil inferior del infantómetro firmemente contra las plantas de los pies del niño o niña, para que los dos pies estén rectos.

- Revisar cuidadosamente que la posición del niño o niña sea la correcta.
- Corregir inmediatamente cualquier error.
- Cuando el niño o niña esté bien colocado, leer la medida de la longitud, aproximándola al 0.1 centímetro más cercano. Solicitar al auxiliar que anote en el instrumento de registro, la medida que fue tomada.
- Retirar al niño o niña del infantómetro. Revisar si la medida está bien anotada y es fácil de leer. Si no es así, repetir la medición. Si se tiene alguna duda de la medida tomada, repetir el procedimiento.
- Al concluir, poner los zapatos y adornos del pelo al niño o niña y entregarlo a la madre. Repetir todos los pasos anteriores con cada uno de los niños y niñas que se van a medir.
- A continuación se presenta la Gráfica 1, donde aparece el procedimiento descrito.

Gráfica 1. Técnica de Medición de la Longitud

Gráfica 1. Técnica de Medición de la Longitud



b) Peso en balanza de colgar

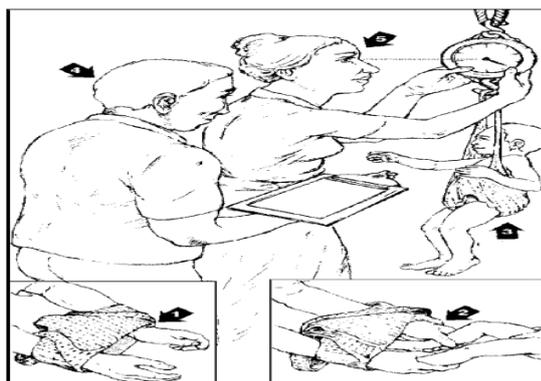
Se utilizará una balanza de colgar cuando los niños y niñas sean menores de dos años. Se deben seguir el siguiente proceso:

- Armar la balanza de colgar como lo indican las instrucciones de su uso.

- Colgar la balanza en un lugar seguro, con una visibilidad adecuada, para que fácilmente se pueda tomar la medida. Además se debe utilizar una cuerda resistente para evitar cualquier accidente.
- Calibrar la balanza, si no marca cero (0) calibrarla utilizando el botón correspondiente, para evitar errores en la obtención de las medidas. Revisar cuidadosamente la balanza para asegurarse que está bien armada, colgada y calibrada.
- Para tomar la medida del peso del niño/a, es conveniente contar con un auxiliar, ya sea un ayudante o la madre del niño o niña, para tener mayor seguridad en la toma de la medida y evitar cualquier accidente. Al estar la balanza lista, solicitar a la madre o ayudante, que desvista al niño o niña, procurando que se quede con la menor cantidad de ropa posible.
- Meter las manos en los orificios de las piernas del calzón de la balanza para poder colocar al niño o niña.
- Sujetar los pies del niño o niña y meterlos por los orificios de las piernas del calzón. Una vez bien colocado el niño/a, colgar el calzón y al niño/a en la balanza.
- Procurar que el niño o niña esté lo más tranquilo y quieto posible y verificar que no tope con algún objeto o que esté agarrado de alguna cosa.
- Colocarse frente a la balanza, procurando tener la mejor visibilidad posible, observar cuidadosamente la medida que marca la balanza. Si se tiene el apoyo de un ayudante, dictar la medida observada para que la anote, de no ser así, usted mismo debe anotar la medida.
- Una vez anotada la medida en el instrumento de registro, verificar nuevamente en la balanza para mayor seguridad.

- Descolgar el calzón y al niño o niña de la balanza.
- Quitar al niño o niña el calzón de la balanza
- Vestir al niño o niña nuevamente y entregarlo a su madre.
- Repetir todos los pasos anteriores con cada uno de los niños y niñas que se van a pesar en la balanza de colgar.
- Las técnicas para la toma de medidas antropométricas deben ser confiables, ya que se dice que una prueba es confiable cuando los resultados son coherentes entre diferentes mediciones y por diferentes observadores.
- La exactitud y la precisión son dos aspectos muy importantes que no se deben descuidar. La exactitud es la habilidad de la persona que realiza las mediciones de reproducir el valor verdadero de la variable que se está evaluando u obtener un valor lo más cercano posible. La precisión es la habilidad de la persona que hace las mediciones, de repetir la medida de un mismo sujeto, con la mínima variación.

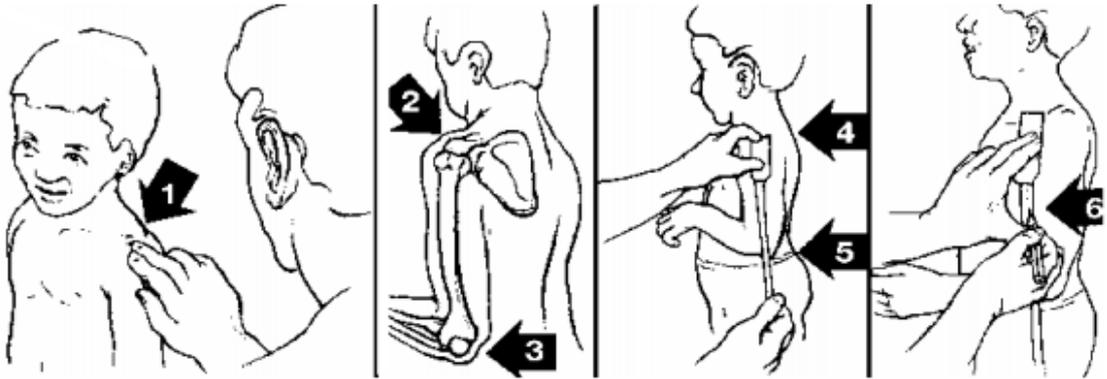
En la Gráfica 2, se ejemplifica este procedimiento. Gráfica
Técnica de medición del peso en balanza de colgar (Salter)



Algunas veces se dificulta el uso del calzón, por lo que se puede utilizar una sábana o rebozo.

c) Circunferencia media de brazo (CMB)

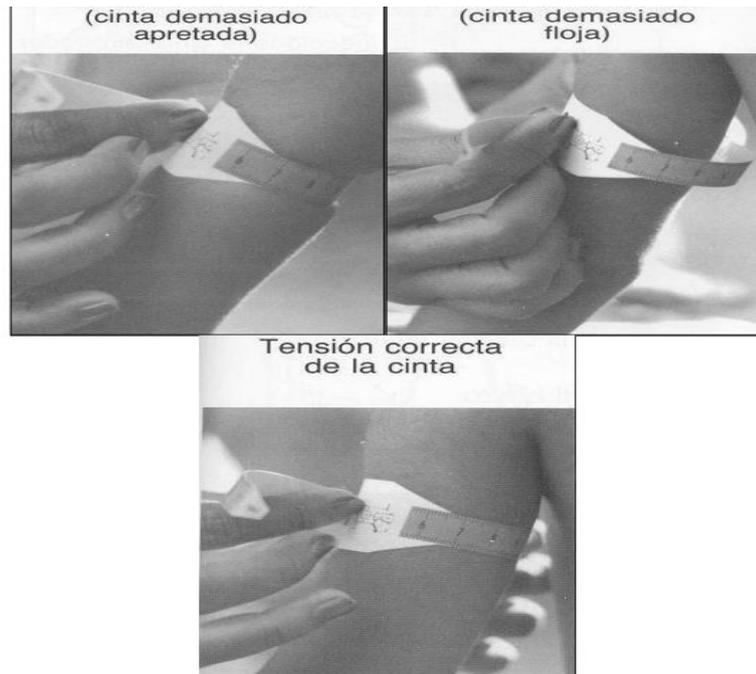
- Esta medida se realiza en el brazo no dominante y sin ropa. El niño o niña estará sentado(a) sobre las piernas de su madre o puede estar parado(a). El procedimiento es el siguiente:
- Localizar el punto medio del brazo, flexionar en un ángulo de 90° el codo del niño o niña, con la palma de la mano hacia arriba, apuntando hacia enfrente manteniéndolo así por unos momentos.
- Palpar el omóplato (hombro) desde adentro hacia fuera, hasta llegar al punto más externo del mismo, al encontrarlo, marcar un punto con un lapicero.



- Utilizar una cinta de Shakir, verifique que esté en cero centímetros.
- Sobre el punto que marcó coloque la cinta métrica o de Shakir en cero centímetros, estírela verticalmente hasta el punto del codo, esta distancia en centímetros se divide entre dos y con un lapicero haga otro punto, éste le indica que encontró la mitad del brazo. (Recuerde que el codo del niño o niña deberá estar flexionado a 90° con la palma de la mano hacia arriba apuntando al frente).
- Solicitar al niño o niña que relaje el brazo, lo estire hacia abajo con la palma de la mano hacia el cuerpo.

- Sobre el punto de la mitad del brazo, colocar la cinta para realizar la medida de la circunferencia media de brazo.
- Anotar el resultado de la circunferencia media de brazo en centímetros.

Gráfica 3. Colocación incorrecta y correcta de la cinta de Shakir para realizar la medición de la circunferencia media de brazo.



2.2.4.2. Interpretación de los Datos Antropométricos para Evaluar el Estado Nutricional:

Un niño o niña puede ser un poco más alto o más bajo que los otros, o bien un poco más gordo o más delgado que otros y ser un niño sano y normal. Cuando el niño/a está por encima del rango de normalidad, empieza a tener exceso de peso y se ve gordo. En cambio, cuando está por debajo de este rango, puede ser por desnutrición y se ve delgado y enfermo. Existen tablas que se han hecho para comparar las medidas de los niños/as y saber cuál es su estado nutricional. Al utilizar estas tablas se debe poner atención en:

- La estatura debe estar dada en centímetros

- El peso debe estar dado en kilogramos
- La edad debe estar dada en años y meses, contar con el certificado de nacimiento o fe de edad del niño y niña para verificar el dato y también anotar la fecha exacta de nacimiento.

Los indicadores antropométricos se definen como las categorías de cada uno de los índices antropométricos y sirven de criterios para interpretar el estado nutricional de niños y niñas.

En los Cuadros 1 y 2, se presenta estos indicadores. Cuadro 1. Indicadores Antropométricos de Peso para Edad (P/E), Talla para Edad (P/E) y Peso para Talla (P/T)

Cuadro 1. Indicadores Antropométricos de Peso para Edad (P/E), Talla para Edad (P/E) y Peso para Talla (P/T)

Criterios	INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS		
	PESO/EDAD	TALLA/EDAD	PESO/TALLA
Más de + 3 DE	Riesgo de obesidad	Muy alto	Riesgo alto de obesidad
Entre + 2 y + 3 DE	Riesgo leve de obesidad	Alto	Riesgo leve de obesidad
Entre + 2 y – 2 DE	Normal	Normal	Normal
Entre – 2 y – 3 DE	Desnutrición moderada	Retardo moderado	Desnutrición Aguda Moderada
Debajo de – 3 DE	Desnutrición severa	Retardo severo	Desnutrición Aguda Severa

2.2.4.3. Principales Errores en las Mediciones Antropométricas:

Las medidas antropométricas que se toman de los individuos muchas veces parecen muy simples de hacer, pero a menudo se toman de manera deficiente lo que lleva a que se comentan errores.

a) Peso

- Mala ubicación del equipo
- Poca iluminación

- Empleo de mala técnica de medición (Posición incorrecta del niño, Pesar al niño/a con zapatos, demasiada ropa o con algún objeto en el bolsillo, los niños topan los pies en el suelo con la balanza de colgar, entre otros).
- Equipo inadecuado (no calibrado o con la sensibilidad deseada).
- No calibrar la balanza en cero al inicio de las medidas.
- Mala lectura de la escala

b) Longitud

- Mala ubicación del equipo
- Poca iluminación

2.2.4.4. Errores en la técnica de medición (posición incorrecta del niño, pies separados, con gorros u objetos en la cabeza, entre otros).

- Mala lectura de los instrumentos y traslape de los números Los errores en la toma de medidas antropométricas se
- pueden evitar tomando las siguientes medidas:
- Selección del personal adecuado.
- Capacitar debidamente al personal en antropometría.
- Estandarizar al equipo en la toma de las medidas antropométricas que se van a utilizar.
- Supervisión constante.
- Realizar sistemáticamente validaciones.
- Utilizar el equipo adecuado, en buenas condiciones (calibrado)

2.2.4.5. Estandarización de la Toma de Medidas Antropométricas

El Diccionario de la Real Academia Española (1994) define la estandarización como “adaptar o ajustar algo a un tipo, modelo o norma común”. La estandarización de la recolección de datos antropométricos

se define como el proceso de enseñanza aprendizaje por el cual la técnica de medición de las personas “es ajustada” para que los valores obtenidos sean reproducibles y verdaderos, de manera constante y predecible.

Abarca los procesos: la forma correcta de hacer las mediciones antropométricas y la evaluación de la calidad de las mediciones de cada “antropometrista”. Medir correctamente implica tres aspectos: la técnica de medición correcta, el equipo antropométrico válido y confiable, además del registro correcto del dato. La calidad de la medición implica que la medida sea precisa y exacta. La precisión se refiere a la habilidad del antropometrista de repetir una medición en el mismo sujeto con una variación mínima. La exactitud se refiere a la habilidad del antropometrista de obtener una medición que corresponde al valor verdadero, o se aproxima tanto como sea posible. Este valor verdadero se puede considerar como el promedio de las mediciones hechas por todos los antropometristas.

2.2.5. La pobreza: causas y consecuencias en el Perú

2.2.5.1. Concepto de pobreza

De manera general, se dice que la pobreza existe en una sociedad cuando una o más personas tienen un nivel de bienestar inferior al mínimo necesario para la sobrevivencia. Así tenemos que la dificultad que tienen algunos grupos de personas para participar en la vida de la comunidad, tratado por Adam Smith en la obra "Riqueza de las Naciones", es un inicio para entender la pobreza, según W. Rimciman, Meter Towsnsend y otros.

En los últimos 25 años el concepto de pobreza y su medición se ha ampliado desde una visión netamente monetaria (donde se acentúa

más la carencia material y económica de los sujetos), a dimensiones del bienestar (longevidad, analfabetismo, salud y seguridad) dando lugar a diferentes enfoques.

2.2.5.2. Diferentes enfoques sobre la pobreza.

Ingresos

En términos monetarios la pobreza significa la carencia de ingresos suficientes con respecto al umbral de ingresos absolutos, o línea de pobreza, (que responde al costo de una canasta de consumo básico). Este enfoque diferencia, lo no pobre de lo pobre a través de una canasta mínima de consumo representativo de las necesidades de la sociedad, permite detectar la pobreza crítica y extrema. La línea de pobreza crítica se determina en base al costo total de la canasta de consumo, que incluye los gastos de alimentación, vivienda, salud, vestidos y otros. La línea de pobreza extrema considera sólo los gastos de alimentación.

Los críticos dicen, que la pobreza en un sentido amplio va más allá de la escasez de ingresos, e implica una serie de privaciones educativas, sanitarias, alimentarias y sociales que conducen a la exclusión social y a la inseguridad. La falta de oportunidad provoca desigualdades e injusticia social, creándose las condiciones propicias para el estallido de la violencia.

Así mismo se dicen, que la pobreza "va más allá de las carencias de ingresos" pues ésta es de carácter multidimensional e incluye lo económico, lo social y lo gubernamental, "económicamente los pobres están privados no sólo de ingresos y recursos, sino también de oportunidades".

El Banco Interamericano de Desarrollo, estima la "línea de pobreza" en dos dólares diarios por persona, el Banco Mundial calcula la "línea de pobreza" a partir de un dólar diario de ingreso por persona.

Bajo el método de la línea de pobreza se puede diferenciar hasta dos tipos de pobre: Los "pobres extremos" como aquellos cuyo nivel de ingreso no es suficiente para cubrir sus requerimientos nutricionales básicos, y los "pobres no extremos" como aquellos que si bien sus ingresos son suficientes para cubrir sus requerimientos nutricionales básicos, éstos no son suficientes para cubrir un nivel de consumo mínimo. "La línea de pobreza extrema" se define como el nivel de gastos totales que alcanza solo para cubrir los requerimientos mínimos de alimentación.

El porcentaje de hogares rurales debajo de la línea de pobreza pasó de 54% en 1980 a 58% en 1990 y en 54% en 1999, y el porcentaje de hogares rurales en la línea de pobreza extrema pasó respectivamente de 28% a 34% y a 30%. Esto se traduce para el año 1999 en 64% de la población rural o 77 millones de habitantes rurales debajo de la línea de pobreza y 38% o 46 millones de personas debajo de la línea de pobreza extrema.[4]

2.2.5.3. Necesidades Básicas Insatisfechas.

Este enfoque considera que la pobreza es una situación en la que las personas no pueden satisfacer una o más necesidades básicas, por lo tanto no puede participar plenamente en la sociedad; relaciona con la disponibilidad de bienes y servicios, por un lado, y de las condiciones de vida, por otro. A partir de lo cual "la pobreza y su magnitud depende del número de las características de las necesidades básicas consideradas".

Las "Necesidades Básicas", consideradas universales comprende (una canasta mínima de consumo individual o familiar, alimentos, vivienda, vestuario, artículos del hogar), el acceso a los servicios básicos (salud, educación, agua potable, recolección de basura, alcantarillado, energía y transporte público), o ambos componentes. Este enfoque explica los diferentes tipos de pobreza en base al acceso que las familias tienen a los diferentes servicios:

Los indicadores que se reconocen internacionalmente entre las necesidades básicas insatisfechas son: (PNUD, 1990):

- Viviendas inadecuadas por sus materiales (cuando son inadecuados para la salud y el normal desenvolvimiento de las actividades de un hogar).
- Hacinamiento crítico por habitación (un cierto número de personas por dormitorio).
- Falta de servicios para la eliminación de excretas (si se carece o ella es inadecuada).
- Asistencia a escuelas primarias de los menores (cuando no asisten).
- Capacidad económica de los hogares, que asocia el nivel educativo del jefe del hogar con la tasa de dependencia económica.
- De acuerdo a los censos de población y vivienda en el Perú, 1981, 1993 y 2005 (años censales) la pobreza extrema en el área rural no disminuyó significativamente, registrándose un 37%, 47% y 46.5% respectivamente.

CUADRO N° 01
Perú: POBREZA Y POBREZA EXTREMA 1981-2005

POBREZA	1981	1993	2005
POBREZA TOTAL			
POBRES	54	56.8	57.0
EXTREMA POBREZA	27	37.8	37.1
ÁREA RURAL			
POBRES	65	88.2	89.2
POBREZA EXTREMA	37	46	45.3

Fuente INEI: Información sobre Población y Pobreza para Políticas Sociales; Lima: 1995; INEI; Compendio Estadístico 2005 y Nivel de Pobreza 2006.

El método integrado mide la pobreza por ingresos y necesidades básicas insatisfechas, integra el método de "Línea de pobreza" con el método de "Necesidades Básicas Insatisfechas"; incorporó también la atención de salud y la seguridad social; define cuatro categorías de pobres:

- Hogares con Integración Social: Hogares cuyos ingresos per cápita superan la línea de pobreza o el costo de la canasta básica de consumo y, simultáneamente, no presentan carencias en las necesidades básicas consideradas.
- Hogares con Carencias Inerciales: Hogares que pese a tener ingresos por encima de la línea de pobreza, presentan carencias críticas en una o más necesidades básicas.
- Hogares en Situación de Pobreza Reciente: Hogares que tienen ingresos por debajo de la línea de pobreza, pero que no dan cuenta de carencias a nivel de las necesidades básicas.

Estimaciones hechas para América Latina señalaron que en 1990 existían 270 millones de pobres, lo que representaba el 62% de la población; la mayoría correspondía a pobres crónicos (PNUD 1993). En el Perú no fue posible aplicar debido a la exigencia de la información que requiere.[5]

Capacidades, Libertad y Derecho

Este análisis se fundamenta en las capacidades o potencialidades de que disponen los individuos para desarrollar una vida digna, e incorpora los vacíos en los procesos de distribución y de acceso a los recursos privados colectivos. De ahí que el bienestar se identifica con la adecuación de los medios económicos con respecto a la propensión de personas a convertirse en capacidades para funcionar en ambientes sociales, económicos y culturales particulares.

La falta de capacidades básicas impide tener opciones y genera limitaciones, para:

- Vivir una vida larga saludable y creativa.
- Mantenerse informado.
- Tener un nivel de vida decoroso.
- La dignidad al respecto por uno mismo y por los demás.
- Vivir en Libertad.

2.2.6. La pobreza

La pobreza se define como aquella situación en la que **las necesidades básicas para vivir no se satisfacen por falta de recursos económicos.**

Pobreza extrema

Pobreza Extrema es un término que se refiere al estado más bajo de la pobreza y que incluye a toda persona que no alcanza a cubrir el costo mínimo de alimentos en determinado tiempo.

En el mundo existe un porcentaje de extrema pobreza del 9,6%. Y se considera que una persona vive en extrema pobreza si subsiste con menos de 1,6% al día.

2.2.6.1. Análisis de situación de Pasco 2015

Metodología para el Análisis de Situación de Salud Local”, es un aporte muy valioso para conocer en toda su dimensión el estado de salud de una

determinada población debido a que la metodología nos proporciona herramientas que ayudan a promover y sistematizar la participación ciudadana mediante el enfoque participativo, comunitario y social.

Se promovió la participación ciudadana para identificar lo que ellos consideran un problema que puede afectar de manera directa o indirecta su salud, priorizarlos para luego proponer líneas de acción que permitan a los decisores generar políticas públicas y/o proyectos de inversión.

El departamento de Pasco, representa el 1,97% del territorio nacional con una superficie de 25 319,59 km², está ubicado en la parte central del Perú. Político-administrativamente está dividida en 3 provincias y 29 distritos; la provincia con el mayor número de distritos es Pasco (13 distritos), seguido de Daniel Alcides Carrión (8 distritos) y Oxapampa (8 distritos). Una cuarta parte de su población vive en el área rural, su clima es frío y seco en las zonas altas con temperaturas que llegan a 11°C máximo en el día y 0°C por las noches en la capital. La provincia con mayor población es Pasco (51,7%) y entre los distritos de mayor población esta Yanacancha (10,1%), Chaupimarca (8,6%) y la de menor población es Vilcabamba (0,5%). La actividad económica predominante es la minería y la agricultura. El departamento concentra un importante porcentaje de población joven (cerca del 40 % es menor de 17 años).

Tiene una densidad Poblacional de 12 habitantes por km² , el distrito más densamente poblado es Chaupimarca, la esperanza de vida al nacer para el año 2016 fue estimada en 72,5 años; 5 años menos que el departamento de Ica o Lima, es decir existe el riesgo por el solo hecho de vivir en Pasco y no en Lima de vivir menos años. El número de hijos por mujer es de 3 por encima del promedio como país que se encuentra en 2,7; el 13,4% de las adolescentes reportaron alguna vez estar

embarazadas ubicándonos en el noveno lugar, superior al promedio como país, siendo dos veces la observada en el departamento de Moquegua.

Indicadores Demográficos En el año 2016, la población del departamento de Pasco es de 306322 habitantes, que representa el 0,97% del total nacional.

Indicadores Socio-económicos Según el ENDES 2015 Pasco se ubica en el noveno lugar como una de las regiones con más población analfabeta siendo este porcentaje mayor en la mujer (12,1%); es decir que el riesgo de ser analfabeto por el solo hecho de vivir en Pasco es 2,6 veces más que en Lima, y de 1,25 veces más que en el resto de País. Tres de cada cuatro familias tienen acceso a servicios básicos, sin embargo en relación al agua en los distritos con mayor densidad poblacional como es el caso de Chaupimarca y Yanacancha tienen acceso a este líquido elemento 3 veces por semana 1 hora al día, por otro lado la calidad de agua que consume la población en la región supera los límites permisibles en contaminación biológica

Tendencia de la pobreza total y pobreza extrema. En el año 2013 Pasco se encontraba como uno de departamentos más pobres del país, con una incidencia de pobreza que oscilaba entre 47,79 y 53,29 %; es decir una de cada dos personas era pobre, dos años después en el 2015 Pasco paso al siguiente grupo con una disminución de su pobreza en 28%, sin embargo en cuanto a la pobreza extrema no hubo cambios importantes manteniendo en un rango entre 8,78 y 12,33%.

La organización de los servicios de salud en el departamento de Pasco esta dado de la siguiente manera: Tres redes que coinciden con las tres provincias que conforman el departamento, 255 establecimientos de

salud distribuidos en 14 micro redes y tres hospitales, uno en la capital y dos en la provincia de Oxapampa. La densidad de recursos humanos se encuentra por debajo de lo que sugiere la OMS (25 x cada 10,000 hab.) necesarios para cumplir con los objetivos sanitarios, encontrándose en mejor situación la Red Daniel Alcides Carrión, sin embargo su extensión de uso es la más baja del departamento. Razón de Incidencia de Recursos Humanos y Extensión de uso por provincias Región Pasco 2015

Entre las diez primeras causas de mortalidad general por periodos Provincia de Daniel A Carrión Región Pasco siendo la DESNUTRION la séptima causa con 37%.

Según el Cuadro N° 1 PERÚ: CONDICIÓN DE POBREZA, GRUPOS ROBUSTOS Y UBICACIÓN DEL DISTRITO POR NIVEL DE POBREZA, 2013.

La Región Pasco, con código 190207, específicamente la provincia Daniel Alcides Carrión, *Tâpuc* es el distrito ubicado en el nivel de pobreza extrema, entre otros.

2.3. Definición de términos

- **Alimento:** Es toda sustancia o producto que en su estado natural o elaborado presenta características que lo hacen apto y agradable al consumo humano.
- **Alimentación:** Consiste en la ingestión de una serie de sustancias que tomamos del mundo exterior y que forman de nuestra dieta.
- **Alimentación saludable:** Referida a la alimentación variada que aporta la energía y todos los nutrientes esenciales que cada persona necesita para

mantenerse sana permitiéndole una mejor calidad de vida en todas las edades.

- **Nutrición:** Es la ciencia que se ocupa de estudiar los alimentos y su relación con la salud.
- **Macro nutrientes:** Son alimentos que están constituidos por elementos químicos orgánicos complejos y que el organismo requiere en mayor cantidad para su nutrición. (carbohidratos)
- **Micro nutrientes:** Son alimentos constituidos por elementos químicos menos complejos y que el organismo necesita en pequeñas cantidades para su nutrición. (vitaminas)
- **Alimentación equilibrada:** Es aquella que contiene los grupos de alimentos, en la cantidad, variedad y combinación adecuadas, teniendo en cuenta la edad de la persona, el sexo, el estado fisiológico y la actividad que realiza.
- **Desnutrición:** Es una enfermedad producida por un consumo insuficiente de nutrientes.
- **Obesidad:** Es una enfermedad caracterizada por una cantidad excesiva de grasa corporal o tejido adiposo en relación a la masa corporal del ser humano.
- **Higiene, manipulación y conservación de los alimentos:** Todas las personas que preparan alimentos, deben ser conscientes de que una intoxicación alimentaria, causada por una falla en la cadena de manipulación de dichos productos, puede tener efectos muy graves sobre la salud, llegando incluso a causar la muerte en determinados casos. Los contaminantes pueden ser: físicos (tierra, pelos, papel, heces, etc.), químicos (pesticidas, algunos aditivos alimentarios, productos de limpieza y

desinfección, tóxicos naturales de algunos alimentos, etc.) y biológicos (virus, bacterias, parásitos, hongos e insectos).

- **Leche materna:** Es el alimento natural producido por las glándulas mamarias de la mujer para satisfacer las necesidades nutricionales de la niña o niño después de nacer, siendo la succión un factor primordial para una adecuada producción de la misma.
- **Lactancia materna exclusiva:** Es la alimentación exclusivamente con leche materna que un lactante menor de seis meses debe recibir, sin el agregado de agua, jugos, té u otros líquidos o alimentos.
- **Alimentación complementaria:** Introducción de otros alimentos, además de la leche materna, en la alimentación de la niña o niño a partir de los seis meses hasta por lo menos los dos años de edad.
- **Refrigerio saludable (lonchera):** Se refiere a las preparaciones que consumen especialmente los escolares entre las comidas principales (desayuno, almuerzo y cena), Los refrigerios contienen alimentos naturales o elaborados tales como lácteos, frutas, verduras y cereales.
- **Pobreza:** Se define como aquella situación en la que **las necesidades básicas para vivir no se satisfacen por falta de recursos económicos.**
- **Pobreza extrema:** Es un término que se refiere al estado más bajo de la pobreza y que incluye a toda persona que no alcanza a cubrir el costo mínimo de alimentos en determinado tiempo.

2.4. Formulación de Hipótesis

2.4.1. Hipótesis General

- El valor nutricional de los niños menores de 5 años que asisten al Hospital temporal Freddy Vallejo Ore en la provincia de Daniel A. Carrión - Pasco es desfavorable debido a la extrema pobreza que afecta su desarrollo nutricional.

2.5. Identificación de Variables

- **Variable Independiente:**

- Valor Nutricional de los Niños menores de 5 años

- **Variable Dependiente:**

- Extrema Pobreza.

2.6. Operacionalización de variables

Variable Independiente	Indicadores	Sub indicadores
el valor nutricional	- Peso	Normal Regular Bajo
Alimentación	- Talla	Normal Regular Bajo
	Buena	Balanceada
	Regular	Pocos Nutrientes
	Mala	Sin Nutrientes
	Estrategias del Puesto de Salud.	Consejería. Sesión educativa. Sesión demostrativa
Variable Dependiente	Indicadores	Sub indicadores
Extrema Pobreza	≤ 2 años ≤ 5 años	Sexo Masculino Sexo Femenino

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de Investigación

Fue Básica porque describe y explica las relaciones entre las variables, se preocupó de recoger información de la realidad para enriquecer el conocimiento teórico científico del valor nutricional de los niños menores de 5 años y extrema pobreza en la provincia Daniel A. Carrión - Pasco. Y el Nivel de Investigación fue Correlacional porque tuvo como propósito medir el grado de relación que existe entre dos o más conceptos o variables.

3.2. Método de Investigación

Se utilizó el método DESCRIPTIVO CORRELACIONAL, porque el investigador describe situaciones y eventos como se manifiesta los determinados fenómenos. Permite medir o evaluar Con precisión diversos aspectos del fenómeno a investigar.

3.3. Diseño de Investigación

El Diseño utilizado fue el Cuasi experimentales puesto que se manipuló la variable independiente para ver su efecto y relación con la variable dependientes.

3.4. Población y muestra

La población sujeto a estudio fueron 40 los niños de 0 a 5 años de edad que acudieron al Hospital de la Provincia Daniel A. Carrión – Pasco durante los meses de julio a diciembre 2017.

3.5. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizaron las siguientes técnicas de investigación:

- **La Entrevista.-** Es la técnica de modalidad directa con el padre de familia de corta duración que será usada antes de la medición de la talla y consiste en utilizar las preguntas según los datos solicitados en la ficha de identificación y clasificación factorial como edad, ingreso económico familiar, estado civil de sus padres, tutoría familiar, trato recibido y dato cualitativo de la talla de sus padres, hermanos, antecedentes patológicos, medicinas u otros similares que ingiere o ha ingerido, edad de aparición de la monarquía o polución y la práctica de deportes, ejercicios físicos.
- **La Observación.-** Es la técnica directa que le permite apreciar en el estudiante el estado nutricional que será registrado en la ficha de identificación y clasificación factorial.
- **Medición Antropométrica de la Talla.-** Es la técnica utilizada para manejar el tallmetro para ello se solicitara al estudiante quitarse los calzados y luego se le pedirá que suba al podio del tallmetro en la cual debe estar colocado

en una superficie que forme un ángulo recto con el suelo luego se verificara que el podio del tallímetro marque cero con la superficie del talón del estudiante.

El estudiante se colocó de espaldas al tallímetro controlando que sus talones, glúteos, espalda, plano posterior de la cabeza estén apoyados en el tallímetro. Ambos talones deben estar juntos. El estudiante debe enderezar la espalda y mirar hacia el frente, de tal manera que una línea imaginaria trazada la órbita del ojo pase al nivel del conducto auditivo externo en un plano paralelo al piso.

Al comprobar el cumplimiento de estas indicaciones se tocó con el rebase del tallímetro la superficie de la cabeza para hacer la lectura correspondiente, se registró sólo el cm. completo sin tomar en cuenta las fracciones.

- **Análisis Documental.**- Es la técnica de análisis interno de los datos cualitativos y cuantitativos para relacionar los factores condicionantes sobre todo la altitud y su influencia en la estatura a diversas edades y por sexo teniendo en consideración los rangos percentiles de Normalidad.

- **Escala de Evaluación**

INSTRUMENTOS

Para la recolección de los datos se emplearon los siguientes instrumentos de investigación:

- a) **Ficha de Identificación y Clasificación Factorial.**- Este instrumento permite clasificar al grupo de estudio según los indicadores de edad, sexo y lugar de procedencia, asimismo analizar los factores nutricionales, socioeconómicos emocionales, genéticos, patológicos y neuroendocrinos.

- b) **El Tallimetro.-** Es el instrumento de edición de la estatura mediante una escala grafica en cm. en posición vertical y consta de tres partes el podio, la escala y el rebase, el objetivo determinar la estatura del estudiante de 02 - 05 años de edad sujetos de estudio.
- c) **Escala de Patrón de Talla por Sexo de 02 - 05 Años de Edad.-** Es la gráfica que nos permite determinar, el rango de normalidad entre los percentiles 95 y 5 grados de la escala de rango, que permite relacionar la estatura encontrada con el tallimetro con la edad del estudiante y determinar si su estatura es alta normal o baja siendo diferente la escala de varones con escala de mujeres. Este instrumento será utilizado luego en un consolidado de datos para determinar la estatura promedio por edad, sexo y lugar de procedencia.
- d) **Tabla de valoración nutricional antropométrica menores de 5 años de edad.** Permite desarrollar las acciones de peso para la talla y peso para la edad en ambos sexos, se aplicará según la tabla.

3.6. Técnicas de procesamiento de análisis de datos

Para el procesamiento de los datos se utilizó los modelos estadísticos y gráficos de tipo descriptivo, de análisis e interpretación de datos estadísticos obtenidos después de aplicados los instrumentos, elaboración del cuadro general de seguimiento y tabulación de datos cuantitativos y porcentuales.

Métodos de análisis de datos

Método estadístico, con el uso del programa de Excel.

TABLA N° 1

1 Fórmulas Estadísticas a usar.

N°	Estadígrafos	Formulas Estadísticas	Símbolos
1	Media aritmética de datos agrupados	$\bar{X} = \frac{\sum f \cdot x}{n}$	<p>\bar{X} = Media aritmética</p> <p>X = Valor central o punto medio de cada clase.</p> <p>f = Frecuencia en cada clase.</p> <p>$\sum f \cdot x$ = Sumatoria de los productos de las frecuencias en cada clase multiplicada por el punto medio de ésta.</p> <p>n = Número total de frecuencias.</p>
2	Desviación estándar muestral para datos agrupados	$s = \sqrt{\frac{\sum fX^2 - \frac{(\sum fX)^2}{n}}{n-1}}$	<p>s = Desviación estándar muestral</p> <p>X = Punto medio de una clase</p> <p>f = Frecuencia de clase</p> <p>n = Número total de observaciones en la muestra.</p>

Para la Validación Estadística se aplicó la PRUEBA DE KARL PEARSON con la Fórmula siguiente para el cálculo de la correlación. Y LA DISTRIBUCIÓN DE JI CUADRADO.

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE KARL PEARSON

$$r = \frac{(\sum XY) - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[n(\sum X^2) - (\sum X)^2] [n(\sum Y^2) - (\sum Y)^2]}}$$

PARA LOS CÁLCULOS DE **Ji CUADRADO**, se emplea la siguiente fórmula:

$$\chi^2 = \sum \frac{[(fo - fe)^2]}{fe}$$

Dónde:

fo = es la frecuencia observada en una categoría específica.

fe = es la frecuencia esperada en una categoría específica.

3.7. Selección y validación de los instrumentos de investigación

VALIDEZ

Con la finalidad de dar consistencia a la investigación de carácter científico, los instrumentos propuestos deben ser confiables y válidos, por ello la validez es una forma de dar seguridad por ello debe ser sometido a evaluación.

Bajo los fundamentos de validez de Shadish, Cook y Campbell (2001), (51) quienes fundamentan que todo instrumento antes de aplicarlos deben ser sometidos a un proceso de validación, asimismo mencionan que la validez es

un concepto unitario y propone que deben reunirse distintas evidencias para construirlo y describen una serie de amenazas potenciales a las conclusiones de la investigación; amenazas que permiten especificar los criterios de inclusión en estos apartados fundamentales. Las partes iniciales del informe, propias del nivel teórico-conceptual, vendrán marcadas fundamentalmente por la validez de constructo, esto es, las razones por las que pueden ser incorrectas las inferencias sobre los constructos que caracterizan las operaciones del estudio.

Así la investigación encontró la validez en los siguientes procedimientos:

- a. Validación de constructo: los instrumentos responden a los procedimientos de operacionalización de las variables desagregadas en dimensiones, indicadores y los reactivos correspondientes.
- b. Los instrumentos responden al objetivo de la investigación dado que este busca Identificar el valor nutricional en niños menores de 5 años en pobreza extrema que asisten al Hospital temporal Freddy Vallejo Ore, en la provincia Daniel A Carrión - Pasco.
- c. Validación de expertos. En este procedimiento se citó a docentes expertos de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión.
- d. Las observaciones que se emitieron los expertos facilitaron el mejoramiento de las dimensiones, indicadores e ítems para la construcción final de los instrumentos.
- e. Las calificaciones indican una alta consistencia y se puede catalogar como bueno y muy bueno con lo que se considera aplicable para la investigación, quedando incluidos en el cuestionario los ítems donde hubo el 100% de coincidencia favorable entre los expertos así como se eliminaron los ítems donde hubo el 100% de coincidencia desfavorable

CONFIABILIDAD.

Para Montero y León (2002) (52) la confiabilidad es la capacidad del instrumento para producir resultados consistentes cuando las características que se miden no cambian, y estos tienen la posibilidad de medir algo en forma consistente o confiable, de un test para demostrar consistencia y estabilidad en las puntuaciones, de manera que la comprensión del fenómeno se va haciendo más precisa y comienzan a emerger los datos resaltantes de la situación, y la teoría comienza a ser fundamentada.

Para lograr, la validez el instrumento se sometió a una prueba piloto, a un conjunto de madres que acuden al Centro Médico de Es salud de Yanahuanca con niños menores de 5 años, quienes no participaron de la investigación, los datos fueron recolectados mediante la aplicación del test utilizado, estos datos se tabularon y se procesaron mediante la aplicación de los procedimientos estadísticos cuyos resultados alcanzaron un alfa de 0.87 lo que indica consistencia para su aplicabilidad en la investigación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Descripción del trabajo de campo

El trabajo de investigación se desarrollará en el Hospital temporal Freddy Vallejo Ore, de la Provincia Daniel A. Carrión. Ubicado en **Yanahuanca** es una ciudad del centro del Perú, capital de la Provincia de Daniel Alcides Carrión (Departamento de Pasco), ubicado a 3 184 m.s.n.m. y situada en la vertiente oriental de la Cordillera de los Andes, en el valle que forma el río Chaupihuaranga, afluente del Huallaga.

4.2 Presentación, análisis e interpretación de resultados obtenidos en el trabajo de campo

Cuadro N° 01

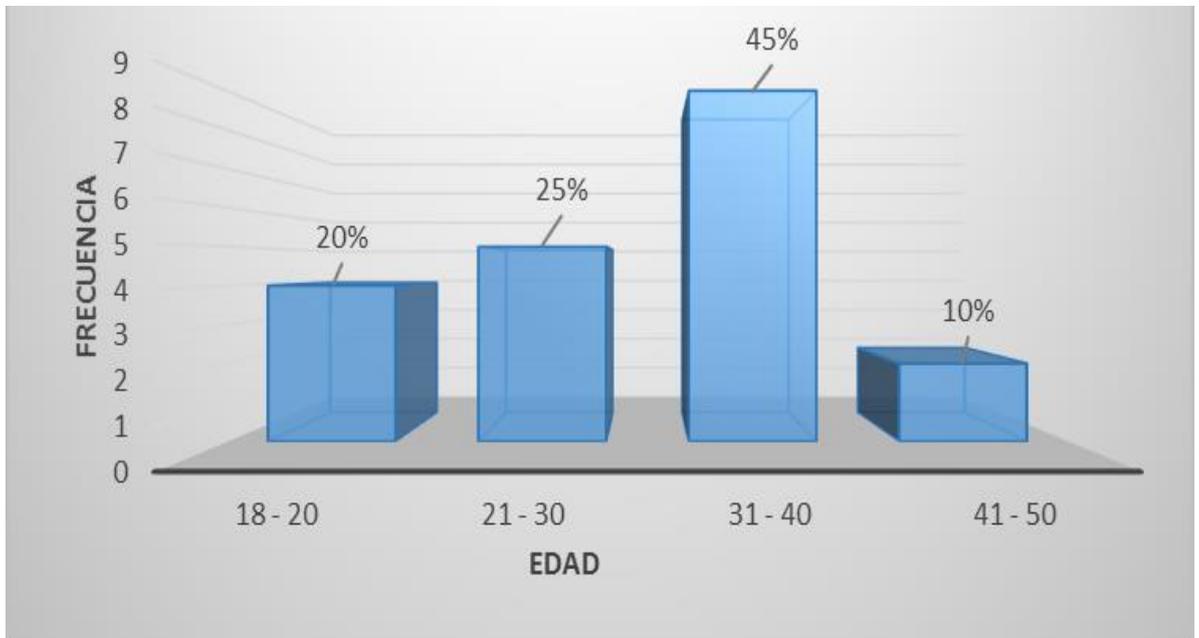
CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE EL VALOR NUTRICIONAL DE LOS ALIMENTOS SEGÚN EDAD

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18 – 20	8	20,0
21 – 30	10	25,0
31 – 40	18	45,0
41 – 50	4	10,0
TOTAL	40	100,0

Fuente: Ficha del Cuestionario

Gráfico N° 01

CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE EL VALOR NUTRICIONAL DE LOS ALIMENTOS SEGÚN EDAD



INTERPRETACIÓN:

En el presente cuadro se observa que de un total de 40 madres encuestadas el 45,0% (18) tienen de 31 a 40 años, el 25,0% (10) mencionan que tienen de 21 a 30 años, el 20% (8) se encuentran entre las edades de 18 a 20 años, sólo 10,0% (4) tienen de 41 a 50 años.

Podemos mencionar que las madres a menor edad su conocimiento sobre el valor nutricional de los alimentos es relativo y a mayor edad el conocimiento es mayor.

Cuadro N° 02

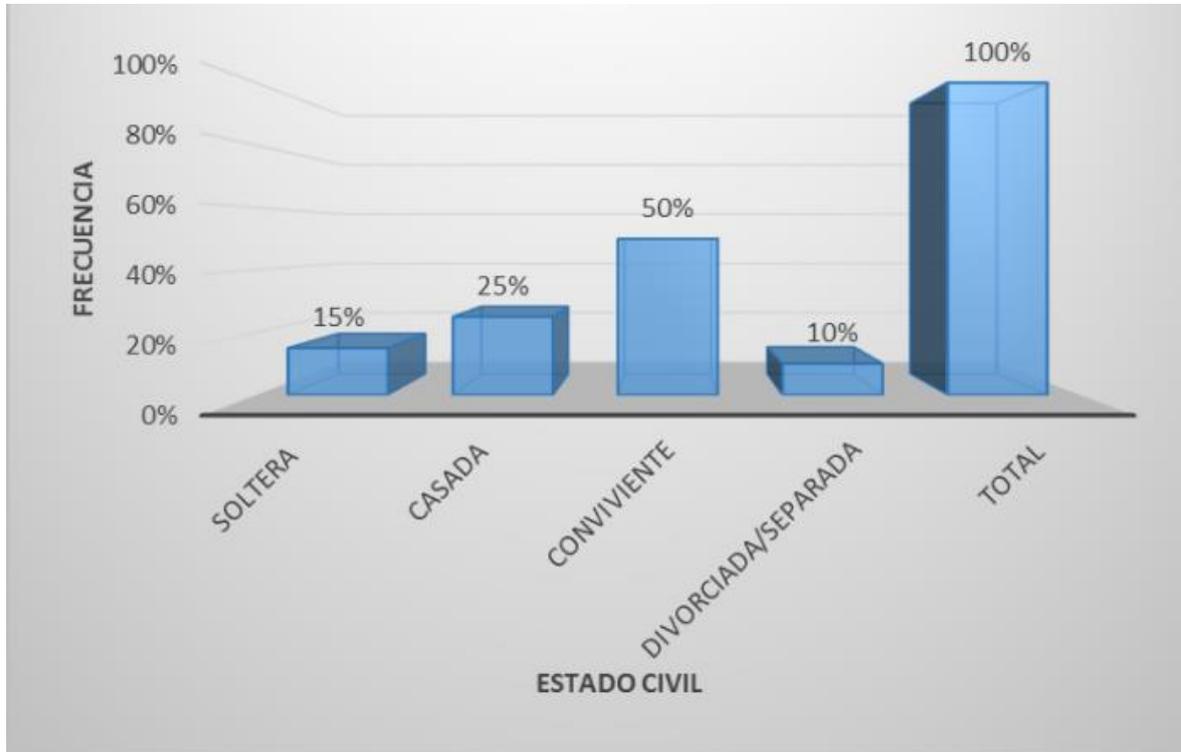
CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE EL VALOR NUTRICIONAL DE LOS ALIMENTOS SEGÚN ESTADO C

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	6	15,0
CASADA	10	25,0
CONVIVIENTE	20	50,0
DIVORCIADA/SEPARADA	4	10,0
TOTAL	40	100,0

Fuente: Ficha del Cuestionario

Gráfico N° 02

CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE EL VALOR NUTRICIONAL DE LOS ALIMENTOS SEGÚN ESTADO CIVIL



INTERPRETACIÓN:

En el presente cuadro, encontramos que de un total de 40 madres encuestadas que en su mayoría, el 50,0% (20) son convivientes, el 25,0% (10) del total de la muestra mencionan que son casadas, el 15% (6) son solteras y el 10,0% (4) son divorciadas o separadas.

En relación al estado civil el grado de conocimiento de las madres sobre el valor nutricional de los alimentos podemos mencionar no es determinante.

Cuadro N° 03

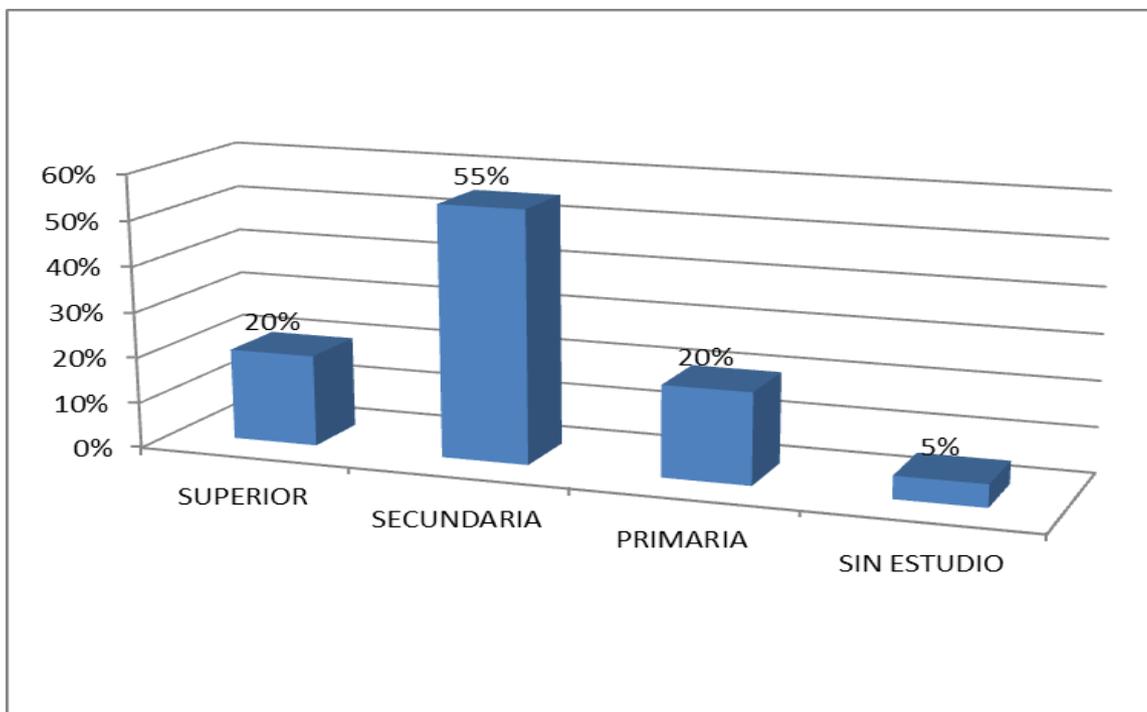
CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE EL VALOR NUTRICIONAL DE LOS ALIMENTOS SEGÚN GRADO DE INSTRUCCION

GRADO DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SUPERIOR	8	20,0
SECUNDARIA	22	55,0
PRIMARIA	8	20,0
SIN ESTUDIO	2	5,0
TOTAL	40	100,0

Fuente: Ficha del Cuestionario

Gráfico N° 03

CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE EL VALOR NUTRICIONAL DE LOS ALIMENTOS SEGÚN GRADO DE INSTRUCCION



INTERPRETACIÓN:

En el presente cuadro se observa que de un total de 40 madres encuestadas el 55,0% (22) del total de la muestra mencionan que tienen estudios de secundaria, el 20% (8) cuentan con estudios superiores al igual que el 20,0% (8) tienen estudios de primaria y sólo el 5,0% (2) no tiene estudio.

El grado de educación influye en el proceso de hábitos prácticos en el conocimiento de las madres sobre el valor nutricional de los alimentos.

Cuadro N° 04

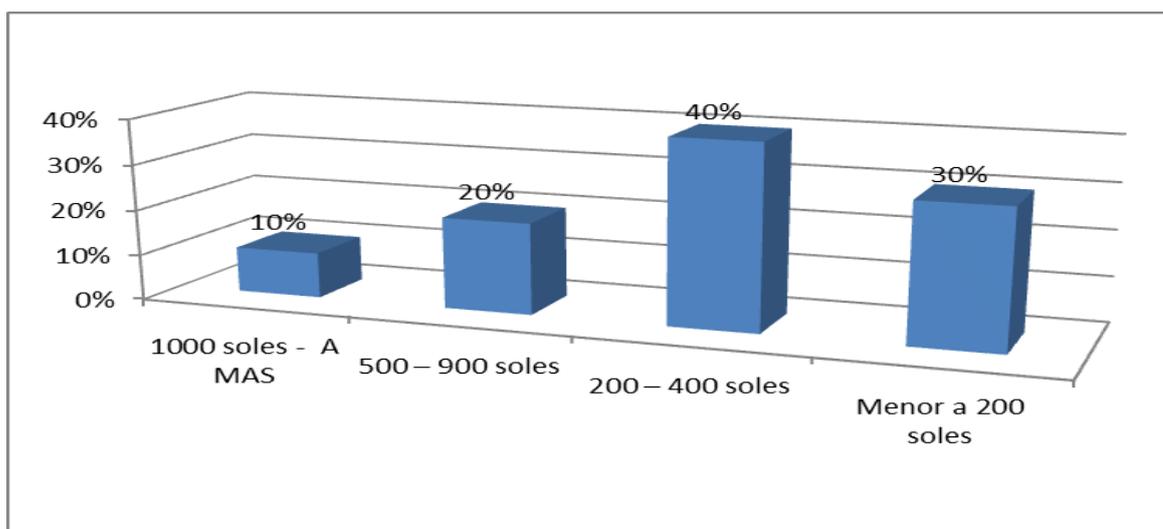
CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE EL VALOR NUTRICIONAL DE LOS ALIMENTOS SEGÚN INGRESO ECONÓMICO

INGRESO ECONOMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1000 soles - A MAS	4	10,0
500 – 900 soles	8	20,0
200 – 400 soles	16	40,0
Menor a 200 soles	12	30,0
TOTAL	40	100,0

Fuente: Ficha del Cuestionario

Gráfico N° 04

CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE EL VALOR NUTRICIONAL DE LOS ALIMENTOS SEGÚN INGRESO ECONÓMICO



INTERPRETACIÓN:

En el presente cuadro se observa que de un total de 40 madres encuestadas el 40,0% (16) tienen ingreso de 200 a 400 soles, el 30,0% (12) tienen un ingreso mínimo de 200 soles, el 20,0% (8) del total de la muestra mencionan que tienen un ingreso entre 500 a 900 soles mensuales y sólo 10% (4) perciben un ingreso de 1000 soles a más.

El soporte económico en la base familiar es importante porque permite tener algunas virtudes de prácticas adecuadas de acuerdo a la realidad económica, social y cultural de la sociedad.

Cuadro N° 05

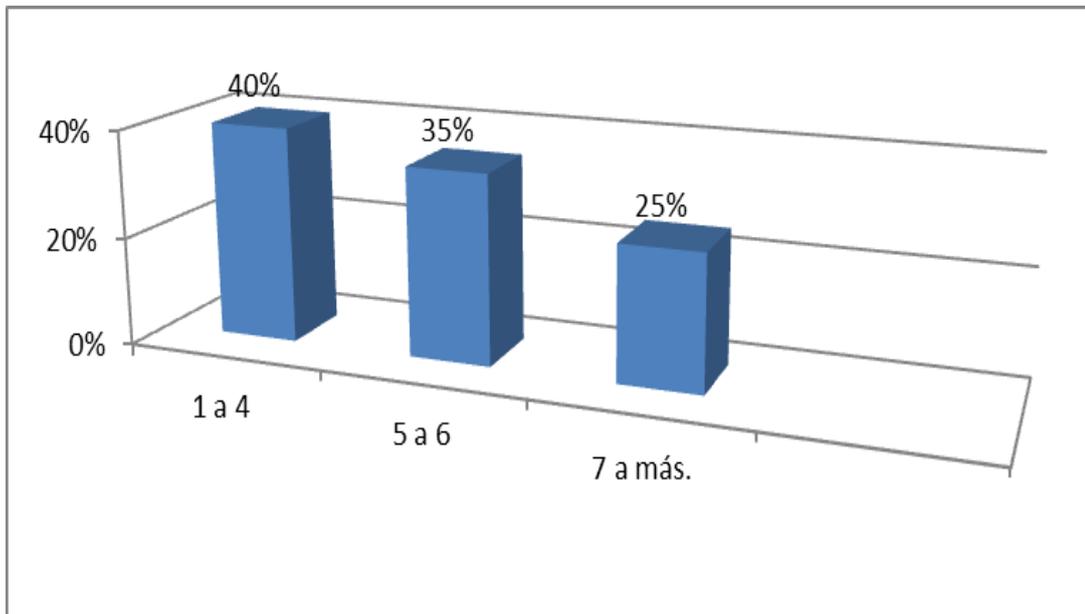
CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE EL VALOR NUTRICIONAL DE LOS ALIMENTOS SEGÚN EL NÚMERO DE INTEGRANTES

NÚMERO DE INTEGRANTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 a 4	16	40,0
5 a 6	14	35,0
7 a más.	10	25,0
TOTAL	40	100,0

Fuente: Ficha del Cuestionario

Gráfico N° 05

CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE EL VALOR NUTRICIONAL DE LOS ALIMENTOS SEGÚN EL NÚMERO DE INTEGRANTES



INTERPRETACIÓN:

En el presente cuadro se observa que de un total de 40 madres encuestadas el 40,0% (16) está conformado de 1 a 4 integrantes en su familia, el 35% (14) conformado de 5 a 6 integrantes y el 25,0% (10) está conformado por 7 a más integrantes.

Cuadro N° 06

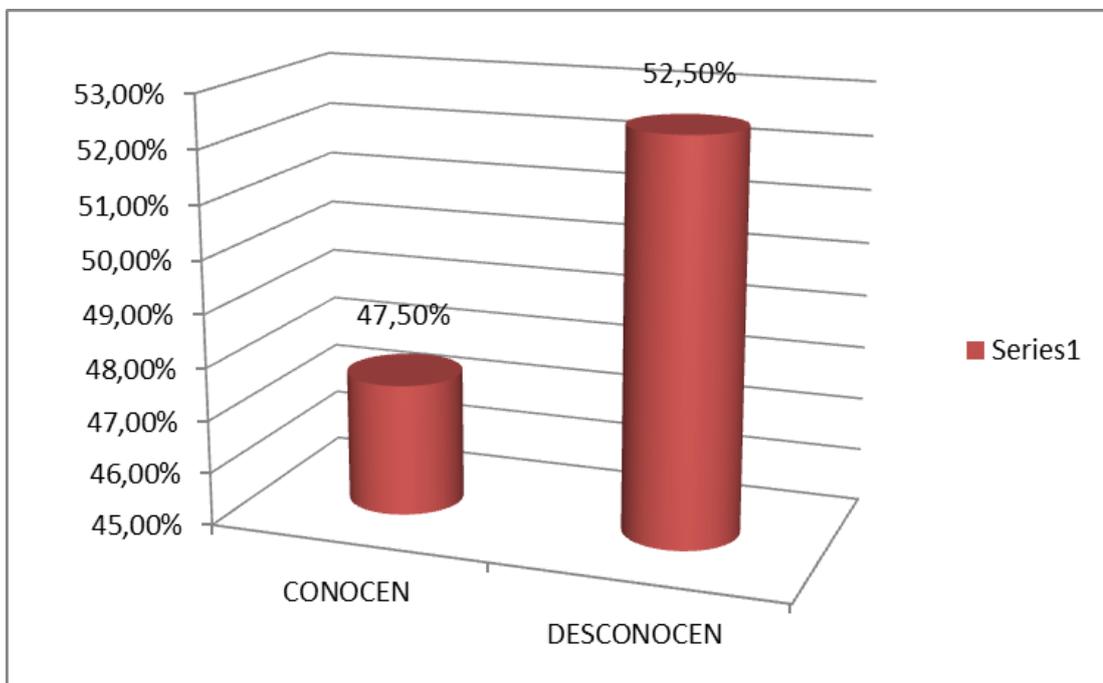
CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LA IMPORTANCIA DEL VALOR NUTRICIONAL DE LOS ALIMENTOS

CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DESCONOCEN	21	52,5
CONOCEN	19	47,5
TOTAL	40	100,0

Fuente: Ficha del Cuestionario

Gráfico N° 06

**CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LA IMPORTANCIA DEL VALOR
NUTRICIONAL DE LOS ALIMENTOS**



INTERPRETACION

En relación al conocimiento de las madres sobre el valor nutricional de los alimentos observamos que del total de 40 (100%) madres encuestadas, 52,5 % (21) que desconoce y el 47,5% (19) madres conocen.

Cuadro N° 07

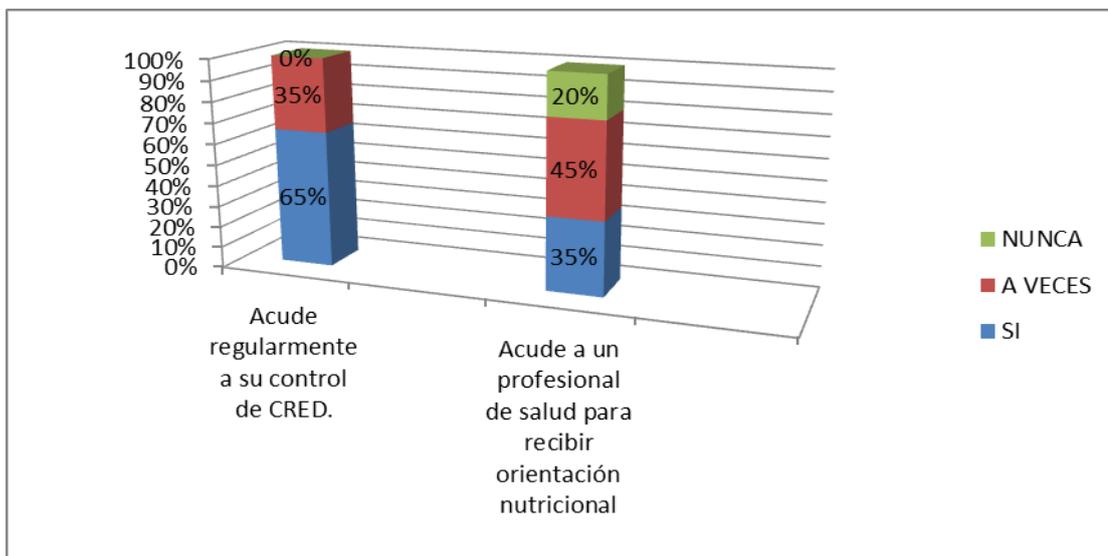
CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE EL VALOR NUTRICIONAL DE LOS ALIMENTOS SEGÚN LAS DIMENSIONES.

DIMENSIONES	SI		A VECES		NUNCA	
	FRECUEN CIA	PORCENTAJ E	FRECUENCIA	PORCENT AJE	FRECUE NCIA	PORCEN TAJE
Acude regularmente a su control de CRED.	26	65	14	35	0	0
Acude a un profesional de salud para recibir orientación nutricional	14	35	18	45	8	20

Fuente: Ficha del Cuestionario

Gráfico N° 07

CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE EL VALOR NUTRICIONAL DE LOS ALIMENTOS SEGÚN LAS DIMENSIONES.



INTERPRETACION

En el presente gráfico se observa que las madres conocen sobre el valor nutricional de los alimentos, el 65,0% (26) si acuden regularmente a su control de CRED y el 35% (14) acuden a veces. El 45,0% (18) a veces acuden a un profesional de salud para recibir orientación nutricional, el 35,0% (14) si acuden y el 20,0% (8) nunca acuden.

Cuadro N° 08

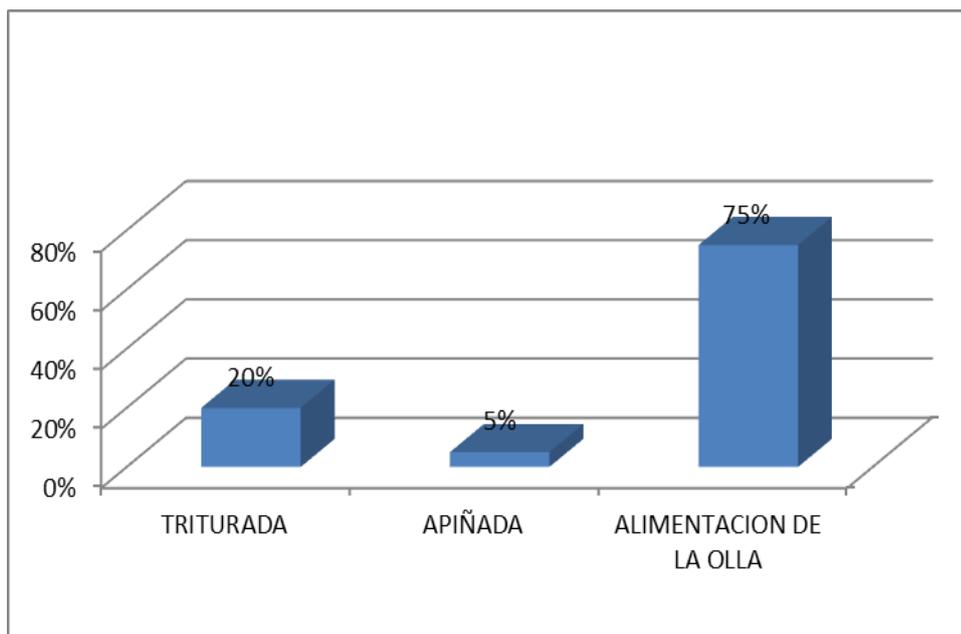
CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE EL VALOR NUTRICIONAL SEGÚN TIPO DE CONSISTENCIA DE LOS ALIMENTOS QUE DEBE INGERIR EL NIÑO

CONSISTENCIA DE LOS ALIMENTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TRITURADA	8	20
APIÑADA (mezcla con otros alimentos - amontonado)	2	5
ALIMENTACION DE LA OLLA	30	75
TOTAL	40	100

Fuente: Ficha del Cuestionario

Gráfico N° 08

**CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE EL VALOR NUTRICIONAL SEGÚN
TIPO DE CONSISTENCIA DE LOS ALIMENTOS**



INTERPRETACION

En cuanto al tipo de consistencia de los alimentos que consumen los niños y niñas se observa que el 75,0% (30) consumen alimentación de la olla, mientras el 20, 0% (8) en forma triturada y el 5,0% (2) en forma apiñada.

Cuadro N° 09

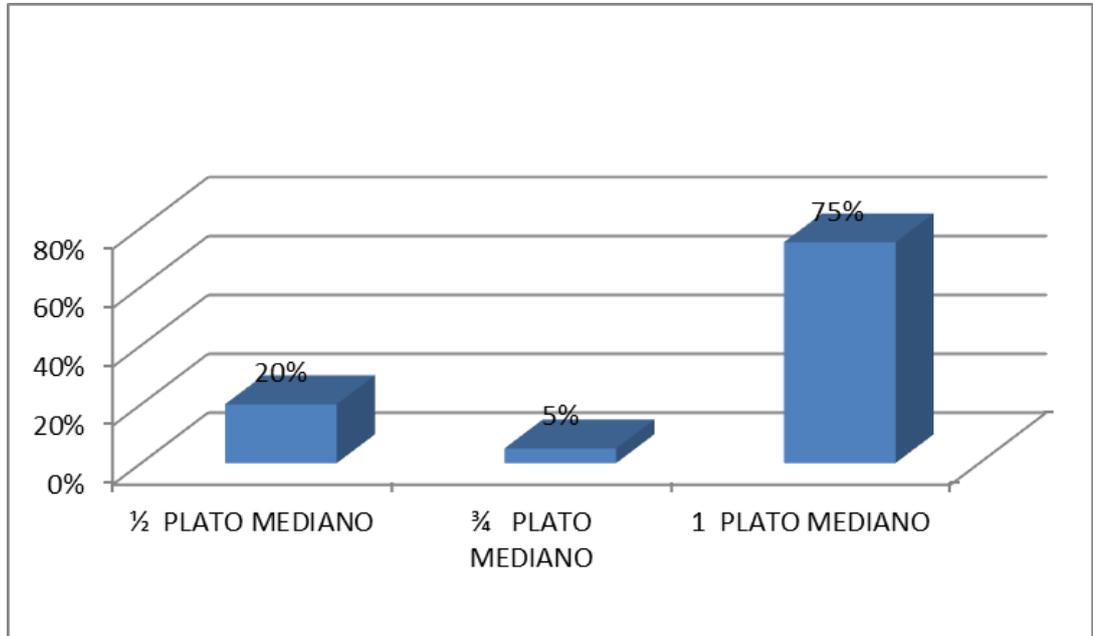
CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE CANTIDAD DE LOS ALIMENTOS

CANTIDAD DE LOS ALIMENTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
½ PLATO MEDIANO	8	20
¾ PLATO MEDIANO	2	5
1 PLATO MEDIANO	30	75
TOTAL	40	100

Fuente: Ficha del Cuestionario

Gráfico N° 09

CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE CANTIDAD DE LOS ALIMENTOS



INTERPRETACION

En cuanto a la cantidad de los alimentos que consumen los niños y niñas se observa que el 75,0% (30) consumen un plato mediano, mientras el 20, 0% (8) $\frac{1}{2}$ del plato mediano y el 5,0% (2) $\frac{3}{4}$ del plato mediano.

Cuadro N° 10

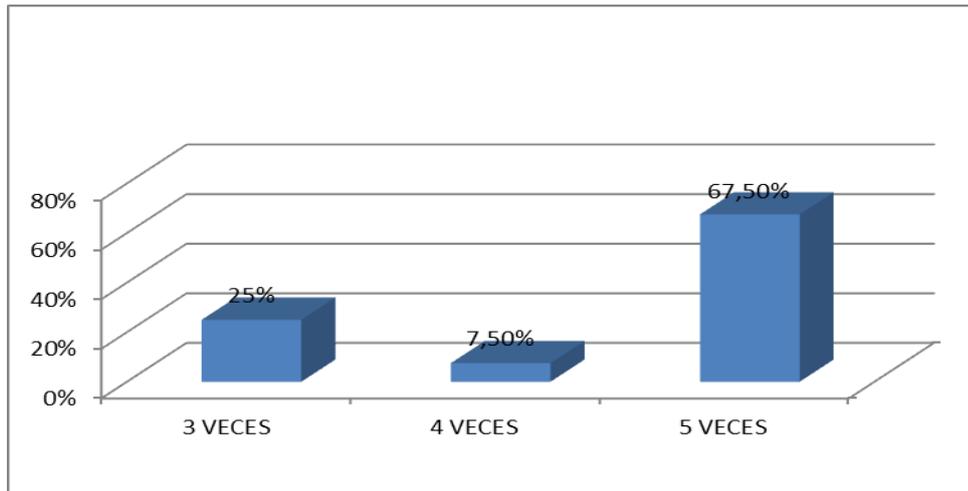
**CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LA FRECUENCIA DE LOS
ALIMENTOS**

FRECUENCIA DE LOS ALIMENTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
3 VECES	10	25,0
4 VECES	3	7,5
5 VECES	27	67,5
TOTAL	40	100,0

Fuente: Ficha del Cuestionario

Gráfico N° 10

**CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE CANTIDAD DE LOS ALIMENTOS
QUE DEBE INGERIR**



INTERPRETACION

En cuanto a la frecuencia de los alimentos que consumen los niños y niñas se observa que el 67,5% (27) consumen 5 veces al día, mientras el 25, 0% (10) 3 veces al día y el 7,5% (3) 4 veces al día.

Cuadro N° 11

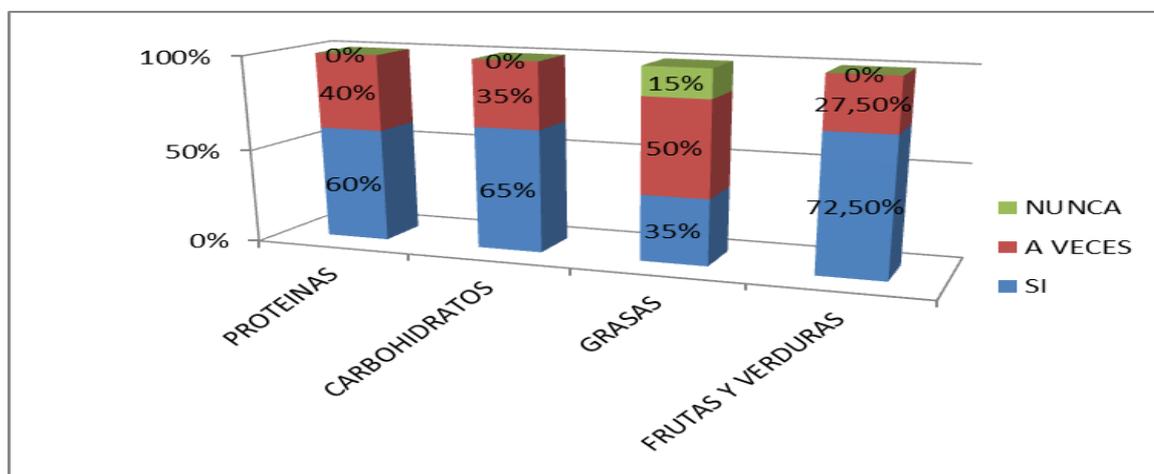
CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE EL TIPO DE ALIMENTOS QUE CONSUME

TIPO DE ALIMENTOS	SI		A VECES		NUNCA	
	FRECUENCIA A	PORCENTAJE	FRECUENCIA A	PORCENTAJE E	FRECUENCIA CIA	PORCENTAJE TAJE
PROTEINAS	24	60	16	40	0	0
CARBOHIDRATOS	26	65	14	35	0	0
GRASAS	14	35	20	50	6	15
FRUTAS Y VERDURAS	29	72,5	11	27,5	0	0

Fuente: Ficha del Cuestionario

Gráfico N° 11

**CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE EL TIPO DE ALIMENTOS QUE
CONSUME**



INTERPRETACION

En cuanto a tipo de alimentos que consumen los niños y niñas se observa que el 72,5% (29) consumen frutas y verduras mientras que 27,5% (11) a veces lo consumen. El 65,0% (26) consumen carbohidratos mientras que el 35,0% a veces lo consumen. El 60,0% (24) consumen proteínas y el 40,0% (16) solo a veces lo consume y 35,0% (14) consumen grasas mientras que el 50,0% (20) a veces lo consume y el 15% (6) nunca lo consume.

Cuadro N° 12

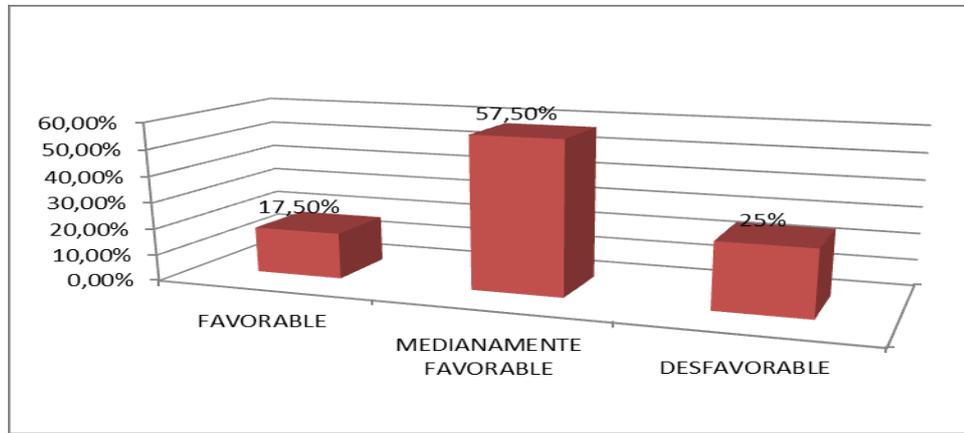
MEDIDAS PREVENTIVAS – PROMOCIONALES SOBRE DESNUTRICIÓN SEGÚN ESTRATEGIAS SANITARIAS

MEDIDAS PREVENTIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FAVORABLE	7	17,5
MEDIANAMENTE FAVORABLE	23	57,5
DESFAVORABLE	10	25,0
TOTAL	40	100,0

Fuente: Ficha del Cuestionario

Gráfico N° 12

**MEDIDAS PREVENTIVAS – PROMOCIONALES SOBRE DESNUTRICIÓN
SEGÚN ESTRATEGIAS SANITARIAS**



INTERPRETACION

Sobre las medidas preventivas - promocionales sobre desnutrición según estrategias sanitarias en niños/a, de las 40 madres, se observa que el 57,5% (23) tiene actitudes medianamente favorables, el 25,0% (10) actitudes desfavorables y solo el 17,5% (7) tiene actitudes favorables.

Cuadro N° 13

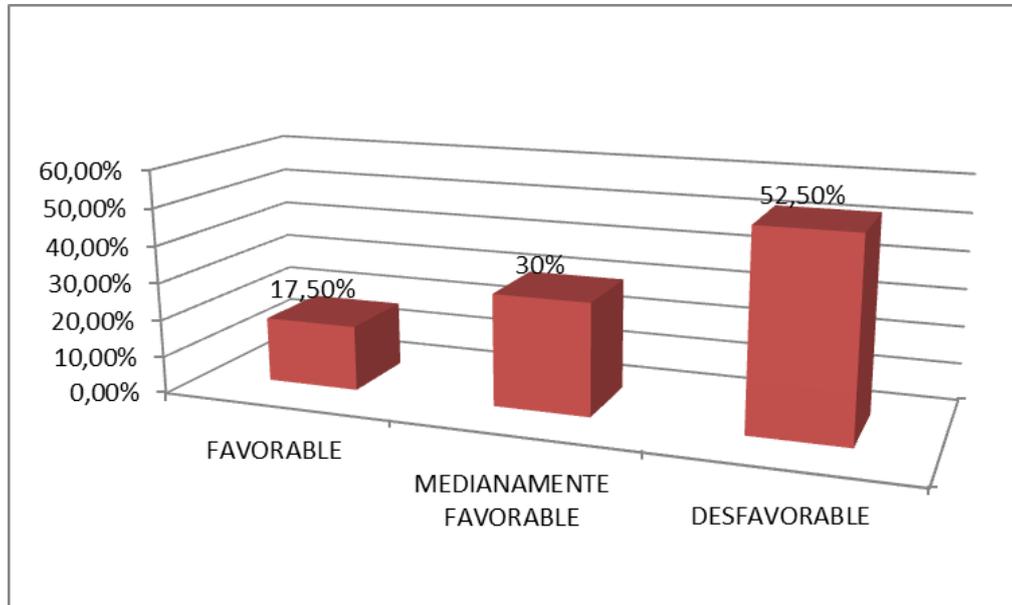
MEDIDAS PREVENTIVAS – PROMOCIONALES SOBRE DESNUTRICIÓN

MEDIDAS PREVENTIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FAVORABLE	7	17,5
MEDIANAMENTE FAVORABLE	12	30,0
DESFAVORABLE	21	52,5
TOTAL	40	100,0

Fuente: Ficha del Cuestionario

Gráfico N° 13

MEDIDAS PREVENTIVAS – PROMOCIONALES SOBRE DESNUTRICIÓN



INTERPRETACION

En cuanto se refiere a las medidas preventivas – promocionales sobre desnutrición en los niños/a, de las 40 madres, se observa que el 52,5% (21) son desfavorables, el 30,0% (12) medianamente desfavorables y solo el 17,5% (7) son favorables.

4.3. Prueba de Hipótesis

Hipótesis

H = El valor nutricional de los niños menores de 5 años que asisten al Hospital temporal Freddy Vallejo Ore en la provincia de Daniel A. Carrión - Pasco es deficiente debido a la extrema pobreza que afecta su desarrollo nutricional.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	G	Sig. asintótico	Sig. exacta	Sig. exacta
Chi-cuadrado de Pearson	,275 ^a	1	,600		
Corrección por	,043	1	,835		
Razón de verosimilitudes	,267	1	,605		
Estadístico exacto de					
Asociación lineal por	,272	1	,602		
N de casos válidos	82				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,17.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

2. Nivel de significancia: $\alpha = 0,05$

Estadística de prueba: chi cuadrado $\chi^2 = \frac{\sum(O - E)^2}{E}$

	Valor	Sig. aproximada
Phi	,058	,600
Nominal por nominal		
V de Cramer	,058	,600
N de casos válidos	82	

Medidas simétricas

El coeficiente Phi nos permite evaluar el grado de asociación entre dos variables, oscila entre 0 y 1.

La V de Cramer oscila entre 0 y 1 (valores cercanos a 0 indican no asociación y los próximos a 1 fuerte asociación).

INTERPRETACIÓN:

En el Cuadro, se presenta la prueba de hipótesis para probar la relación significativa entre El valor nutricional de los niños menores de 5 años y la extrema pobreza que afecta su desarrollo nutricional.

La prueba resultó ser significativa ($p < 0.05$). Por lo que se sostiene que hay Relación entre dichas variables.

4.4 Discusión de Resultados

- Según Sánchez H, Tuesta P, Valqui A9. El 20.3% tienen menor edad y el 79.7% tienen mayor edad, siendo la edad promedio de 25.98 años. Con respecto al nivel educativo el 27.6% tienen menor nivel educativo y el 72.4% manifiestan tener mayor nivel educativo. Y en el trabajo de investigación se encontró que de un total de 40 madres encuestadas el 45,0% (18) tienen de 31 a 40 años, el 25,0% (10) mencionan que tienen de 21 a 30 años, el 20% (8) se encuentran entre las edades de 18 a 20 años, sólo 10,0% (4) tienen de 41 a 50 años. Podemos mencionar que las madres a menor edad su conocimiento sobre el valor nutricional de los alimentos es relativo y a mayor edad el conocimiento es mayor.
- Según Sánchez H, Tuesta P, Valqui A, Asimismo el 26.8% de ellas presentan trabajo remunerado, mientras que el 73.2% no tienen trabajo remunerado, Las madres sujetos de estudio con menor ingreso económico son el 52.8% y con mayor ingreso el 47.2% el ingreso promedio es de s/659.71. Y en el trabajo de investigación se encontró que de un total de 40 madres encuestadas el 40,0% (16) tienen ingreso de 200 a 400 soles, el 30,0% (12) tienen un ingreso mínimo de 200 soles, el 20,0% (8) del total de

la muestra mencionan que tienen un ingreso entre 500 a 900 soles mensuales y sólo 10% (4) perciben un ingreso de 1000 soles a más. El soporte económico en la base familiar es importante porque permite tener algunas virtudes de prácticas adecuadas de acuerdo a la realidad económica, social y cultural de la sociedad. Por lo que la relación entre ingresos familiares y consumo de alimentos no mejora la nutrición si es que se incrementa el consumo de alimentos de poca calidad, (como fideos, panes) o la compra de alimentos fáciles de preparar, sin micronutrientes, para la alimentación adecuada del niño.

- Galindo B. Respecto a los conocimientos de las madres según indicadores tenemos que del 100% (40), 70% (28) conocen la edad de inicio de la alimentación complementaria, el 60% (24) conoce los riesgos de una alimentación complementaria a destiempo y el 57.5% (23), la inclusión de alimentos de acuerdo a la edad; sin embargo las dimensiones que desconocen son: los alimentos ricos en hierro con un 62% (25), la definición y las características de la alimentación complementaria con 47% (19) y 45% (16) respectivamente. Resultados que indican que estas madres brindan a sus niños una alimentación adecuada, esto incluye un buen inicio en la alimentación complementaria, una adecuada alimentación balanceada rica en carbohidratos, proteínas y grasas, frecuencia, consistencia, y cantidad de alimentos, lo que es beneficioso para el niño a corto y largo plazo pues están teniendo todo el aporte alimenticio adecuado de acuerdo a sus requerimientos nutricionales. Y en el trabajo de investigación se encontró que en relación al conocimiento de las madres sobre el valor nutricional de los alimentos observamos que del total de 40 (100%) madres encuestadas, 52,5 % (21) que desconoce y el 47,5% (19) madres conocen. El 65,0% (26) acuden regularmente a su control de CRED y el 35% (14) acuden a veces.

El 45,0% (18) a veces acuden a un profesional de salud para recibir orientación nutricional, el 35,0% (14) si acuden y el 20,0% (8) nunca acuden. En cuanto al tipo de consistencia de los alimentos que consumen los niños y niñas se observa que el 75,0% (30) consumen alimentación de la olla, mientras el 20,0% (8) en forma triturada y el 5,0% (2) en forma apiñada. En cuanto a la frecuencia de los alimentos que consumen los niños y niñas se observa que el 67,5% (27) consumen 5 veces al día, mientras el 25,0% (10) 3 veces al día y el 7,5% (3) 4 veces al día. En cuanto a tipo de alimentos que consumen los niños y niñas se observa que el 72,5% (29) consumen frutas y verduras mientras que 27,5 (11) a veces lo consumen. El 65,0% (26) consumen carbohidratos mientras que el 35,0% a veces lo consumen. El 60,0% (24) consumen proteínas y el 40,0% (16) solo a veces lo consume y 35,0% (14) consumen grasas mientras que el 50,0% (20) a veces lo consume y el 15% (6) nunca lo consume.

- Según Aguirre M6. Los factores de riesgo que más influyen en la desnutrición de los menores: falta de educación alimentaria 32%, control prenatal inadecuado 29.5% y abandono de lactancia materna 38.5%, según la encuesta realizada. Y en el trabajo de investigación se encontró que sobre las medidas preventivas - promocionales sobre desnutrición según estrategias sanitarias en niños/a, de las 40 madres, se observa que el 57,5% (23) tiene actitudes medianamente favorables, el 25,0% (10) actitudes desfavorables y solo el 17,5% (7) tiene actitudes favorables (cuadro 12). En cuanto se refiere a las medidas preventivas – promocionales sobre desnutrición en los niños/a, de las 40 madres, se observa que el 52,5% (21) son desfavorables, el 30,0% (10) medianamente desfavorables y solo el 17,5% (7) son favorables. (Cuadro 13)

CONCLUSIONES

1. De un total de 40 madres encuestadas el 45,0% (18) tienen de 31 a 40 años, el 25,0% (10) mencionan que tienen de 21 a 30 años, el 20% (8) se encuentran entre las edades de 18 a 20 años, sólo 10,0% (4) tienen de 41 a 50 años.
2. El 50,0% (20) son convivientes, el 25,0% (10) del total de la muestra mencionan que son casadas, el 15% (6) son solteras y el 10,0% (4) son divorciadas o separadas.
3. El 55,0% (22) del total de la muestra mencionan que tienen estudios de secundaria, el 20% (8) cuentan con estudios superiores al igual que el 20,0% (8) tienen estudios de primaria y sólo el 5,0% (2) no tiene estudio.
4. El 40,0% (16) tienen ingreso de 200 a 400 soles, el 30,0% (12) tienen un ingreso mínimo de 200 soles, el 20,0% (8) del total de la muestra mencionan que tienen un ingreso entre 500 a 900 soles mensuales y sólo 10% (4) perciben un ingreso de 1000 soles a más.
5. En relación al conocimiento de las madres sobre el valor nutricional de los alimentos observamos que del total de 40 (100%) madres encuestadas, 52,5% (21) que desconoce y el 47,5% (19) madres conocen. El 65,0% (26) acuden regularmente a su control de CRED y el 35% (14) acuden a veces. El 45,0% (18) a veces acuden a un profesional de salud para recibir orientación nutricional, el 35,0% (14) si acuden y el 20,0% (8) nunca acuden. En cuanto al tipo de consistencia de los alimentos que consumen los niños y niñas se observa que el 75,0% (30) consumen alimentación de la olla, mientras el 20,0% (8) en forma triturada y el 5,0% (2) en forma apiñada. En cuanto a la frecuencia de los alimentos que consumen los niños y niñas se observa que el 67,5% (27) consumen 5 veces al día, mientras el 25,0% (10) 3 veces al día y el 7,5% (3) 4 veces al día. En cuanto a tipo de alimentos que consumen los

niños y niñas se observa que el 72,5% (29) consumen frutas y verduras mientras que 27,5 (11) a veces lo consumen. El 65, 0% (26) consumen carbohidratos mientras que el 35,0% a veces lo consumen. El 60, 0% (24) consumen proteínas y el 40,0% (16) solo a veces lo consume y 35,0%(14) consumen grasas mientras que el 50,0% (20) a veces lo consume y el 15% (6) nunca lo consume.

6. Sobre las medidas preventivas - promocionales sobre desnutrición según estrategias sanitarias en niños/a, de las 40 madres, se observa que el 57,5% (23) tiene actitudes medianamente favorables, el 25,0% (10) actitudes desfavorables y solo el 17,5% (7) tiene actitudes favorables (cuadro 12). En cuanto se refiere a las medidas preventivas – promocionales sobre desnutrición en los niños/a, de las 40 madres, se observa que el 52,5% (21) son desfavorables, el 30,0% (10) medianamente desfavorables y solo el 17,5% (7) son favorables. (Cuadro 13)

RECOMENDACIONES

1. En las actividades intramurales el personal de Enfermería debe sensibilizar a las madres sobre la importancia de cumplir con la administración de los alimentos nutritivos a sus hijos, para prevenir la desnutrición y en forma obligatoria participar en la evaluación de CRED de los niños.
2. Crear estrategias sociales para la participación de las madres en talleres y sesiones educativas para una buena alimentación nutritiva a sus niños/as.
3. Promover acciones de prevención mediante consejería a las madres, la familia y a la comunidad , así Concientizar a las madres de la comunidad principalmente a las que tienen un nivel escolar bajo sobre la importancia que tiene alimentarse adecuadamente empezando desde el embarazo ya que se considera vulnerable al niño desde vientre materno así como la lactancia en los primeros meses de vida ya que para que exista un correcto desarrollo nutricional esto se da en los dos primeros años de vida y de lo que se le suministre después de la lactancia alimentación, la necesidad de hacer controles mensuales de crecimiento, las inmunizaciones. Las vitaminas (chispitas) correspondientes de acuerdo a la edad.
4. Que la enfermera debería organizarse en forma estructurada siendo eficaz y cumplir la atención de enfermería según la normatividad de la atención hora – paciente.
5. La DIRESA PASCO debe dotar personal calificado y eficaz a los establecimientos de salud para que cumplan actividades preventivas promocionales disminuyendo la incidencia de morbi - mortalidad de la infantil.

BIBLIOGRAFIAS

1. ALVARADO ALVA J. Manual de evaluación del TEPSI Lima; 1998.
2. CABRERA ALVARADO L, MONTALVO PIZARRO M. Etapas de la vida humana Pasco; 2006.
3. LAURENTE Y, RODRIGUEZ S, FONTAINE V, YAÑEZ V. SCIELO.ORG.BO. [Online].; 2014 [cited 2018 FEBRERO 13. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662016000100006.
4. salud Md. minsa.gob.pe. [Online].; 2011 [cited 2017 FEBRERO 13. Available from: https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_2.asp?sub5=2.
5. salud Omdl. WHO.INT. [Online].; 2016 [cited 2018 FEBRERO 13. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>.
6. salud Omdl. Who.int. [Online].; 2016 [cited 2017 Febrero 13. Available from: https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/updates_management_SAM_infantandchildren/es/.
7. Planteamientos Perú. [Online].; 2013 [cited 2018 Febrero 13. Available from: <http://www.planteamientosperu.com/2013/05/desnutricion-infantilgrave-problema-en.html>.
8. M A. Repositorio.ug.edu.ec. [Online].; 2012. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1134/1/Medidas%20%20educativas%20para%20la%20prevencion%20de%20desnutricion%20en%20menores%20de%205%20a%C3%B1os%20,%20Dra.%20Jin%20a%20Flor%20A.pdf>.

9. Calisaya E, Mejia H. Scielo.org.bo. [Online].; 2012 [cited 12 Febrero 2017]. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752012000200002.
10. Sobrino M, Gutiérrez C, Cunha A, Dávila M, Alarcón J. Scielosp.org. [Online].; 2014. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n2/a04v35n2.pdf>.
11. Sánchez D, Tuesta P, Valqui A. Dspace.unapiquitos.edu.pe. [Online].; 2015. Available from: <http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/310/1/tesis%20.pdf>.
12. Contreras H, Mori E, Urrutia D. Scielo.org.pe. [Online].; 2013. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342013000200035&script=sci_arttext&tIng.
13. B G. Cybertesis.unmsm.edu.pe. [Online].; 2012. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1297/1/Galindo_bd.pdf.
14. C T. dspace.unitru.edu.pe. [Online].; 2012. Available from: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/10296/Tesis%20Maestr%C3%ADaX%20-%20Gladys%20Marleny%20Tello%20Correa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
15. M L. Ffactores socioeconómicos y culturales de las madres y el estado nutricional de niños menores de 5 años del puesto de salud pueblo joven señor de lerén Ica. Ica; 2012.

16. Coromoto T, Estrada M. revista-portalesmedicos.com. [Online].; 2013.
Available from:<https://www.revistaportalesmedicos.com/revistamedica/factores-desnutricion-infantil/>.
17. salud Md. Minsa.gob.pe. [Online].; 2015 [cited 2016 Setiembre 9. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2015/nutriwawa/matcom/ROTAFOLIO001.pdf>.
18. L S. Lactancia Materna Mirando Hacia el futuro Lima: Tavera; 2000.

Ministerio de Salud, Gobierno de Perú [Internet].Lima, Perú. MIDIS, Programas Sociales [citado 07 septiembre de 2016]. Disponible en:
<http://www.midis.gob.pe/dgsye/evaluacion/documentos/ProgramassocialesenelPeru.Elementosparaunapropuestadesdeelcontrolgubernamental-ContraloriaGeneraldeLaRepublica.pdf>
19. VALDERRAMA MENDOZA, Santiago"Pasos para elaborar proyectos y tesis de investigación científica" pág. 87.



ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERIA

El instrumento a trabajar se realiza con la finalidad de conocer el valor nutricional en niños menores de 5 años en pobreza extrema que asisten al Hospital temporal Freddy Vallejo Ore, en la provincia Daniel A Carrión - Pasco 2018.

II. INSTRUCCIONES:

Lea bien cada ítems antes de contestar, no necesita identificarse, responda a todas las preguntas y marque con una (X) en el espacio correspondiente donde Ud. Considera la respuesta adecuada.

DATOS GENERALES:

1. ¿Cuál es su edad?

- a) 18 - 20 años
- b) 21 - 30 años
- c) 31 – 40 años
- d) 41 – 50 años

2. Grado de instrucción:

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Superior

FACTORES DE RIESGO DE DESNUTRICION:

FACTOR ECONÓMICO.

1. ¿Quiénes trabajan en el hogar?

- a) Mamá
- b) Papá
- c) Ambos

2. ¿Cómo es su trabajo?

- a) Dependiente
- b) Independiente
- c) Eventual

3 ¿Cuánto es el ingreso económico mensual?

- a) 1000 soles - A MÁS
 - b) 500 – 900 soles
 - c) 200 – 400 soles
 - d) Menor a 200 soles
4. ¿Tiene otros ingresos?
- a) Si
 - b) No
5. ¿Quiénes aportan el hogar?
- a) Ambos padres
 - b) Padres e hijos
 - c) Solo hijos
6. ¿Cuántos integrantes son el hogar?
- a) 1 a 4
 - b) 5 a 6
 - c) 7 a más

FACTOR CULTURAL

7. ¿Acude regularmente a su control de crecimiento y desarrollo en su puesto de salud o al Hospital?
- a) Si
 - b) A veces
 - c) No
8. ¿Recurre a un profesional de la salud para recibir orientación nutricional?
- a) Algunas veces.
 - b) Siempre.
 - c) Nunca.
9. ¿Cuál es la consistencia de los alimentos que debe ingerir el niño de 1 a 5 años?
- a) Triturada
 - b) Apiñada (agrega otros alimentos como camote, papa, yuca, otros.....)
 - c) Alimentos directos de la olla.
10. ¿Cuál es la cantidad de los alimentos que debe ingerir el niño de 1 a 2 años?
- a) 1/2 plato mediano.

b) 3/4 plato mediano.

c) un plato mediano.

11. ¿Cuál es la cantidad de los alimentos que debe ingerir el niño de 3 a 5 años?

a) 1/2 plato mediano.

b) 3/4 plato mediano.

c) un plato mediano.

12. ¿Cuál es la frecuencia de los alimentos que debe comer su niño de 1 a 2 años?

a) 3 veces al día

b) 4 veces al día

c) 5 veces al día

TIPO DE ALIMENTOS

13. En la dieta diaria que Ud. Le prepara a su hijo(a) le da: ¿carne de res, pollo, huevo, pescado, leche?

a) Si

b) A veces

c) No

14. En la dieta diaria que Ud. Le prepara a su hijo(a) le da: ¿arroz, harina de maíz, cereales, pastas, viandas, pan, galletas?

a) Si

b) A veces

c) No

15. En la dieta diaria que Ud. Le prepara a su hijo(a) le da: ¿aceite, mantequilla, mayonesa?

a) Si

b) A veces

c) No

16. En la dieta diaria que Ud. Le prepara a su hijo(a) contiene: ¿frutas y verduras en general (tomate, espinaca, etc.)?

a) Si

b) A veces

c) No

MEDIDAS PREVENTIVAS DE DESNUTRICIÓN

17. ¿Ud.se ha beneficiado con el programa social: Comedores Populares?

- a) Si
- b) Algunas veces
- c) No

18. ¿Ud.se ha beneficiado con el programa social: Vaso de Leche?

- a) Si
- b) Algunas veces
- c) No

19. ¿Ud.se ha beneficiado con el programa social: ¿Cuna Más?

- a) Si
- b) Algunas veces
- c) No

ESTRATÉGIAS DEL PUESTO DE SALUD.

20. Ud. ¿Ha recibido consejería de medidas preventivas de la desnutrición en niños de 1 a 2 años?

- a) Si
- b) Algunas veces
- c) No

21. ¿Ud. ¿Ha recibido Charla educativa de medidas preventivas de la desnutrición en niños de 1 a 2 años?

- a) Si
- b) Algunas veces
- c) No

22. ¿Ud. ¿Ha recibido Taller Demostrativa de medidas preventivas de la desnutrición en niños de 1 a 2 años?

- a) Si
- b) Algunas veces
- c) No

23. ¿El Puesto de Salud o el Hospital le proporciona micronutrientes (chispita)?

- a) Si
- b) A veces
- c) No

MUCHAS GRACIAS

COMUNIDAD: _____ MUNICIPIO: _____ FECHA DE RECOLECCION DE DATOS: _____

NOMBRE DE LA PERSONA ENCARGADA: _____

No.	NOMBRE DEL NIÑO/A	NOMBRE DE LA MADRE/ENCARGADA	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD EN MESES	EDEMA		PESO EN KILOGRAMOS	LONGITUD/ TALLA (CM)	PERÍMETRO BRAQUIAL (CM)
						SI	NO			
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										

**PREGUNTAS QUE SE DEBE HACER A LOS PADRES O ADULTOS
RESPONSABLES DEL CUIDADO DE LA NIÑA O NIÑO DE 0 A 30 MESES
EN LA PRIMERA ENTREVISTA EN BUSCA DE FACTORES DE RIESGO**

Respuesta: marque con un aspa (x) en sí o no y/o llene según corresponda.

PREGUNTAS	SI	NO
¿Los padres son parientes cercanos?		
¿Alguien en la familia (materna o paterna) tiene alteraciones físicas, mentales o del desarrollo?		
¿Se controló el embarazo?		
¿Presentó algún problema de salud en el embarazo? Por ejemplo infecciones, sangrados, convulsiones, presión alta o se hinchó?		
¿Tomó la mamá alguna medicina por complicaciones durante el embarazo?		
¿Durante el embarazo le tomaron radiografía a la madre?		
¿Al nacer el niño demoró en llorar?		
¿El niño se puso muy amarillo en los primeros días de vida?		
¿El niño nació antes de los 7 meses de embarazo?		
Si la respuesta anterior es afirmativa precísas ¿Cuánto tiempo antes? _____		
¿El niño tuvo bajo peso al nacer?		
¿El parto del niño fue atendido fuera de un establecimiento de Salud?		
Si la respuesta anterior es afirmativa especificar el lugar: _____		
¿El parto fue atendido por personal no profesional?		
¿El niño se queda sin estímulo de un adulto muchas horas al día?		
¿El niño juega con la madre, padre ó la persona que lo cuida?		
Si la respuesta anterior es afirmativa especificar con quién? _____		
¿El niño presentó alguna infección del Sistema Nervioso Central: Meningitis, Encefalitis?		
Si la respuesta anterior es afirmativa especificar cuál? _____		
¿El niño ha sufrido un traumatismo encefalo craneano?		
¿El niño alguna vez ha estado Desnutrido o ha estado con Bajo Peso?		
¿El niño presenta alguna Malformación Congénita?		
¿El niño alguna vez ha convulsionado?		

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: I. “Valoración del estado nutricional en niños menores de 5 años en pobreza extrema que asisten al hospital temporal Freddy Vallejo Ore, en la Provincia Daniel A. Carrión - Pasco, Julio Diciembre 2017”.

TESIS:

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN
<p>1.1.1. Problema General: -1.1.1.1. PROBLEMA PRINCIPAL: - ¿Cuál es el valor nutricional en niños menores de 5 años en pobreza extrema que asisten al Hospital temporal Freddy Vallejo Ore, en la provincia Daniel A Carrión - Pasco 2018? 1.3.2 Problemas Específicos - ¿Cuáles son los factores que afectan el estado nutricional en pobreza extrema en niños menores de 5 años? - ¿Cuáles son los indicadores del eje temático de Alimentación y Nutrición Saludables? - ¿Cuáles son las actividades preventivas promocionales que reciben las familias de los niños menores de 5 años?</p>	<p>Objetivo General: --- - Identificar el valor nutricional en niños menores de 5 años en pobreza extrema que asisten al Hospital temporal Freddy Vallejo Ore, en la provincia Daniel A Carrión - Pasco 2017? 1.1.1 Objetivos Específicos - Identificar los factores que afectan el estado nutricional en pobreza extrema en niños menores de 5 años. - Identificar los indicadores del eje temático de Alimentación y Nutrición Saludables. - Identificar las actividades preventivas promocionales que realiza la enfermera en las familias de los niños menores de 5 años.</p>	<p>Hipótesis General: - El valor nutricional de los niños menores de 5 años en la provincia de Daniel A. Carrión - Pasco es deficiente debido a la extrema pobreza que afecta su desarrollo nutricional.</p>	<p>X1: VARIABLE INDEPENDIENTE: Valor Nutricional de los Niños menores de 5 años VARIABLE DEPENDIENTE : Extrema Pobreza</p>	<p>VALOR NUTRICIONAL ALIMENTACION Estrategias del Puesto de Salud EXTREMA POBREZA</p>	<p>X1.-- Peso - Talla Buena Regular Mala Indicadores Consejería. Sesión educativa. Sesión demostrativa Y1: ≤ 2 años ≤ 5 años</p>	<p>Tipo de Investigación: Es Básica porque describe y explica las relaciones entre las variables, el valor nutricional de los niños menores de 5 años y en extrema pobreza. Y el Nivel de Investigación será Correlacional por que se examinará el grado de relación entre las variables</p>