

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**

**FILIAL ICA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



**ESTADO NUTRICIONAL Y CONDICIONES DE VIDA**

**DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL**

**ASENTAMIENTO HUMANO SUMAQ**

**WASI DISTRITO DE LA**

**TINGUIÑA ICA,**

**DICIEMBRE-**

**2016**

**TESIS**

**PRESENTADO POR BACHILLER**

**CIPRIAN ACUÑA YANET MARITZA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**ICA-PERÚ**

**2017**

**ASESOR DE TESIS**

**MG. ROSARIO ANGELICA AROSTIGUE SIANCAS**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por ser mi sostén en los momentos más difíciles de mi vida y por estar a mi lado siempre en todo momento.

A la Universidad San Juan Bautista por ser mi hogar durante mis años de estudios y por darme la oportunidad de ser una buena profesional.

A mis padres que dan todo el esfuerzo para que yo pueda culminar esta etapa de mi vida, darles las gracias infinitamente por estar siempre a mi lado en todos los momentos de mi vida.

A las autoridades del asentamiento humano y a las madres por su apoyo y participación en la investigación.

## **DEDICATORIA**

En agradecimiento a Dios por permitirme existir y ayudar a mis semejantes. Para mis padres que han estado conmigo apoyándome incondicionalmente y en los momentos más difíciles, a mi hijo quien es mi mayor estímulo de superación.

## RESUMEN

Una nutrición suficiente y equilibrada sin la existencia de factores condicionantes permite un adecuado crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años. La presente investigación tiene como objetivo identificar el estado nutricional y condiciones de vida de los niños menores de 5 años del Asentamiento Humano Sumaq wasi, distrito de La Tinguña, Ica Diciembre 2016. Esta investigación es de tipo no experimental cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La población – muestra estuvo conformada por un total de 50 madres con sus respectivos hijos. Resultados: con respecto a la edad de las madres de familia podemos observar que el 46%(23) tienen en 18 y 23 años; el 40%(20) tiene educación secundaria; con respecto a la edad de los niños el 44% tienen entre 2 y 3 años, según sexo el 50% es femenino, se encontró que el 66%(33) presentó normalidad en su estado nutricional siendo esto adecuado; el 22%(11) presentó desnutrición leve, el 6%(3) presentó sobrepeso; el 4%(2) presentó obesidad y solo el 2%(1) presentó desnutrición crónica, con respecto a las condiciones de vida según condiciones socioeconómicas fueron desfavorables con un 56%(28), según las condiciones ambientales fueron favorables con un 60%(30), según las condiciones alimentarias fueron desfavorables con un 58%(29), según las condiciones de salud fueron desfavorables con un 52%(26), con respecto a las condiciones de vida fueron desfavorables con un 54%(27) y el 46%(23) fue favorable. Conclusiones: El estado nutricional es adecuado en el 66% de los niños menores de cinco años del Asentamiento Humano Sumaq Wasi distrito la Tinguña Ica, diciembre-2016. Las condiciones de vida son desfavorables en un 54% para los niños menores de cinco años del Asentamiento Humano Sumaq Wasi distrito la Tinguña Ica, diciembre-2016.

**Palabras claves: Estado nutricional, condiciones de vida, niños menores de 5 años.**

## ABSTRACT

A nutrition sufficient and balanced without the existence of determining factors allows a suitable growth and development of the 5-year-old minor child. The present investigation has as aim identify the nutritional condition and living conditions of the 5-year-old minor children of the Human Accession Sumaq wasi, district of The Tinguíña, Ica Diciembre 2016. This investigation of not experimental quantitative, descriptive type and of transverse court. The population - sample was shaped by a total of 50 mothers by his respective children. Results: with regard to the age of the family mothers we can observe that 46 % (23) has in 18 and 23 years; 40 % (20) has secondary education; with regard to the age of the children 44 % has between 2 and 3 years, according to sex 50 % is feminine, one thought that 66 % (33) I present normality in his nutritional condition being suitable this; 22 % (11) I present slight malnutrition, 6 % (3) I present overweight; 4 % (2) I present obesity and only 2 % (1) presented chronic malnutrition, With regard to the living conditions according to socioeconomic conditions they were unfavorable with 56 % (28), according to the environmental conditions they were favorable with 60 % (30), according to the food conditions they were unfavorable with 58 % (29), according to the conditions of health they were favorable with 52 % (26), with regard to the living conditions they were unfavorable with 54 % (27) and 46 % (23) it was favorable. Conclusions: The Nutritional status is predominantly adequate in 66% of the five-year-old minor children of the Human Accession Sumaq Wasi district the Tinguíña Ica, in December 2016, The living conditions for the five-year-old minor children of the Human Accession Sumaq Wasi district the Tinguíña Ica, in December 2016.

**Key words: Nutritional status, living conditions, children under 5 years.**

## PRESENTACIÓN

La población infantil en el Perú según la realidad percibida en el sector salud presenta un problema en el estado nutricional de los niños menores de 5 años, no es ajeno a esto la condición de vida en la que se desarrollan, la ausencia de servicios de salud adecuados, los servicios básicos insatisfechos son un factor determinante.

Actualmente, en el Perú, los problemas de la alimentación y nutrición no están muy difundidos en la población y constituye los riesgos más serios contra la salud. Es, entonces, de gran importancia contar con información actualizada sobre el estado nutricional de la población, no solamente para conocer la magnitud y distribución de los problemas nutricionales, sino también para identificar los factores determinantes y aplicar medidas de control adecuada para solucionar dicha problemática.

En tal sentido se realiza el presente estudio con el objetivo de determinar el estado nutricional y condiciones de vida en los niños menores de 5 años del Asentamiento Humano Sumaq Wasi distrito la Tinguíña Ica, Diciembre-2016, para el que se ha organizado en los siguientes capítulos:

**El capítulo I:** El problema, planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos, justificación del problema y el propósito de estudio. **En el capítulo II:** Marco teórico, antecedentes, base teórica, hipótesis, definición operacional de término. **En el capítulo III:** Metodología de la investigación, Material y métodos, tipo de estudio, área de estudio, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, diseño de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos. **En el capítulo IV:** Análisis de resultados. **En el capítulo V:** Conclusiones y recomendaciones. Referencias bibliográficas y anexos.

## ÍNDICE

<b>N°</b>	<b>Pág.</b>
CARATULA	i
ASESOR	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
PRESENTACION	vii
INDICE	viii
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE GRÁFICOS	xii
LISTA DE ANEXOS	xiii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	14
I.a Planteamiento del problema	14
I.b. Formulación del problema	16
I.c. Objetivos	16
I.d.1. Objetivo general	16
I.d.2. Objetivos específicos	16
I.d Justificación	17
I.e Propósito	17
CAPÍTULO II: MARCO TEORICO	18

II.a.	Antecedentes bibliográficos	18
II.b.	Base teórica	23
II.c.	Hipótesis	49
II.d.	Variables	50
II.e.	Definición operacional de variables	50
CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN		52
III.a.	Tipo de estudio	52
III.b.	Área de estudio	52
III.c.	Poblacion y muestra	52
III.d.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	53
III.e	Diseño de recolección de datos	54
III.f	Procesamiento y análisis de datos	54
CAPIÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS		56
IV.a.	Resultados	56
IV.b.	Discusión	64
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		68
V.a	Conclusiones	68
V.b.	Recomendaciones	69
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS		70
BIBLIOGRAFÍA		76
ANEXOS		77

## LISTA DE TABLAS

<b>N°</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>Pág.</b>
<b>1</b>	TABLA DE DATOS GENERALES DE MADRES DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO SUMAQ WASI LA TINGUIÑA ICA, DICIEMBRE 2016	<b>57</b>
<b>2</b>	TABLA DE DATOS GENERALES DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO SUMAQ WASI LA TINGUIÑA ICA, DICIEMBRE 2016	<b>58</b>
<b>3</b>	ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO SUMAQ WASI, LA TINGUIÑA ICA DICIEMBRE 2016	<b>98</b>
<b>4</b>	CONDICIONES DE VIDA SEGÚN CONDICIONES SOCIOECONOMICAS DE LOS NIÑOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO SUMAQ WASI LA TINGUIÑA, ICA DICIEMBRE 2016	<b>98</b>
<b>5</b>	CONDICIONES DE VIDA SEGÚN CONDICIONES AMBIENTALES DE LOS NIÑOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO SUMAQ WASI LA TINGUIÑA, ICA DICIEMBRE 2016	<b>99</b>
<b>6</b>	CONDICIONES DE VIDA SEGÚN CONDICIONES ALIMENTARIAS DE LOS NIÑOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO SUMAQ WASI LA TINGUIÑA, ICA DICIEMBRE 2016	<b>99</b>
<b>7</b>	CONDICIONES DE VIDA SEGÚN CONDICIONES ALIMENTARIAS DE LOS NIÑOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO SUMAQ WASI LA TINGUIÑA, ICA DICIEMBRE 2016	<b>100</b>

**8** CONDICIONES DE VIDA DE LOS NIÑOS DEL **100**  
ASENTAMIENTO HUMANO SUMAQ WASI LA TINGUIÑA,  
ICA DICIEMBRE 2016

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>N°</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>Pág.</b>
<b>1</b>	ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO SUMAQ WASI, LA TINGUIÑA ICA DICIEMBRE 2016	<b>60</b>
<b>2</b>	CONDICIONES DE VIDA SEGÚN CONDICIONES SOCIOECONOMICAS DE LOS NIÑOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO SUMAQ WASI LA TINGUIÑA, ICA DICIEMBRE 2016	<b>61</b>
<b>3</b>	CONDICIONES DE VIDA SEGÚN CONDICIONES AMBIENTALES DE LOS NIÑOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO SUMAQ WASI LA TINGUIÑA, ICA DICIEMBRE 2016	<b>62</b>
<b>4</b>	CONDICIONES DE VIDA SEGÚN CONDICIONES ALIMENTARIAS DE LOS NIÑOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO SUMAQ WASI LA TINGUIÑA, ICA DICIEMBRE 2016	<b>63</b>
<b>5</b>	CONDICIONES DE VIDA SEGÚN CONDICIONES ALIMENTARIAS DE LOS NIÑOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO SUMAQ WASI LA TINGUIÑA, ICA DICIEMBRE 2016	<b>64</b>
<b>6</b>	CONDICIONES DE VIDA DE LOS NIÑOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO SUMAQ WASI LA TINGUIÑA, ICA DICIEMBRE 2016	<b>65</b>

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
<b>ANEXO N°1</b> OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	<b>80</b>
<b>ANEXO N°2A</b> INSTRUMENTO ESTADO NUTRICIONAL	<b>83</b>
<b>ANEXO N° 2B</b> INSTRUMENTO: CUESTIONARIO	<b>84</b>
<b>ANEXO N°3</b> CODIFICACION DE DATOS	<b>88</b>
<b>ANEXO N° 4</b> PRUEBA BINOMIAL	<b>89</b>
<b>ANEXO N° 5</b> PRUEBA DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO MEDIANTE ALFA DE CROMBACH	<b>90</b>
<b>ANEXO N°6</b> TABLA MATRIZ	<b>91</b>
<b>ANEXO N°7</b> LISTA DE TABLAS	<b>98</b>
<b>ANEXO N°8</b> TABLAS DE MEDICION DEL ESTADO NUTRICIONAL	<b>101</b>

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **I.a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La UNICEF en el año 2012, refiere que millones de niños de todo el mundo viven en entornos que probablemente perjudican su desarrollo y ponen en riesgo su salud. Esta edición de espacio para la Infancia se centra en el vínculo, con frecuencia ignorado, entre las condiciones físicas en que viven los niños pequeños y su desarrollo saludable. Los entornos físicos deficientes son responsables de gran número de muertes entre los niños menores de 5 años.<sup>1</sup>

En Colombia en el 2013 un estudio realizado en Caimán Nuevo (Antioquia, Colombia), encontró que el 68,1% de los menores de 5 años estaban en riesgo de desnutrición crónica y el 8,4% de desnutrición aguda; finalmente un estudio sobre el estado nutricional y los hábitos alimentarios de las comunidades Embera reporta en los menores una prevalencia de desnutrición crónica y de sobrepeso de 76,6% y 33,3% respectivamente, ejemplificando en esta comunidad un proceso emergente de retraso crónico de crecimiento y aparición de sobrepeso como principales problemas nutricionales.<sup>2</sup>

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), dio a conocer que la desnutrición crónica infantil, disminuyó 3,1 puntos porcentuales a nivel nacional, al pasar de 17,5% en el 2013 a 14,4% en el 2015. Cabe precisar que durante los últimos cinco años disminuyó en 5,1 puntos porcentuales.

En el año 2015, la desnutrición crónica infantil en niñas y niños menores de cinco años en el área rural alcanzó 27,7%, habiéndose reducido en 4,6 puntos porcentuales en los últimos tres años y 9,3 puntos porcentuales en los últimos cinco años. En el área urbana, la desnutrición crónica infantil disminuyó en 1,1 punto porcentual en los últimos tres años.<sup>3</sup>

A nivel departamental, en Huancavelica se puede observar que más de cuatro de cada diez niñas y niños menores de 5 años, fueron afectados con desnutrición en el año 2012; a pesar de mostrar la más alta proporción de desnutrición entre los departamentos del Perú (2,64 mayor al promedio nacional), también muestra en el tiempo una tendencia hacia la reducción, sobre todo al comparar las cifras registradas en los años 2012 y 2013 (de 59,2% a 50,2%). Los departamentos con la menor proporción de desnutrición en menores de 5 años, en el año 2012 fueron Tacna, Moquegua y Lima (3,1%; 4,4% y 6,3% respectivamente). En algunos departamentos del país se aprecia una tendencia hacia la reducción en 10% o más en el año 2012 respecto al registrado en el 2007. Sin embargo, existen serias inequidades, teniendo a 15 de 25 regiones como: Huancavelica, Cajamarca, Loreto, Apurímac, Huánuco, Ayacucho, Amazonas, Pasco, Ancash, Ucayali, Junín, Cusco, Piura, La Libertad y Puno, como las regiones con prevalencias por encima del promedio nacional.<sup>4</sup>

Con respecto a la proporción de niños menores de 5 años con desnutrición aguda, se aprecia la misma tendencia de una disminución de 0.2% en el I Semestre 2013 respecto al anual 2012. Desde el 2009 a la fecha, la desnutrición aguda ha disminuido 1.1% a nivel nacional.<sup>5</sup>

En el departamento de Ica, según el Instituto Nacional de Salud (INS) / Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, dio a conocer en el año 2017 el estado nutricional de los niños menores de 5 años en el último año donde la Desnutrición Crónica presentó un 9.2%, desnutrición aguda un 1.1%, sobrepeso en 8.8%, obesidad en 2.2% y la desnutrición global en 2.2%. la proporción respecto a la desnutrición crónica muestra con el tiempo a decrecer sin embargo en el último año respecto a años anteriores se muestra un aumento de 0.2 puntos porcentuales (2015 de 9.0% - 2016 de 9.2%)<sup>6</sup>

En el Asentamiento Humano Sumaq Wasi se ha observado en los niños y niñas menores de 5 años la prevalencia de problemas en su estado nutricional relacionado a que el lugar no cuenta con saneamiento básico y por las condiciones de pobreza. Por tal razón se formula la siguiente interrogante:

### **I.b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el estado nutricional y las condiciones de vida de los niños menores de cinco años del Asentamiento Humano Sumaq Wasi distrito de la Tinguña Ica, diciembre-2016?

### **I.c. OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL**

Determinar el estado nutricional y condiciones de vida en los niños menores de 5 años del Asentamiento Humano Sumaq Wasi distrito de la Tinguña Ica, diciembre-2016

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

**OE1:** Evaluar el estado nutricional de los niños menores de 5 años del Asentamiento Humano Sumaq Wasi Distrito de la Tinguña, según sea:

- Diagnostico nutricional

**OE2:** Identificar las condiciones de vida en los niños menores de 5 años del Asentamiento Humano Sumaq Wasi Distrito de la Tinguña, según sea:

- Condiciones socioeconómicos
- Condiciones ambientales
- Condiciones alimentarias
- Condiciones de salud

#### **I.d. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

La salud de los niños en el Perú es una prioridad en el sistema de salud, una de las principales amenazas en los niños menores de 5 años es la desnutrición y sobre todo la desnutrición crónica o retraso en el crecimiento, cuyas consecuencias se presentan a lo largo de todo el ciclo de vida. Esta situación incrementa el riesgo de morbimortalidad e inhibe el desarrollo cognitivo y físico de las niñas y los niños, afectando su estado de salud de manera crónica y su potencial productivo futuro; comprometiendo la situación económica y social de la persona, la familia, la comunidad y el país.

Es de suma importancia la realización de este trabajo de investigación para dar a conocer al Asentamiento Humano Sumaq Wasi como influye sus condiciones de vida en el estado nutricional de sus niños ya sea excesiva o escasa y cómo influyen estas dentro de sus hogares.

#### **I.e. PROPÓSITO**

Esta investigación tiene como propósito, evaluar el estado nutricional de los niños menores de 5 años del Asentamiento Humano Sumaq Wasi, problemas nutricionales como obesidad, sobrepeso, desnutrición aguda y desnutrición crónica e identificar las condiciones de vida de los niños y niñas menores de 5 años como son las condiciones socioeconómicas, ambientales, alimentarias y de salud.

Es importante para la sociedad el desarrollo del trabajo de investigación ya que la misma representa un aporte a esta población permitiendo determinar y/o descubrir problemas de índole nutricional en los niños menores de 5 años, pudiendo realizar con ello actividades comunitarias de promoción y prevención a la población objeto de estudio.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### II.a. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Bustamante N, Zhagñay P. En el año 2014 realizaron un estudio de tipo descriptivo con el objetivo de valorar el **ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL BUEN VIVIR LOS PITUFOS DE LA PARROQUIA EL VALLE CUENCA/ECUADOR MARZO-SEPTIEMBRE 2014. ECUADOR.** Metodología: se trabajó con un grupo finito constituido por 193 niños/as de un universo de 200 niños/as del centro de desarrollo infantil del buen vivir “Los Pitufos” de la parroquia el Valle. Como resultados obtenidos en relación peso/edad 179 niños/as están con peso normal y 14 con peso bajo para la edad. En relación a la talla/edad 153 niños/as están normales y 40 con baja talla. De acuerdo a la fórmula peso/talla 150 niños/as están normales y 43 niños/as con desnutrición. En cuanto al índice de masa corporal (IMC) 187 niños/as están normales, 5 con sobrepeso y 1 con bajo peso. Como conclusión podemos decir que la pobreza, el desequilibrio familiar, la falta de conocimiento sobre una nutrición adecuada afecta el crecimiento y desarrollo de los niños/as.<sup>7</sup>

Coronado Z. En el año 2013 realizó un estudio descriptivo transversal con el objetivo de determinar **LOS FACTORES ASOCIADOS A LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS REALIZADO EN EL PUESTO DE SALUD DEL VALLE DE PALAJUNOJ, QUETZALTENANGO, GUATEMALA DURANTE LOS MESES DE JULIO 2012 A FEBRERO 2013. GUATEMALA.** Marco metodológico: realizado en área rural, siendo la población universo de 25 madres entrevistadas de los niños menores de 5 años que sufren algún grado de desnutrición y asisten a control de peso talla en el servicio. La prevalencia de desnutrición crónica encontrada fue del 92% de niños afectados, los factores asociados a la desnutrición, fueron: los factores relacionados con el nivel de escolaridad de la madre con un

52% de cada 25 madres entrevistadas solo 10 madres cursan la primaria, siendo el resto analfabeta, los hijos que ocupan el tercer lugar en el hogar, son los más afectados con un 36%, debido a los problemas económicos, sociales y culturales. Existe evidencia sobre el desconocimiento de las madres acerca del tema de nutrición, el cual es deficiente debido a que la mayoría de ellas son analfabetas esto no les permite darle la importancia debida al problema de la desnutrición además desconocen las consecuencias severas que esta condición puede traer consigo para el crecimiento y desarrollo de sus hijos. El factor sociocultural que muchas familias adoptan en la comunidad, hace que muchas veces se tomen actitudes equivocadas, entre ellos malos hábitos en la alimentación, de los niños.<sup>8</sup>

Cárdenas J. En el año 2013 realizó un estudio descriptivo con el objetivo de determinar los **FACTORES CAUSALES DE LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS/AS MENORES DE CINCO AÑOS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE LA CDLA. MUNICIPAL DEL DISTRITO # 1, PORTOVIEJO NOVIEMBRE 2012-ABRIL DEL 2013. ECUADOR.** Este estudio tuvo como propósito fundamental identificar por que se produce la desnutrición en los niños menores de cinco años de esta área de afluencia. El estudio llegó a las siguientes conclusiones, que el total de niños menores de 5 años con estado nutricional bajo, se caracterizó de la siguiente forma. Bajo peso severo 10 niños y bajo peso 20 niños. Que los factores que causaron desnutrición en los niños menores de 5 años fueron: factor socioeconómico, además a esto se le suma el déficit de conocimientos que tienen los padres acerca de cómo alimentar a sus hijos con una dieta balanceada en nutrientes para su crecimiento y desarrollo.<sup>9</sup>

Quispe Y. En el año 2015 realizó un estudio descriptivo de asociación cruzada, transversal, observacional con el objetivo de determinar **LA**

**RELACIÓN ENTRE ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON EL TIPO DE FAMILIA BENEFICIARIA DEL PROGRAMA SOCIAL DISTRITO BAÑOS DEL INCA. CAJAMARCA.**

Resultados: Relación entre estado nutricional de niños menores de 5 años según indicadores: consumo (energía, macronutrientes, hierro y vitamina A), antropometría (Peso/talla y Talla/edad) y bioquímico (nivel de hemoglobina) con el tipo de familia al que pertenecían. Resultados: Las medianas de adecuación de ingesta de energía, proteína, lípidos, carbohidratos, hierro y vitamina A de niños de FM fueron 90.1%, 113.7%, 73%, 83.6%, 60.1% y 26.4%, respectivamente, y de FEP fueron 78.4%, 91.9%, 69.6%, 83.6%, 67.1% y 19.2%, respectivamente. Según Peso/Talla, más de tres cuartas partes de niños de ambos tipos de familia estuvieron dentro del rango de normalidad, en estas familias también se halló igual número de niños con sobrepeso, pero un niño de FM tuvo bajo peso y 2 niños de FEP estuvieron obesos. Conclusiones: No se halló relación significativa entre estado nutricional según las valoraciones de consumo de alimentos (energía y nutrientes), antropometría (peso/talla, talla/edad), y bioquímico (nivel de hemoglobina) con el tipo de familia (“Modelo” y “En proceso”) beneficiaria de un programa social. <sup>10</sup>

Ruiz F. En el año 2014 realizó un estudio de enfoque cuantitativo, diseño descriptivo correlacional y corte transversal con el objetivo de determinar la influencia de **LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A DESNUTRICIÓN EN NIÑOS DE DOS AÑOS A CINCO AÑOS DE EDAD PUESTO DE SALUD TÚPAC AMARU ATE VITARTE. LIMA.** Metodología: Se desarrolló en el Puesto de salud del AA.HH Túpac Amaru - Ate Vitarte. Tipo de muestreo fue probabilístico, la muestra fue de 100 madres y 100 niños/as. Las técnicas que se utilizaron fueron la encuesta y la observación; los instrumentos fueron un cuestionario y una ficha de observación; se tuvo en cuenta los principios éticos, de

beneficencia, de no maleficencia, de autonomía y de justicia. Para el análisis de datos se utilizó el programa Excel 2010 y el SPSS versión 20.0, se presentan los resultados en cuadros y gráficos. Resultados: Las madres de familia tenían actividades ocupacionales no remuneradas el 63%, ingreso familiar fue inadecuado el 92%, vivienda inadecuada el 93%, tenían entre 25-29 años el 37%, de 1 a 2 hijos, el 62%, eran convivientes 71% y proceden de la sierra 64%. La calidad de alimentación que reciben los niños de 2 a 5 años fue inadecuada 55% y adecuada 45%. Conclusiones: De los factores sociodemográficos predominantes fue el factor económico, ingreso familiar reducido y vivienda inadecuada. Los niños de 2 a 5 años tenían estado nutricional normal. <sup>11</sup>

Valencia P. En el 2013 realizó un estudio de corte transversal con el objetivo de determinar el **ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACIÓN MENOR DE 5 AÑOS ADSCRITA AL PUESTO DE SALUD AYNACA EN EL 2013. LIMA**. Del universo de 84 niños encontrados, se excluyeron cuatro (04) por no encontrarse datos de peso ni de talla en los registros de CRED ni en su respectiva historia clínica durante el año 2013. De los 80 niños restantes que constituyen la población del estudio. La prevalencia de la desnutrición crónica de la población menor de 5 años adscrita al Puesto de Salud Aynaca según la clasificación de WaterlowOPS es de 28%,según Waterlow modificado de 17.5% y según OMSMINSA de 17.5%.La prevalencia de desnutrición aguda según la clasificación de Waterlow-OPS fue de 10%,según Waterlow modificado de 7.5% y según OMS-MINSA de 5%.La prevalencia de población eutrófica según la clasificación de Waterlow-OPS es de 55%, según 2 Waterlow modificado de 40% y según OMS-MINSA de 82.5%. La prevalencia de sobrepeso en según la clasificación de Waterlow-OPS fue de 25% y según OMS-MINSA de 8.75%. La prevalencia de obesidad según la clasificación de Waterlow-OPS fue de 10%, según Waterlow modificado de 20%. **CONCLUSIÓN.** Los niños eutróficos prevalecen en todas las

clasificaciones utilizadas en el presente estudio. Observando los resultados, existen diferencias al evaluar el estado nutricional de los niños menores de 5 años adscritos al Puesto de Aynaca, al utilizar las diferentes clasificaciones <sup>12</sup>

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) presento desnutrición; según peso/talla el 47% (19) presenta desnutrición aguda y según talla/edad el 50% (20) presenta talla 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. <sup>13</sup>

**Los antecedentes empleados en la investigación muestran la realidad actual acerca de la problemática sobre el estado nutricional y condiciones de vida de los niños menores de 5 años**

**a nivel internacional, nacional y local, asimismo sirve como guía metodológica en los diversos aspectos de la investigación, además de formar parte de la discusión de la misma.**

## **II.b. BASES TEORICAS**

### **ESTADO NUTRICIONAL**

**Generalidades respecto al estado nutricional:**

#### **Nutrición**

La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad.<sup>14</sup>

La nutrición es uno de los pilares de la salud y el desarrollo. En personas de todas las edades una nutrición mejor permite reforzar el sistema inmunitario, contraer menos enfermedades y gozar de una salud más robusta. Los niños sanos aprenden mejor. La gente sana es más fuerte, más productiva y está en mejores condiciones de romper el ciclo de pobreza y desarrollar al máximo su potencial. A consecuencia del alza de los precios de los alimentos y el descenso de la productividad agrícola, la seguridad alimentaria en el mundo está cada vez más amenazada, lo que podría llevar a un aumento de la desnutrición. Por el contrario, algunas poblaciones se enfrentan a un notable aumento de la obesidad.<sup>15</sup>

El estado nutricional de un individuo es la resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes. En los niños y 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. Por esta razón, el control

periódico de salud constituye el elemento más valioso en la detección precoz de alteraciones nutricionales, ya que permite hacer una evaluación oportuna y adecuada.

Un estado nutricional óptimo favorece el crecimiento y el desarrollo, mantiene la salud general, brinda apoyo a las actividades cotidianas y protege al individuo de las enfermedades y trastornos. Cualquier situación de desequilibrio por deficiencia o exceso de nutrientes, comprometerá el estado nutricional y sus funciones vitales. De ahí, la importancia de aplicar técnicas apropiadas para la valoración nutricional, que permitan detectar si hay deficiencias nutricionales en las primeras fases del desarrollo, de esta manera, se podrá mejorar el consumo alimentario antes de que sobrevenga un trastorno más grave que lo lleve a la malnutrición.

Las poblaciones con mayores riesgos por deficiencia de nutrientes son los lactantes, los niños, las embarazadas, los ancianos, las personas hospitalizadas, los enfermos crónicos y las familias de bajos ingresos; en estos casos, la deficiencia puede obedecer a un consumo inadecuado, a un incremento de sus necesidades, a alteraciones en la digestión o en la absorción, a problemas metabólicos, o a un aumento de la excreción de nutrientes esenciales.

16

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

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

## Indicadores antropométricos

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

Estos son:

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

- P/T > 120                      Obesidad
- P/T 110 < 120                Sobrepeso
- P/T 90 < 110 Normal
- P/T 80 < 90                    Desnutrición aguda leve
- P/T 70 < 80                    Desnutrición aguda moderada

**Curva de peso para la talla de 2 a 5 años (OMS):** Este gráfico se presenta por separado para niñas y para niños. El gráfico está elaborado con datos del Estudio multicéntrico de la OMS sobre patrón de crecimiento de 2006, Se grafican las curvas de siete valores de percentiles (3, 10, 25, 50, 75, 90 y 97) del peso según la estatura. Cabe destacar que anteriormente los niños se medían acostados hasta los 4 años y ahora sólo hasta los 2 años. En el eje horizontal, la escala de la estatura se presenta en centímetros alcanzados desde 65 a 120 centímetros -la estatura se debe graficar en centímetros alcanzados-; mientras que en el eje vertical, la escala del peso se presenta en cuadrícula cada 500 gramos y reparos cada 2 kilogramos,

desde 6 a 28 kilogramos. Su evaluación permite determinar la presencia de desnutrición global en la población infantil.

**Talla para la edad:** El crecimiento en talla es más lento que el peso, las deficiencias en talla tienden a ser también lentas y a tomar más tiempo para recuperarse. A mayor déficit nutricional, mayor cronicidad de la desnutrición, este índice mide la desnutrición crónica.

- T/E > 100                    Más grande de lo normal
- T/E 95 < 100                Normal
- T/E 90 < 95                 Retardo en el crecimiento
- T/E 85 < 90                 Retardo del crecimiento moderado
- T/E < 85                     Retardo del crecimiento severo

**Curva de talla para la edad de 0 a 5 años (OMS):** Este gráfico se presenta por separado para niñas y para niños. El gráfico está elaborado desde el nacimiento hasta los 5 años con datos del Estudio multicéntrico de la OMS sobre patrón de crecimiento de 2006. Se grafican las curvas de siete valores de percentiles (3, 10, 25, 50, 75, 90 y 97) de la longitud corporal según la edad hasta los 2 años y de la estatura según la edad de los 2 a los 5 años. La edad se debe

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

- P/E > 120                    Obesidad
- P/E 110 < 120                Sobrepeso
- P/E 90 < 110                 Normal
- P/E 80 < 90                 Desnutrido I
- P/E 70 < 80                 Desnutrido II
- P/E < 70                     Desnutrido III

**Curva de peso para la edad de 0 a 5 años (OMS):** Este gráfico se presenta por separado para niñas y para niños. El gráfico está elaborado desde el nacimiento hasta los 5 años con datos del Estudio multicéntrico de la OMS sobre patrón de crecimiento de 2006. Se grafican las curvas de siete valores de percentiles (3, 10, 25, 50, 75, 90 y 97) del peso según la edad. En el eje horizontal, la escala de la edad se presenta en meses y años cumplidos desde el nacimiento hasta los 5 años; mientras que en el eje vertical, la escala del peso se presenta en cuadrícula por kilogramo con reparos cada 2 kilogramos, desde 0 a 30 kilogramos. Su evaluación permite determinar la presencia de desnutrición aguda en la población infantil. <sup>17</sup>

### **Evaluación del crecimiento y estado nutricional**

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

- Se realiza a todo niño o niña desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días, en cada control o contacto con los servicios de salud, tanto si éste se da a través de la oferta fija (establecimientos de salud u otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes) y de acuerdo a criterios establecidos.
- El perímetro cefálico se mide hasta los 36 meses.
- Los valores de peso, longitud o talla son utilizados tanto para la evaluación del crecimiento y la valoración del estado nutricional.

### **Evaluación y monitoreo del crecimiento.**

- Se realiza a todo niño o niña desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días, en cada control o contacto con los servicios de salud, tanto si éste se da a través de oferta fija (establecimientos de salud u otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes).
- La evaluación y monitoreo del crecimiento se realiza utilizando las medidas antropométricas (peso, longitud, talla y perímetro cefálico)

las mismas que son tomadas en cada contacto de la niña o niño con los servicios de salud y son comparadas con los patrones de referencia vigentes, determinando la tendencia del crecimiento.

- A través del monitoreo del crecimiento se evalúa el progreso de la ganancia de peso, así como de longitud o talla de acuerdo a la edad de la niña o el niño y de acuerdo a los patrones de referencia.
- El monitoreo del crecimiento se realiza tomando dos o más puntos de referencia de los parámetros de crecimiento y graficándolos como puntos unidos por una línea denominada curva o carril de crecimiento, que representa el mejor patrón de referencia para el seguimiento individual de la niña o el niño.
- El crecimiento de la niña o niño considerando la tendencia se clasifica en:
  - a. Crecimiento adecuado: Condición en la niña o niño que evidencia ganancia de peso e incremento de longitud o talla de acuerdo a los rangos de normalidad esperados para su edad ( $\pm 2$  DE). La tendencia de la curva es paralela a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente.
  - b. Crecimiento inadecuado: Condición en la niña o niño que evidencia no ganancia (aplanamiento de la curva), o ganancia mínima de longitud o talla, y en el caso del peso incluye pérdida o ganancia mínima o excesiva; por lo tanto, la tendencia de la curva no es paralela a las curvas del patrón de referencia vigente, aún cuando los indicadores P/E o T/E se encuentran dentro de los puntos de corte de normalidad ( $\pm 2$  DE).

#### **Clasificación del estado nutricional.**

- Se realiza en cada control o contacto de la niña o niño con los servicios de salud.
- Para la clasificación del estado nutricional de acuerdo a la edad de la niña y el niño se utilizará los siguientes indicadores: Indicador

Grupo de edad a utilizar Peso para edad gestacional Recién nacido (a) Peso para la edad (P/E)  $\geq$  a 29 días a < 5 años Peso para la talla (P/T)  $\geq$  a 29 días a < 5 años Talla para la edad (T/E)  $\geq$  a 29 días a < 5 años.

- Peso al nacer. El peso al nacer es un indicador de supervivencia o riesgo para la niña o niño. El estado nutricional del recién nacido de acuerdo al peso al nacimiento se clasifica en: Clasificación de acuerdo al peso del nacimiento Punto de corte Clasificación < 1000 gramos Extremadamente bajo 1000 a 1499 gramos Muy bajo peso al nacer 1500 a 2499 Bajo peso al nacer De 2500 a 4000 gramos Normal > 4000 gramos Macrosómico 31 Clasificación del estado nutricional en niñas y niños de 29 días a menores de 5 años. Se realizará en base a la comparación de indicadores: P/E, T/E y P/T con los valores de los Patrones de Referencia vigentes.

### **Clasificación del estado nutricional en niñas y niños de 29 días a menores de 5 años**

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

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

### **Manejo y seguimiento de problemas del crecimiento y nutricionales. Cuando se evidencia crecimiento inadecuado – riesgo nutricional, explorar e identificar los factores causales:**

- Si la causa se relaciona a la presencia de enfermedad, referir al médico para tratamiento y seguimiento de la patología o tratar de acuerdo a guía de práctica clínica.
- Las citas para el monitoreo del crecimiento se programan con intervalos de 7 días, de acuerdo a necesidad hasta lograr la recuperación. (Tendencia del crecimiento paralelo al patrón de

referencia), priorizando en estos controles la consejería en alimentación durante el proceso de enfermedad y posterior al proceso mórbido.

- Programar visita domiciliaria a fin de apoyar a los padres en la adopción de prácticas adecuadas de alimentación y cuidado.
- Si la causa se relaciona a prácticas inadecuadas de alimentación y cuidado, desarrollar sesiones de consejería nutricional y como parte de ésta establecer medidas y acuerdos de manera conjunta con los padres o adultos responsables del cuidado de la niña y niño, según se requiera. El manejo y seguimiento de los casos de desnutrición es de acuerdo a las guías de práctica clínica vigentes. <sup>18</sup>

### **Características del estado nutricional:**

Estas características nos van a servir para distinguir nuestro estado nutricional (si es bueno o malo) una vez que distingamos en cual nos encontramos, podremos hacer algo al respecto.

#### **Bueno:**

Expresión alerta, cabello brillante, complexión limpia con buen color, ojos brillantes y limpios, encías rosadas y firmes, dientes bien desarrollados, abdomen firme, músculos firmes y bien desarrollados, estructura ósea bien desarrollada, peso normal (de acuerdo con la altura), postura erecta, estabilidad emocional, buena energía, rara vez enfermo, apetito saludable, hábitos de sueño saludables, eliminación normal.

#### **Malo:**

Apatía, cabello opaco (sin vida), complexión grasa (con imperfecciones y mal color), ojos opacos, rojos, encías rojas, dientes faltantes y propensos a caries, abdomen inflamado, músculos poco desarrollados y flácidos, piernas arqueadas, pecho de pichón, sobrepeso o baja de peso, postura encorvada, irritable fácilmente, deprimido, corto lapso de atención, fatiga fácil, enfermedades

frecuentes, apetito excesivo o deficiente, insomnio en la noche, fatiga de día, estreñimiento, diarrea. <sup>19</sup>

### **Escala de Waterlow**

La clasificación de Waterlow es considerada por muchos expertos como la mejor herramienta, ya que permite determinar la cronología y la intensidad de la desnutrición. Para la realización de esta evaluación se necesitan dos indicadores:

$$\begin{array}{l} \text{Porcentaje de} \\ \text{Peso/estatura} \quad (\%P/E) \end{array} = \frac{\text{Peso real}}{\text{X100}} \\ \text{Peso que debería tener} \\ \text{para la edad}$$

$$\begin{array}{l} \text{Estatura real} \\ \text{Porcentaje} \quad (\%T/E) \end{array} = \frac{\text{Estatura real}}{\text{X100}} \\ \text{Estatura que debería tener} \\ \text{Para la edad}$$

Con el fin de determinar el peso para la talla y la talla para la edad, es necesario tomar el valor que corresponde al percentil 50 en las gráficas de crecimiento.

**Según Waterlow.-** Propone 4 categorías para clasificar a los niños menores de 5 años:

**Eutrófico:** son niños Peso/Talla normal y Talla/Edad normal.

**Desnutrido agudo:** son niños con Peso/Talla bajo y Talla/Edad normal.

**Desnutrido crónico:** son los niños con Talla/Edad bajo y Peso/Talla normal.

**Desnutrido crónico reagudizado:** son los niños con Talla/Edad y Peso/Talla bajo.

**Sobrepeso:** es el incremento del 10% del peso en relación con el peso estándar correspondientes. Son niños que tienen el peso mayor del 10% por encima de la medida.

**Obesidad** son niños que tienen peso mayor de 20% por encima de la medida. <sup>20</sup>

### **Desnutrición:**

Una nutrición adecuada, en cantidad y en calidad, es clave para el buen desarrollo físico e intelectual del niño. Un niño que sufre desnutrición ve afectada su supervivencia y el buen funcionamiento y desarrollo de su cuerpo y de sus capacidades cognitivas e intelectuales. La desnutrición es un concepto diferente de la malnutrición, que incluye tanto la falta como el exceso de alimentos. <sup>21</sup>

### **Causas de la desnutrición:**

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

Detrás de estas causas inmediatas, hay otras subyacentes como son la falta de acceso a los alimentos, la falta de atención sanitaria, la utilización de sistemas de agua y saneamiento insalubres, y las prácticas deficientes de cuidado y alimentación. En el origen de todo ello están las causas básicas que incluyen factores sociales, económicos y políticos como la pobreza, la desigualdad o una escasa educación de las madres. <sup>22</sup>

### **Tipos de desnutrición:**

La desnutrición se manifiesta en el niño de diversas formas:

- Es más pequeño de lo que le corresponde para su edad.

- Pesa poco para su altura.
- Pesa menos de lo que le corresponde para su edad.

### **Desnutrición Global:**

Se define como desnutrición global a la deficiencia del peso con relación a la edad. La desnutrición global es el resultado de desequilibrios nutricionales pasados y recientes. Se considera que un niño/a de una edad dada, manifiesta peso insuficiente cuando éste es menor al mínimo que se espera para esa edad según los patrones de desarrollo físico establecidos para una población considerada sana y bien nutrida.

Corresponde a los casos en la población observada que muestran diferencias significativas de peso al compararlos con el valor correspondiente del patrón de referencia de desarrollo físico para una edad determinada. La condición de desnutrición global se determina a través de la distancia entre el valor observado del peso y el valor esperado, expresado en unidades de desviación estándar con relación al patrón de referencia (puntajes Z) para la edad. Este procedimiento transforma las mediciones de peso a una variable dicotómica que toma el valor de 1 (desnutrición global o deficiencia de peso) si el puntaje Z se halla por debajo de -2, y el valor de 0 (normal o dentro de parámetros esperados) en caso contrario.

### **Desnutrición crónica:**

Un niño que sufre desnutrición crónica presenta un retraso en su crecimiento. Se mide comparando la talla del niño con el estándar recomendado para su edad.

Indica una carencia de los nutrientes necesarios durante un tiempo prolongado, por lo que aumenta el riesgo de que contraiga enfermedades y afecta al desarrollo físico e intelectual del niño.

La desnutrición crónica, siendo un problema de mayor magnitud en cuanto al número de niños afectados, es a veces invisible y recibe menor atención.

### **Desnutrición aguda moderada:**

Un niño con desnutrición aguda moderada pesa menos de lo que le corresponde con relación a su altura. Se mide también por el perímetro del brazo, que está por debajo del estándar de referencia. Requiere un tratamiento inmediato para prevenir que empeore.

### **Desnutrición aguda grave o severa**

Es la forma de desnutrición más grave. El niño tiene un peso muy por debajo del estándar de referencia para su altura. Se mide también por el perímetro del brazo. Altera todos los procesos vitales del niño y conlleva un alto riesgo de mortalidad. El riesgo de muerte para un niño con desnutrición aguda grave es 9 veces superior que para un niño en condiciones normales. Requiere atención médica urgente.<sup>23</sup>

### **Sobrepeso:**

El sobrepeso es la condición de poseer más grasa corporal de la que se considera saludable en relación con la estatura. El sobrepeso es una condición común, especialmente donde los suministros de alimentos son abundantes y predominan los estilos de vida sedentarios.

### **Causas del sobrepeso:**

Las principales causas son:

- Los factores genéticos y las alteraciones del metabolismo.
- Una excesiva e incorrecta alimentación asociada a la falta de ejercicio (escaso gasto de energía), Sedentarismo.
- Los trastornos en la conducta alimentaria (ansiedad).
- Metabolismo demasiado lento

La mayoría de los casos de sobrepeso se localiza en los países industrializados, donde la alimentación es abundante y la mayor parte de la población realiza trabajos que no requieren un gran esfuerzo físico.

### **Sobrepeso infantil:**

Un problema que la OMS ha calificado de alarmante es el del sobrepeso en los niños. Una mala y excesiva alimentación, unida a la falta de ejercicio conduce a un preocupante círculo vicioso. En muchos casos los padres desatienden a sus hijos o son un mal ejemplo para ellos y, como consecuencia, los niños pasan muchas horas delante del ordenador o del televisor y se alimentan de comida rápida. Una persona que en su infancia no ha llevado una vida sana, tendrá dificultades a la hora de cambiar sus hábitos cuando sea adulto. Esto conduce irremediabilmente a una sobrealimentación con todas sus terribles consecuencias.

### **Consecuencias del sobrepeso:**

- Agitación ante el menor esfuerzo.
- Cansancio fácil y tendencia excesiva al sueño.
- Enfermedades como trastornos del corazón, hipertensión arterial, facilidad para infecciones del aparato respiratorio, tendencia a la diabetes.
- Enfermedades del riñón, hígado y vías biliares, afecciones de las articulaciones como nefritis, arteriosclerosis, edema pulmonar, reumatismo, trastornos menstruales, hernias.

### **Obesidad:**

La obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. El problema es mundial y está afectando progresivamente a muchos países de bajos y medianos ingresos, sobre todo en el medio urbano. La prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante. Se calcula que en 2010 hay 42 millones de niños con

sobrepeso en todo el mundo, de los que cerca de 35 millones viven en países en desarrollo.

Los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. El sobrepeso, la obesidad y las enfermedades conexas son en gran medida prevenibles. Por consiguiente hay que dar una gran prioridad a la prevención de la obesidad infantil. Además de ello se asocia a una mayor probabilidad de muerte y discapacidad prematuras en la edad adulta.

### **Consecuencias de la obesidad**

Las consecuencias más importantes del sobrepeso y la obesidad infantiles, que a menudo no se manifiestan hasta la edad adulta, son:

- Las enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes vasculares cerebrales); La diabetes los trastornos del aparato locomotor, en particular la artrosis, y ciertos tipos de cáncer (de endometrio, mama y colon).

Los datos de 2005 muestran las consecuencias a largo plazo de un estilo de vida no saludable. Cada año mueren a consecuencia del sobrepeso y la obesidad por lo menos 2,6 millones de personas.

A corto plazo (para el niño o el adolescente)

- Problemas psicológicos
- Aumento de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular
- Asma
- Diabetes (tipo 1 y 2)
- Anormalidades ortopédicas
- Enfermedad del hígado
- A largo plazo (para el adulto que era obeso de niño o adolescente)
- Persistencia de la obesidad

- Aumento de los factores de riesgo cardiovascular, diabetes, cáncer, depresión, artritis
- Mortalidad prematura.<sup>24</sup>

### **Riesgo nutricional**

Situación que compromete el estado nutricional de los niños , debido a diversos factores como la ingesta insuficiente de alimentos y la falta de una atención adecuada que le brinde la madre, entre otros; evidenciado por carnet de control de crecimiento y desarrollo. Se utilizarán los siguientes indicadores. Durante el proceso de evaluación del estado nutricional es necesario determinar si un niño es normal o si presenta alguna alteración (desnutrición o sobre peso), estableciendo un punto de corte o nivel de diagnóstico. Se conoce como indicador a la relación entre el índice y su respectivo punto de corte. Hablar de puntos de corte implica adoptar un patrón de referencia para cada índice. Actualmente se acepta el uso de patrones internacionales debido a que las diferencias raciales y étnicas tienen una mínima influencia en el potencial de crecimiento, en comparación con la influencia de los factores socioeconómicos. El estándar más empleado proviene de las tablas de crecimiento del NCHS (Centro Nacional de Estadísticas de Salud de los Estados Unidos). Esta referencia es la empleada por la Organización Mundial de la Salud globalmente. La OMS define como desnutrido a aquel niño que se encuentra por debajo de dos desviaciones estándar de la mediana de las curvas de referencia NCHS. Así tenemos que desnutrición se define cuando el peso para la talla (P/T) es inferior a - 2 DE de la mediana. En forma similar, retardo del crecimiento se define cuando la talla para la edad (T/E) es menor a -2DE de la mediana. En tanto el riesgo de desnutrición lo conceptualiza como aquel niño que se encuentra entre las desviación estándar de -1DE a - 2DE de la mediana de las curvas de referencia.<sup>25</sup>

## **CONDICIONES DE VIDA**

Existen numerosos factores que influyen en el estado nutricional, así como en la conducta alimentaria. Se han realizado diferentes clasificaciones de estos factores, siguiendo distintos criterios. Nosotros los hemos dividido en tres grandes grupos: sociodemográficos y económicos, culturales y sanitarios, destacando en cada uno de ellos un aspecto que resulta especialmente relevante. Probablemente, el listado no será exhaustivo, dada la complejidad del acto de la alimentación, primer condicionante del estado nutritivo, pero al menos pretende ser ilustrativo de la magnitud del hecho.

Si definimos la seguridad alimentaria como la situación existente cuando todas las personas tienen acceso físico, social y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos que satisfagan sus necesidades y preferencias alimentarias para llevar una vida activa y sana, podemos ver que hay muchos factores que influyen en esta situación.

### **a.- Condiciones socioeconómicas:**

El modelo de consumo alimentario en los países pobres se caracteriza por una alimentación monótona donde el alimento base proporciona el 60-90% del aporte energético, con una pequeña cantidad de productos animales en la composición de la ración, con un aporte glucídico elevado (en forma de azúcares complejos, generalmente), un aporte proteico discreto (y esencialmente vegetal) y un aporte elevado de fibras (Hercberg y Galán, 1988). Las consecuencias que este modelo tiene para la salud pública van en la línea de carencias en energía y proteínas o carencias específicas de minerales o vitaminas.

Las características de cada modelo de consumo alimentario se ve influenciado por muchos factores, entre ellos el nivel educativo y social de las mujeres (alfabetización de las mujeres) como las principales gestoras de la alimentación en una sociedad, la situación

económica de país (el producto nacional bruto), las comunicaciones y los transportes, las políticas agrarias, las características geográficas, el clima, el acceso a agua potable, etc.

Es importante tener en cuenta que la relación entre la alimentación y la salud debe expresarse como factor de riesgo. Una patología viene determinada, además de por el comportamiento alimentario, por otros factores de riesgo como la predisposición genética, factores comportamentales o ambientales, económicos o sociales.

#### **b.- Condiciones ambientales:**

Un ambiente dañino al igual que una alimentación inadecuada pueden impedir que un individuo satisfaga su potencial energético, lo cual no solo incide negativamente sobre su estatura y fuerza física sino también sobre la capacidad del rendimiento escolar, el desarrollo intelectual y más tarde en los niveles de productividad en el trabajo.

#### **c.- Condiciones alimentarios**

Sólo cuando una persona cuenta con alimento suficiente para satisfacer el hambre, puede interesarse en otro significado cualquiera del mismo. Como decía May, “los factores que rigen la dieta del hombre pueden clasificarse de esta forma:

- 1) El hombre come lo que puede encontrar a su alrededor;
- 2) Cuando puede elegir, escoge lo que sus antepasados comieron antes que él”. De manera que los hábitos alimentarios surgen cuando los alimentos son suficientes para poder elegir.

La alimentación es una de las manifestaciones socioculturales más importante en la vida de los pueblos. El alimento es una forma de comunicación, vehículo de conductas, normas y prohibiciones religiosas. Cada comunidad selecciona sus alimentos entre lo que encuentra en su entorno, según sus hábitos alimentarios, dando respuesta a realidades históricas, medioambientales, socioeconómicas. La alimentación es un aspecto de la vida que sirve, a nivel social, para crear relaciones del hombre con el hombre, con

sus divinidades y con el entorno natural. Cada cultura va a definir lo que es o no válido como alimento, condicionando así su utilización más allá de su disponibilidad. Debido al papel central del alimento en el día a día, y más en concreto en las relaciones sociales, las creencias y las prácticas alimentarias son difíciles de cambiar, aun cuando interfieren con una correcta nutrición.

Los factores que afectan a la elección de los alimentos y que pueden condicionar el estado nutricional son, entre otros, las pautas de crianza, los cuidados y la alimentación del niño, el marco familiar, las preferencias alimentarias, los tabúes, la religión, el marco social, el costumbrismo, el nivel cultural, el marco educativo, los hábitos de higiene, el estado de salud, la educación nutricional, la publicidad, el marketing, la disponibilidad económica, etc. Todos estos factores son importantes a la hora de decidir lo que comemos, cómo lo comemos generando modelos de consumo alimentario diferentes según países o grandes regiones mundiales (Hercberg y Galán, 1988), como hemos comentado con anterioridad.

Resumiendo, podemos decir que los modelos alimentarios se crean en torno a una geografía concreta de cultivos y cría de animales, según los adelantos tecnológicos y la capacidad económica de la comunidad. Entonces, los hábitos alimentarios específicos se adaptan a la situación, siendo influidos por creencias religiosas y prohibiciones impuestas.

#### **d.- Condiciones de Salud**

Existe una relación estrecha entre la malnutrición y la mortalidad por enfermedades infecciosas. El estado nutricional está estrechamente relacionado con el sistema inmunitario, de manera que un estado nutricional deficitario limita la capacidad de reacción del sistema inmune, disminuyendo la resistencia del individuo a las infecciones. A la vez, las infecciones van a agravar la malnutrición preexistente, estableciéndose un círculo vicioso difícil de romper. Los efectos de la

nutrición y la infección sobre el organismo no sólo se suman sino que se potencian, estableciéndose un efecto sinérgico.

El estado inmunitario se agrava considerablemente en la malnutrición. Por eso, los episodios de infecciones son mucho más severos en niños malnutridos. De manera que si no se trabaja por mejorar el estado nutricional de la población, las medidas encaminadas a disminuir la prevalencia de determinadas enfermedades infecciosas serán siempre menos efectivas de lo que podrían resultar. De todos es conocido que el estado de nutrición es uno de los factores que condicionan la mayor o menor gravedad de las diarreas agudas en el niño pequeño. Los niños con retraso en el crecimiento debido a una alimentación insuficiente y a enfermedades recurrentes suelen presentar mayor número de episodios diarreicos graves, además de ser más vulnerables al desarrollo de algunas enfermedades infecciosas como el paludismo, la meningitis, las neumonías, etc.

De todas formas, conocer la prevalencia de determinadas enfermedades infecciosas nos da una idea interesante del estado nutricional de esa población.<sup>26</sup>

### **Rol de enfermería en la atención del niño**

#### **Consejería integral:**

- a) Identificar factores que influyen en la salud, nutrición y desarrollo de la niña y el niño.
- b) Identificar acciones y prácticas que permitan mantener el crecimiento y desarrollo adecuado de la niña y el niño de acuerdo a su realidad fortaleciendo las prácticas adecuadas y corrigiendo los riesgos.
- c) La consejería se realiza en cada control de acuerdo a las necesidades identificadas (alimentación de acuerdo a la edad, estimulación temprana, alimentación durante la enfermedad, higiene personal, lavado de manos, prevención de complicaciones

de enfermedades prevalentes, fomento de vínculos afectivos, prevención de accidentes, alimentación y cuidado de la madre, etc.)

**Consejería nutricional:**

- a) El objetivo de la consejería nutricional es asegurar un adecuado estado nutricional y lograr la recuperación (tendencia de crecimiento paralelo al patrón de referencia).
- b) El propósito es guiar y ayudar a tomar decisiones a los padres o adultos responsables del cuidado de la niña o el niño, con base en la situación de crecimiento inadecuado, riesgo o desnutrición identificada para mejorar sus prácticas de alimentación y nutrición. La consejería nutricional es prioritaria en situaciones de riesgo y en procesos de enfermedad.
- c) Durante la consejería nutricional es importante promover prácticas adecuadas de alimentación como la consistencia, frecuencia de consumo, cantidad según edad del niño o niña y calidad de la dieta (alimentos de origen animal, alimentos que contengan fuentes de hierro).<sup>27</sup>

**Calidad de vida y la salud**

En las últimas décadas, se han producido importantes cambios en la epidemiología de las enfermedades crónicas de la infancia y adolescencia. Las tendencias actuales marcan un cambio en el modelo de atención para los niños con enfermedades crónicas, fundado en el reconocimiento de las necesidades especiales de atención que la afección de su salud genera. Las metas de este nuevo modelo son brindar una atención accesible, continua y coordinada, centrada en el niño y su familia, sobre la base de los recursos de la comunidad de cada niño y favorecer prácticas adecuadas a sus necesidades y culturalmente competentes. El proceso de evaluación de los resultados es un elemento esencial en el desarrollo de los

programas asistenciales para estas poblaciones. Los indicadores duros, como tasas de mortalidad o sobrevida, porcentaje de discapacidad o tasas de rehospitalización, resultan insuficientes para establecer y medir la efectividad de la atención brindada, aportar conocimiento para futuras propuestas o estrategias y evaluar nuevas intervenciones destinadas a estos pacientes. En los últimos años han ido adquiriendo particular relevancia los indicadores que permiten una evaluación más holística de la salud de las personas y conocer el impacto que sobre ella tienen tanto la enfermedad como los tratamientos aplicados. A este grupo pertenecen los índices de bienestar o autoestima, las escalas o puntuaciones sobre el estado funcional, el estado de salud y la calidad de vida relacionada con la salud.<sup>28</sup>

### **Factores determinantes de la salud.**

Se comenzaron a hablar de los grandes determinantes de la salud de los individuos y de las poblaciones. Se denominan determinantes de la salud al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones. Se pueden dividir a estos determinantes de la salud en dos grandes grupos:

- Aquellos que son de responsabilidad multisectorial del estado y son los determinantes económicos, sociales y políticos
- Y los de responsabilidad del sector Salud, dentro del accionar del estado en beneficio de la salud de la población, en lo que se refiere a vigilancia y control en unos casos y de promoción y actuación directa en otros.

Estos factores determinantes de la salud son:

- Aquellos relacionados con los estilos de vida.
- Los llamados factores ambientales.
- Los factores relacionados con los aspectos genéticos y biológicos de la población.<sup>29</sup>

### **Rol de la enfermera en la atención primaria de la salud.**

El rol de la Enfermería de Atención Primaria y Comunitaria debe reorientarse a capacitar a las personas, familias y comunidades para cuidarse de sí mismas (priorizando la promoción de salud y la prevención de la enfermedad), transformando la dependencia en autocuidado.

De este papel sobre el autocuidado de la población se derivan las siguientes responsabilidades, que sitúan a la enfermera como garante de dicho autocuidado al ciudadano:

- Ayudar a la persona a alcanzar el máximo nivel de autocuidado posible, aumentando así la responsabilidad sobre su propia salud.
- Ayudar a la persona a superar sus limitaciones en el ejercicio del autocuidado o del cuidado a personas socialmente dependientes.
- Completar los déficit del autocuidado causados por la diferencia existente entre las exigencias de autocuidado y las actividades realizadas por la persona.
- Proporcionar, a las personas y/o grupos, asistencia directa en su autocuidado según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.
- Supervisar las acciones de cuidado para garantizar la seguridad.
- Sustituir al cuidador en las acciones de cuidado complejo en el periodo de aprendizaje de este y/o ante situaciones que supongan riesgo para las personas.
- Acompañar desde la presencia cuidadora en el proceso de salud y de la muerte. <sup>30</sup>

## **Teorías de enfermería relacionada al problema**

### **1. Florence Nightingale “Teoría del Entorno”**

La teoría de Nightingale se centró en el entorno. Todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo y que pueden prevenir, detener o favorecer la enfermedad, los accidentes o la muerte (Murray y Zenther, 1975). Si bien Nightingale no utilizó el término entorno en sus escritos, definió y describió con detalles los conceptos de ventilación, temperatura, iluminación, dieta, higiene y ruido, elementos que integran el entorno. Su preocupación por un entorno saludable no incluía únicamente las instalaciones hospitalarias en Crimea e Inglaterra, sino que también hacían referencia a las viviendas de los pacientes y a las condiciones físicas de vida de los pobres. Creía que los entornos saludables eran necesarios para aplicar unos cuidados de enfermería adecuados.

Su teoría sobre los 5 elementos esenciales de un entorno saludable (aire puro, agua potable eliminación de aguas residuales, higiene y luz) se consideran tan indispensables en la actualidad como hace 150 años. Que todos los pacientes tuvieran una ventilación adecuada parecía ser una de las grandes preocupaciones de Nightingale. Instruía a sus enfermeras para que los pacientes pudieran respirar un aire tan puro como el del exterior. Rechazaba la teoría de los gérmenes (recientemente creada en esa época). El énfasis en la ventilación adecuada hacía reconocer a este elemento del entorno tanto como causa de enfermedades como también para la recuperación de los pacientes.

El concepto de iluminación también era importante en su teoría. Descubrió que la luz solar era una necesidad específica de los

pacientes: la luz posee tantos efectos reales y tangibles sobre el cuerpo humano. Se enseñaba a las enfermeras a mover y colocar a los pacientes de forma que estuvieran en contacto con la luz solar.

La higiene como concepto es otro elemento esencial de la teoría del entorno de Nightingale. En este concepto se refirió al paciente, a la enfermera y al entorno físico. Observó que un entorno sucio (suelos, alfombras, paredes y ropas de camas) era una fuente de infecciones por la materia orgánica que contenía. Incluso si el entorno estaba bien ventilado, la presencia de material orgánico creaba un ambiente de suciedad; por tanto, se requería una manipulación y una eliminación adecuadas de las excreciones corporales y de las aguas residuales para evitar la contaminación del entorno. Nightingale era partidaria de bañar a los pacientes a menudo, incluso todos los días. También exigía que las enfermeras se bañaran cada día, que su ropa estuviera limpia y que se lavaran las manos con frecuencia.

También incluyó los conceptos de temperatura, silencio y dieta en su teoría del entorno. Por lo que elaboró un sistema para medir la temperatura corporal con el paciente palpando las extremidades, con la finalidad de calcular la pérdida de calor. Se enseñaba a la enfermera a manipular continuamente el entorno para mantener la ventilación y la temperatura del paciente encendiendo un buen fuego, abriendo las ventanas y colocando al paciente de modo adecuado en la habitación.

La enfermera también debía evitar el ruido innecesario, y valorar la necesidad de mantener un ambiente tranquilo.

Nightingale se preocupó por la dieta del paciente. Enseñó a las enfermeras a valorar la ingesta alimenticia, así como el horario de las comidas y su efecto sobre el paciente. Creía que los pacientes

con enfermedades crónicas corrían el peligro de morir de inanición, y que las enfermeras debían saber satisfacer las necesidades nutricionales de un paciente.

Otro elemento de su teoría fue la definición del control de los detalles más pequeños. La enfermera controlaba el entorno física y administrativamente. Además controlaba el entorno para proteger al paciente de daños físicos y psicológicos: debía evitar que el paciente recibiera noticias que pudieran perturbarlo, que recibiera visitas que perjudicaran su recuperación y que su sueño fuera interrumpido. Nightingale reconoció que la visita de pequeños animales domésticos podría beneficiar al paciente.<sup>31</sup>

## **2. Virginia Henderson “Teoría de las necesidades básicas Humanas”**

Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias. Las siguientes catorce necesidades fundamentales de orden bio - psicosocial:

- 1) Necesidad de respirar.
- 2) Necesidad de beber y comer.
- 3) Necesidad de eliminar.
- 4) Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
- 5) Necesidad de dormir y descansar.
- 6) Necesidad de vestirse y desvestirse.
- 7) Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
- 8) Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.

- 9) Necesidad de evitar los peligros.
- 10) Necesidad de comunicarse.
- 11) Necesidad según sus creencias y sus valores.
- 12) Necesidad de ocuparse para realizarse.
- 13) Necesidad de recrearse.
- 14) Necesidad de aprender.

Esta teoría sobre las necesidades básicas humanas guarda relación con el trabajo de investigación porque el mantenimiento de la higiene personal la nutrición e hidratación son elementos esenciales para mantener en el niño menor de 5 años un adecuado estado nutricional libre de infecciones.<sup>32</sup>

### **3. Teoría de Nola Pender - Promoción de la salud.**

La obra de pender está sustentada en dos teorías, una que por su parte resalta la importancia de los aspectos psicológicos en el comportamiento de la persona, por eso incorpora el aprendizaje de los aspectos cognitivo y conductual, el segundo sustento teórico afirma que la conducta es un acto racional. Basado en estas perspectivas En 1982 se publicó la primera edición del texto “Health Promotion in Nursing Practice”, que planteaba el concepto de la promoción de la salud óptima y la prevención de la enfermedad, donde aparece por primera vez el modelo de promoción de la salud (MPS). Este modelo de promoción de Nola Pender se basa en la educación que se le debe brindar a la persona sobre cómo cuidarse y llevar en estilo de vida saludable, este modelo es propuesto con el fin de integrar tanto a la persona como al enfermero en las conductas que influyen en el bienestar integral del sujeto de cuidado, y se propone al enfermero como el principal motivador en que estas conductas sean encaminadas a resultados óptimos. Este modelo está encaminado a la observación e identificación de aspectos cognitivo conductuales que influyan en la posición de la persona frente a su salud, por lo tanto Pender plantea la importancia de promover un estado óptimo de

salud por encima de acciones preventivas en salud, toma al individuo desde una perspectiva comprensiva y humanística, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida. El Instituto Nacional de la Salud financió un estudio de seis años en la Universidad del Norte de Illinois por los colegas de Pender, Susan Walker, Ed. D, Karen Sechrist, Ph.D., y Marilyn Frank-Stromborg en el cual se comprobó la validez del modelo de promoción de la salud. Pender ha promovido la actividad académica en la enfermería con su implicación en la Sigma Theta Tau, la Sociedad de Investigación en Enfermería del Medio Oeste y el Comité de Investigadores de Enfermería de la Asociación Americana de Enfermería.<sup>33</sup>

## **II.c. HIPÓTESIS**

### **II.c.1. HIPÓTESIS GLOBAL**

El estado nutricional es inadecuado y las condiciones de vida son desfavorables para el niño menor de cinco años del Asentamiento Humano Sumaq Wasi Distrito de la Tinguña Ica, diciembre-2016.

### **II.c.2. HIPÓTESIS DERIVADAS**

- El estado nutricional según diagnóstico nutricional es inadecuado en los niños menores de cinco años del Asentamiento Humano Sumaq Wasi Distrito de la Tinguña Ica, diciembre-2016.
- Las condiciones de vida según condiciones socioeconómicas, ambientales, alimentarias y de salud son desfavorables para los niños menores de cinco años del Asentamiento Humano Sumaq Wasi Distrito de la Tinguña Ica, diciembre-2016.

## II.d. VARIABLES

Variable dependiente : Estado nutricional

Variable independiente : Condiciones de vida

## II.e. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

**Estado nutricional:** Se refiere al estado nutricional que el niño presenta o ha presentado en los últimos seis meses. La información debe obtenerla directamente del Carné de Control del Niño Sano. En caso de que el informante no cuente con el carné del niño

**Condiciones de vida:** Las condiciones de vida son los modos en que las personas desarrollan su existencia, enmarcadas por particularidades individuales, y por el contexto histórico, político, económico y social en el que les toca vivir, se lo mide por ciertos indicadores observables.

**Niño menor de cinco años:** Representa una etapa decisiva en el desarrollo de las capacidades físicas, intelectuales y emotivas de cada niño y niña, y es la etapa más vulnerable del crecimiento puesto que es la etapa en la que los humanos muestran gran dependencia, motivo por el cual requieren especial protección.

**Obesidad:** La obesidad es una enfermedad crónica que puede ser causada por una multiplicidad de factores y que se caracteriza especialmente por la acumulación excesiva de grasa o hipertrofia general del tejido adiposo en el cuerpo humano.

**Sobrepeso:** Según la OMS, el sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

**Desnutrición:** La desnutrición es el resultado de una ingesta de alimentos que es, de forma continuada, insuficiente para satisfacer las necesidades de energía alimentaria, de una absorción deficiente y/o de un uso biológico deficiente de los nutrientes consumidos.

**Condición socioeconómica:** Esta característica clasifica a la población en grupos sociales que se obtienen de la combinación de las variables económicas del Censo: profesión, situación profesional, rama de actividad y relación con la actividad.

**Condición ambiental:** Todos los factores que condicionan la estructura y forma de vida en un espacio definido, tanto físico como biológico.

**Condiciones alimentarios:** Son las condiciones que posibilitan a los seres humanos tener acceso físico, económico y de manera socialmente aceptable a una dieta segura, nutritiva que les permita satisfacer sus necesidades alimentarias y vivir de una manera productiva y saludable.

**Condición de salud:** Es un estado dinámico de energía y vitalidad que permite a las personas llevar a cabo las tareas habituales de la vida diaria.

## **CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **III.a. TIPOS DE INVESTIGACIÓN**

El estudio es una investigación de tipo no experimental cuantitativo, descriptivo y de corte transversal; no experimental porque no se alteraron las variables de estudio, es de tipo cuantitativo puesto que las variables fueron cuantificadas y reflejadas en tablas y gráficos aunque se trabaja con variables de tipo cualitativa. El método de estudio es de tipo descriptivo, porque se describe la presencia de dos variables de estudio y transversal porque se trabaja con datos recolectados en un determinado momento o corte en el tiempo ya que se quiere conocer como es la realidad de la población de estudio al momento de la investigación para su aplicación de estudio.

### **III.b. ÁREA DE ESTUDIO**

El presente estudio se llevó a cabo en el Asentamiento Humano Sumaq Wasi ubicado en la zona alta del distrito de la Tinguña provincia de Ica, donde habitan muchas familias donde los padres en muchos casos que no cuentan o pueden cubrir las necesidades básicas de sus hijos. El área de estudio estuvo conformada por niños y niñas menores de 5 años

### **III.c. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población muestra estuvo conformada por 50 madres con sus respectivos niños menores de 5 años del asentamiento humano Sumaq Wasi los cuales fueron evaluados con sus respectivas madres.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

#### **Criterios de inclusión de la madre**

- Madres mayores de 18 años de niños menores de 5 años.

- Madres mayores de 18 años de niños menores de 5 años.
- Madres de niños menores de 5 años del Asentamiento Humano Sumaq Wasi.

#### **Criterios de exclusión de las madres**

- Madres de niños mayores de 5 años mayores de 18 años.
- Madres de niños menores de 5 años que no deseen participar en la investigación.

#### **Criterios de inclusión de los niños**

- Niños menores de 5 años cuyas madres deseen participar en la investigación
- Niños menores de 5 años que pertenezcan al Asentamiento Humano Sumaq Wasi.

#### **Criterios de exclusión**

- Niños mayores de 5 años
- Niños menores de 5 años con problemas de salud
- Niños menores de 5 años que se encuentren de visita en la zona.

### **III.d. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para los resultados del estado nutricional de los niños se realizó a través de la observación el peso y la talla de los niños menores de 5 años de edad mediante una ficha de registro de acuerdo a las tablas y valores porcentuales obtenidos de acuerdo a los parámetros: P/E; T/E; y P/T. Se utilizó como técnica de recolección de datos, una encuesta y como instrumento el cuestionario correspondiente para la información referida a las condiciones de vida.

### **III.e. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Una vez que recolectemos los datos, previo el control de calidad se realizó el procesamiento de datos en forma automatizada, usando el programa informático excel, codificando los resultados de la encuesta realizada. Posteriormente se realizó la tabulación de los resultados de los subtotales y totales para la realización de los gráficos por dimensiones y globales, los cuales se toman en cuenta para la realización de la discusión y conclusiones.

### **III.f. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE RESULTADOS**

Los datos obtenidos de la aplicación de la guía de observación fueron tabulados cuidadosamente. Los datos obtenidos de la aplicación del cuestionario fueron procesados para el desarrollo textual, cuadros y gráficos con el Microsoft Word y Excel. El proceso estadístico que se siguió fue el siguiente:

1. Clasificación y codificación de los ítems.
2. Procesamiento de datos de acuerdo a las variables y objetivos del estudio.
3. La presentación de los resultados se realizó mediante gráficos de barras, de ambos indicadores
4. La ejecución del plan de análisis se desarrolló utilizando las estadísticas descriptivas: la distribución de frecuencias observando el valor más alto y bajo.

El instrumento de la ficha de estado nutricional, tomo el valor de:

❖ Diagnóstico nutricional:

El instrumento cuestionario, consto de 16 ítems y tomó los valores de:

Para la calificación condiciones de vida de los niños menores de 5 años la calificación están dadas en:

Dimensión: Condiciones socioeconómicas

- Favorable : 6 - 10
- Desfavorable : 0 - 5

Dimensión: Condiciones ambientales

- Favorable : 5 - 8
- Desfavorable : 0 - 4

Dimensión: Condiciones alimentarias

- Favorable : 4 - 6
- Desfavorable : 0 - 3

Dimensión: Condiciones de salud

- Favorable : 6 – 10
- Desfavorable : 0 - 5

Consolidado de condiciones de vida

- Favorable : 18 - 34
- Desfavorable : 0 - 17

## CAPITULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### IV.a. RESULTADOS

TABLA 1

#### TABLA DE DATOS GENERALES DE MADRES DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO

#### SUMAQ WASI DISTRITO DE LA TINGUIÑA

ICA, DICIEMBRE-2016

DATOS GENERALES	CATEGORÍAS	Fr	%
EDAD	De 18 a 23 años	23	46
	De 24 a 29 años	18	36
	De 30 a 35 años	5	10
	De 36 a más años	4	8
	Sin educación	5	10
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria	17	34
	Secundaria	20	40
	Superior	8	16
<b>Total</b>		<b>50</b>	<b>100</b>

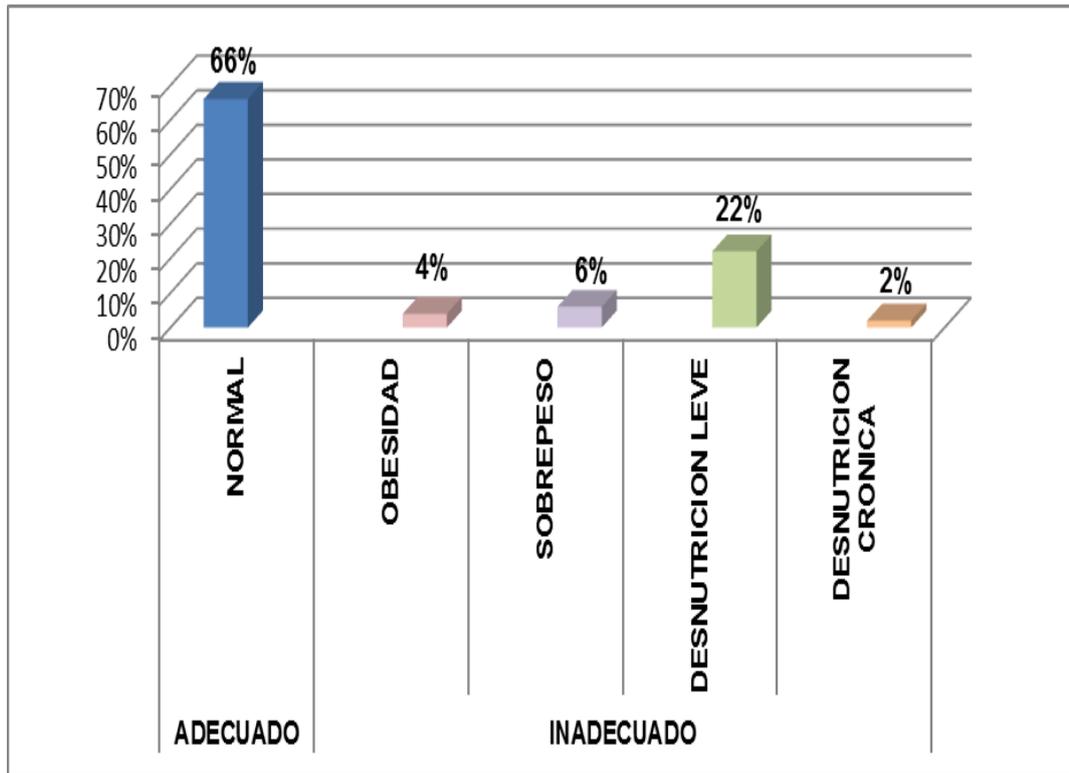
En la tabla 1 con respecto a la edad de las madres de familia se obtuvo que el 46%(23) tienen en 18 y 23 años; el 36%(18) tienen de 24 a 29 años; el 10%(5) tienen de 30 a 35 años y solo el 8%(4) tienen de 36 a más años; en el grado de instrucción se puede observar que el 40%(20) tiene educación secundaria; el 34%(17) tiene educación primaria; el 16%(8) tiene educación superior y el 10%(5) no tiene educación.

**TABLA 2**  
**TABLA DE DATOS GENERALES DE LOS NIÑOS MENORES DE 5**  
**AÑOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO SUMAQ WASI**  
**DISTRITO DE LA TINGUIÑA ICA,**  
**DICIEMBRE-2016**

	<b>CATEGORÍAS</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
<b>DATOS GENERALES</b>			
	De 0 a 1 año	16	32
<b>EDAD</b>	De 2 a 3 años	22	44
	De 4 a 5 años	12	24
	Masculino	25	50
<b>SEXO</b>	Femenino	25	50
<b>Total</b>		<b>50</b>	<b>100</b>

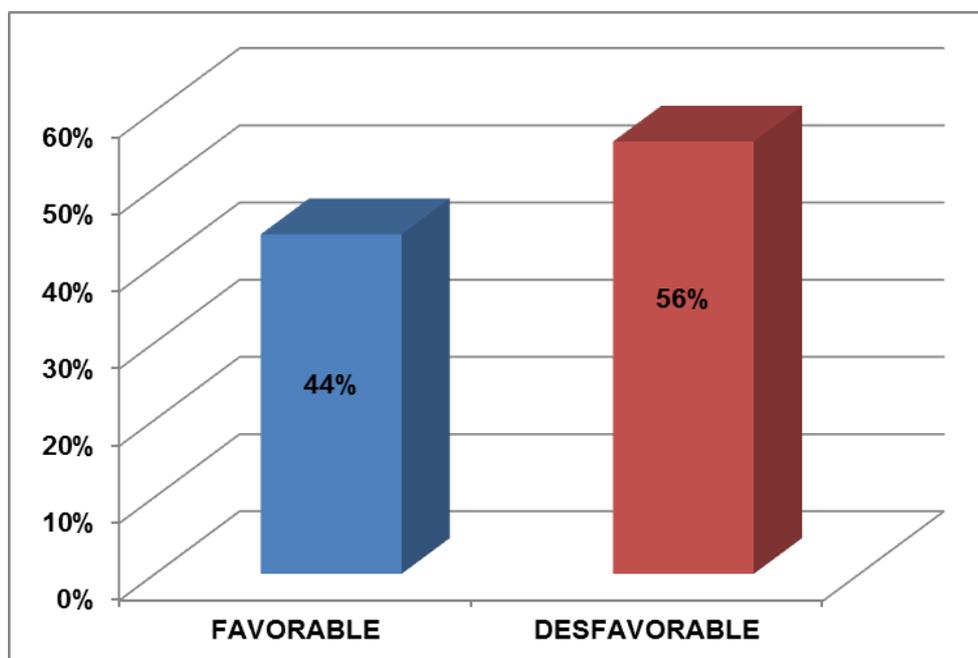
En la tabla 2 con respecto a la edad de los niños se observó que el 44%(22) tienen entre 2 y 3 años, el 32%(16) tienen entre 0 y 1 año, el 24%(12) tienen entre 4 y 5 años, existe una igualdad en relación al sexo con un 50%(25) en ambos.

**GRÁFICO 1**  
**ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS**  
**DEL ASENTAMIENTO HUMANO SUMAQ WASI**  
**DISTRITO DE LA TINGUIÑA ICA,**  
**DICIEMBRE-2016**



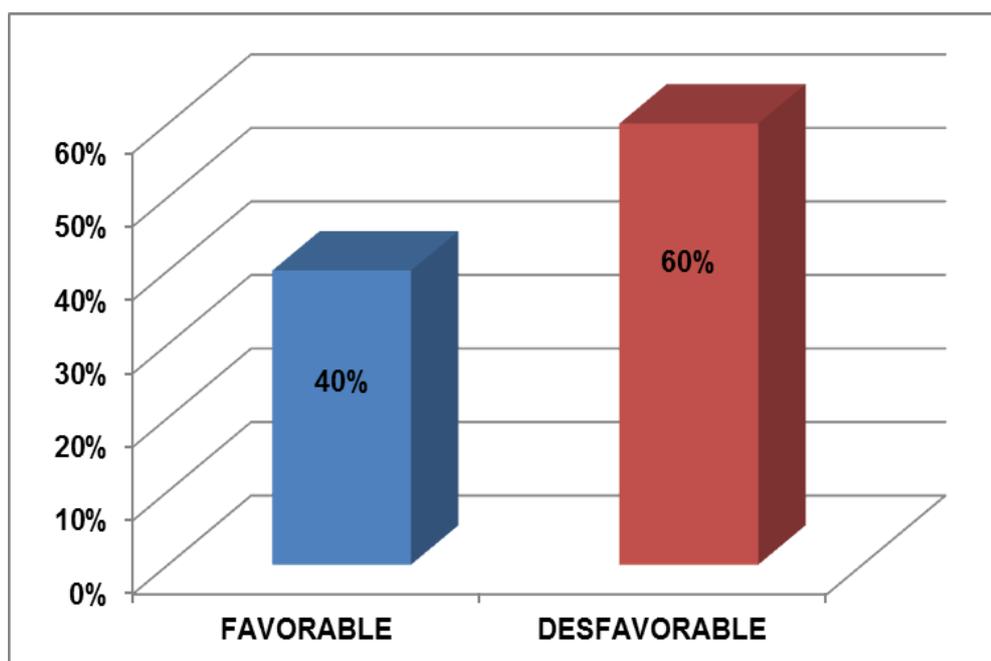
En el grafico 1 relacionado al estado nutricional se observa que fue adecuado, el estado nutricional normal significo el 66%(33), en cuanto al estado nutricional inadecuado se obtuvo que 22%(11) presentó desnutrición leve, el 6%(3) presentó sobrepeso, el 4%(2) presentó obesidad y el 2%(1) presentó desnutrición crónica.

**GRÁFICO 2**  
**CONDICIONES DE VIDA SEGÚN CONDICIONES**  
**SOCIOECONÓMICAS DE LOS NIÑOS MENORES**  
**DE 5 AÑOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO**  
**SUMAQ WASI DISTRITO DE LA**  
**TINGUIÑA ICA, DICIEMBRE-**  
**2016**



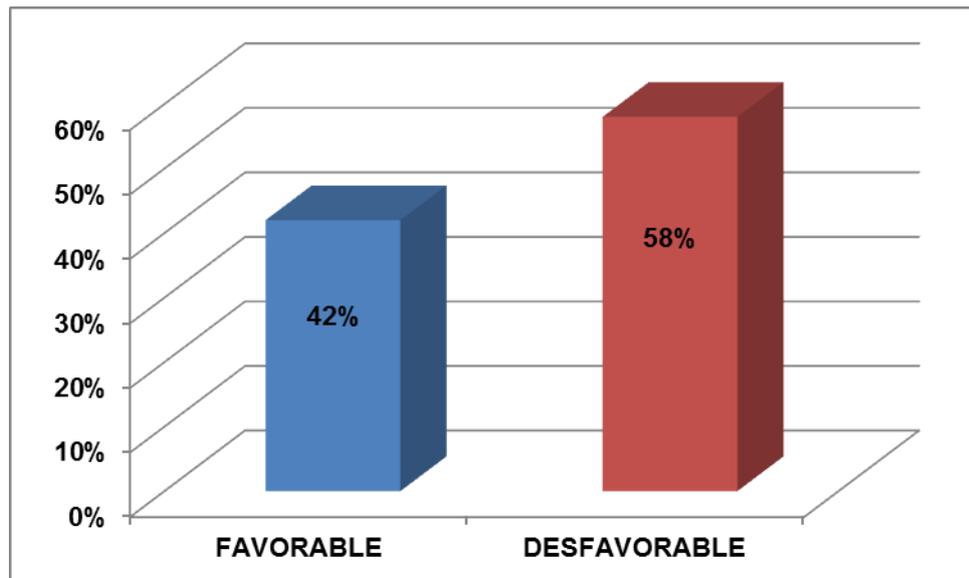
En el gráfico 2 se encontró que con respecto a las condiciones de vida según condiciones socioeconómicas fueron desfavorables con un 56%(28) y el 44%(22) fue favorable.

**GRÁFICO 3**  
**CONDICIONES DE VIDA SEGÚN CONDICIONES AMBIENTALES**  
**DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL ASENTAMIENTO**  
**HUMANO SUMAQ WASI DISTRITO DE LA**  
**TINGUIÑA ICA, DICIEMBRE-**  
**2016**



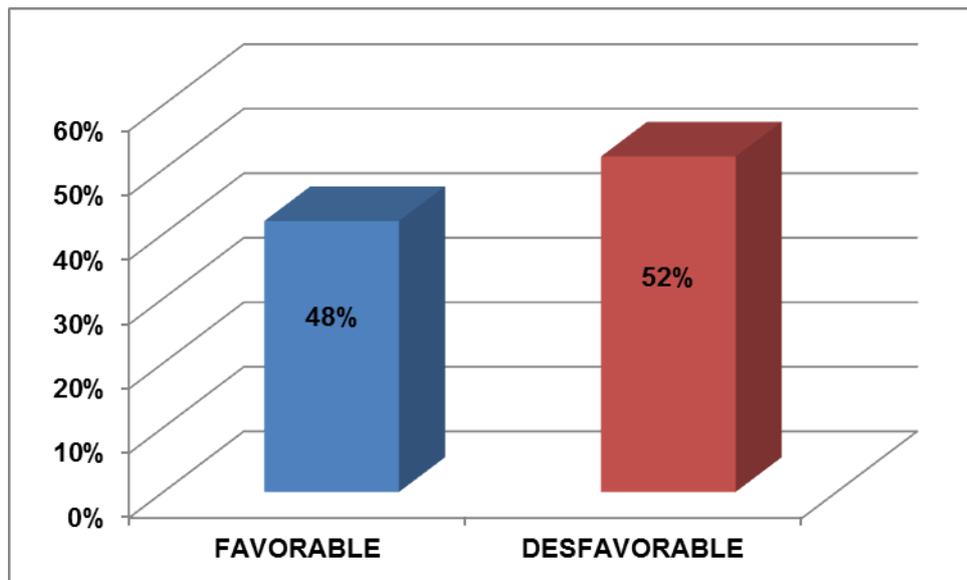
En el grafico 3 se encontró que con respecto a las condiciones de vida según condiciones ambientales fueron desfavorables con un 60%(30) y el 40%(20) fue favorable.

**GRÁFICO 4**  
**CONDICIONES DE VIDA SEGÚN CONDICIONES ALIMENTARIAS**  
**DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL ASENTAMIENTO**  
**HUMANO SUMAQ WASI DISTRITO DE LA TINGUIÑA**  
**ICA, DICIEMBRE-2016**



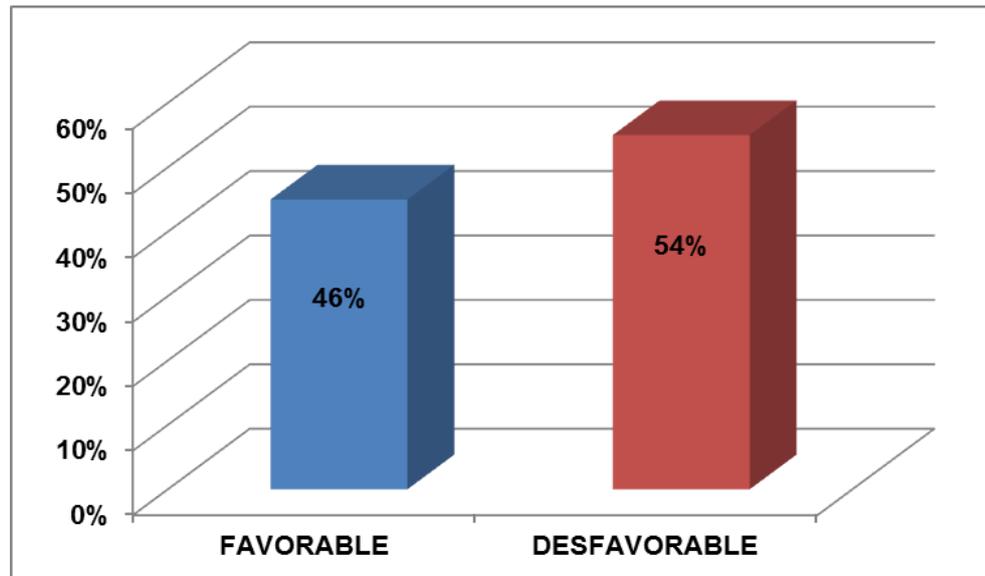
En el grafico 4 se encontró que con respecto a las condiciones de vida según condiciones alimentarias fueron desfavorables en un 58%(29) y favorables en un 42%(21).

**GRÁFICO 5**  
**CONDICIONES DE VIDA SEGÚN CONDICIONES DE SALUD DE**  
**LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL ASENTAMIENTO**  
**HUMANO SUMAQ WASI DISTRITO DE LA**  
**TINGUIÑA ICA, DICIEMBRE-**  
**2016**



En el grafico 5 se encontró que con respecto a las condiciones de vida según condiciones de salud fueron desfavorables con un 52%(26) y el 48%(24) fue favorable.

**GRÁFICO 6**  
**CONDICIONES DE VIDA DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS**  
**DEL ASENTAMIENTO HUMANO SUMAQ WASI**  
**DISTRITO DE LA TINGUIÑA ICA,**  
**DICIEMBRE-2016**



En el grafico 6 se encontró que con respecto a las condiciones de vida fueron desfavorables con un 54%(27) y el 46%(23) fue favorable.

## IV.b. DISCUSIÓN

En la **tabla 1** con respecto a la edad de las madres de familia se pudo observar que el 46% tienen en 18 y 23 años; el 36% tienen de 24 a 29 años; el 10% tienen de 30 a 35 años y solo el 8% tienen de 36 a más años, en el grado de instrucción se puede observar que el 40% tiene educación secundaria; el 34% tiene educación primaria; el 16% tiene educación superior y el 10% no tiene educación. Coronado Z.<sup>8</sup> los factores asociados a la desnutrición, fueron: los factores relacionados con el nivel de escolaridad de la madre con un 52% de cada 25 madres entrevistadas solo 10 madres cursan la primaria, siendo el resto analfabeta. La investigación brinda información considerable ya que la mayoría de las madres son jóvenes menores de 24 años, esto es un factor que indica generalmente un desconocimiento en el cuidado de los niños en especial a las que tienen a su primer hijo; por otra parte el grado de instrucción es un factor que influye en el conocimiento y entendimiento de los cuidados que se deben de tener con los niños menores de 5 años.

En la **tabla 2** con respecto a la edad de los niños se observó que el 44% tienen entre 2 y 3 años, el 32% tienen entre 0 y 1 año, el 24% tienen entre 4 y 5 años, existe una igualdad en relación al sexo con un 50% en ambos. Los datos brindan una información sobre la edad y sexo, en la investigación se observó que existe una ligera prevalencia en los niños de 2 a 3 años, como se apreció son niños que están iniciando su participación en cunas – jardín o pre-escolares, donde muchas veces no se hace exigencia en la alimentación de los niños.

En el **gráfico 1** relacionado al estado nutricional se observa que fue adecuado, el estado nutricional normal significó el 66%, en cuanto al estado nutricional inadecuado se obtuvo que 22% presento desnutrición leve, el 6% presento sobrepeso, el 4% presento obesidad y el 2% presento desnutrición crónica. Según Bustamante N, ZHagñay P.<sup>7</sup> De acuerdo a la formula peso/talla 150 niños/as están normales y

43 niños/as con desnutrición. Según Cárdenas J. <sup>9</sup> el estudio llegó a las siguientes conclusiones, que el total de niños menores de 5 años con estado nutricional bajo, se caracterizó de la siguiente forma. Bajo peso severo 10 niños y bajo peso 20 niños. La prevalencia de desnutrición aguda según la clasificación de Waterlow-OPS fue de 10%, según Waterlow modificado de 7.5% y según OMS-MINSA de 5%. La prevalencia de población eutrófica según la clasificación de Waterlow-OPS es de 55%, según 2 Waterlow modificado de 40% y según OMS-MINSA de 82.5%. La prevalencia de sobrepeso en según la clasificación de Waterlow-OPS fue de 25% y según OMS-MINSA de 8.75%. La prevalencia de obesidad según la clasificación de Waterlow-OPS fue de 10%, según Waterlow modificado de 20%. Según López M <sup>13</sup> Con respecto al estado nutricional según Peso/edad el 64% (26) presento desnutrición; según peso/talla el 47% (19) presenta desnutrición aguda y según talla/edad el 50% (20) presenta talla baja. Los datos coinciden parcialmente con los hallados, ya que el estado nutricional normal es el que prevalece en la población infantil, mas hay que recalcar que aún existen brechas por cubrir ya que se observa un porcentaje considerable de desnutrición leve y algunos casos de sobrepeso y obesidad, significando esto que a pesar de las condiciones de vida pueden ser favorables, hay alguna razón por lo que se puede obtener al 100% la normalidad en el estado nutricional, pudiendo ser la edad o grado de instrucción de las madres.

En el **gráfico 2** se encontró que con respecto a las condiciones de vida según condiciones socioeconómicas fueron desfavorables con un 56% y el 44% fue favorable. Según Ruiz F. <sup>11</sup> Las madres de familia tenían actividades ocupacionales no remuneradas el 63%, ingreso familiar fue inadecuado el 92%. Según Cárdenas J. <sup>9</sup> los factores que causaron desnutrición en los niños menores de 5 años fueron: factor socioeconómico, además a esto se le suma el déficit de

conocimientos que tienen los padres acerca de cómo alimentar a sus hijos con una dieta balanceada en nutrientes para su crecimiento y desarrollo. Según Coronado Z. <sup>8</sup> los hijos que ocupan el tercer lugar en el hogar, son los más afectados con un 36%. Los resultados encontrados coinciden parcialmente con los de la investigación ya que las condiciones socioeconómicas influyen en la desnutrición, ya que el ingreso económico mensual, el tipo de trabajo o las horas de trabajo hacen que las madres no tengan los recursos para brindar una buena alimentación y tampoco el tiempo para dedicarle al cuidado de sus hijos.

En el **gráfico 3** se encontró que con respecto a las condiciones de vida según condiciones ambientales fueron desfavorables con un 60% y el 40% fue favorable. Según Ruiz F. <sup>11</sup> el 93% presentan vivienda inadecuada. Las condiciones ambientales forma parte fundamental en el desarrollo y estado de salud de los niños, la ausencia de servicios básicos favorece la aparición de enfermedades y por ende la ganancia inadecuada de peso, se debe brindar educación a la población sobre la eliminación de excretas y educar sobre la eliminación de la basura y almacenamiento de agua.

En el **gráfico 4** se encontró que con respecto a las condiciones de vida según condiciones alimentarias fueron desfavorables en un 58% y favorables en un 42%. Según Coronado Z. <sup>8</sup> el factor sociocultural que muchas familias adoptan en la comunidad, hace que muchas veces se tomen actitudes equivocadas, entre ellos malos hábitos en la alimentación, de los niños. Según Ruiz F. <sup>11</sup> La calidad de alimentación que reciben los niños de 2 a 5 años fue inadecuada 55% y adecuada 45%. La alimentación temprana en los niños es primordial para evitar la desnutrición posteriormente pero si no se realizó según las recomendaciones del sector salud, no se asegura que en la infancia el niño presente un peso adecuado, el destete a temprana edad y la alimentación complementaria parcial así como una

alimentación no balanceada son causantes de problemas en el estado nutricional por defecto o exceso.

En el **gráfico 5** se encontró que con respecto a las condiciones de vida según condiciones de salud fueron desfavorables con un 52% y el 48% fue favorable.. Según Quispe Y. <sup>10</sup> Cuatro niños de tuvieron anemia leve, seis de y dos de este mismo tipo de familia tuvieron anemia leve y moderada, respectivamente; el resto no presentó algún grado de anemia. La situación de salud es un factor primordial en la ganancia adecuada de peso de los niños, la presencia de enfermedades no permite al niño asimilar en su totalidad los nutrientes de los alimentos que recibe además de perder el apetito, por lo que se debe evitar la presencia de enfermedades a través de cuidado óptimos en todos los aspectos.

En el **gráfico 6** se encontró que con respecto a las condiciones de vida fueron desfavorables con un 54% y el 46% fue favorable. Según Cárdenas J. <sup>9</sup> los factores que causaron desnutrición en los niños menores de 5 años fueron: factor socioeconómico, además a esto se le suma el déficit de conocimientos que tienen los padres acerca de cómo alimentar a sus hijos con una dieta balanceada en nutrientes para su crecimiento y desarrollo. Los resultados hallados tienen una relación con el estado de ánimo, las condiciones de vida en su mayoría son desfavorables para el desarrollo del niño, es ahí donde se encuentra el problema para que exista problemas en el estado nutricional de los niños, generando no solo un porcentaje considerable de desnutrición leve que puede agravarse, además la presencia de obesidad y desnutrición crónica, se debe hacer énfasis en la prevención con un buen cuidado del niño, en conjunto con buenas prácticas de aseo, alimentación balanceada y evitar la aparición de enfermedades.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **V.a. CONCLUSIONES**

- El estado nutricional según diagnóstico nutricional es adecuado en los niños menores de 5 años del Asentamiento Humano Sumaq Wasi Distrito de la Tinguíña Ica, diciembre-2016. **Por lo que se rechaza la hipótesis planteada para esta variable.**
- Las condiciones de vida según condiciones socioeconómicas, ambientales, alimentarias y de salud fueron desfavorables para los niños menores de 5 años del Asentamiento Humano Sumaq Wasi Distrito de la Tinguíña Ica, diciembre-2016. **Por lo que se acepta la hipótesis para esta variable.**

## **V.b. RECOMENDACIONES**

1. El profesional de enfermería debe de realizar el seguimiento a todos los niños para que se registre sus controles de crecimiento y desarrollo a la edad que le corresponde en forma permanente para identificar oportunamente el estado nutricional y realizar coordinaciones con el área de nutrición para buscar solución en la dieta correspondiente al déficit que exista en el estado nutricional, además de brindar consejería nutricional durante la consulta de CRED.
2. Se debe brindar educación y sensibilización a los padres de los niños en busca de fomentar condiciones de vida adecuadas para sus hijos, prevenir la presencia de enfermedades, educar sobre conocimientos en la alimentación balanceada, lactancia materna y de eliminación de excretas, así como almacenamiento adecuado del agua y hábitos de higiene adecuada. Además de realizar coordinaciones con la municipalidad y entes correspondientes. Fomentar la presencia de espacios y ambientes saludables.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNICEF. Reconocimiento de la importancia de las condiciones de vida en que crecen los niños. Ginebra. 2012. [Fecha de acceso 21 de noviembre del 2016]. URL disponible en: [http://earlychildhoodmagazine.org/wp-content/uploads/2012/07/EPI37\\_1\\_Reconociendo-la-importancia-de-las-condiciones-de-vida\\_Selim-Iltus.pdf](http://earlychildhoodmagazine.org/wp-content/uploads/2012/07/EPI37_1_Reconociendo-la-importancia-de-las-condiciones-de-vida_Selim-Iltus.pdf)
2. Arias M, Tarazona M, Lamus F, Granados C. Estado Nutricional y determinantes sociales asociados en niños Arhuacos menores de 5 años de edad. Rev. Salud pública. Edición 15. N° 4. Colombia. 2013. [Fecha de acceso 21 de noviembre del 2016]. URL disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n4/v15n4a07.pdf>
3. INEI. Desnutrición crónica infantil en niñas y niños menores de cinco años disminuyó en 3,1 puntos porcentuales. Lima. 2016. [Fecha de acceso 21 de noviembre del 2016]. URL disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/desnutricion-cronica-infantil-en-ninas-y-ninos-menores-de-cinco-anos-disminuyo-en-31-puntos-porcentuales-8963/>
4. MINSA. Plan Nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el país, periodo 2014 – 2016. Lima. 2013. [Fecha de acceso 21 de noviembre del 2016]. URL disponible en: [http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/otros\\_lamejo\\_cenan/Plan%20DCI%20Anemia%20%20Versi%C3%B3n%20final.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/otros_lamejo_cenan/Plan%20DCI%20Anemia%20%20Versi%C3%B3n%20final.pdf)
5. Aquino O, Sánchez J. Estado nutricional en niños menores de 5 años/ menores de 3 años y gestantes que acuden a los establecimientos de salud. Lima. [Fecha de acceso 21 de noviembre del 2016]. URL disponible en: [http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/res\\_2013/INFORME%20GERENCIAL%20%20SEMESTRE%202013.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/res_2013/INFORME%20GERENCIAL%20%20SEMESTRE%202013.pdf)

6. INS. Estado nutricional en niños y gestantes de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud. Periodo 2016. Lima 2017. [Fecha de acceso 01 de marzo del 2017]. URL disponible en: <http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/CENAN/sien/2016/INFORME%20GERENCIAL%20SIEN%202016.pdf>
7. Bustamante N, Zhagñay P. Estado nutricional de niños/as menores de 5 años que acuden al Centro de desarrollo infantil Buen Vivir Los Pitufos de la Parroquia El Valle Cuenca. Ecuador. 2014. [Tesis para obtener la licenciatura en enfermería]. [Fecha de acceso 02 de diciembre del 2016]. URL disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20573/1/TESIS.pdf>
8. Coronado Z. Factores asociados a la desnutrición en niños menores de 5 años. Quetzaltenango. Guatemala. 2013. [Tesis para obtener la licenciatura en enfermería]. [Fecha de acceso 02 de diciembre del 2016]. URL disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/09/15/Coronado-Zully.pdf>
9. Cárdenas J. Factores causales de la desnutrición en niños/as menores de cinco años que acuden al Subcentro de la Ciudadela municipal del distrito # 1, Portoviejo Noviembre 2012-abril del 2013. Ecuador. 2013. [Tesis para obtener el grado de maestro]. [Fecha de acceso 02 de diciembre del 2016]. URL disponible en: [file:///C:/Users/Roberto/Downloads/Cardenas\\_Sancan\\_Julia\\_Adriana%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Roberto/Downloads/Cardenas_Sancan_Julia_Adriana%20(2).pdf)
10. Quispe Y. Relación entre Estado nutricional en niñas y niños menores de 5 años con el tipo de familia beneficiaria de un programa social. Distrito Baños del Inca. Cajamarca. 2015. [Tesis para obtener la licenciatura en enfermería]. [Fecha de acceso 02 de diciembre del 2016]. URL disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4392>

11. Ruiz F. Factores sociodemográficos asociados a desnutrición en niños de dos a cinco años de edad Puesto de Salud Tupac Amaru, Ate Vitarte. Lima. 2014. [Tesis para obtener la licenciatura en enfermería]. [Fecha de acceso 02 de diciembre del 2016]. URL disponible en: [http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/386/1/Ruiz\\_f.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/386/1/Ruiz_f.pdf)
12. Valencia P. Estado nutricional de la población menor de 5 años adscrita al Puesto de Salud Aynaca. Lima. 2013. [Tesis para obtener la licenciatura en enfermería]. [Fecha de acceso 02 de diciembre del 2016]. URL disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3580>
13. López M. Factores socioeconómicos y culturales en el estado nutricional de niños menores de 5 años del Puesto de Salud Pueblo Joven Señor de Luren. Ica. 2012. Biblioteca de la Universidad Privada San Juan Bautista. [Tesis para obtener la licenciatura en enfermería]. Pág. 4
14. OMS. Nutrición. [Sede web]. [Fecha de acceso el 6 de diciembre del 2016]. URL disponible en: <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>
15. OMS. 10 datos sobre la nutrición. [Sede web]. [Fecha de acceso el 6 de diciembre del 2016]. URL disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/nutrition/es/>
16. Cáceres J, Quintero F, Richard L, Rincón A, Rodríguez E, et al. Situación nutricional de escolares. Unidad Educativa Santiago Mariño, Municipio Linares Alcántara, Estado de Aragua. Venezuela. 2005. Comunidad y salud. Vol. 5. N° 1. [Fecha de acceso el 6 de diciembre del 2016]. URL disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-32932007000100003](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932007000100003)

17. Arévalo J, Castillo J. Relación entre el estado nutricional y el rendimiento académico en los escolares de la I.E. n° 0655 José Enrique Celis Bardales. Mayo – Diciembre. Perú. 2011. [Fecha de acceso el 6 de diciembre del 2016]. URL disponible en: [http://unsm.edu.pe/spunsm/archivos\\_proyectox/archivo\\_68\\_tesis%20segunda%20parte.pdf](http://unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyectox/archivo_68_tesis%20segunda%20parte.pdf)
18. MINSA. Norma Técnica de salud para el Control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. Lima. 2014. [Fecha de acceso el 6 de diciembre del 2016]. URL disponible en: [http://www.midis.gob.pe/dgsye/data1/files/enic/eje2/estudio-investigacion/NT\\_CRED\\_MINSA2011.pdf](http://www.midis.gob.pe/dgsye/data1/files/enic/eje2/estudio-investigacion/NT_CRED_MINSA2011.pdf)
19. Saludandotudieta.com. Características del estado nutricional. [Sede web]. [Fecha de acceso el 6 de diciembre del 2016]. URL disponible en: <http://saludandotudieta.blogspot.pe/2011/07/caracteristicas-del-estado-nutricional.html>
20. Márquez H, García V, Caltenco M, García E, Márquez H, Villa A. Clasificación y evaluación de la desnutrición en el paciente pediátrico. México. 2012. [Fecha de acceso el 6 de diciembre del 2016]. URL disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2012/rr122d.pdf>
21. UNICEF. La desnutrición infantil: Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. España. 2014. [Fecha de acceso el 6 de diciembre del 2016]. URL disponible en: <https://old.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>
22. UNICEF. Desnutrición infantil. [Sede web]. [Fecha de acceso el 6 de diciembre del 2016]. URL disponible en: [https://www.unicef.org/republicadominicana/health\\_childhood\\_10172.htm](https://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10172.htm)

23. Ramírez M. Desnutrición infantil: causas, tipos y repercusiones. [Fecha de acceso el 6 de diciembre del 2016]. URL disponible en: <https://www.dietistasnutricionistas.es/desnutricion-infantil/>
24. FAO. Enfermedades crónicas con complicaciones nutricionales. USA. 2013. [Fecha de acceso el 6 de diciembre del 2016]. URL disponible en: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s0r.htm>
25. Delgado H, Tuesta P, Valqui I. Factores maternos asociados al riesgo de desnutrición en niños de 6 a 36 años meses del Centro de Salud Morona Cocha. Iquitos. 2015. [Tesis para obtener la licenciatura en enfermería]. [Fecha de acceso 02 de diciembre del 2016]. URL disponible en: <http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/310/1/tesis%20.pdf>
26. Bonilla. A. Prosalud y el derecho a la alimentación: Documento de análisis y posicionamiento. [Fecha de acceso 02 de diciembre del 2016]. URL disponible en: <file:///C:/Users/Roberto/Downloads/AH424.pdf>
27. MINSA. Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. Lima. 2013. [Fecha de acceso 02 de diciembre del 2016]. URL disponible en: [https://www.unicef.org/peru/spanish/NORMA\\_CRED.pdf](https://www.unicef.org/peru/spanish/NORMA_CRED.pdf)
28. Roizen M, Figueroa C, Salvia L, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en niños con enfermedades crónicas: Comparación de la visión de los niños, padres y médico. Buenos Aires. 2007. Arch. Argent. Pediatr. Vol. 105. N° 4. [Fecha de acceso 02 de diciembre del 2016]. URL disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752007000400005](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752007000400005)
29. Villar M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Rev. Acta Med Per. Vol. 28. N° 4. Lima. 2011. [Fecha

de acceso 02 de diciembre del 2016]. URL disponible en:  
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/acta\\_medica/2011\\_n4/pdf/a11v28n4.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/acta_medica/2011_n4/pdf/a11v28n4.pdf)

30. Arribas A, Gasco S, Hernández M, Muñoz E. Papel de enfermería en Atención Primaria. Madrid. 2009. [Fecha de acceso 02 de diciembre del 2016]. URL disponible en:  
[http://www.semap.org/docs/papelEnfermeriaAP2009\[1\].pdf](http://www.semap.org/docs/papelEnfermeriaAP2009[1].pdf)

31. Fundamentos UNS. Florence Nightingale. [Sede web]. [Fecha de acceso el 6 de diciembre del 2016]. URL disponible en:  
<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/florence-nightingale.html>

32. MEDWAVE. Aplicación de la teoría de Henderson y su aproximación al cuidado avanzado en enfermería en un servicio de pediatría. Revista médica. Vol. 12. N°12. [Sede web]. [Fecha de acceso el 6 de diciembre del 2016]. URL disponible en:  
<http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/5548>

33. Rodríguez N. Historia de Nola J. Pender y su modelo de promoción de la salud. México. 2014. [Fecha de acceso el 6 de diciembre del 2016]. URL disponible en:  
<http://nataliaarv.blogspot.pe/2014/10/nola-j-pender.html>

## BIBLIOGRAFÍA

- Castro M. Nutrición Clínica y dietoterapia. Editorial Médica Panamericana. 1era edición. 2012
- Dorotea Orem "Teoría del Autocuidado". Edit. España; 1980.
- Gorgas J, Cardiel N, Zamorano J. Estadística Básica para estudiantes de ciencias. Editorial de la Universidad de Complutense de Madrid. 1era edición. España. 2011.
- Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Editorial McGraw Hill. 4ta edición. México. 2006.
- López O, Saint Martin F. Salud, condiciones de vida y políticas sociales. Miradas sobre México. Editorial EON. 1era edición. México. 2014.
- MINSA. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. Lima. 2015
- Raile M, Marrier A. Modelos y teorías de enfermería. Editorial Elsevier. 7ma edición. España. 2013. Pág. 45 – 47, 59 - 62
- Sabino C. Desarrollo y calidad de vida. Editorial Unión. 1era edición. Guatemala. 2012. Pág. 75 -77

# **ANEXOS**

## ANEXO N° 1

### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Estado nutricional de los niños menores de 5 años.	Grado de adecuación de las características anatómicas y fisiológicas del individuo, con respecto a parámetro considerados normales, relacionados con la ingesta, utilización y excreción de nutrientes.	En los niños y especialmente en el menor de cinco años, debido a la gran velocidad de crecimiento, cualquier factor que altere este equilibrio repercute rápidamente en el crecimiento. Información que se obtendrá a través de las medidas antropométricas, obteniendo el valor final: Adecuado e inadecuado	Diagnostico Nutricional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obesidad</li>   <li>• Sobrepeso</li>   <li>• Normal</li>   <li>• Desnutrición Aguda</li>   <li>• Desnutrición crónica</li> </ul>



			<p>Condiciones de salud</p>	<p>consume</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desnutrición en los niños</li> <li>▪ Frecuencia de enfermedades infecciosas</li> <li>▪ Enfermedades crónicas</li> <li>▪ Frecuencia que enferma el niño (a) durante el año</li> <li>▪ Presencia de anemia</li> </ul>
--	--	--	-----------------------------	---

**ANEXO N° 2**

**INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN**

**FICHA DE REGISTRO DE VALORES ANTROPOMÉTRICOS**

<b>N°</b>	<b>SEXO</b>	<b>EDAD</b>	<b>PESO (gr)</b>	<b>TALLA (cm)</b>	<b>ESTADO NUTRICIONAL</b>
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

## **CUESTIONARIO SOBRE CONDICIONES DE VIDA**

### **I. INTRODUCCION:**

Estimada Señora, soy egresada de la Escuela de Enfermería de la Universidad Privada San Juan Bautista, me encuentro realizando un estudio de investigación titulado: “Estado nutricional y condiciones de vida de los niños menores de 5 años del Asentamiento Humano Sumaq Wasi distrito de La Tinguiña Ica, Diciembre-2016”, con el objetivo de determinar el estado nutricional y las condiciones de vida de los niños menores de cinco años. Le agradeceré responder la totalidad del enunciado con veracidad ya que son de carácter anónimo.

### **II. INSTRUCCIONES:**

A continuación Ud. responderá lo que crea conveniente sobre la base de las alternativas siguientes:

#### **DATOS GENERALES**

##### **1.- Edad**

- a) De 18 a 23 años
- b) De 24 a 29 años
- c) De 30 a 35 años
- d) De 36 a más años

##### **2.- Grado de instrucción**

- a) Sin educacion
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

## **CONDICIONES SOCIOECONÓMICOS**

1. ¿Cuál es el total de ingreso económico familiar mensual?
  - a) De 850 soles mensuales
  - b) Menor a 850 soles mensuales
  - c) Mayor o igual a 1000 soles mensuales
2. ¿Cuáles son las horas diarias laborables de la madre?
  - a) Más de 8 horas
  - b) Menos de 8 horas
  - c) No trabaja
3. ¿Cuál es la condición laboral del jefe del hogar?
  - a) Trabajo estable
  - b) Trabajo temporal
  - c) No trabaja
4. ¿Número de hijos de la familia?
  - a) Un hijo
  - b) Dos hijos
  - c) Más de dos
5. ¿Número de familias que habita en la vivienda?
  - a) Una familia
  - b) Dos familias
  - c) Más de dos

## **CONDICIONES AMBIENTALES**

6. ¿Cuenta con servicio de agua potable?
  - a) Conexión potable intradomiciliaria
  - b) Pileta publica
  - c) Camión/cisterna

7. ¿Cómo se elimina la basura en su vivienda?
  - a) Carro recolector municipal
  - b) Campo abierto
  - c) Quemado
8. ¿Cómo realiza la eliminación de sus excretas?
  - a) Conexión de sistema de desague
  - b) Letrina/pozo ciego
  - c) Campo abierto
9. ¿Tiene luz eléctrica en su domicilio?
  - a) Energía eléctrica permanente
  - b) Energía eléctrica por horas
  - c) Sin energía

## **CONDICIONES ALIMENTARIAS**

10. ¿Brindo a su niño lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses?
  - a) Brindo hasta los seis meses
  - b) Menor a los seis meses
  - c) No le brindo lactancia materna
11. ¿A los cuantos meses su niño inicio con la alimentación complementaria?
  - a) A los 6 meses
  - b) Anterior a los 6 meses
  - c) Posterior a los 6 meses
12. ¿Con que frecuencia su niño consume alimentos rico en proteínas (lácteos, carne, hígado, vísceras, huevo, etc.)?
  - a) Diario
  - b) A veces
  - c) No consume

## CONDICIONES DE SALUD

13. ¿Su niño ha presentado algún tipo de desnutrición como:
- a) Desnutrición crónica
  - b) Desnutrición aguda
  - c) No presente
14. ¿En los últimos meses su niño ha presentado enfermedades infecciosas como:
- a) Infecciones respiratorias agudas IRA
  - b) Enfermedades diarreicas agudas EDA
  - c) No ha presentado
15. Su niño presenta enfermedades crónicas como: diabetes, problemas cardiacos, asma?
- a) Presenta más de dos enfermedades crónicas
  - b) Presenta una enfermedad crónica
  - c) No presenta
16. ¿Con que frecuencia se enferma su niño durante el año?
- a) Más de tres veces al año
  - b) Menos de tres veces al año
  - c) No se enferma
17. ¿Su niño presenta anemia?
- a) Si
  - b) No
  - c) No sabe

---

Nombre del encuestador:

.....

Fecha:.....

**ANEXO N° 3**  
**CODIFICACION DE ÍTEMS**

<b>ITEMS</b>	<b>a</b>	<b>b</b>	<b>c</b>
<b>CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS</b>			
1	1	0	2
2	1	2	0
3	2	1	0
4	2	1	0
5	2	1	0
<b>CONDICIONES AMBIENTALES</b>			
6	2	1	0
7	2	1	0
8	2	1	0
9	2	1	0
<b>CONDICIONES ALIMENTARIAS</b>			
10	2	1	0
11	2	1	0
12	2	1	0
<b>CONDICIONES DE SALUD</b>			
13	0	1	2
14	0	0	2
15	0	1	2
16	2	0	1

17	2	1	0
----	---	---	---

## ANEXO N° 4

### VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO PRUEBA BINOMIAL

ITEMS	EXPERTO N°1	EXPERTO N°2	EXPERTO N°3	EXPERTO N°4	EXPERTO N° 5	P
1	1	1	1	1	1	0.031
2	1	1	1	1	1	0.031
3	1	1	1	1	0	0.062
4	1	1	1	1	1	0.031
5	1	1	1	1	1	0.031
6	1	1	1	1	1	0.031
7	1	1	1	1	1	0.031
					$\Sigma P$	0.248

**Se ha considerado:**

0 = Si la respuesta es negativa.

1 = Si la respuesta es positiva.

N = Número de jueces expertos.

$$P = \frac{\Sigma P}{N}$$

$$P = \frac{0.248}{7}$$

$$P = 0.036$$

Si  $P \leq 0.5$ , el grado de concordancia es significativo, y el instrumento es válido. Por lo tanto al obtener 0.036 el instrumento planteado es válido.

## ANEXO N° 5

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

#### COEFICIENTE DE ALFA DE CRONBACH ( $\alpha$ )

Para determinar la confiabilidad del cuestionario de la investigación, se utilizó el coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach, cuya fórmula es:

$$\alpha = \left[ \frac{K}{K - 1} \right] \left[ 1 - \frac{\sum_{i=1}^K S_i^2}{S_t^2} \right],$$

Dónde:

- $S_i^2$  es la varianza del ítem  $i$ ,
- $S_t^2$  es la varianza de la suma de todos los ítems y
- $K$  es el número de preguntas o ítems.

Se obtuvo los siguientes resultados Estadísticos de confiabilidad:

VARIABLE	ALFA DE CROMBACH
VARIABLE 1	0.80
VARIABLE 2	0.81

Para que el Instrumento sea confiable  $\alpha$  debe ser  $\geq 0.5$  y mientras más se acerque a 1 este será más confiable, por lo tanto con los datos obtenidos podemos decir que el instrumento es altamente confiable.

**ANEXO N° 6**

**TABLA MATRIZ ESTADO NUTRICIONAL**

<b>N°</b>	<b>SEXO</b>	<b>EDAD</b>	<b>PESO (gr)</b>	<b>TALLA (cm)</b>	<b>ESTADO NUTRICIONAL</b>
1	F	3 a 4 m	12.500	90.5	Desnutrido leve
2	F	4 a 8 m	16.900	115	Normal
3	F	7m	8.500	69	Normal
4	M	3 a 1m	13.000	90.1	Normal
5	F	4 a	13.900	97.5	Desnutrido leve
6	F	4 a	14.500	98.9	Normal
7	F	4 a 5 m	17.200	108.5	Sobrepeso
8	M	4 a 2 m	15.100	97	Normal
9	M	11m	9.500	74.5	Normal
10	M	3 a 2 m	14.600	90.6	Normal
11	F	4 a 2 m	18.800	108	Obesidad
12	M	4 a 3 m	12.900	93	Desnutrido Leve
13	F	1 a 11 m	9.360	82.5	Desnutrido Crónico
14	F	1 a 2 m	8.300	72.3	Desnutrido Leve
15	F	3 a 1 m	11.100	90.3	Desnutrido Leve
16	F	1 a	8.720	73.3	Normal

17	M	2 a 2 m	14.900	87	Sobrepeso
18	F	7 m	8.100	64.3	Normal
19	F	4 a	15.000	93.5	Normal
20	M	1 a	10.000	75.5	Normal
21	M	4 a 1 m	15.100	93.4	Normal
22	F	2 a 4m	12.800	87.5	Normal
23	F	2 a 2 m	12.500	86	Normal
24	M	4 a 8m	14.800	101.3	Desnutrido Leve
25	M	4 a 6m	14.340	98.5	Normal
26	M	8m	9.610	72.2	Normal
27	F	2 a 11m	13.500	92.6	Normal
28	M	3 a 5m	12.600	90.5	Desnutrido Leve
29	M	2 a	11.000	93.4	Normal
30	M	3 a 3m	13.100	93.5	Normal
31	F	3 a 10m	14.800	94.2	Normal
32	M	2 a 2m	12.060	85.3	Normal
33	F	1 a 7m	11.000	77	Normal
34	M	4 a 3m	17.200	100	Sobrepeso
35	F	3 a 1m	12.300	87.7	Desnutrido Leve

36	F	2 a 5m	12.350	85.2	Normal
37	F	3 a 2m	14.000	93	Normal
38	M	3 a 2m	12.000	90.4	Desnutrido Leve
39	M	1 a 9m	14.000	87.7	Obesidad
40	M	2 a 5m	10.300	83.3	Desnutrido Leve
41	F	2 a 2m	13.000	84	Normal
42	F	9m	8.900	73	Normal
43	F	8m	8.100	70.5	Normal
44	M	10m	9.150	77.5	Normal
45	M	2 a 2m	12.200	81.5	Normal
46	M	11m	10.100	76	Normal
47	M	1 a 5m	12.100	61	Normal
48	F	3 a 11m	15.340	99.7	Normal
49	M	2 a 6m	10.00	95.5	Desnutrido Leve
50	M	1 a 10m	10.400	85.5	Normal

**TABLA MATRIZ CONDICIONES DE VIDA**

N°	DATOS GENERALES		VARIABLE CONDICIONES DE VIDA																			T		
			C. SOCIOECONOMICAS						C. AMBIENTALES					C. ALIMENTARIAS				C. DE SALUD						
	1	2	1	2	3	4	5	ST	6	7	8	9	ST	10	11	12	ST	13	14	15	16		17	ST
<b>1</b>	1	2	0	0	1	2	2	<b>5</b>	1	1	1	1	<b>4</b>	1	1	1	<b>3</b>	2	0	1	1	2	<b>6</b>	<b>18</b>
<b>2</b>	1	1	0	1	1	0	1	<b>3</b>	1	2	1	2	<b>6</b>	2	0	1	<b>3</b>	1	0	2	1	2	<b>6</b>	<b>18</b>
<b>3</b>	3	2	0	0	1	2	1	<b>4</b>	1	0	1	2	<b>4</b>	1	1	1	<b>3</b>	2	0	2	1	1	<b>6</b>	<b>17</b>
<b>4</b>	2	3	1	0	1	1	2	<b>5</b>	1	2	1	2	<b>6</b>	2	2	1	<b>5</b>	2	0	2	1	2	<b>7</b>	<b>23</b>
<b>5</b>	4	2	1	1	1	2	1	<b>6</b>	1	1	1	1	<b>4</b>	1	1	1	<b>3</b>	1	0	1	1	1	<b>4</b>	<b>17</b>
<b>6</b>	1	2	0	0	1	1	2	<b>4</b>	1	1	1	1	<b>4</b>	1	1	1	<b>3</b>	2	0	1	1	1	<b>5</b>	<b>16</b>
<b>7</b>	1	1	1	1	1	1	1	<b>5</b>	1	1	1	0	<b>3</b>	2	0	1	<b>3</b>	2	0	2	1	0	<b>5</b>	<b>16</b>
<b>8</b>	2	3	1	2	1	1	2	<b>7</b>	1	1	1	0	<b>3</b>	2	0	1	<b>3</b>	2	0	1	1	1	<b>5</b>	<b>18</b>
<b>9</b>	1	3	1	1	1	0	2	<b>5</b>	1	2	1	2	<b>6</b>	2	2	1	<b>5</b>	2	0	2	1	2	<b>6</b>	<b>22</b>
<b>10</b>	1	2	1	1	2	2	2	<b>8</b>	1	0	1	1	<b>3</b>	1	0	1	<b>2</b>	2	2	2	1	1	<b>8</b>	<b>21</b>
<b>11</b>	2	4	1	1	1	0	2	<b>5</b>	1	2	1	0	<b>4</b>	1	0	1	<b>3</b>	2	0	1	1	0	<b>4</b>	<b>16</b>

<b>12</b>	1	2	1	1	1	2	2	<b>7</b>	1	0	1	0	<b>2</b>	1	0	1	<b>2</b>	1	0	2	1	0	<b>4</b>	<b>15</b>
<b>13</b>	2	3	1	2	1	0	0	<b>4</b>	1	0	1	0	<b>2</b>	1	1	1	<b>3</b>	2	0	1	1	0	<b>4</b>	<b>13</b>
<b>14</b>	1	2	0	1	1	1	2	<b>5</b>	1	2	1	2	<b>6</b>	1	1	1	<b>3</b>	2	2	2	1	0	<b>7</b>	<b>21</b>
<b>15</b>	2	3	0	1	1	0	2	<b>4</b>	1	1	1	1	<b>4</b>	2	1	1	<b>4</b>	2	2	2	1	0	<b>7</b>	<b>19</b>
<b>16</b>	1	2	2	2	1	2	2	<b>9</b>	1	1	1	1	<b>4</b>	0	2	1	<b>3</b>	1	0	2	1	0	<b>4</b>	<b>20</b>
<b>17</b>	1	1	1	1	1	1	1	<b>5</b>	1	1	1	0	<b>3</b>	1	1	1	<b>3</b>	2	0	2	1	2	<b>7</b>	<b>18</b>
<b>18</b>	2	3	2	1	1	2	2	<b>8</b>	1	2	1	2	<b>6</b>	1	1	1	<b>3</b>	2	0	2	1	0	<b>5</b>	<b>24</b>
<b>19</b>	2	2	2	0	1	1	2	<b>6</b>	1	1	1	1	<b>4</b>	2	2	1	<b>5</b>	1	0	2	2	2	<b>7</b>	<b>22</b>
<b>20</b>	3	2	2	0	1	1	1	<b>5</b>	1	0	1	1	<b>3</b>	0	2	1	<b>3</b>	1	2	0	0	1	<b>4</b>	<b>15</b>
<b>21</b>	2	4	0	1	1	2	2	<b>6</b>	1	2	1	1	<b>5</b>	0	1	0	<b>1</b>	1	0	2	1	0	<b>4</b>	<b>16</b>
<b>22</b>	4	2	1	1	1	1	1	<b>5</b>	1	2	1	1	<b>5</b>	0	1	1	<b>2</b>	2	0	0	2	0	<b>4</b>	<b>16</b>
<b>23</b>	2	3	1	0	1	2	2	<b>6</b>	1	2	1	2	<b>6</b>	0	2	1	<b>3</b>	2	0	2	0	1	<b>5</b>	<b>20</b>
<b>24</b>	4	2	1	1	2	2	2	<b>8</b>	1	2	1	2	<b>6</b>	2	2	1	<b>5</b>	2	0	2	1	2	<b>7</b>	<b>26</b>
<b>25</b>	2	4	1	1	1	1	1	<b>5</b>	1	1	1	0	<b>3</b>	2	0	1	<b>3</b>	2	0	2	1	1	<b>6</b>	<b>17</b>
<b>26</b>	2	2	2	0	1	0	2	<b>7</b>	1	0	1	2	<b>4</b>	1	1	1	<b>3</b>	2	0	2	2	0	<b>6</b>	<b>20</b>

<b>27</b>	4	1	2	0	1	0	2	<b>5</b>	1	0	1	2	<b>4</b>	1	1	1	<b>3</b>	2	0	2	0	0	<b>4</b>	<b>16</b>
<b>28</b>	3	2	2	1	1	0	1	<b>5</b>	1	1	1	2	<b>5</b>	2	0	1	<b>3</b>	1	0	1	1	0	<b>3</b>	<b>16</b>
<b>29</b>	2	3	1	1	1	1	1	<b>5</b>	1	2	1	1	<b>5</b>	1	1	0	<b>2</b>	1	0	2	1	0	<b>4</b>	<b>16</b>
<b>30</b>	1	2	0	1	1	0	1	<b>3</b>	1	1	1	1	<b>4</b>	2	2	1	<b>5</b>	1	0	2	1	0	<b>4</b>	<b>16</b>
<b>31</b>	2	2	0	1	1	1	2	<b>5</b>	1	2	1	2	<b>6</b>	2	2	1	<b>5</b>	2	0	2	1	0	<b>5</b>	<b>21</b>
<b>32</b>	1	3	1	1	1	1	2	<b>6</b>	1	2	1	0	<b>4</b>	1	2	1	<b>4</b>	1	0	2	1	1	<b>5</b>	<b>19</b>
<b>33</b>	1	2	1	0	1	1	2	<b>5</b>	1	2	1	2	<b>6</b>	2	2	2	<b>6</b>	2	0	2	2	0	<b>6</b>	<b>23</b>
<b>34</b>	1	3	1	0	1	1	2	<b>5</b>	1	0	1	2	<b>4</b>	2	2	1	<b>5</b>	1	2	2	2	0	<b>7</b>	<b>21</b>
<b>35</b>	2	4	1	0	1	1	2	<b>5</b>	1	2	1	2	<b>6</b>	1	1	2	<b>4</b>	2	0	2	2	0	<b>6</b>	<b>21</b>
<b>36</b>	2	3	1	0	1	1	2	<b>5</b>	1	1	1	1	<b>4</b>	1	1	1	<b>3</b>	2	0	1	1	2	<b>6</b>	<b>18</b>
<b>37</b>	3	3	1	0	1	1	2	<b>5</b>	1	0	1	1	<b>3</b>	2	2	1	<b>5</b>	1	0	2	0	1	<b>4</b>	<b>17</b>
<b>38</b>	2	1	0	0	1	1	2	<b>4</b>	1	1	1	0	<b>3</b>	2	2	1	<b>5</b>	2	0	2	0	0	<b>4</b>	<b>16</b>
<b>39</b>	1	3	1	1	1	2	2	<b>7</b>	1	2	1	2	<b>6</b>	1	1	0	<b>2</b>	1	0	2	2	0	<b>5</b>	<b>20</b>
<b>40</b>	1	3	0	0	1	2	2	<b>5</b>	1	0	1	0	<b>2</b>	1	1	1	<b>3</b>	2	0	2	1	0	<b>5</b>	<b>15</b>
<b>41</b>	1	3	0	1	1	0	1	<b>3</b>	1	1	1	1	<b>4</b>	2	0	1	<b>3</b>	1	0	2	1	0	<b>4</b>	<b>14</b>

<b>42</b>	2	4	0	0	1	2	2	<b>5</b>	1	0	1	1	<b>3</b>	2	1	2	<b>5</b>	1	1	0	1	1	<b>4</b>	<b>17</b>
<b>43</b>	1	3	1	0	1	1	2	<b>5</b>	1	2	1	2	<b>6</b>	2	2	1	<b>5</b>	2	0	2	1	0	<b>5</b>	<b>21</b>
<b>44</b>	3	4	1	1	1	2	2	<b>7</b>	1	1	1	1	<b>4</b>	1	1	1	<b>3</b>	2	2	2	1	0	<b>7</b>	<b>21</b>
<b>45</b>	1	3	2	1	1	0	2	<b>6</b>	1	2	1	2	<b>6</b>	2	2	1	<b>5</b>	2	0	2	1	0	<b>5</b>	<b>22</b>
<b>46</b>	1	4	1	1	1	1	1	<b>5</b>	1	2	1	1	<b>5</b>	1	1	1	<b>3</b>	1	0	0	1	0	<b>2</b>	<b>15</b>
<b>47</b>	2	3	0	1	1	0	1	<b>3</b>	1	1	1	1	<b>4</b>	2	0	1	<b>3</b>	1	0	2	1	1	<b>5</b>	<b>15</b>
<b>48</b>	1	4	0	1	1	1	2	<b>5</b>	1	2	1	2	<b>6</b>	2	2	1	<b>5</b>	2	0	2	1	0	<b>5</b>	<b>21</b>
<b>49</b>	1	3	1	1	1	1	1	<b>5</b>	1	1	1	0	<b>3</b>	2	2	1	<b>5</b>	1	0	1	1	0	<b>3</b>	<b>16</b>
<b>50</b>	1	3	1	0	1	1	2	<b>5</b>	1	2	1	2	<b>6</b>	2	2	1	<b>5</b>	2	0	1	1	0	<b>4</b>	<b>20</b>

**ANEXO N° 7**

**TABLAS DE FRECUENCIA**

**TABLA 3**

**ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL  
ASENTAMIENTO HUMANO SUMAQ WASI, LA TINGUIÑA ICA  
DICIEMBRE 2016**

<b>ESTADO NUTRICIONAL</b>		<b>Fr</b>	<b>%</b>
ADECUADO	NORMAL	33	66
	OBESIDAD	2	4
INADECUADO	SOBREPESO	3	6
	DESNUTRICION LEVE	11	22
	DESNUTRICION CRONICA	1	2
<b>TOTAL</b>		<b>50</b>	<b>100</b>

**TABLA 4**

**CONDICIONES DE VIDA SEGÚN CONDICIONES SOCIOECONOMICAS  
DE LOS NIÑOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO SUMAQ WASI LA  
TINGUIÑA, ICA DICIEMBRE 2016**

<b>CONDICIONES SOCIOECONOMICAS</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
FAVORABLE	22	44
DESFAVORABLE	28	56
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**TABLA 5**  
**CONDICIONES DE VIDA SEGÚN CONDICIONES AMBIENTALES DE**  
**LOS NIÑOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO SUMAQ WASI LA**  
**TINGUIÑA, ICA DICIEMBRE 2016**

<b>CONDICIONES AMBIENTALES</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
FAVORABLE	20	40
DESFAVORABLE	30	60
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**TABLA 6**  
**CONDICIONES DE VIDA SEGÚN CONDICIONES ALIMENTARIAS DE**  
**LOS NIÑOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO SUMAQ WASI LA**  
**TINGUIÑA, ICA DICIEMBRE 2016**

<b>CONDICIONES ALIMENTARIAS</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
FAVORABLE	21	42
DESFAVORABLE	29	58
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**TABLA 7**  
**CONDICIONES DE VIDA SEGÚN CONDICIONES DE SALUD DE**  
**LOS NIÑOS DEL ASENTAMIENTO HUMANO SUMAQ WASI**  
**LA TINGUIÑA, ICA DICIEMBRE 2016**

<b>CONDICIONES DE SALUD</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
FAVORABLE	26	52
DESFAVORABLE	24	48
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**TABLA 8**  
**CONDICIONES DE VIDA DE LOS NIÑOS DEL ASENTAMIENTO**  
**HUMANO SUMAQ WASI LA TINGUIÑA, ICA**  
**DICIEMBRE 2016**

<b>CONDICIONES DE VIDA</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
FAVORABLE	23	46
DESFAVORABLE	27	54
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

## ANEXO N° 8

### TABLAS DE MEDICION DEL ESTADO NUTRICIONAL

#### Curva de crecimiento de la niña menor de 5 años

