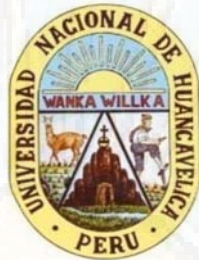


“Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad”

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
(CREADA POR LEY N°25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

TESIS

**CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS EN LOS
NIÑOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA MENORES DE
5 AÑOS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
SAPALLANGA, JUNÍN 2018**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
PROMOCION DE LA SALUD**

**PRESENTADO POR:
Lic. Gomez Rivera, Nancy**

**PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN: SALUD
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**HUANCAVELICA – PERÚ
2019**

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 22 días del mes de abril a las 09:00 horas del año 2019 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del (la) Egresado(a): GOMEZ RIVERA NANCY

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : Mg. Tula Susana Guerra Olivares
Secretario : Mg. Rossibel Juana Muñoz De la Torre
Vocal : Mg. Aida Lizbeth Larico Lopez

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

Características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidas en el centro de salud Sapallanga, Junín 2018.

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 030 - 2019 concluyendo a las 10:00 horas. Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de: Aprobado por unanimidad.

Observaciones:

Ciudad Universitaria de Paturpampa, 22 de abril 2019

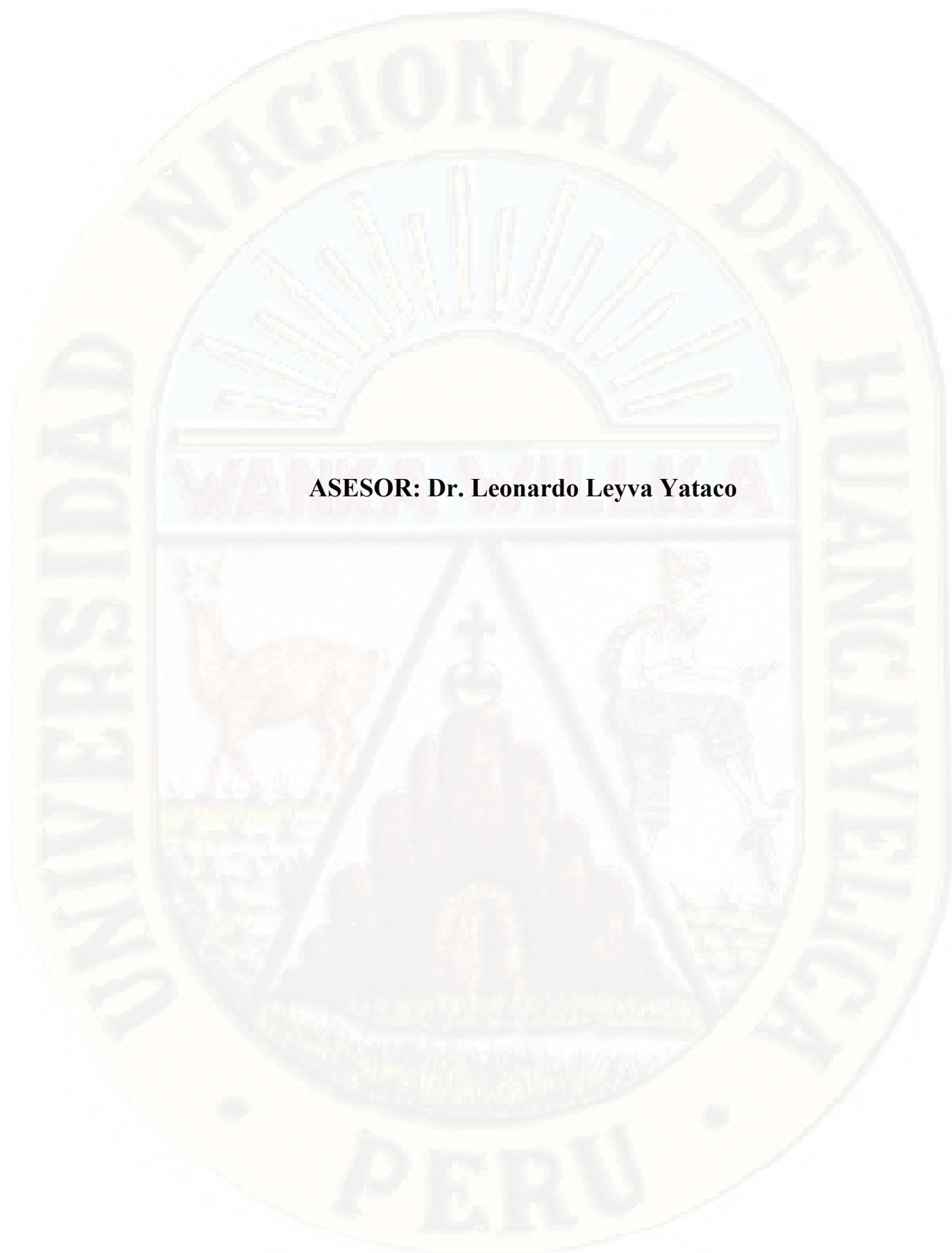
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
[Signature]
Mg. TULA S. GUERRA OLIVARES
PRESIDENTE PRINCIPAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
P.S.E. OBSTETRICIA
[Signature]
Obsta. Aida Lizbeth Larico Lopez
VOCAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
P.S.E. OBSTETRICIA
[Signature]
SECRETARIO
Mg. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE
DIRECTORA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO
V. B. DE CANA
[Signature]
Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
DECANA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA DOCENTE
[Signature]
Mg. Nelly Y. Riveros Laurente
OBSTETRA
C.O.P. N° 20259



ASESOR: Dr. Leonardo Leyva Yataco



Dedicatoria

El presente trabajo lo dedico principalmente a Dios, por darme la fuerza para continuar mi desarrollo personal y obtener uno de mis anhelos ms deseados, el ser especialista

A mi amado hijo Cristhofer Andy Orihuela Gómez, por ser mi fuente de motivación para poder superarme cada día más.

Agradecimiento

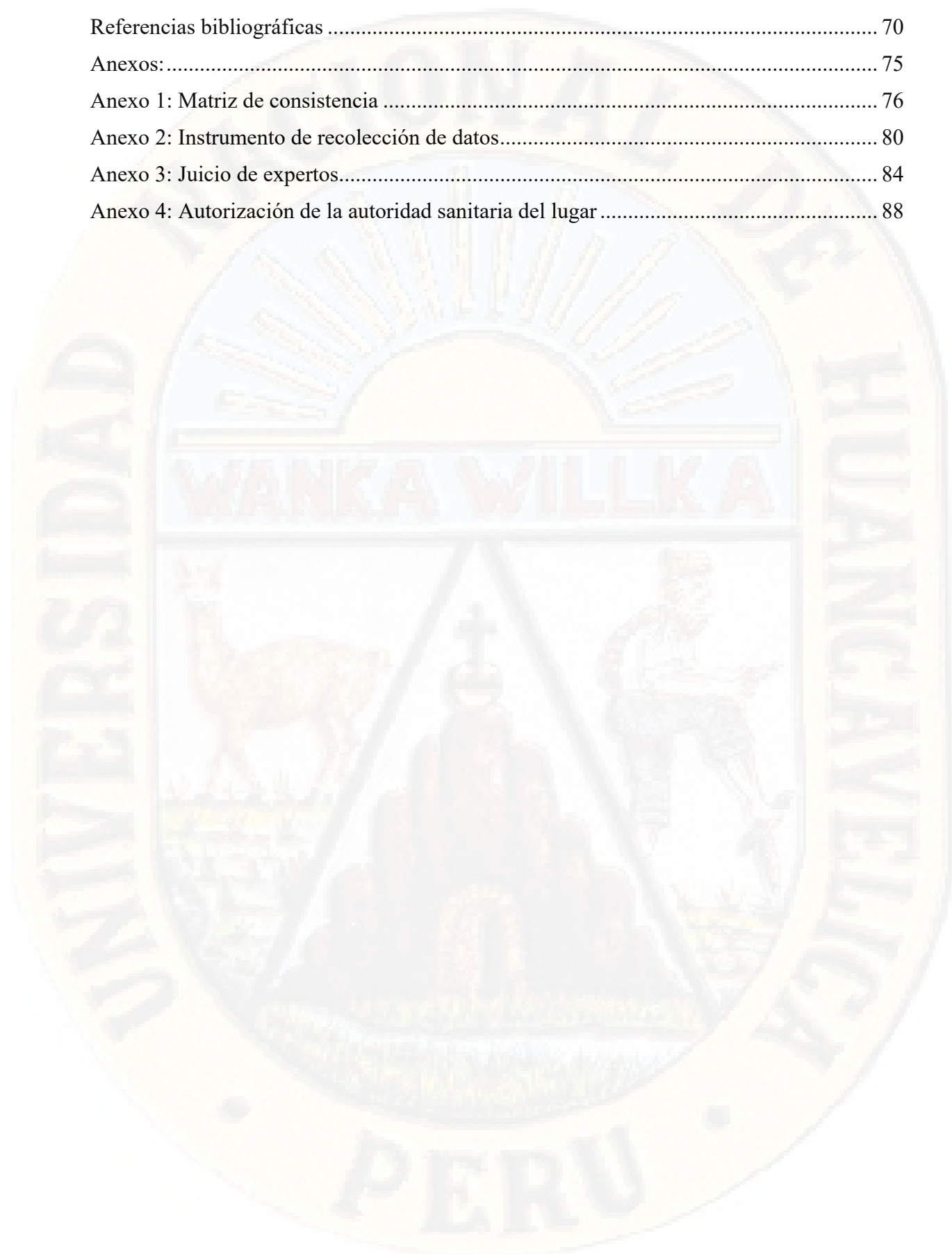
Agradezco a nuestros docentes de la Especialidad en Salud Familiar y Comunitaria, de la Facultad de Ciencias de la Salud; por haber compartido sus conocimientos y experiencia en nuestra formación, de manera especial, a mi asesor doctor Leonardo Leyva, quien me ha guiado y brindado todo su apoyo en el desarrollo de la investigación

Para finalizar agradezco a mi familia que siempre me apoyo incondicionalmente.

Índice

Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Índice de tablas	vii
Resumen	ix
Abstract.....	x
Introducción.....	xi
CAPÍTULO I	
PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del problema	13
1.2. Formulación del problema.....	16
1.3. Objetivos de la investigación.....	16
1.4. Justificación	17
1.5. Limitaciones	18
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación.....	19
2.2. Bases teóricas	24
2.3. Variables de estudio	39
2.4. Definición de términos	43
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Ámbito de estudio.....	44
3.2. Tipo de investigación	44
3.3. Nivel de investigación	44
3.4. Métodos de investigación	45
3.5. Diseño de investigación.....	45
3.6. Población, muestra y muestreo.....	46
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	46
3.8. Procedimiento de recolección de datos	46
3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	47
CAPÍTULO IV	
ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	
4.1. Presentación e interpretación de datos.....	48
4.2. Discusión	64
Conclusiones.....	68
Recomendaciones	69

Referencias bibliográficas	70
Anexos:.....	75
Anexo 1: Matriz de consistencia	76
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos.....	80
Anexo 3: Juicio de expertos.....	84
Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar	88



Índice de tablas

Tabla 1.	Edad, peso y talla del niño menor de 5 años con desnutrición crónica atendido en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.	48
Tabla 2.	Nivel de instrucción de la madre y el padre del niño menor de 5 años con desnutrición crónica atendido en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018	49
Tabla 3.	Estado civil de los padres del niño menor de 5 años con desnutrición crónica atendido en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.	50
Tabla 4.	Número de hijos en la familia del niño menor de 5 años con desnutrición crónica atendido en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.	51
Tabla 5.	Tipo de familia del niño menor de 5 años con desnutrición crónica atendido en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.	52
Tabla 6.	Ingreso familiar, miembros de la familia, personas por habitación y comidas por día en las familias de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.	53
Tabla 7.	Material del piso de la vivienda de las familias de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.	54
Tabla 8.	Material de las paredes de la vivienda de las familias de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.	55
Tabla 9.	Material del techo de la vivienda de las familias de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.	56
Tabla 10.	Lugar de eliminación de excretas en las familias de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.	57

Tabla 11.	Lugar de disposición de la basura en las familias de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.	58
Tabla 12.	Servicios en los domicilios de las familias de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.	59
Tabla 13.	Servicio de agua de consumo humano en las familias de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.	60
Tabla 14.	Combustible para cocinar, forma de conservar alimentos y transporte propio en las familias de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.	61
Tabla 15.	Presencia de vectores de transmisión de enfermedades en las viviendas de las familias de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.	62
Tabla 16.	Tenencia de animales por las familias de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.	63

Resumen

Objetivo. Determinar las características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018. **Método.** La investigación fue observacional, transversal de nivel descriptivo. El método fue inductivo, diseño descriptivo simple. La población fueron las familias de los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidas en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018; según registros estadísticos son un total de 66 familias. La muestra fue censal. La técnica fue la encuesta, el instrumento fue el cuestionario. **Resultados.** La edad promedio de los de niños con desnutrición crónica fue de 24.2 meses, el peso promedio fue de 10.6 kilogramos, la talla promedio fue de 80.0 centímetros, el 21.2% (14) de las madres tuvieron secundaria completa, el 31.8% (21) de los padres tuvieron secundaria completa, el 80.3% (53) de los padres fueron convivientes, el 15.2% (10) fueron casados, el 4.5% (3) fueron solteros. El promedio de hijos por familia fue de 2.2. El 89.4% (59) tuvieron familias nucleares, el 6.1% (4) familias extendidas, el 4.5% (3) familias reconstituidas. El ingreso promedio mensual por familia fue de S/. 647.88 soles, el ingreso mensual máximo fue de S/. 900.00 soles. El promedio de miembros por familia fue de 4, el promedio de personas por habitación fue de 2, el 100% de las familias consumieron 3 comidas por día. En sus viviendas el 48.5% (32) tuvieron piso de cemento/ladrillo, el 48.5% (32) de tierra, el 3% (2) de loseta/cerámicos, el 65.2% (43) tuvieron paredes de adobe o tapia, el 34.8% (23) paredes de cemento/ladrillo, el 63.6% (42) techos de madera y/o tejas; el 36.4% (24) techos de material noble. El 66.7% (44) eliminaron sus excretas por la red pública, el 33.3% (22) en las letrinas. El 63.6% (42) colocaron la basura a campo abierto, el 36.4% (24) eliminaron la basura a través de carro recolector. El 100% de las familias tuvieron servicios telefónicos y/o celular, servicio eléctrico, agua con tratamiento para el consumo, su abastecimiento fue de la red pública dentro de la vivienda y conservaron sus alimentos a temperatura ambiente. El 100% no tuvo servicio de internet, TV cable, espacios para el almacenamiento, conservación, manipulación, consumo de alimentos y transporte propio. El 80.3% (53) tuvieron el servicio de agua y desagüe. El 40.9% (27) utilizaron para cocinar gas y/o electricidad, el 59.1% (39) utilizaron leña. El 36.4% tuvieron en sus domicilios vectores que transmiten enfermedades, el 100% (66) tuvieron perros y/o gatos. Ninguna familia tuvo animales de importancia económica y no convivieron con animales en la vivienda. **Conclusiones.** Las características de las familias, el bajo ingreso económico mensual, las condiciones desfavorables de las viviendas y servicios básicos; la presencia de vectores entre otros son condiciones inadecuadas que exponen a los niños y demás miembros de la familia a diversos riesgos para la salud; por lo que es necesario una intervención integral con involucramiento de los gobiernos locales y regional.

Palabras clave: Menor de 5 años, desnutrición crónica, familia, salud familiar, características familiares.

Abstract

Objective. To determine the characteristics of families in children with chronic malnutrition under 5 years of age served at the Sapallanga Health Center, Junín 2018. **Method.** The investigation was observational, transversal of descriptive level. The method was inductive, simple descriptive design. The population was the families of children with chronic malnutrition under 5 years of age served at the Sapallanga Health Center, Junín 2018; According to statistical records there are a total of 66 families. The sample was census. The technique was the survey, the instrument was the questionnaire. **Results:** The average age of children with chronic malnutrition was 24.2 months, the average weight was 10.6 kilograms, the average height was 80.0 centimeters, 21.2% (14) of mothers had complete high school, 31.8% (21) of the parents had full high school, 80.3% (53) of the parents were cohabitants, 15.2% (10) were married, 4.5% (3) were single. The average number of children per family was 2.2. 89.4% (59) had nuclear families, 6.1% (4) extended families, 4.5% (3) reconstituted families. The average monthly income per family was S /. 647.88 soles, the maximum monthly income was S /. 900.00 soles. The average number of members per family was 4, the average number of people per room was 2, 100% of the families consumed 3 meals per day. In their homes, 48.5% (32) had cement / brick floors, 48.5% (32) of earth, 3% (2) of tile / ceramics, 65.2% (43) had adobe or mud walls, 34.8% (23) cement / brick walls, 63.6% (42) wooden ceilings and / or tiles; 36.4% (24) ceilings of noble material. 66.7% (44) eliminated their excreta through the public network, 33.3% (22) in the latrines. 63.6% (42) placed the garbage in the open field, 36.4% (24) eliminated the garbage through the collector car. 100% of the families had telephone and / or cellular services, electric service, water with treatment for consumption, their supply was from the public network inside the house and they kept their food at room temperature. 100% did not have internet service, cable TV, spaces for storage, conservation, handling, food consumption and own transportation. 80.3% (53) had water and sewage service. The 40.9% (27) used to cook gas and / or electricity, 59.1% (39) used firewood. 36.4% had in their homes vectors that transmit diseases, 100% (66) had dogs and / or cats. No family had animals of economic importance and did not live with animals in the house. **Conclusions:** The characteristics of the families, the low monthly economic income, the unfavorable conditions of housing and basic services; the presence of vectors among others are inadequate conditions that expose children and other members of the family to various health risks; Therefore, a comprehensive intervention is necessary with the involvement of local and regional governments.

Keywords: Under 5 years old, chronic malnutrition, family, family health, family characteristics.

Introducción

Para la Organización Mundial de la Salud; La familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas; La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella (1).

La desnutrición crónica es un proceso por el cual las reservas orgánicas que el cuerpo ha ido acumulando mediante la ingesta alimentaria se agotan debido a una carencia calórico proteica; retrasando el crecimiento de fetos, infantes, niños y adolescentes. La desnutrición crónica comúnmente se asocia a condiciones socioeconómicas deficientes, una nutrición y una salud de la madre deficientes, a la recurrencia de enfermedades y/o a una alimentación o unos cuidados no apropiados para el lactante y el niño pequeño. 52 millones de niños menores de 5 años presentan emaciación, 17 millones padecen emaciación grave, y 155 millones sufren retraso del crecimiento. Alrededor del 45% de las muertes de menores de 5 años tienen que ver con la desnutrición (3).

La familia, como primer sistema social, representa un espacio de seguridad para el niño (5). La familia es el contexto donde aprendemos modos de vida que pueden favorecer o perjudicar la salud. Aquí, se transmite una cultura que incluye la de la salud y que influirá en el autocuidado y comportamiento en general (6). Las normas culturales, las condiciones socioeconómicas y la educación son factores determinantes de la salud de la familia (7).

Toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como son: la Composición (nuclear, extensa o compuesta), el Desarrollo (tradicional o moderna), la Demografía (urbana, suburbana o rural), la Ocupación (campesino, empleado o profesionalista), la Integración (integrada, semi integrada o desintegrada), pero hay otras características que son indispensables conocer (8, 9). La importancia de conocer estas características radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad, tal y como lo expresó Florenzano (8).

La organización panamericana de la salud hace referencia a la salud de la familia como un campo de prioridad programática integrado por la salud de la niñez entre otros (10). En las familias de niños desnutridos existe casos en que los jefes de familia tienen dificultad en conseguir o mantener un trabajo, analfabetismo materno, falta de escolaridad de los niños, diagnóstico de desnutrición crónica en más de un hijo o en todos ellos (11).

En el Perú, según la encuesta demográfica y de salud familiar del 2017, a nivel nacional, la desnutrición crónica afectó al 12,9% de niñas y niños menores de cinco años de edad, disminuyó 5,2 puntos porcentuales respecto al año 2012 (18,1%). Los servicios básicos de la vivienda todavía no están disponibles para toda la población. Las menos beneficiadas son las viviendas rurales. El 95,2% de las viviendas tuvieron acceso al servicio de energía eléctrica. El 80,4% de viviendas se provee de agua por red pública, ya sea dentro o fuera de la vivienda. En el área urbana, este servicio cubre 83,2%; mientras que en el área rural 71,1%. El 71,3% de las viviendas contaba con servicio higiénico conectado a red pública. En el área urbana 87,2% de las viviendas contaba con este tipo de servicio higiénico, en cambio en el área rural solo el 20,0% disponía de este servicio (4).

Existe escasa información sobre las características de las familias de los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidas en el Centro de Salud Sapallanga, de la región Junín, así mismo no hay estudios que permitan conocer las características de las familias de los niños con desnutrición crónica desde un enfoque socio sanitario; las condiciones de la familia, del entorno en que vive el niño, entre otros; para una intervención sanitaria integral; ya que el conocer las características permitirán un manejo más adecuado de los niños desde el punto de vista de promoción de la salud y prevención; enfocarnos con más pertinencia en la atención del menor de 5 años con participación familiar.

El informe de investigación se describe en cuatro capítulos; el Capítulo I describe el planteamiento del problema, el Capítulo II detalla el marco teórico, el Capítulo III describe la metodología de la investigación; y el IV Capítulo describe el análisis e interpretación de resultados.

CAPÍTULO I

PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Para la Organización Mundial de la Salud, La familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas; la salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella (1).

La familia es la unidad básica de la sociedad, conformada por un número variable de miembros que, en la mayoría de los casos, conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos consanguíneos, legales y/o de afinidad, se alimentan de la misma olla familiar y que están llamados al desarrollo humano pleno. Su estructura es diversa y depende del contexto socio económico cultural en el que se ubique (2).

La desnutrición crónica es un proceso por el cual las reservas orgánicas que el cuerpo ha ido acumulando mediante la ingesta alimentaria se agotan debido a una carencia calórico-protéica, retrasando el crecimiento de fetos, infantes, niños y adolescentes (3). La desnutrición crónica comúnmente se ve asociada a unas condiciones socioeconómicas deficientes, una nutrición y una salud de la madre deficientes, a la recurrencia de enfermedades y/o a una alimentación o unos cuidados no apropiados para el lactante y el niño pequeño; el retraso del crecimiento impide que los niños desarrollen plenamente su potencial físico y cognitivo; 52 millones de niños menores de 5 años presentan emaciación, 17 millones padecen emaciación grave, y 155 millones sufren retraso del crecimiento, mientras que 41 millones tienen sobrepeso o son obesos; alrededor del 45% de las muertes de menores de 5 años tienen que ver con la desnutrición (3).

La desnutrición crónica es un indicador del desarrollo del país y su disminución contribuirá a garantizar el desarrollo de la capacidad física, intelectual, emocional y social de las niñas y niños (4).

La familia, como primer sistema social, representa un espacio de seguridad para el niño porque éste puede actuar despreocupándose de la evaluación que los miembros hagan de su comportamiento (5). La familia es el contexto donde aprendemos modos de vida que pueden favorecer o perjudicar nuestra salud. Aquí, se transmite una cultura que incluye la de la salud y que influirá en el tipo de autocuidados y comportamiento general (6).

Las normas culturales, las condiciones socioeconómicas y la educación son factores determinantes de la salud de la familia; la participación activa de las familias y las comunidades en la promoción y la protección de su propia salud ha resultado eficaz, ya que las familias y comunidades cobran así mayor conciencia de lo que significa recibir servicios de salud de buena calidad y los solicitan en mayor medida (7).

Toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como son: la Composición (nuclear, extensa o compuesta), el Desarrollo (tradicional o moderna), la Demografía (urbana, suburbana o rural), la Ocupación (campesino, empleado o profesionista), la Integración (integrada, semi integrada o desintegrada), pero hay otras características que son indispensables conocer (8, 9). La importancia de conocer todas estas características radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad, tal y como lo expresó Florenzzano (8).

La organización panamericana de la salud hace referencia a la salud de la familia como un campo de prioridad programática integrado por la salud de la niñez entre otros (10). En las familias de niños desnutridos existe casos en que los jefes de familia tienen dificultad en conseguir o mantener un trabajo, analfabetismo materno, falta de escolaridad de los niños, diagnóstico de desnutrición crónica en más de un hijo o en todos ellos (11).

En el Perú, según la encuesta demográfica y de salud familiar del 2017, a nivel nacional, la desnutrición crónica afectó al 12,9% de niñas y niños menores de cinco años de edad, disminuyó 5,2 puntos porcentuales respecto al año 2012 (18,1%). Según área de residencia, la desnutrición crónica afectó en mayor proporción a niñas y niños del área rural (25,3%), es decir, 17,1 puntos porcentuales más que en los residentes en el área urbana (8,2%). Por región natural, el mayor porcentaje de desnutrición crónica fue en las niñas y niños de la Sierra (21,3%), seguido de la Selva (18,0%); mientras, que en Lima Metropolitana el porcentaje fue menor (5,1%) (4).

En el Perú, los servicios básicos de la vivienda todavía no están disponibles para toda la población. Las menos beneficiadas son las viviendas rurales, sin embargo, estos servicios han presentado un mayor incremento porcentual que las viviendas urbanas. El 95,2% de las viviendas tuvieron acceso al servicio de energía eléctrica; el 98,9% de viviendas del área urbana, contaba con este servicio y el área rural, 83,5% (4).

El 80,4% de viviendas se provee de agua por red pública, ya sea dentro o fuera de la vivienda. En el área urbana, este servicio cubre 83,2%; mientras que en el área rural 71,1%. El 71,3% de las viviendas contaba con servicio higiénico conectado a red pública. En el área urbana 87,2% de las viviendas contaba con este tipo de servicio higiénico, en cambio en el área rural solo el 20,0% disponía de este servicio (4).

Reconocer el rol de la familia en el cuidado y la promoción de la salud, nos obliga a los profesionales a establecer relaciones de una mayor Igualdad y cooperación con ella (6).

Existe escasa información sobre las características de las familias de los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidas en el Centro de Salud Sapallanga. de la región Junín, así mismo no hay estudios que permitan conocer las características de las familias de los niños con desnutrición crónica desde un enfoque socio sanitario; las condiciones de la familia, del entorno en que vive el niño, entre otros; para una intervención sanitaria integral; ya que el conocer las características permitirán un manejo integral más adecuado de los niños desde el punto de vista de promoción de la salud y prevención; enfocarnos con más pertinencia en la atención del menor de 5 años con participación familiar.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características de los padres de los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018?
- ¿Cuál es el tipo de familia en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018?
- ¿Cuáles son las características de las familias y sus viviendas, en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar las características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las características de los padres de los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.
- Identificar el tipo de familia en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.
- Determinar las características de las familias y sus viviendas, en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

1.4. Justificación

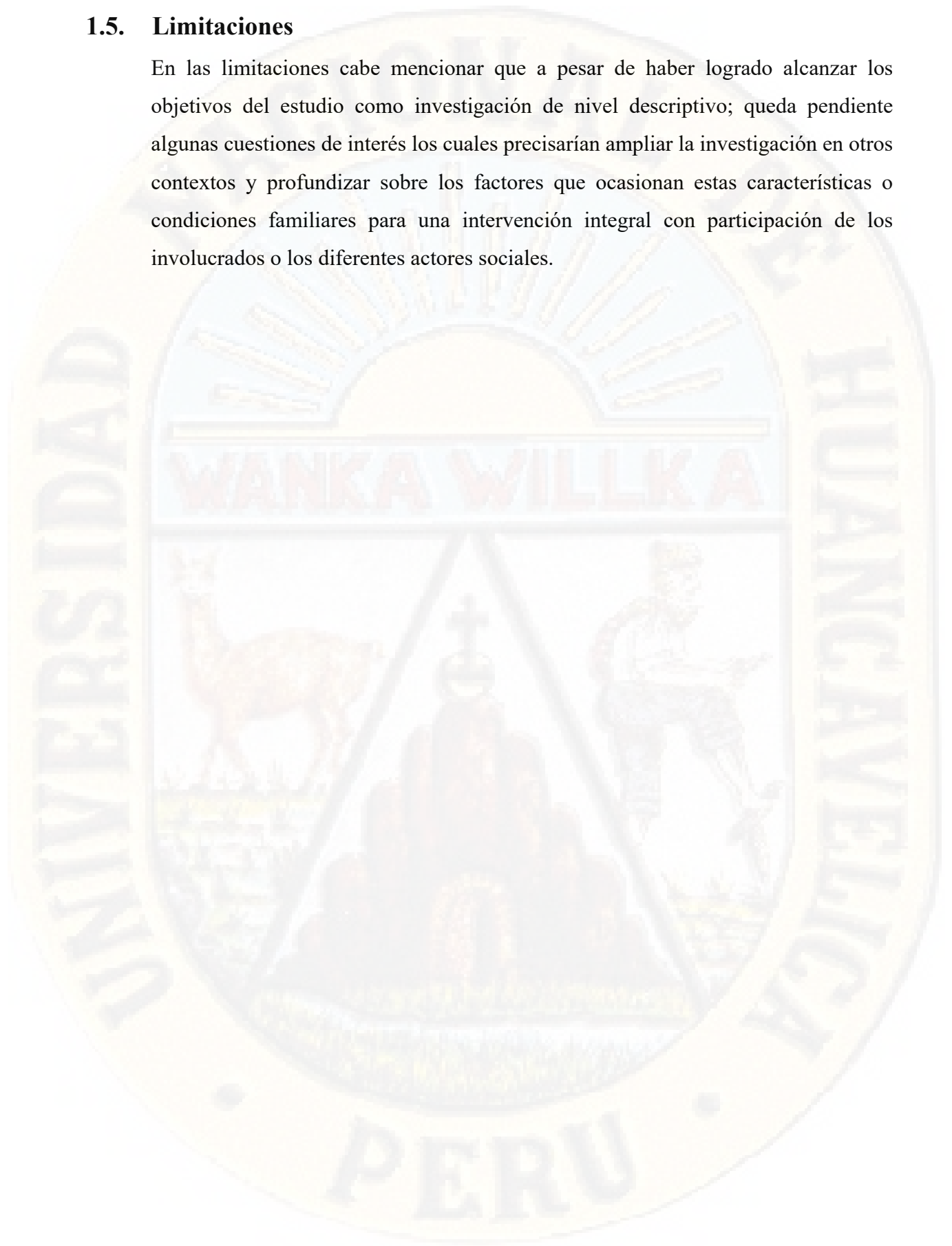
El estudio obedeció a la necesidad de conocer las características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018. Una mala nutrición en edad temprana tiene efectos negativos en el estado de salud del niño, en su habilidad para aprender, para comunicarse, para desarrollar el pensamiento analítico, la socialización y la habilidad de adaptarse a nuevos ambientes (12). Como explican Sagan y Dryuyan (13), el cuerpo humano le da prioridad a la sobrevivencia frente al crecimiento y desarrollo, destinándole más recursos energéticos a la primera cuando las sustancias alimenticias que recibe no son suficientes.

Conocer las características familiares de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica, en el contexto en el cual viven; permitirá mejorar los procesos de atención primaria para poder brindar una atención integral continua que permitan prevenir riesgos y promocionar la salud. Esta información permitirá reorientar las intervenciones sanitarias en la atención primaria, plantear acciones de capacitación en salud familiar y comunitaria para el personal de salud del establecimiento desarrollando competencias que permitan una adecuada atención de este tipo de familias.

Como la principal función dentro del trabajo de atención primaria de salud es promover estilos de vida sanos, identificando los factores de riesgo antes que produzcan daño (14). Con los resultados de la investigación se podrá conocer a detalle las características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años, dentro de su contexto sociocultural; a partir del cual se podrá implementar mejoras en las actividades de atención integral a los menores de 5 años y en las visitas domiciliarias. Así mismo los resultados de esta investigación nos permitirá implementar estrategias que contribuyan a fortalecer las acciones de educación para la salud, orientados hacia la promoción una nutrición saludable y la prevención de la enfermedad, fortaleciendo en los profesionales de la salud una actitud positiva en cuanto a la salud familiar y comunitaria.

1.5. Limitaciones

En las limitaciones cabe mencionar que a pesar de haber logrado alcanzar los objetivos del estudio como investigación de nivel descriptivo; queda pendiente algunas cuestiones de interés los cuales precisarían ampliar la investigación en otros contextos y profundizar sobre los factores que ocasionan estas características o condiciones familiares para una intervención integral con participación de los involucrados o los diferentes actores sociales.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

A nivel internacional.

Quiñonez (15); investigo sobre los Factores de riesgo nutricionales que afectan el desarrollo del niño escolar de 5 y 10 años pertenecientes a la Unidad Educativa Fiscal Armada Nacional del Recinto Chucaple; con el objetivo de Determinar los factores de riesgo nutricionales que afectan el desarrollo del niño escolar de 5 y 10 años pertenecientes a la escuela Armada Nacional del Recinto Chucaple; Metodología: Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal, en una muestra de 30 escolares entre las edades comprendidas de 5 y 10 años, a los cuales se les aplicó el instrumento de recolección de datos, como la toma de medidas antropométricas (peso y talla) para posteriormente realizar el cálculo de IMC, y un cuestionario de 11 preguntas cerradas a los padres de estos infantes; Resultados: Al calcular el IMC de los escolares se obtuvo que un 43% de ellos se encontraban con riesgo de desnutrición, seguidos con un 30% de los niños con un IMC normal y con menor cantidad con un 7% se encontraron niños con sobrepeso; Con relación a la encuesta realizada a los padres, se obtuvo que el 46% de las familias cuentan con recursos económicos malos, estas en su mayoría con el 53% son familias monoparentales (madre y padre), el 53% de estos padres cuentan con estudios hasta el bachillerato, el 60% de ellas están conformadas de 3 a 5 personas, en estas familias el 50% de los niños no realizan actividades físicas, y un 67% no consume de manera continua alimentos que les brindan aporte energético (legumbres, frutas, granos secos); Conclusiones: Se constató que existen factores que interfieren en su mayoría en el estado nutricional de los escolares entre ellos se encontraron el socioeconómico, el familiar y el educacional; Además, se sugiere la realización de actividades que promuevan el ejercicio físico a temprana edad, en conjunto con campañas de

capacitación relacionadas a los hábitos alimenticios saludables dirigidos hacia los escolares y sus representantes.

Acevedo et al (16); investigaron los Factores de riesgo de desnutrición en menores de cinco años del municipio Manatí; El estado nutricional de los niños está intrínsecamente relacionado con el crecimiento y desarrollo en las distintas etapas de la vida y debe evaluarse integralmente considerando su entorno familiar; Objetivo: identificar factores de riesgo, asociados a la desnutrición en niños menores de cinco años, pertenecientes al área de salud del policlínico universitario “Mártires de Manatí”, municipio de Manatí, Las Tunas, desde enero de 2013 hasta febrero de 2016; Métodos: se realizó un estudio observacional analítico retrospectivo, tipo caso control, en el lugar y periodo señalados, sobre factores de riesgo asociados a la malnutrición en niños; La muestra estuvo constituida por 460 niños, 230 desnutridos del grupo de estudio, que se encontraban por debajo del tercer percentil, según las tablas cubanas del peso para la talla, y 230 niños normo peso del grupo control, seleccionados por el método aleatorio simple; Resultados: las malas condiciones higiénico-sanitarias aumentaron en 6,2 el riesgo de malnutrición en los infantes. Los niños con ablactación inadecuada incrementaron este riesgo en 5,8 veces y la lactancia artificial en 1,8; La baja per cápita familiar, la baja escolaridad de la madre, y las enfermedades asociadas fueron otros factores de riesgo de malnutrición. No se demostró asociación causal entre el bajo peso al nacer y la desnutrición al quinto año de vida; Conclusiones: se identificaron los factores de riesgo asociados a la malnutrición; Las malas condiciones higiénico-sanitarias, la ablactación inadecuada y la lactancia artificial resultaron los de mayor incidencia.

González y Díaz (17); investigaron las Características familiares relacionadas con el estado nutricional en escolares de la ciudad de Cartagena; Con el objetivo de Determinar las características familiares asociadas al estado nutricional de los niños escolarizados de la ciudad de Cartagena; Método Estudio transversal, población 104 384 niños de 6 a 10 años de la ciudad de Cartagena; Nivel de confianza 95 %, prevalencia 5,8 %, error 2 %; La muestra fue de 544 escolares; Se seleccionaron los colegios por afijación proporcional en cada una de las tres localidades de la ciudad, para un total de 21 colegios, posteriormente se seleccionaron, aleatoriamente los

salones y de estos los niños hasta completar la muestra; Los instrumentos utilizados fueron la ficha y el APGAR familiar, para valorar las características familiares, así como su funcionalidad y para el estado nutricional se tomaron las medidas antropométricas y se evaluaron en el programa WHO Anthro Plus; La información se procesó en el paquete estadístico Epiinfo 7; Resultados El 53,9 % de los escolares presentó un adecuado estado nutricional mientras que el 46,1 % estaban malnutridos; Las características familiares asociadas a la malnutrición infantil por exceso fueron el número de integrantes OR 0,65 (IC: 0,4-0,9) y los ingresos familiares OR 0,53 (IC: 0,3-0,7); Por su parte a la malnutrición por déficit se asoció el ingreso familiar OR 2,08 (IC: 1,1-3,9); Conclusión Las variables que mostraron asociación con el estado nutricional fueron: ingresos económicos menores/iguales al salario mínimo y número de integrantes de la familia.

Ferreira et al (18); Realizaron un análisis de la influencia de ciertos factores sobre el estado nutricional de los niños residentes en las comunidades rurales de Diamantina-mg; El estudio buscó caracterizar el estado nutricional de niños en el grupo de edad entre cinco y nueve años y comparar con las variables tiempo de lactancia exclusiva, ingreso familiar, escolaridad de la madre y número de miembros en la familia de estos niños, residentes en nueve comunidades rurales de Diamantina - MG, Brasil; Para la evaluación del estado nutricional, se utilizaron medidas antropométricas de peso y estatura, construidos índices y establecidos puntos de corte según las curvas del National Center for Health Statistic - NCHS; Para la obtención de las variables se utilizó un cuestionario desarrollado por el equipo; Ciento cuarenta y nueve niños fueron sorteados aleatoriamente (n calculado para atender a los criterios: significancia 0,05 y poder de la prueba 0,9); Los resultados mostraron que el 76,87% de los niños se encontraba eutrófica, el 19,73% se encontraba en riesgo nutricional (bajo peso y desnutridas) y el 3,4% se encontraba con sobrepeso; Los datos revelaron que en niños que no fueron amamantados exclusivamente hasta los seis meses de edad, hubo predominio de riesgo nutricional; Se observó además que el estado nutricional es afectado por el número de miembros en la familia y escolaridad de la madre; El riesgo nutricional está afectando a poblaciones rurales, formadas principalmente por familias de bajos ingresos y con dificultades de acceso a servicios de salud, haciendo necesarias acciones para revertir tal cuadro.

Mendoza et al (19); realizaron un Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en la Atención Primaria; Objetivo: Determinar los factores de la dinámica familiar relacionados a la funcionalidad familiar en un grupo de familias del primer nivel de atención; Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, a través de estudios de diagnóstico de salud familiar y los instrumentos de evaluación del subsistema conyugal y FACES III, aplicados a familias adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No 66 del IMSS de Xalapa, México, durante el periodo marzo 2003 – diciembre 2004, el análisis comparativo de los resultados se realizó a través de χ^2 ; Resultados: Se incluyeron 103 diagnósticos de salud familiar, de acuerdo a la tipología familiar 82% fueron integradas, 82% nucleares, 51% tradicionales, 86% urbanas y 75% empleadas; Con respecto a la dinámica familiar el 65% de las familias presentó comunicación directa, el 64% límites claros y el 48% jerarquía recíproca con autoridad; De acuerdo con la evaluación del subsistema conyugal, encontramos 52% de parejas funcionales, 39% de parejas moderadamente disfuncionales y 9% de parejas severamente disfuncionales; Los resultados del FACES III, revelaron 43% de familias en rango medio, 41% de familias balanceadas y 16% de familias extremas; La comunicación directa predominó en las familias balanceadas, mientras que enmascarada en las de rango medio y la desplazada en las extremas ($p= 0;0001$); En cuanto a los límites éstos fueron claros en las familias balanceadas, difusos en las de rango medio y rígidos en las familias extremas ($p = 0;00251$); Conclusiones: La comunicación directa, y los límites claros predominaron en las familias funcionales y balanceadas.

El estado nutricional de los niños y niñas debe ser vigilado siempre, ya que puede ser preocupante que en estas etapas de crecimiento los niños tiendan a rechazar alimentos (vegetales, frutas, carnes). Además, es importante mencionar que los hábitos alimentarios que adquieran en este periodo, son copiados de sus padres, hermanos mayores u otros parientes que convivan en la casa con ellos (20).

Núñez et al (21); Investigaron sobre la Desnutrición en prescolares de familias migrantes; Objetivo; Comparar la prevalencia de desnutrición entre prescolares migrantes y no migrantes; Material y métodos; Se seleccionaron al azar 160 infantes de 1-6 años de edad, de parvularios de muy alta marginación; Se excluyeron aquellos

con malformaciones congénitas o bajo alguna intervención nutricional; La migración se definió como el desplazamiento geográfico <6 años, y la desnutrición, a partir de los indicadores peso/talla y talla/edad recomendados por la Organización Mundial de la Salud; Resultados; El 59,4% de los niños provenía de familias cuyo jefe tenía una ocupación no calificada; 27,5% de los mismos contaba con primaria incompleta, y 52,8% refirió migración; La prevalencia de desnutrición fue de 51,3% en migrantes y de 28,8% en no migrantes (RP= 2;6, IC95%= 1;2,5;2, p= 0;006); Los infantes migrantes presentaron una media de puntaje Z de -2;4±;40, mientras que en los no migrantes fue de -2;3±;33, según el indicador talla/edad; Conclusiones; La desnutrición crónica en este grupo de riesgo justifica la prioridad de implantar estrategias de intervención alimentaria; Se recomienda considerar la migración en la planeación en salud.

A nivel nacional

Beltrán y Seinfeld (22); analizaron Desnutrición Crónica Infantil en el Perú como un problema persistente; La desnutrición crónica infantil en el Perú es un problema grave; Según estándares internacionales, casi el 30% de niños menores de cinco años sufre de este mal; A pesar de más de veinte años de políticas y programas contra la desnutrición, la prevalencia de la misma sigue siendo elevada, así como lo son también las diferencias en esta materia entre individuos de distintas regiones y de distintos quintiles de riqueza; Las autoras resumen los resultados obtenidos en su trabajo sobre los determinantes de la desnutrición crónica infantil en el Perú, de donde se desprende la importancia de atender el problema nutricional desde antes del nacimiento del niño, y la elevada posibilidad de perpetuación del problema, que se va reproduciendo en los niños más pequeños de cada familia, si es que este problema no es atacado tempranamente; Se presentaron además los resultados del modelo para los hogares de los dos quintiles más pobres; De ellos se derivan una serie de medidas de política destinadas a combatir la desnutrición: dotación de agua potable y desagüe, de cocinas mejoradas y de piso acabado, así como incremento de las raciones Programa Integral de Nutrición, de puestos de salud en el distrito y del número de nutricionistas Ministerio de Salud que trabajan en el distrito; Entre las estrategias más costo efectivas se encuentran la dotación de cocinas mejoradas, el incremento

de las raciones del Programa Integral de Nutrición y el aumento del número de nutricionistas en cada distrito; Para concluir, y a partir de las experiencias latinoamericanas revisadas en el documento, se derivan algunas estrategias a considerar para reforzar la estrategia nutricional en el caso peruano: (i) La integralidad de las atenciones, (ii) La importancia del monitoreo y (iii) Ampliación de la cobertura de las iniciativas, pero sobre la base de un sistema transparente y eficaz de focalización hacia la población carente.

Cuba et al (23); Investigaron las características familiares asociadas a la percepción de la calidad de vida en pobladores de un área urbano-marginal en el distrito de Los Olivos, Lima; Con el objetivo de describir las características familiares y la percepción de la calidad de vida en una zona urbano-marginal de Lima y determinar la asociación entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida en las familias; Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo y de base poblacional, en una muestra de 120 familias, empleando instrumentos para medir la calidad de vida, las características familiares y funcionalidad familiar; Resultados: El 75% de las familias tuvo una percepción de mejor calidad de vida; El tipo más frecuente de familia fue la nuclear, el 33% de las familias se encontraban en ciclo evolutivo plataforma de despegue, seguido de familias con hijos adolescentes con 31%; El 35% de familias tenía funcionalidad inadecuada mediante el APGAR Familiar y el 3% de familias eran extremas, mediante el test de FACES III; no se encontró asociación significativa entre la calidad de vida y la funcionalidad familiar; Conclusión: La funcionalidad familiar no se relaciona a la calidad de vida percibida en este estudio.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Desnutrición Proteínico Energética (DPE)

Un niño que sufre desnutrición crónica presenta un retraso en su crecimiento. Es una enfermedad sistémica, que afecta todos los órganos y sistemas del ser humano, producida por una disminución drástica, aguda o crónica, en la disponibilidad de nutrimentos, ya sea por ingestión insuficiente, inadecuada absorción, exceso de pérdidas o la conjunción de dos o más de estos factores (24). Se manifiesta por grados de déficit antropométrico, signos clínicos y alteraciones bioquímicas, hematológicas e inmunológicas; Por su etiología

puede ser: a) primaria, cuando obedece a un aporte insuficiente de nutrimentos y/o episodios repetidos de diarrea o infecciones de vías respiratorias; b) secundaria, cuando es debida a una enfermedad subyacente que conduce a una ingestión o absorción inadecuadas, o a la utilización excesiva de nutrimentos; En la mayoría de los países subdesarrollados y algunas áreas marginadas de países industrializados la desnutrición endémica se caracteriza por: peso bajo al nacer, prevalencia elevada de enfermedades infecciosas, estatura pequeña de sus habitantes, tasas elevadas de mortalidad, en particular en niños menores de cinco años y, en consecuencia, expectativas de vida más corta (24).

Las principales características que definen este perfil son desnutrición y pobre salud mental; Este síndrome pluri carencial conduce a una productividad disminuida con un incremento en el desgaste humano y del capital económico incluyendo pobreza alimentaria; Este proceso de deterioro se constituye en un círculo vicioso que perpetúa y agrava el subdesarrollo, empeorando el estado de salud y nutrición de la comunidad. La magnitud del problema varía de un país a otro y en las diferentes áreas geográficas de un mismo país. Sin embargo, se reconoce que cuando menos dos terceras partes de las muertes que ocurren cada año en nuestro planeta son atribuibles a la desnutrición proteínico-energética (DPE) (24).

En regiones o países subdesarrollados, el macroambiente es de pobreza, no sólo económica, sino en un concepto más relevante y en recursos humanos. Ambos, la pobreza económica y humana son causa y consecuencia de la falta de educación, mala salud de la población, comunicación deficiente, baja productividad, balance económico desfavorable, inseguridad alimentaria e inadecuada utilización de los recursos naturales. Todos estos factores conducen a una producción, conservación, distribución y consumo de alimentos inadecuados. El microambiente constituido por la familia, la cual es la unidad biológica en términos de nutrición y alimentación, recibe el impacto del macro ambiente y limita la disponibilidad de alimentos por el huésped. Los factores que operan a este nivel son: pobre capacidad

adquisitiva, conceptos falsos sobre la utilización de los alimentos que conducen a errores en el consumo y a una inadecuada distribución de los alimentos entre los miembros de la familia. El último caso es particularmente desfavorable hacia los niños pequeños, al sexo femenino y aquellos con alguna enfermedad crónica y/o grave en quienes la ingestión de alimentos puede estar restringida dramáticamente (24).

2.2.2. Desnutrición crónica infantil en menores de cinco años.

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 (25). La desnutrición crónica, siendo un problema de mayor magnitud en cuanto al número de niños afectados, es a veces invisible y recibe menor atención; El retraso en el crecimiento puede comenzar antes de nacer, cuando el niño aún está en el útero de su madre. Si no se actúa durante el embarazo y antes de que el niño cumpla los 2 años de edad, las consecuencias son irreversibles y se harán sentir durante el resto su vida (25).

La desnutrición y la anemia en menores de 5 años han sido reconocidas como importantes problemas de salud pública y tienen serias repercusiones en la morbimortalidad de muchos países del mundo (26). La desnutrición infantil genera, además de daños físicos, un detrimento irreversible de la capacidad cognitiva. Entendida como “síndrome de deterioro del desarrollo”, incluye trastornos del crecimiento, retrasos motores y cognitivos (así como del desarrollo del comportamiento), una menor inmunocompetencia y un aumento de la morbimortalidad (27).

La desnutrición crónica infantil constituye uno de los principales problemas de Salud Pública en el Perú, La desnutrición crónica es un indicador del desarrollo del país y su disminución muestra la mejora de la capacidad física, intelectual, emocional y social de las niñas y niños. Se determina al comparar

la talla de la niña o niño con la esperada para su edad y sexo. De acuerdo con el patrón de la OMS, en el año 2017 la desnutrición crónica afectó al 12,9% de niñas y niños menores de cinco años de edad; en el año 2012, se observó que el 18,1% de la población infantil, tenía talla menor para su edad (4). Por área de residencia, la desnutrición crónica afectó en mayor proporción a niñas y niños del área rural (25,3%), es decir, 17,1 puntos porcentuales más que en el área urbana (8,2%)%. Esto demuestra el alto grado de desigualdad e inequidad existente en el Perú (4).

La desnutrición crónica infantil es un fenómeno de origen multifactorial, resultado de una amplia gama de condiciones sociales y económicas. Dentro de las causas inmediatas relacionadas con su desarrollo figura la ingesta inadecuada de nutrientes y las enfermedades de tipo infeccioso (especialmente las enfermedades respiratorias y gastrointestinales) (28). Asimismo, existen condiciones sociales íntimamente relacionadas con su desarrollo, como son el bajo nivel educativo de la madre; la alimentación deficiente en calidad y cantidad; las condiciones inadecuadas de salud y saneamiento, y el bajo estatus social de la madre en la toma de decisiones dentro del hogar (29). Además, la desnutrición crónica infantil genera daños permanentes e irreversibles después del segundo año de vida en nuestra población (30, 31).

2.2.3. La Familia

Para la Organización Mundial de la Salud, La familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas; La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella (1).

La familia puede definirse según los sociólogos como un grupo social primario de la sociedad de la cual forma parte y a la que pertenece el individuo, dotando a este de características materiales, genéticas, educativas y afectivas (1).

Según los demógrafos la familia puede definirse por el grado de parentesco dado por el matrimonio consanguíneo o adopción; entonces todas las personas que viven bajo el mismo hogar constituyen una familia (1).

Según definición de Horwitz la familia es una unidad de atención médica, que incluye a todas las personas que conviven en una misma unidad residencial entre las cuales existen lazos de dependencia y obligaciones recíprocas, y que, por lo general, están ligadas por lazos de parentescos (32). La definición expuesta por Wynne refiere que la familia es un sistema social único y primario en permanente interacción con los demás sistemas sociales primitivo y secundario. En ella encontramos los gérmenes patógenos que podemos detectar a la luz de los conocimientos del psicodinamismo del grupo familiar (32).

Entendemos por familia, cualquier grupo de personas unidas por los vínculos del matrimonio, sanguíneos, adopción o cualquier relación sexual expresiva, en que las personas comparten un compromiso en una relación íntima y personal, los miembros consideran su identidad como apegada de modo importante al grupo y el grupo tiene una identidad propia (33).

La familia es una relación original, peculiar en cuanto a que sigue criterios de diferenciación propios. A diferencia de otros grupos primarios, la familia está caracterizada por una forma específica de vivir la diferencia de género (que implica la sexualidad), y las obligaciones entre las generaciones (que implica el parentesco) (34).

La familia es una relación originaria, auto producida, en cuanto que se construye a partir de factores sociológicos autónomos, y no puede entenderse solo como el resultado de factores individuales (motivos psicológicos) o colectivos (motivos económicos, políticos, o incluso religiosos), o de su mezcla (34).

La familia es una relación primordial, que existe desde el inicio, tanto en sentido filogenético (en cuanto que la familia está en el origen de la especie humana), como en sentido ontogénico (en cuanto que, en cualquier tiempo y lugar, el individuo se introduce en la sociedad, y madura su participación, de forma más humana cuanto mejor está apoyado por la mediación de la familia) (34).

La familia se la puede considerar como un ámbito de convivencia, que delimita una porción de la vida social, en virtud de metas definidas, vinculando a las personas en niveles profundos de su ser y arrancando de los nexos biopsíquicos más elementales (35).

2.2.3.1. Tipología familiar (36)

En base a su ESTRUCTURA:

- Nuclear: padre, madre e hijos.
- Extensa: más abuelos.
- Extensa compuesta: más otros consanguíneos o de carácter legal, (tíos, primos, yernos, cuñados)
- Monoparental: padre o la madre y los hijos.

En base a su DESARROLLO:

- Primitiva: clan u organización tribal.
- Tradicional: patrón tradicional de organización familiar.
- Moderna: padres comparten derechos y obligaciones, hijos participan en la organización familiar y toma de decisiones.

En base a su INTEGRACION:

- Integrada: cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones adecuadamente (socuare)
- Semi-integrada: no cumplen sus funciones
- Desintegrada: falta uno de los cónyuges por muerte, abandono, separación, divorcio.

En base a su DEMOGRAFIA:

- Urbana
- Rural

- Suburbana

En base a su OCUPACIÓN:

- Campesina obrera empleada
- Profesional Comerciante

2.2.3.2. Clasificación de las familias

Existen numerosas clasificaciones de la familia, De la Revilla clasifica la familia haciendo referencia a la familia nuclear con parientes próximos o sin parientes próximos (se refiere a parientes o no en su localidad); familia nuclear numerosa formada por padres y más de 4 hijos, y familia nuclear ampliada (cuando en el hogar conviven otras personas como parientes y/o agregados) (37).

La familia binuclear se constituye cuando después de un divorcio uno de los cónyuges se ha vuelto a casar y conviven en el hogar hijos de distintos progenitores. Existen personas sin familia (adulto soltero, viudo, divorciado); equivalente familiar (individuos que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar, como por ejemplo, pareja de homosexuales cuando viven juntos en la misma casa) (37).

González (33) la clasifica en:

- familia nuclear: el padre, la madre y los hijos.
- familia nuclear extensa: consta de una familia nuclear, y otros familiares que puedan vivir con ellos en el mismo hogar.
- familia monoparental: formada solo por un padre o madre, que puede haber estado casado o no y por uno o más hijos.
- familia mixta o reconstituida: es la formada por una persona viuda o divorciada/separada, con o sin hijos, que se casa de nuevo con otra persona, la cual a su vez puede haber estado o no casada antes y tener o no tener hijos.
- familia binuclear: es la dividida en dos por el divorcio o separación de los cónyuges, ambos aportan hijos de los anteriores matrimonios a la nueva familia constituida.

- o familia de hecho: formada por dos personas del sexo opuesto que viven juntas, con o sin hijos, comparten la expresión y el compromiso sexual, sin que hayan formalizado legalmente el matrimonio (33).
- o familia homosexual: formado por dos adultos del mismo sexo, que viven juntos con sin hijos adoptivos, y que comparten la expresión y el compromiso sexual (33).

Clasificar adecuadamente y en detalle a la familia, permitirá estudiar con mayor profundidad a este grupo y al proceso salud-enfermedad (33).

En los últimos decenios, la estructura y la definición de lo que es la familia se ha ampliado. Las nuevas tendencias en la formación, la estructura y la función de la familia se están desplazando hacia (33):

- 1) la familia formada por un solo padre o madre y los hogares encabezados por mujeres;
- 2) el aumento de la edad promedio para el primer matrimonio de las mujeres y el nacimiento de los hijos, lo que retrasa la formación de las primeras familias;
- 3) el mayor ingreso de las mujeres en la fuerza laboral en números sin precedentes y los cambios en los roles de género dentro de la familia, lo que desplaza el equilibrio de las responsabilidades económicas en las familias;
- 4) el tamaño de la familia y del hogar en descenso;
- 5) mayor carga que recae sobre los miembros de la familia en edad de trabajar debido a los dependientes jóvenes y a los mayores. Además, el hogar ha surgido como una unidad socioeconómica fuerte que, con frecuencia, ocupa el lugar de la familia formada exclusivamente por padres e hijos y los miembros de la familia ampliada (1).

2.2.3.3. La familia como sistema

Sistema: existen muchas definiciones sobre sistema, para cuestiones de la práctica se adopta la Von Bertalanffy “es un grupo de partes y objetos que interactúan y forman un todo y que se encuentran bajo la influencia de fuerzas en alguna relación definida”; o “conjunto de partes coordinadas y en interacción para alcanzar un conjunto de objetivos” (38).

A partir de la década del 60 uno de los enfoques utilizados en la familia parte de la teoría general de los sistemas; Este enfoque considera que el sistema es un conjunto de elementos de interacción dinámica, donde cada elemento cumple una función con respecto al todo, pero éste no es reducible en sus partes, y su función es más que la simple suma de ellos; así entonces la familia es un sistema compuesto por un conjunto (grupo) de personas (elementos) que se encuentran en interacción dinámica particular, donde lo que le pasa a uno afecta al otro, y al grupo y viceversa (32).

Un sistema se dice que es abierto, cuando mantiene relaciones con su entorno, y es cerrado cuando no lo hace. El desarrollo ordenado como grupo familiar y la armonía que guarden dependerá de lo abierto y permeable que la familia sea; así a mayor permeabilidad y selección del material que la estimula, la familia será más sana; a mayor restricción o menor selectividad del estímulo que a ella penetra, más peligro de enfermedad (33).

2.2.3.4. Ciclo vital familiar

Los individuos experimentan trascendentales cambios psicológicos a lo largo de su vida, los cuales, además, se producen en determinadas etapas observables y predecibles (39). Del mismo modo, el sistema familiar entraña importantes cambios psicosociales, también observables, y predecibles etapas: la formación de la pareja, el nacimiento de los hijos, los años

escolares, la adolescencia, el despegue de los hijos, la jubilación y la viudez. Al igual que en el ciclo vital individual, cada fase viene caracterizada por la existencia de unas tareas que la familia debe realizar; y cada transición, cada paso de un estadio a otro, supone cambio y por tanto, dificultades (39).

El médico de familia, desde el conocimiento de estas crisis, puede ayudar a que las familias prevean tales situaciones y se preparen para ellas; describiremos, cómo el funcionamiento de una familia se sucede a través de una secuencia de fases con relación de continuidad, en las que las funciones y los roles, así como los mecanismos de adaptabilidad y de resolución de conflictos varían a lo largo del ciclo; también veremos que algunas situaciones se manejarán mejor tomando a la familia como un sistema. Desde esta perspectiva, veremos cómo las acciones de cada uno de los miembros afectan a otros miembros de dicha familia y a la familia en su conjunto (39).

Esta información nos ayudará a realizar hipótesis biopsicosociales, esto es, hipótesis sistémicas; de hecho, se han propuesto diferentes modelos del desarrollo del ciclo vital familiar, los cuales asumen la perspectiva sistémica; es decir, cuando un miembro de la familia entra en una nueva etapa del desarrollo psicosocial, todos los miembros de la familia se verán afectados; en la mayoría de los modelos, se cree que la familia cubre importantes necesidades emocionales, las cuales varían según las diferentes etapas del ciclo vital; al igual que en el desarrollo humano, las transiciones entre las distintas etapas del Ciclo Vital Familiar se consideran situaciones importantes y potencialmente estresantes. Cuando las tareas de una etapa no se completan de manera satisfactoria, el desarrollo se detendrá o surgirán síntomas, ocasionando problemas en fases más avanzadas (39).

Existen numerosos estudios sobre el Ciclo Vital Familiar empezando por Duvall quien, al igual que Erikson, describe el desarrollo de la familia en ocho fases, tomando en cuenta las edades y el número de los hijos de la pareja. La Organización Mundial de la Salud también tiene su propia clasificación. Nosotros seguiremos el modelo propuesto por Carter y McGoldrick, que divide el Ciclo Vital Familiar en seis etapas (con sus respectivas tareas), (Ver cuadro 1 y 2), con la ventaja a nuestro entender, de ser fácilmente identificables y sencillas de recordar por el médico de familia, para ser utilizadas en la práctica diaria (39).

El concepto de crisis vital partía del supuesto de que hay una estructura anterior, en movimiento, que será sometida a nuevas posibilidades. Esa estructura relacional, se va formando en la pareja desde el inicio entre los que la constituirán. Así es que se considera como la primera de las etapas del ciclo vital de una familia la del noviazgo de los componentes de la pareja ("etapa del galanteo" para Jay Haley) (39).

Diversos autores agregan o quitan algunos momentos del desarrollo familiar de la categoría de ciclo vital, pero nosotros haremos una inclusión más amplia, en virtud de que esas etapas de cambio o novedosas en la familia, pueden ser el origen de un conflicto planteado en la consulta (39).

Otras etapas que más tarde vendrán son: la del matrimonio en sí, la llegada del primer hijo, la escolarización, el matrimonio y sus hijos adolescentes, que generalmente encuentra a quienes deben transitar ese momento atravesando además la crisis vital individual de la edad adulta; otras etapas críticas son el abandono del hogar por parte de los hijos, la jubilación de alguno o de ambos miembros de la pareja, y el fallecimiento de uno de ellos (39).

Cuadro 1. Varias clasificaciones del Ciclo Vital Familiar

Etapa del Ciclo	Conferencia Nacional de la Vida Familiar (1948)	Duval (1957)	Worby (1971)	Salomón (1973)
I	Pareja sin hijos	Pareja sin hijos	Formación de la familia	Matrimonio
II	Hijo mayor: 30 meses	Hijo mayor: 30 meses	Nacimiento del primero	Nacimiento del primogénito y de los demás hijos
III	Hijo mayor: 2½-5 años	Hijo mayor: 2½-6 años	Individualización temprana del mayor	III Individualización de los miembros de la familia
IV	Hijo mayor: 5-12 años	Hijo mayor: 6-13 años	Emergencia de la sexualidad en el hijo	(IV) Verdadera partida de la familia
V	Hijo mayor: 13-19 años	Hijo mayor: 13-20 años	Adolescencia del mayor	(V) Integración de la pérdida
VI	Desde que el primero abandona hasta que se va el último	Desde que el primero abandona hasta que el último se va	(VI) Padres solos	
VII	Últimos años	Desde el nido vacío hasta la jubilación		
VIII		De la jubilación hasta la muerte de ambos cónyuges		

Adaptado de Rowe C.P. Citado por Geyman J.P. (1980)

Tomado del libro "Salud familiar para América Latina". Autor Diego Mejía Gómez. (Pag. 54).

Cuadro 2. Modelo propuesto por Carter y McGoldrick

Etapa I	Formación: noviazgo, matrimonio, constitución de la pareja
Etapa II	Expansión: desde que nace el primer hijo hasta que nace el último hijo
Etapa III	Consolidación: desde que nace el último hijo hasta que el primer hijo abandona el hogar
Etapa IV	Apertura: desde que el primer hijo abandona el hogar hasta que lo hace el último hijo
Etapa V	Postparental: desde que el último hijo abandona el hogar hasta que muere el primer cónyuge. Pareja en la edad madura
Etapa VI	Disolución y ancianidad: desde que muere el primer cónyuge hasta la muerte del superviviente

2.2.3.5. La unidad familiar y la comunidad

La unidad familiar es un sistema social de convivencia en el que lo que le ocurre a uno de sus miembros repercute en el resto, y viceversa; la influencia de la familia en la salud tiene componentes genéticos, es de gran importancia en el desarrollo infantil, puede asociarse a una mayor vulnerabilidad a la enfermedad, es un espacio para la transmisión de enfermedades infecciosas, afecta a la morbilidad en adultos y es importante en la recuperación de la enfermedad; la medicina de familia asume la unidad familiar como objeto de trabajo y, por tanto, de posible valoración y tratamiento, pero también es un recurso diagnóstico y terapéutico. Además, cada médico de familia asume responsabilidad sobre una población, esto es, un conjunto de personas integradas en una determinada comunidad social; La perspectiva poblacional, orientada a asegurar que los servicios lleguen al máximo número de individuos, tiene una larga tradición en atención primaria (40).

Una atención sanitaria centrada exclusivamente en el individuo puede dejar amplias bolsas poblacionales sin atender. Por tanto, la cantidad también importa; por eso el médico familiar asume el compromiso de identificar los principales problemas de salud de su comunidad y de desarrollar programas de intervención adecuados (41). Así como la presión arterial en un paciente en shock es un indicador vital de respuesta al tratamiento, los indicadores poblacionales con mayor vinculación a medidas de morbilidad, por ejemplo, el porcentaje de hipertensos identificados y controlados, son vitales para conocer el impacto del trabajo diario en la salud de las personas (41).

2.2.3.6. Prácticas centradas en la familia

El trabajo centrado en la familia considera como punto central de la intervención el empoderamiento, es decir, fortalecer las capacidades familiares, aportándoles la formación y colaboración

necesarias y apoyándoles en la búsqueda de estrategias para resolver sus necesidades (42). Se trata, por tanto, de aumentar o crear sus capacidades para fortalecer el poder y control de la familia. Otro de los conceptos implícitos en las practicas centradas en la familia es el de equipo transdisciplinar. Los profesionales de diferentes disciplinas trabajarán de manera conjunta, diacrónica, unísona y transversal, junto a la familia, durante todo el proceso de la intervención. Los profesionales adoptan entonces un rol de facilitador y consultor, con el fin de limitar su participación y guiar a las familias en su toma de decisiones. Los profesionales deben apoyar a la familia, sin hacerles creer que son incompetentes (43).

La colaboración entre los profesionales y las familias en los ambientes naturales es la clave para proporcionar la calidad de la atención centrada en la familia y, siempre que sea posible, la atención debe prestarse en los entornos naturales, con tal de poder generalizar los aprendizajes. Al incluir las rutinas de las familias en los servicios de atención primaria, estas se sienten más implicadas en los tratamientos y lo ven menos parecido a sesiones que han de añadir a su vida diaria (44).

2.2.4. Características sociales

Las características sociales son una vía de explicación multilateral de la complejidad de una realidad concreta o sistema social, gracias al análisis de las múltiples conexiones que como parte de ese sistema y de otros se establecen a través suyo, permitiendo obtener una visión parcial de la totalidad de la misma (45). Estas características en cualquier realidad concreta están constituidos por las interacciones que se dan entre las personas en las distintas áreas de manifestación de lo social, como son: las estructuras sociales, las instituciones sociales como la familia, la escuela, el Estado, la religión, la cultura, etcétera, las cuales al mismo tiempo que son constituidas gracias a su mediación por los actores sociales colectivos e individuales a

través de la realidad concreta, inciden en la realidad concreta como un todo, en la misma medida que ella influye también en ellos (45).

2.2.4.1. Edad

Tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento. La edad también representa cada una de las etapas del desarrollo físico y los periodos en que se divide la vida humana, como la infancia, adolescencia, juventud, madurez y vejez.

La edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia el período llamado edad fértil. El embarazo, si bien es una situación fisiológica, expone a la mujer, al feto y recién nacido, a la probabilidad de enfermar o morir (46).

2.2.4.2. Educación de la madre

La educación en la madre ha mostrado una relación inversamente proporcional con la morbilidad materna perinatal. Según algunos investigadores esto se explicaría porque las madres de un mejor nivel educacional posponen la maternidad o la edad de matrimonio y además optan por cuidados médicos para la atención del embarazo, parto, puerperio y sus hijos por lo cual existe más probabilidad de que tengan hijos sanos con mejor nutrición; esta variable está íntimamente relacionada con actitudes y prácticas de las madres. Mosley menciona que en países subdesarrollados la educación paterna puede ser tan importante como la materna, ya que un padre mejor educado es quien decide en última instancia por una adecuada atención médica o cuidados de sus hijos, limitando daños en su desarrollo y crecimiento (46).

2.2.4.3. Estado civil

Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de

las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas (47).

Estado civil es esencialmente un atributo de la persona, una cualidad que lleva consigo que le permite diferenciarse y distinguirse legalmente de los demás. Se distinguen 06 tipos (soltero, casado, viudo, divorciado, separado, conviviente). Para aspectos de estudio consideraremos: Soltero: Es la persona que no tiene unión legal con otra persona (48).

Se distinguen 06 tipos (soltero, casado, viudo, divorciado, conviviente). Para aspectos de estudio consideraremos:

Soltero: Es la persona que no tiene unión legal con otra persona.

Casado: Persona que legalmente está unida a otra persona atribuyéndoseles derechos y obligaciones de la otra.

Conviviente: es la persona que legalmente no está unida, pero que desarrolla una vida de convivencia con otra atribuyéndosele algunas obligaciones y responsabilidades.

Divorciado: Es la persona que legalmente por trámite judicial culmina el matrimonio, pudiendo desarrollar de forma libre acciones personales y/o familiares (49).

2.3. Variables de estudio

2.3.1. Identificación de Variable

Variable: Características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga.

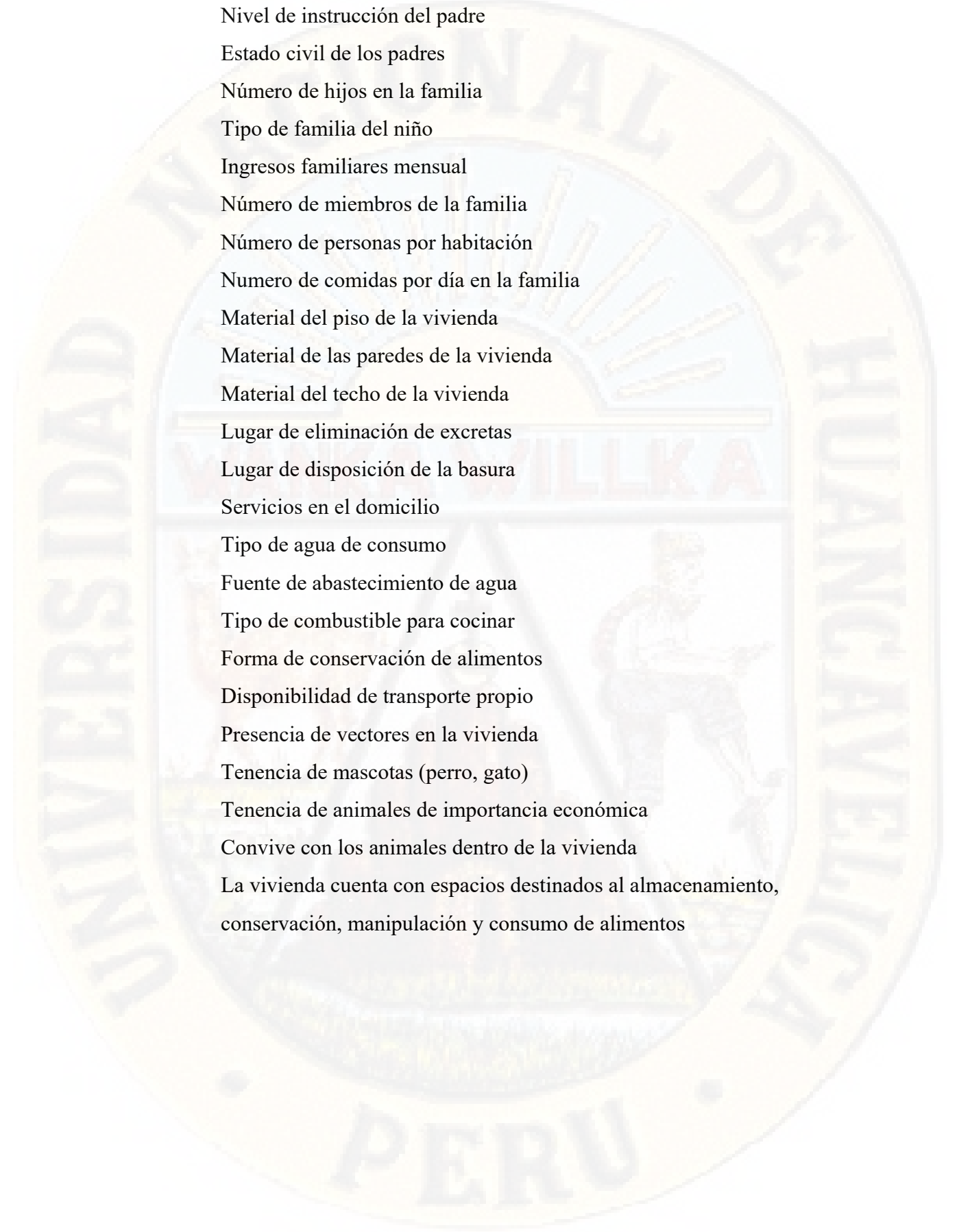
Subvariables:

Edad del niño en meses

Peso del niño en kilogramos

Talla del niño en centímetros

Nivel de instrucción de la madre



Nivel de instrucción del padre
Estado civil de los padres
Número de hijos en la familia
Tipo de familia del niño
Ingresos familiares mensual
Número de miembros de la familia
Número de personas por habitación
Numero de comidas por día en la familia
Material del piso de la vivienda
Material de las paredes de la vivienda
Material del techo de la vivienda
Lugar de eliminación de excretas
Lugar de disposición de la basura
Servicios en el domicilio
Tipo de agua de consumo
Fuente de abastecimiento de agua
Tipo de combustible para cocinar
Forma de conservación de alimentos
Disponibilidad de transporte propio
Presencia de vectores en la vivienda
Tenencia de mascotas (perro, gato)
Tenencia de animales de importancia económica
Convive con los animales dentro de la vivienda
La vivienda cuenta con espacios destinados al almacenamiento, conservación, manipulación y consumo de alimentos

2.3.2. Operacionalización de variable

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador (es)	Ítem	Valor
Características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga	Son rasgos o singularidades de naturaleza social, demográfica, económica entre otros que identifica a alguien o a un grupo de personas; son varios los elementos que sirven para describir las distintas realidades.	Cuestionarios aplicados a las familias de los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el centro de salud Sapallanga.	Personal	Edad del niño menor de 5 años	Edad del niño en meses cumplidos	Numérico
				Peso del niño menor de 5 años	Peso del niño en kilogramos	Numérico
				Talla del niño menor de 5 años	Talla del niño en centímetros	Numérico
				Nivel de Instrucción de la madre	Sin instrucción	1
					Inicial	2
					Primaria incompleta	3
					Primaria completa	4
					Secundaria incompleta	5
					Secundaria completa	6
					Superior incompleta	7
					Superior completa	8
				Nivel de Instrucción del padre	Sin instrucción	1
					Inicial	2
					Primaria incompleta	3
					Primaria completa	4
			Secundaria incompleta		5	
			Secundaria completa		6	
			Superior incompleta		7	
			Superior completa		8	
			Estado civil de los padres	Soltero	1	
				Conviviente	2	
				Casado	3	
				Viudo	4	
				Divorciado	5	
			Familiar	Número de hijos en la familia	Número de hijos en la familia	Numérico
				Tipo de familia del niño	Familia Nuclear (Ambos padres e hijos)	1
					Familia Extendida (Ambos padres o uno de ellos, hijos y parientes en la tercera generación)	2
					Familia Ampliada (Ambos padres o uno de ellos, hijos y parientes como tíos, sobrinos, etc.)	3
					Familia Monoparental (El padre o la madre y los hijos)	4
					Familia Reconstituida (Un hombre o una mujer con hijos inician una convivencia y forman una nueva familia)	5
Equivalente familiar (Grupo de amigos, hermanos, personas solas, etc.)	6					
Ingresos familiares mensuales	Ingresos familiares mensual en soles	Numérico				
Miembros integrantes de la familia	Número de miembros de la familia	Numérico				
Número de personas por habitación	Número de personas por habitación	Numérico				
Numero de comidas que consume la familia por día	Número de comidas por día en la familia	Numérico				
Material del piso de la vivienda	Madera	1				
	Parquet	2				
	Losetas/Cerámicos	3				
	Cemento/Ladrillo	4				
	Tierra	5				
	Otros	6				
Material de las paredes de la vivienda	Madera, estera	1				
	Adobe o tapia	2				
	Cemento/ladrillo	3				
	Quincha (caña con barro), piedra con barro	4				
	Otros	5				

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador (es)	Ítem	Valor
Características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga	Son rasgos o singularidades de naturaleza social, demográfica, económica entre otros que identifica a alguien o a un grupo de personas; son varios los elementos que sirven para describir las distintas realidades.	Cuestionarios aplicados a las familias de los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el centro de salud Sapallanga.	Familiar	Material del techo de la vivienda	Calamina	1
					Madera, Tejas	2
					Material noble	3
					Eternit o fibra de cemento	4
					Paja, hojas	5
					Caña o esteras con barro	6
				Lugar de eliminación de excretas	Aire libre	1
					Acequia, canal	2
					Red pública	3
					Letrina	4
					Pozo séptico	5
					Otros	6
				Lugar de disposición de la basura	Carro recolector	1
					A campo abierto	2
					Al río	3
					Se entierra, quema	4
					En un pozo	5
					Otros	6
				Servicios en el domicilio (puede marcar más de una opción)	Teléfono, celular	1
					Internet	2
					Cable	3
					Electricidad	4
					Agua, desagüe	5
					Otros	6
				Tipo de agua de consumo	Agua con tratamiento	1
					Agua sin tratamiento	2
				Fuente abastecimiento de agua	Red pública dentro de la vivienda	1
					Red pública fuera de la vivienda	2
					Pozo, cisterna	3
					Río, acequia, puquiales	4
				Tipo de combustible para cocinar	Leña	1
					Carbón	2
					Bosta	3
					Gas, electricidad	4
				Forma de conservación de alimentos	A temperatura ambiente	1
					Refrigeradora	2
					En recipiente sin tapa	3
					En recipiente con tapa	4
				Disponibilidad de transporte propio	Automóvil	1
					Bicicleta	2
					Motocicleta	3
					Otros	4
				Presencia de vectores en la vivienda	Presencia de vectores en la vivienda	Si(1) /No(2)
Tenencia de animales	Mascota: perro, gato.	Si(1) /No(2)				
	De importancia económica: cabras, carneros, cerdos, vaca, aves de corral.	Si(1) /No(2)				
	Convive con los animales dentro de la vivienda	Si(1) /No(2)				
La vivienda cuenta con espacios destinados al almacenamiento, conservación, manipulación y consumo de alimentos	En la vivienda existen espacios destinados al almacenamiento, conservación, manipulación y consumo de alimentos	Si(1) /No(2)				

2.4. Definición de términos

La familia. Es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas. La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella.

Características. Una característica es una cualidad que permite identificar a algo o alguien, distinguiéndolo de sus semejantes. Puede tratarse de cuestiones vinculadas al aspecto social, médico, personal biológico, económico, físico entre otros.

Desnutrición. La desnutrición es el resultado del consumo insuficiente de alimentos y de la aparición repetida de enfermedades infecciosas.

Desnutrición crónica. La desnutrición crónica es un proceso por el cual las reservas orgánicas que el cuerpo ha ido acumulando mediante la ingesta alimentaria se agotan debido a una carencia calórico-proteica; retrasando el crecimiento de fetos, infantes, niños y adolescentes.

La primera infancia. De los 0 a los 5 años de edad, representa una etapa decisiva en el desarrollo de las capacidades físicas, intelectuales y emotivas de cada niño, 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.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Ámbito de estudio

La investigación sobre características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidas en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018. Se realizó en el distrito de Sapallanga el cual es uno de los 28 distritos que conforman la Provincia de Huancayo, ubicada en el Departamento de Junín. Limita al norte con los distritos de Chilca y Huancán, al este Huancavelica y al sur con el distrito de Pucará y al oeste con los distritos de Huayucachi y Huacrapuquio. Tiene una superficie de 119.02 km², una altitud media de 3295 metros sobre el nivel del mar. La capital del distrito se encuentra localizado a 12°08'54" latitud sur y 75°09'32" latitud oeste.

3.2. Tipo de investigación

El estudio fue una investigación observacional, descriptiva, de corte transversal. Observacional porque no existe intervención del investigador, los datos reflejan la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador, transversal porque todas las mediciones se hacen en una sola ocasión, por lo que no existen períodos de seguimiento, descriptivo porque sus datos serán utilizados con finalidades puramente descriptivas. Su propósito es describir la variable y analizarla en un momento dado (50-52).

3.3. Nivel de investigación

El nivel de investigación fue descriptivo (DANKHE 1986); Su propósito es describir (medir) el comportamiento de la variable o variables en forma independiente. Es decir, buscan especificar las propiedades de la variable, la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento. Es decir, pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren (50, 53-55).

3.4. Métodos de investigación

3.4.1. Método general:

Se utilizó el método inductivo. Según Pimienta (56) es aquel que obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares. Se trata del método científico más usual, en el que pueden distinguirse cuatro pasos esenciales: la observación de los hechos y su registro; la clasificación y el estudio de estos hechos; la derivación inductiva que parte de los hechos y permite llegar a una generalización; y la contrastación. Es un método científico que elabora conclusiones generales a partir de enunciados observacionales particulares y parte de lo particular a lo general.

3.4.2. Método Básico

Se utilizó el método descriptivo porque describe las características de la población de estudio en su forma natural, basada en la observación (56).

3.5. Diseño de investigación

Según Hernández el diseño es el plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea. El estudio correspondió a un diseño descriptivo simple; porque se trabajó sobre realidades del hecho y su característica fundamental fue la de realizar una interpretación correcta del fenómeno (52, 54, 55).

Donde:

M O

M: Niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidas en el Centro de Salud Sapallanga

O: Características de las familias

3.6. Población, muestra y muestreo

3.6.1. Población

Fueron todas las familias de los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidas en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018; según registros estadísticos son un total de 66 familias.

Según Hernández una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones, es la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las entidades de la población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación (52, 54, 57, 58).

3.6.2. Muestra:

El estudio fue censal. La muestra de estudio la constituyeron todas las familias de los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidas en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018 (52, 54, 57, 58).

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se tomó en cuenta los aspectos éticos, ya que toda información recolectada fue de absoluta reserva, no se vulneró los derechos humanos, se respetó la dignidad de todos los seres humanos más allá de las condiciones de desarrollo humano.

La técnica utilizada fue la **encuesta**; esta técnica utilizó un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recogió y analizó una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características (59).

El instrumento fue el **cuestionario** conteniendo la variable y subvariables a estudiar; la cual fue elaborada en base al planteamiento del problema, propósito, objetivos, variables de estudio entre otros. Los datos recogidos fueron ordenados, codificados e ingresados a una tabla en Excel y luego para el análisis fue transportada al software SPSS 23, paquete estadístico intuitivo y versátil que posibilita en análisis de datos de investigaciones con enfoque cuantitativo.

3.8. Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos se tuvo en cuenta lo siguiente:

Primero: Se realizó el trámite administrativo en el programa de segunda especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud, para el proceso de investigación.

Segundo: Se validó el instrumento de recolección de datos por juicio de expertos; buscando que el instrumento mida o capture los datos que realmente sirvan para el propósito para el cual fue construido. La valoración de los expertos fue cualitativa. En el instrumento de investigación, el contenido o ítems utilizados para las mediciones y sus resultantes fueron consideradas pertinentes para la investigación.

Tercero: Luego se solicitaron los permisos respectivos para la realización de la investigación al director del Centro de Salud. El permiso o autorización es importante para el acceso a los registros de atención, libro de seguimiento entre otros.

Cuarto: Se capacitaron a los investigadores de campo para la recolección de los datos de investigación y aplicación del cuestionario a las familias de los niños con desnutrición crónica menores de 5 años.

Quinto: Con la debida autorización del director del Centro de Salud, se tuvo una reunión con el responsable de la jefatura de los servicios de salud de obstetricia y la Oficina de Estadística e Informática, para las coordinaciones previa a la recolección de información. Luego se procedió a la revisión de los registros de atención, libro de seguimiento y posteriormente se realizó las visitas domiciliarias; se aplicó el cuestionario a toda la muestra del estudio.

Sexto: Se codifico y tabulo los datos obtenidos en una hoja de cálculo del aplicativo Microsoft Office Excel; para el análisis estadístico se exporto la base de datos del Excel al programa “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS).

3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Primero se realizó un ordenamiento, clasificación y codificación de los datos recolectados en el trabajo de campo. Se elaboró una base de datos en una hoja de cálculo en Microsoft Excel 2016; esto se realizó por el fácil uso y familiaridad con el aplicativo ofimático.

Para el análisis estadístico se importó la base de datos del Excel al programa SPSS 23 para Windows, con la finalidad de realizar el análisis estadístico descriptivo según la naturaleza del estudio. El ingreso de datos lo realizo una persona con experiencia en el manejo de equipos de cómputo hojas de cálculo Excel y software SPSS.

Los datos fueron presentados en tablas de frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central. Se inició el análisis con la parte descriptiva cuantificando y caracterizando a la población estudiada.

CAPÍTULO IV

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Presentación e interpretación de datos

En el presente estudio, se investigaron las características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidas en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018

Tabla 1. Edad, peso y talla del niño menor de 5 años con desnutrición crónica atendido en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

Estadísticos	Edad del menor de 5 años en meses	Peso del niño menor de 5 años en kilogramos	Talla del niño menor de 5 años en centímetros
Cantidad de niños con desnutrición crónica	66.0	66.0	66.0
Media	24.2	10.6	80.0
Mediana	16.0	10.1	78.0
Moda	12.0	9,800 ^a	71,0 ^a
Mínimo	5.0	6.9	62.0
Máximo	51.0	16.1	104.0
Percentil 25	12.0	8.6	70.0
Percentil 50	16.0	10.1	78.0
Percentil 75	40.0	12.6	91.2

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

Fuente: Cuestionario sobre las características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

En la tabla 1. Del total de niños menores de 5 años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Sapallanga. La edad promedio fue de 24.2 meses, la mitad tuvieron 16 meses o menos, la edad de 12 meses fue la más frecuencia en el grupo estudiado, la edad mínima fue de 5 meses y la edad máxima fue de 51 meses. El 25%

tuvieron 12 o menos meses, el 50% tuvieron 16 o más meses, el 25% tuvieron 40 o más meses.

El peso promedio fue de 10.6 kilogramos, la mitad tuvieron pesos iguales o menor a 10.1 kilogramos, el peso fue multimodal, el peso mínimo fue de 6.9 kilogramos y el peso máximo de 16.1 kilogramos. El 25% tuvieron pesos iguales o menores a 8.6 kilogramos, el 25% tuvieron pesos iguales o mayores a 12.6 kilogramos.

La talla promedio fue de 80.0 centímetros, la mitad tuvieron tallas iguales o menor a 78.0 centímetros, la talla fue multimodal, la talla mínima fue de 62 centímetros y la talla máxima fue de 104 centímetros. El 25% tuvieron tallas iguales o menores a 70 centímetros, el 25% tuvieron tallas iguales o mayores a 91.2 centímetros.

Tabla 2. Nivel de instrucción de la madre y el padre del niño menor de 5 años con desnutrición crónica atendido en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

Nivel de instrucción	Madre		Padre	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Primaria incompleta	10	15.2	1	1.5
Primaria completa	7	10.6	1	1.5
Secundaria incompleta	35	53.0	43	65.2
Secundaria completa	14	21.2	21	31.8
Total	66	100.0	66	100.0

Fuente: Cuestionario sobre las características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

Tabla 2. Del 100% (66) de madres de niños menores de 5 años con desnutrición crónica; el 15.2% (10) tuvieron primaria incompleta, el 10.6% (7) tuvieron primaria completa, el 53% (35) tuvieron secundaria incompleta y el 21.2% (14) tuvieron secundaria completa. En el padre el 1.5% (1) tuvieron primaria incompleta, el 1.5% (1) tuvieron primaria completa, el 65.2% (43) tuvieron secundaria incompleta y el 31.8% (21) tuvieron secundaria completa.

Tabla 3. Estado civil de los padres del niño menor de 5 años con desnutrición crónica atendido en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Conviviente	53	80.3	80.3
Casado	10	15.2	95.5
Soltero	3	4.5	100.0
Total	66	100.0	

Fuente: Cuestionario sobre las características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

Tabla 3. Del 100% (66) de padres de niños menores de 5 años con desnutrición crónica; el 80.3% (53) fueron convivientes, el 15.2% (10) fueron casados, el 4.5% (3) fueron solteros y un 95.5% (63) fueron convivientes o casados.

Tabla 4. Número de hijos en la familia del niño menor de 5 años con desnutrición crónica atendido en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

Estadísticos	Número de hijos por familia
Cantidad de familias	66.0
Media	2.2
Mediana	2.0
Moda	2.0
Mínimo	1.0
Máximo	5.0
Percentil 25	2.0
Percentil 50	2.0
Percentil 75	3.0

Fuente: Cuestionario sobre las características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

En la tabla 4. Del total de familias de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Sapallanga. La cantidad de hijos promedio por familia fue de 2.2, la mitad tuvieron 2 hijos o menos, la cantidad de hijos más frecuente por familia fue de 2, la mínima cantidad de hijos por familia fue de 1 y la máxima fue de 5 hijos. El 50% tuvieron 2 o menos hijos y el 25% tuvieron 3 o más hijos.

Tabla 5. Tipo de familia del niño menor de 5 años con desnutrición crónica atendido en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

Tipo de familia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Familia nuclear	59	89.4	89.4
Familia extendida	4	6.1	95.5
Familia Reconstituida	3	4.5	100.0
Total	66	100.0	

Fuente: Cuestionario sobre las características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

Tabla 5. Del 100% (66) de familias de niños menores de 5 años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Sapallanga. El 89.4% (59) tuvieron familias nucleares, el 6.1% (4) tuvieron familias extendidas, el 4.5% (3) tuvieron familias reconstituidas. El 95.5% (63) tuvieron familias nucleares o extendidas.

Tabla 6. Ingreso familiar, miembros de la familia, personas por habitación y comidas por día en las familias de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

Estadísticos	Ingreso familiar mensual	Número de miembros de la familia	Número de personas por habitación	Numero de comidas que consume la familia por día
Cantidad de familias	66.0	66.0	66.0	66.0
Media	647.88	4.0	2.0	3.0
Mediana	600.00	4.0	2.0	3.0
Moda	600.00	4.0	2.0	3.0
Mínimo	480.00	2.0	1.0	3.0
Máximo	900.00	6.0	3.0	3.0
Percentil 25	600.00	3.0	2.0	3.0
Percentil 50	600.00	4.0	2.0	3.0
Percentil 75	700.00	5.0	2.0	3.0

Fuente: Cuestionario sobre las características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

Tabla 6. De todas las familias de niños menores de 5 años con desnutrición; el ingreso promedio mensual por familia fue de S/. 647.88 soles, la mitad de las familias tienen un ingreso mensual menor o igual a S/. 600.00 soles, el ingreso mensual más frecuente por familia fue de S/. 600.00 soles, el ingreso mensual mínimo por familia fue de S/. 480.00 y el máximo de S/. 900.00 soles; El 50% tuvieron un ingreso familiar mensual menor o igual a S/. 600.00 soles, el 25% tuvieron un ingreso familiar mensual mayor o igual a S/. 700.00 soles.

El número promedio de miembros de la familia fue de 4, la mitad de las familias tienen 4 o menos miembros por familia, el número de miembros por familia más frecuente fue 4, el mínimo número de miembros por familia fue de 2 y el máximo de 6; el 25% tuvieron 3 o menos miembros por familia, el 25% tuvieron 5 o más miembros por familia.

El número promedio de personas por habitación fue de 2, la mitad de las familias tienen 2 o menos personas por habitación, el número de personas por habitación más frecuente fue 2, el mínimo número de personas por habitación fue de 1 y el máximo de 3; el 75% tuvieron 2 o menos personas por habitación.

El número promedio de comidas por día en la familia fue de 3, la mitad de las familias consumen 3 o menos comidas por día, el número de comidas por día más frecuente en las familias fue de 3, el mínimo número de comidas por día en las familias fue de 3 y el máximo de 3; el 100% de las familias consumieron 3 comidas por día.

Tabla 7. Material del piso de la vivienda de las familias de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

Material del piso de la vivienda	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Cemento/ladrillo	32	48.5	48.5
Tierra	32	48.5	97.0
Losetas/cerámicos	2	3.0	100.0
Total	66	100.0	

Fuente: Cuestionario sobre las características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

Tabla 7. Del 100% (66) de familias de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Sapallanga. El 48.5% (32) tuvieron en sus viviendas piso de cemento/ladrillo, el 48.5% (32) tuvieron en sus viviendas piso de tierra y el 3% (2) tuvieron en sus viviendas piso de loseta/cerámicos.

Tabla 8. Material de las paredes de la vivienda de las familias de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

Material de las paredes de la vivienda	Frecuencia	Porcentaje
Adobe o tapia	43	65.2
Cemento/ladrillo	23	34.8
Total	66	100.0

Fuente: Cuestionario sobre las características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

Tabla 8. Del 100% (66) de familias de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Sapallanga. El 65.2% (43) tuvieron en sus viviendas paredes de adobe o tapia y el 34.8% (23) paredes de cemento/ladrillo.

Tabla 9. Material del techo de la vivienda de las familias de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

Material del techo de la vivienda	Frecuencia	Porcentaje
Madera, Tejas	42	63.6
Material noble	24	36.4
Total	66	100.0

Fuente: Cuestionario sobre las características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

Tabla 9. Del 100% (66) de familias de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Sapallanga. El 63.6% (42) tuvieron en sus viviendas techos de madera y/o tejas; el 36.4% (24) tuvieron en sus viviendas techos de material noble.

Tabla 10. Lugar de eliminación de excretas en las familias de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

Lugar de eliminación de excretas	Frecuencia	Porcentaje
Red pública	44	66.7
Letrina	22	33.3
Total	66	100.0

Fuente: Cuestionario sobre las características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

Tabla 10. Del 100% (66) de familias de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Sapallanga. El 66.7% (44) eliminaron sus excretas por la red pública, el 33.3% (22) eliminaron sus excretas en las letrinas.

Tabla 11. Lugar de disposición de la basura en las familias de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

Lugar de disposición de la basura	Frecuencia	Porcentaje
A campo abierto	42	63.6
Carro recolector	24	36.4
Total	66	100.0

Fuente: Cuestionario sobre las características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

Tabla 11. Del 100% (66) de familias de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Sapallanga. El 63.6% (42) colocaron la basura a campo abierto, el 36.4% (24) eliminaron la basura a través de carro recolector.

Tabla 12. Servicios en los domicilios de las familias de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

Servicios en el domicilio	Frecuencia	Porcentaje
Cuenta con teléfono y/o celular	66	100.0
Cuenta con internet	0	0.0
Cuenta con TV Cable	0	0.0
Cuenta con servicio eléctrico	66	100.0
Cuenta con agua y desagüe	53	80.3

Fuente: Cuestionario sobre las características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

Tabla 12. Del 100% (66) de familias de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Sapallanga. El 100% (66) contaron con servicio telefónico y/o celular, todas las familias no tuvieron el servicio de internet y TV cable, el 100% (66) tuvieron el servicio eléctrico en sus domicilios, el 80.3% (53) tuvieron el servicio de agua y desagüe.

Tabla 13. Servicio de agua de consumo humano en las familias de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

Servicio de agua de consumo humano	Frecuencia	Porcentaje
Agua con tratamiento	66	100.0
Abastecimiento de agua de la red pública dentro de la vivienda	66	100.0

Fuente: Cuestionario sobre las características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

Tabla 13. El 100% (66) de familias de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, tuvieron agua con tratamiento para el consumo humano y su abastecimiento fue de la red pública dentro de la vivienda.

Tabla 14. Combustible para cocinar, forma de conservar alimentos y transporte propio en las familias de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

Detalle	Frecuencia	Porcentaje
Cocina con gas, electricidad	27	40.9
Cocina con leña	39	59.1
Conserva alimentos a temperatura ambiente	66	100.0
Sin espacios para el almacenamiento, conservación, manipulación y consumo de alimentos	66	100.0
Familias sin transporte propio	66	100.0

Fuente: Cuestionario sobre las características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

Tabla 14. Del 100% (66) de familias de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Sapallanga. El 40.9% (27) utilizaron para cocinar gas y/o electricidad, el 59.1% (39) utilizaron para cocinar leña, el 100% (66) conservaron sus alimentos a temperatura ambiente, no tuvieron espacios para el almacenamiento, conservación, manipulación y consumo de alimentos y no tuvieron transporte propio.

Tabla 15. Presencia de vectores de transmisión de enfermedades en las viviendas de las familias de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

Presencia de vectores en la vivienda	Frecuencia	Porcentaje
Si	24	36.4
No	42	63.6
Total	66	100.0

Fuente: Cuestionario sobre las características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

Tabla 15. Del 100% (66) de familias de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Sapallanga. El 36.4% de las familias tuvieron en sus domicilios vectores que transmiten enfermedades y el otros 63.6% (42) de las familias no tuvieron en sus domicilios vectores que transmitan enfermedades.

Tabla 16. Tenencia de animales por las familias de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

Tenencia de animales	Frecuencia	Porcentaje
Tiene perro y/o gato	66	100.0
Tiene cabras, carneros, cerdos, vaca, aves de corral de importancia económica	0	0.0
Convive con los animales dentro de la vivienda	0	0.0

Fuente: Cuestionario sobre las características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

Tabla 16. Del 100% (66) de familias de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Sapallanga. El 100% (66) de las familias tuvo perros y/o gatos. Ninguna de las familias tuvo cabras, carneros, cerdos, vaca, aves de corral animales de importancia económica y ninguna convivieron con animales dentro de la vivienda.

4.2. Discusión

Del total de niños menores de 5 años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Sapallanga. La edad promedio fue de 24.2 meses, la mitad tuvieron 16 meses o menos. El peso promedio fue de 10.6 kilogramos, la mitad tuvieron pesos iguales o menor a 10.1 kilogramos. La talla promedio fue de 80.0 centímetros, la mitad tuvieron tallas iguales o menor a 78.0 centímetros. No se encontró estudios similares para contrastar estos resultados. Los resultados muestran que la mitad de los niños con desnutrición crónica tuvieron 1 año 4 meses o menos, esto indica que a muy temprana edad el niño esta desnutrido por diferentes factores; es por ello muy importante la atención primaria en salud con intervenciones integrales en el niño(a) fortalecidas con las visitas domiciliarias integrales

En las madres de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica; el 15.2% (10) tuvieron primaria incompleta, el 10.6% (7) tuvieron primaria completa, el 53% (35) tuvieron secundaria incompleta y el 21.2% (14) tuvieron secundaria completa. En los padres el 1.5% (1) tuvieron primaria incompleta, el 1.5% (1) tuvieron primaria completa, el 65.2% (43) tuvieron secundaria incompleta y el 31.8% (21) tuvieron secundaria completa. Estos resultados concuerdan con lo hallado por Acevedo et al (16), Quiñonez (15), Ferreira et al (18), Núñez et al (21), quienes encontraron también una baja escolaridad en los padres de los niños desnutridos o con riesgo nutricional, por lo cual puede considerarse como un factor de riesgo para la desnutrición. El bajo nivel educativo de los padres puede deberse a un limitado accesos en los servicios educativos en el contexto estudiado; por lo cual es pertinente el planteamiento de estrategias acordes al contexto para una intervención eficaz del sector educación, gobierno regional y los actores sociales involucrados en la educación de la población.

En los padres de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica; el 80.3% (53) fueron convivientes, el 15.2% (10) fueron casados, el 4.5% (3) fueron solteros y un 95.5% (63) fueron convivientes o casados. No se encontró estudios para contrastar estos resultados. Este resultado refleja ocho de cada diez padres son convivientes, lo cual en el ámbito de estudio por el contexto socio cultural es una relación estable y

debe ser considerada para las intervenciones en salud a nivel domiciliario por el equipo de salud.

De las familias de los niños con desnutrición crónica, el 89.4% (59) fueron familias nucleares, el 6.1% (4) fueron familias extendidas, el 4.5% (3) fueron familias reconstituidas. El 95.5% (63) fueron familias nucleares o extendidas. Estos resultados concuerdan con Mendoza et al (19), Cuba et al (23) quienes encontraron una mayor frecuencia en familias de tipo nuclear, en este tipo de familia es importante brindar la atención primaria en salud, fortalecer la oferta fija y las visitas domiciliarias integrales por el equipo de salud.

El ingreso promedio mensual por familia fue de S/. 647.88 soles, la mitad de las familias tienen un ingreso mensual menor o igual a S/. 600.00 soles, el ingreso mensual más frecuente por familia fue de S/. 600.00 soles, el ingreso mensual mínimo por familia fue de S/. 480.00 y el máximo de S/. 900.00 soles. Estos resultados indican que el ingreso familiar está muy por debajo del sueldo mínimo lo cual es una condición que afecta el mantenimiento o sostén familiar y limita el acceso a los servicios o necesidades básicas estos resultados concuerdan con lo mencionado por Quiñonez (15), González y Díaz (17), Ferreira et al (18), quienes encontraron que el bajo ingreso familiar se asocia con la desnutrición o riesgo nutricional y limita el acceso a los servicios de salud.

La cantidad de hijos promedio por familia fue de 2.2, la mínima cantidad de hijos por familia fue de 1 y la máxima fue de 5 hijos. El número promedio de miembros de la familia fue de 4, la mitad de las familias tienen 4 o más miembros por familia, el número promedio de personas por habitación fue de 2, la mitad de las familias tienen 2 o menos personas por habitación, el número promedio de comidas por día en la familia fue de 3, el 100% de las familias consumieron 3 comidas por día. Estos resultados concuerdan con Ferreira et al (18) quien encontró que el estado nutricional es afectado por el número de miembros en la familia; por otra parte es recomendable que los menores consuman 5 comidas por día las cuales deben ser balanceadas, saludables, de calidad y en la cantidad adecuada para el niño; por lo cual es necesario la educación sanitaria a la familia en alimentación saludable para una adecuada nutrición del menor aunadas a la atención integral del niño.

En las viviendas de las familias de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica; el 48.5% (32) tuvieron en sus viviendas piso de cemento/ladrillo, el 48.5% (32) tuvieron en sus viviendas piso de tierra y el 3% (2) tuvieron en sus viviendas piso de loseta/cerámicos, el 65.2% (43) tuvieron en sus viviendas paredes de adobe o tapia y el 34.8% (23) paredes de cemento/ladrillo, el 63.6% (42) tuvieron en sus viviendas techos de madera y/o tejas; el 36.4% (24) tuvieron en sus viviendas techos de material noble. El 66.7% (44) eliminaron sus excretas por la red pública, el 33.3% (22) eliminaron sus excretas en las letrinas. El 63.6% (42) colocaron la basura a campo abierto, el 36.4% (24) eliminaron la basura a través de carro recolector. El 100% (66) de las familias tuvieron servicios telefónicos y/o celular, todas las familias no tuvieron el servicio de internet y TV cable, el 100% (66) tuvieron el servicio eléctrico en sus domicilios, el 80.3% (53) tuvieron el servicio de agua y desagüe. El 100% (66) de las familias, tuvieron agua con tratamiento para el consumo humano y su abastecimiento fue de la red pública dentro de la vivienda. El 40.9% (27) de las familias utilizaron para cocinar gas y/o electricidad, el 59.1% (39) utilizaron para cocinar leña, el 100% (66) conservaron sus alimentos a temperatura ambiente, no tuvieron espacios para el almacenamiento, conservación, manipulación y consumo de alimentos y no tuvieron transporte propio. Estos resultados indican que las condiciones de las familias en su mayoría son precarias en cuanto a condiciones de la vivienda, servicios básicos, servicios públicos entre otros lo que pone en riesgo la salud de los miembros de la familia sobre todo en los grupos vulnerables como los niños; Beltrán y Seinfeld (22) refiere que para combatir la desnutrición infantil es importante dotar de agua potable y desagüe a las familias, de cocinas mejoradas y de piso acabado

El 36.4% de las familias tuvieron en sus domicilios vectores que transmiten enfermedades, el 100% (66) de las familias tuvo perros y/o gatos. Ninguna de las familias tuvo cabras, carneros, cerdos, vaca, aves de corral animales de importancia económica y ninguna convivieron con animales dentro de la vivienda.

De las familias estudiadas, se ha encontrado que existen diversos riesgos para la salud que están afectando tempranamente al grupo más vulnerable de la familia que son los niños por lo que es necesario la intervención familiar con visitas domiciliarias

integrales por los equipos de salud; así mismo fortalecer las acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, involucrando a los actores sociales.



Conclusiones

- Primero. La edad promedio de niños menores de 5 años con desnutrición crónica fue de 2 años y la mitad tuvieron 1 año 4 meses o menos, esto indica que a muy temprana edad el niño esta desnutrido por diferentes factores; es por ello muy importante la atención primaria en salud con intervenciones integrales en el niño(a).
- Segundo. Los padres de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica; en su mayoría tuvieron un nivel educativo bajo y tres o menos de cada diez llegaron a tener secundaria completa; por lo cual puede considerarse como un factor relacionado a la desnutrición del niño.
- Tercero. En los padres de los niños con desnutrición crónica; ocho de cada diez padres son convivientes.
- Cuarto. De las familias de los niños con desnutrición crónica, nueve de cada diez fueron familias nucleares.
- Quinto. El ingreso promedio mensual por familia fue de S/. 647.88 soles, la mitad de las familias tienen un ingreso mensual menor o igual a S/. 600.00 soles y el máximo ingreso mensual fue de S/. 900.00 soles, ingreso menor a la remuneración mínima vital.
- Sexto. La cantidad de hijos promedio por familia fue de 2.2, el numero promedio de miembros de la familia fue de 4, el numero promedio de personas por habitación fue de 2, el numero promedio de comidas por día en la familia fue de 3.
- Séptimo. Las características de las familias, el bajo ingreso económico mensual, las condiciones desfavorables de las viviendas y servicios básicos; la presencia de vectores entre otros son condiciones inadecuadas que exponen a los niños y demás miembros de la familia a diversos riesgos para la salud; por lo que es necesario una intervención integral con involucramiento de los gobiernos locales y regional.

Recomendaciones

Al gobierno regional, en su plan de desarrollo incorporar políticas públicas saludables, programas de desarrollo económico y social; que permitan a las familias su desarrollo integral y de sus miembros, sobre todo de los grupos más vulnerables.

Priorizar políticas de salud que incorporen la atención primaria en salud con acceso a toda la población, sobre todo en los grupos de riesgo como la niñez, enfatizando, la promoción de la salud, salud familiar y comunitaria.

Al sector vivienda en coordinación con el gobierno regional y local implementar proyectos en viviendas saludables de acceso a toda la población y que cuenten con los servicios básicos.

Al sector educación en coordinación con el gobierno regional implementar estrategias para universalizar el acceso a la educación de toda la población.

Al sector salud brindar una atención integral al niño de calidad y continúa involucrando en estos procesos a la familia y al equipo de salud capacitado, con buena actitud. Los establecimientos de salud deben fortalecer las intervenciones integrales en las visitas domiciliarias por el equipo de salud; la educación sanitaria a la familia en alimentación y nutrición saludable, para una adecuada nutrición del menor aunadas a la atención integral del niño.

Las familias deben coordinar con la autoridad sanitaria pertinente el apoyo para la eliminación los vectores que transmiten enfermedades; así mismo cumplir con las recomendaciones sanitarias que le brindan los profesionales del establecimiento de salud. En cuanto a la tenencia de animales las familias deben llevar un control de sus mascotas por un médico veterinario y evitar contagios de enfermedades transmitidas por los animales a los humanos.

Referencias bibliográficas

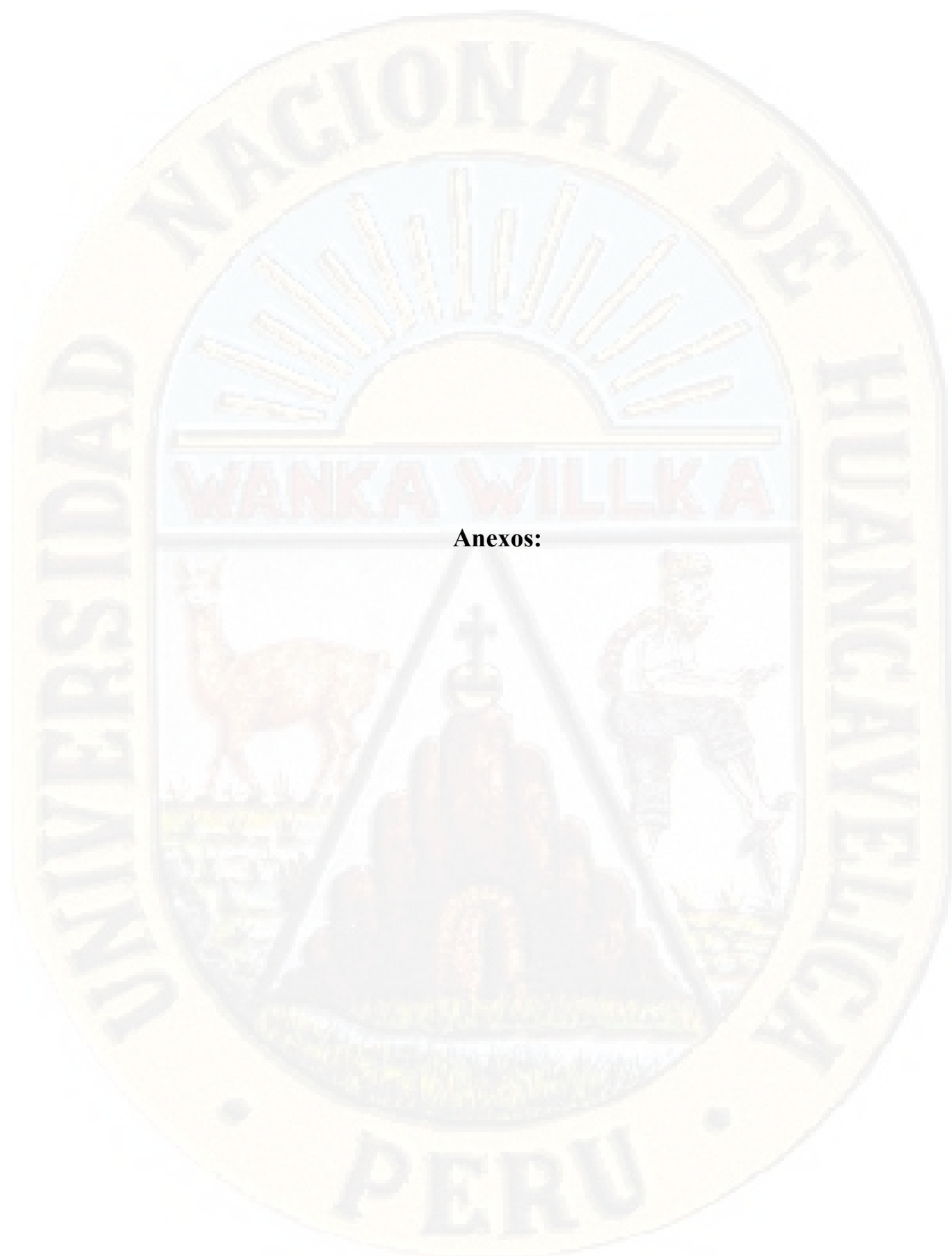
1. OMS-OPS. La familia y la salud. 37a sesión del subcomité de planificación y programación del comité ejecutivo. Washington, D.C., EUA, 26 al 28 de marzo de 2003.p.5.
2. Dirección Regional de Salud Cusco. GUIA PARA EL LLENADO DE LA FICHA FAMILIAR (RM. N° 204-2015/MINSA). Dirección General de Salud de las Personas – Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar. Cusco: DIRESA Cusco; 2016.
3. Zamora G, Flores-Urrutia MC, Peña-Rosas JP. Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño: abordando los determinantes sociales de la salud para promover un enfoque de equidad. Archivos Latinoamericanos de Nutrición. 2015;65(Suplemento 1).
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES 2017. Lima - Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Mayo; 2018.
5. Trianes M, Jiménez M, Muñoz A. Competencia social: su educación y tratamiento. Madrid: Pirámide. Revista Educativa Hekademos. 1997;11:7-17.
6. De la Cuesta Benjumea C. Familia y salud. Revista ROL de Enfermería. 1995(203-204):21.
7. Asamblea Mundial de la Salud. La familia y la salud en el contexto del décimo aniversario del Año Internacional de la Familia: informe de la Secretaría. Organización Mundial de la Salud; 2004.
8. Florenzano UR. La familia como factor de riesgo, Adolescentes y familia en Chile. Creces. 1992;7:24-34.
9. Gómez Clavelina FJ. Diagnóstico de Salud Familiar. En Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina FJ. Fundamentos de Medicina Familiar. 7 ed. México: Medicina Familiar Mexicana; 2000. 103-40 p.
10. Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones estratégicas y programáticas para el periodo 1999-2002. Washington, D.C: OPS; 1998. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/20963/doc305.pdf?sequence=1>.
11. Cattáneo A. Alimentación, salud y pobreza: la intervención desde un programa contra la desnutrición. Archivos Argentinos de Pediatría. 2002;100(3):222-32.

12. Gajate Garrido G, Inurritegui Maúrtua M. Impacto de los programas alimentarios sobre el nivel de nutrición infantil: una aproximación a partir de la metodología del Propensity Score Matching. GRADE; 2002.
13. Sagan C, Dryuyan A. Literacy-The path to a more prosperous. Less Dangerous America. Parade Magazine. 1994;6:0-2.
14. Domínguez Domínguez I. Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2011;37(3):387-98.
15. Quiñonez Barrio AP. Factores de riesgo nutricionales que afectan el desarrollo del niño escolar de 5 y 10 años pertenecientes a la Unidad Educativa Fiscal Armada Nacional del Recinto Chucaple [Tesis de grado]. Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Esmeraldas, Escuela de Enfermería; 2019.
16. Acevedo Estevez D, Paéz Carmenate G, Abull Ortega AO. Factores de riesgo de desnutrición en menores de cinco años del municipio Manatí. Revista Electrónica Dr Zoilo E Marinello Vidaurreta. 2016;41(7).
17. González-Pastrana Y, Díaz-Montes C. Características familiares relacionadas con el estado nutricional en escolares de la ciudad de Cartagena. Revista de Salud Pública. 2015;17:836-47.
18. Ferreira PA, Pascoal GH, Ribeiro MC, Bodevan EC, Fernandes DR, Martins SR, et al. Análise da influência de determinados fatores sobre o estado nutricional de crianças residentes em comunidades rurais de diamantina-mg. Revista da Universidade Vale do Rio Verde. 2011;9(1):89-107.
19. Mendoza-Solís L, Soler-Huerta E, Sainz-Vázquez L, Gil-Alfaro I, Mendoza-Sánchez H, Pérez-Hernández C. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria. Archivos en medicina familiar. 2006;8(1):27-32.
20. Macias AI, Gordillo LG, Camacho EJ. Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. Revista chilena de nutrición. 2012;39(3):40-3.
21. Núñez-Rocha GM, Bullen-Navarro M, Castillo-Treviño BC, Solís-Pérez E. Desnutrición en prescolares de familias migrantes. Salud pública de México. 1998;40:248-55.
22. Beltrán A, Seinfeld J. Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: Un problema persistente. Lima: Centro de Investigación, Universidad del Pacífico; 2009.

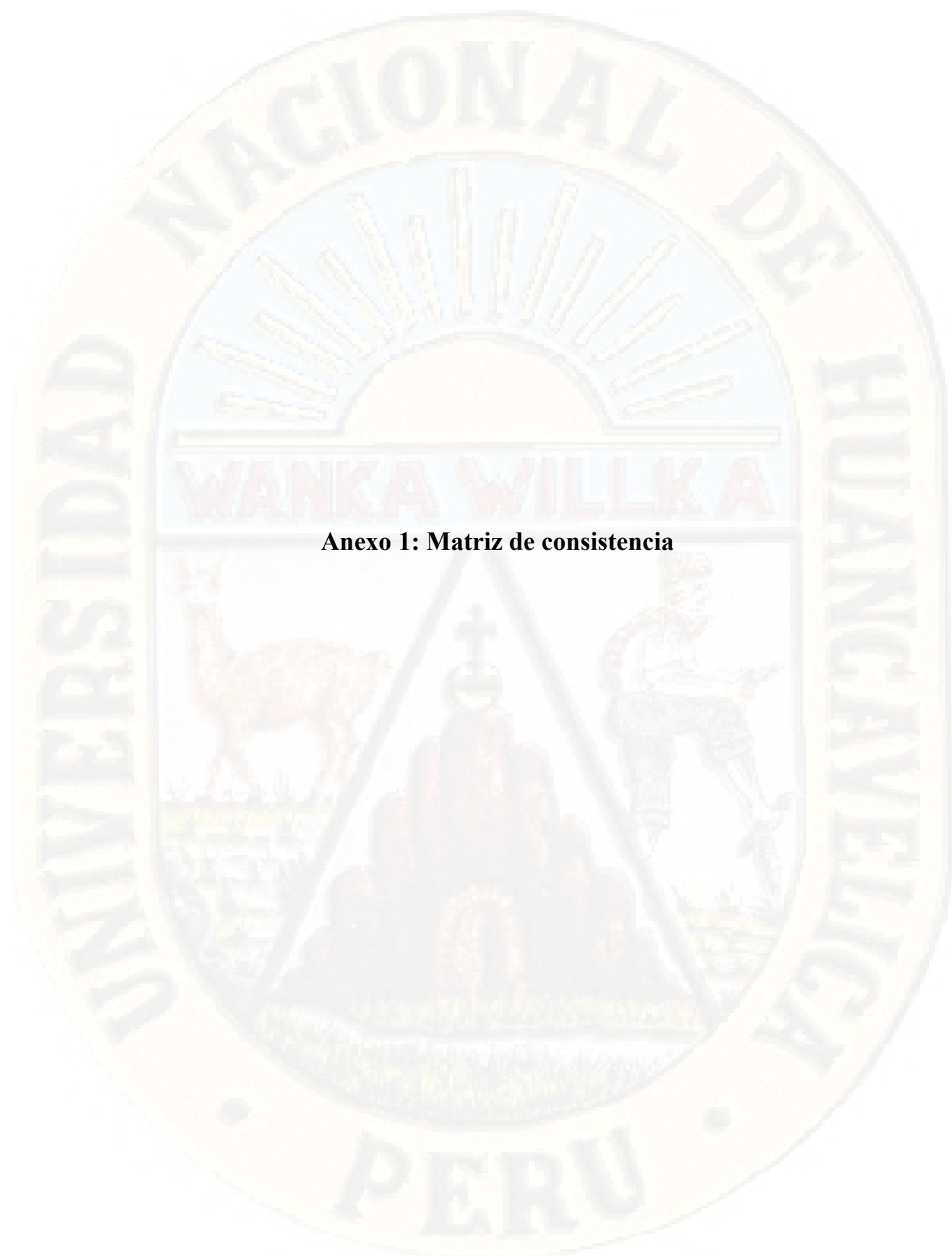
23. Cuba M, Jurado A, Romero Z, Cuba M. Características familiares asociadas a la percepción de la calidad de vida en pobladores de un área urbano-marginal en el Distrito de Los Olivos, Lima. *Revista Medica Herediana*. 2013;24(1):12-6.
24. Martínez R. *Salud y enfermedad del niño y del adolescente*. 8 ed. México: El Manual Moderno; 2017.
25. Wisbaum W. *La desnutrición infantil: Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento*. Madrid: UNICEF; 2011.
26. Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, De Onis M, et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The lancet*. 2013;382(9890):427-51.
27. Martorell R. The nature of child malnutrition and its long-term implications. *Food and nutrition Bulletin*. 1999;20(3):288-92.
28. Unicef. *Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia*. Ginebra: Naciones Unidas; 2000.
29. Smith LC, Haddad LJ. *Overcoming child malnutrition in developing countries: past achievements and future choices*: Intl Food Policy Res Inst; 2000.
30. López Guerra N, Alí Gómez V, Rojas Dávila C. *Acciones efectivas para reducir la desnutrición crónica. Evidencias del cambio en zonas rurales del Perú 2003-2004*. Lima: CARE; 2005.
31. Victora CG, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell R, Richter L, et al. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *The lancet*. 2008;371(9609):340-57.
32. Ortiz Gómez MT. *La salud familiar*. *Revista cubana de medicina general integral*. 1999;15(4):439-45.
33. Gonzalez E. *Psicología del ciclo vital*. 2da ed. España: Editorial CCS; 2002. p. 65-6.
34. Donati P. *Manuale di sociologia della famiglia*. Italia: Gius. Laterza & Figli Spa; 2014.
35. López EM. *Familia y sociedad: una introducción a la sociología de la familia*: Ediciones Rialp; 2000.
36. Irigoyen A. *Nuevos Fundamentos de medicina familiar*. 3ª. Edición Editorial Medicina familiar Mexicana México. 2006.
37. De la Revilla L, Muñoz EB. *Conceptos e instrumentos de la atención familiar*. Barcelona: Doyma 1994.

38. Arias L, Montero J, Castellanos J. Fundamentos y principios de medicina familiar: enfoque sistémico y la medicina familiar. Colombia: Ministerio de Salud de Colombia; 1995.
39. Arias Castillo L, Domingo Alarcón J, Ruiz Puyana CE, Mora Villa-Roel SL, Dallos Arenales MI, Erazo Caicedo CA, et al. Fundamentos en Salud Familiar. ASCOFAME-FUPADS. Bogota: Asociación Colombiana de Facultades de Medicina; 2008. 360 p.
40. McWhinney IR. Primary care: core values Core values in a changing world. *Bmj*. 1998;316(7147):1807-9.
41. Green LA, Graham R, Bagley B, Kilo C, Spann S, Bogdewic S, et al. Task Force 1. Report of the Task Force on patient expectations, core values, reintegration, and the new model of family medicine. *Annals of Family Medicine*. 2004;2(Suppl 1):s33-s50.
42. Dunst CJ, Trivette CM, Hamby DW. Meta-analysis of family-centered helpgiving practices research. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*. 2007;13(4):370-8.
43. Shelden MLL, Dathan RD. The Early Intervention Teaming Handbook: The Primary Service Provider Approach: ERIC; 2013.
44. Pérez MC, Mora CTE, Rico GM, Martín MA, Blázquez VA, Varea MD, et al. Atención temprana y prácticas centradas en la familia: a propósito de un caso. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*. 2016;36(4):185-94.
45. Guzmán-Miranda CO, Caballero-Rodríguez CT. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. *Santiago*. 2015(128):336-50.
46. Mejía H. Factores de riesgo para muerte neonatal. Revisión sistemática de la literatura. *Rev Soc Bol Ped*. 2000;39(3):1-22.
47. Rasch V. Cigarette, alcohol, and caffeine consumption: risk factors for spontaneous abortion. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*. 2003;82(2):182-8.
48. Inga Castillo G. Factores asociados a aborto en mujeres jóvenes de 19 a 29 años de edad del hospital Militar Central en el año 2016. [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Huamana; 2017.
49. Sánchez Vidal KJ. Nivel de participación de las personas en la decisión del aborto provocado-Hospital Nacional Sergio Bernales, 2004. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San marcos, Facultad de Medicina; 2005.
50. Artiles Visbal L, Otero Iglesias J, Barrios Osuna I. Metodología de la investigación para las ciencias de la salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. 65-78 p.

51. Londoño Fernández JL. Metodología de la investigación epidemiológica. 5 ed. México: Editorial Manual Moderno; 2014. 368 p.
52. Martínez Montaña MdL, Briones Rojas R, Cortes Riveroll R. Metodología de la investigación para el área de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 47-62 p.
53. Arias Odón FG. El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. 6 ed. Caracas: Editorial Episteme C.A.; 2012. 146 p.
54. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la investigación. 6 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 600 p.
55. Hernández Sampieri R, Zapata Salazar NE, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación para bachillerato. Enfoque por competencias. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 202 p.
56. Pimienta Prieto JH, De la Orden Hoz A. Metodología de la investigación. 3 ed. México: Pearson Educación; 2017. 216 p.
57. Celis de la Rosa AdJ, Labrada Martagón V. Bioestadística. 3 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2014. 338 p.
58. García García JA, López Alvarenga JC, Jiménez Ponce F, Ramírez Tapia Y, Lino Pérez L, Reding Bernal A. Metodología de la investigación bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 447 p.
59. García Ferrando M, Ibáñez J, Alvira F. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Madrid: Alianza Universidad Textos; 1993. 141-70 p.



Anexos:



Anexo 1: Matriz de consistencia

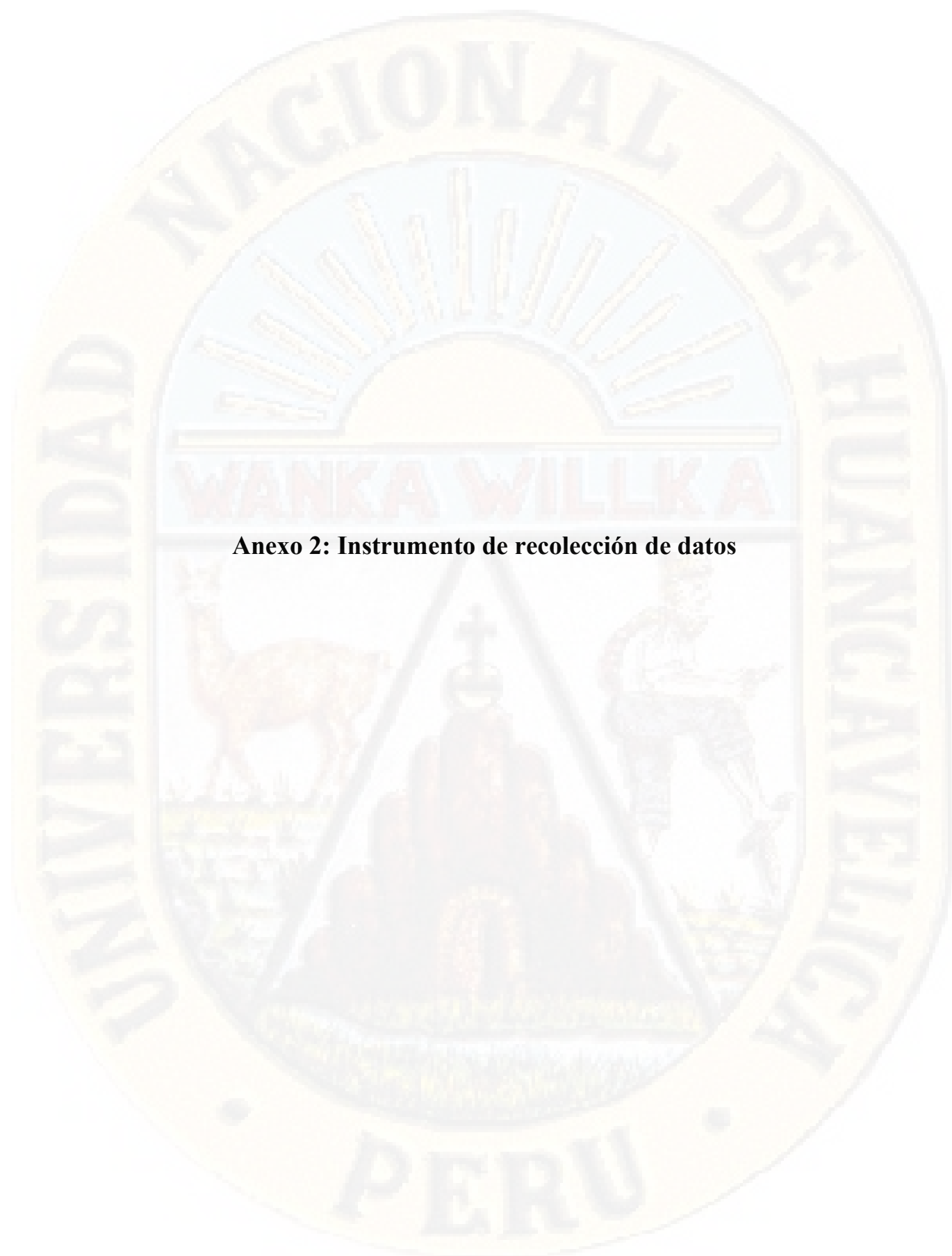
MATRIZ DE CONSISTENCIA

INVESTIGACIÓN: Características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidas en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
<p>Problema general ¿Cuáles son las características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuáles son las características de los padres de los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018?</p> <p>¿Cuál es el tipo de familia en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018?</p> <p>¿Cuáles son las características de las familias y sus viviendas, en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018?</p>	<p>Objetivo general Determinar las características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.</p> <p>Objetivos específicos Identificar las características de los padres de los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.</p> <p>Identificar el tipo de familia en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.</p> <p>Determinar las características de las familias y sus viviendas, en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.</p>	<p>Conocer las características familiares de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica, en el contexto en el cual viven; permitirá mejorar los procesos de atención primaria para poder brindar una atención integral continua que permitan prevenir riesgos y promocionar la salud. Esta información permitirá reorientar las intervenciones sanitarias en la atención primaria, plantear acciones de capacitación en salud familiar y comunitaria para el personal de salud del establecimiento desarrollando competencias que permitan una adecuada atención de este tipo de familias.</p> <p>Como la principal función dentro del trabajo de atención primaria de salud es promover estilos de vida sanos, identificando los factores de riesgo antes que produzcan daño (14). Con los resultados de la investigación se podrá conocer a detalle las características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años, dentro de su contexto sociocultural; a partir del cual se podrá implementar mejoras en las actividades de atención integral a los menores de 5 años y en las visitas domiciliarias. Así mismo los resultados de esta investigación nos permitirá implementar estrategias que contribuyan a fortalecer las acciones de educación para la salud, orientados hacia la promoción una nutrición saludable y la prevención de la enfermedad, fortaleciendo en los profesionales de la salud una actitud positiva en cuanto a la salud familiar y comunitaria.</p>	<p>Características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga.</p>	<p>Personal</p>	<p>Edad del niño menor de 5 años Peso del niño menor de 5 años Talla del niño menor de 5 años Nivel de Instrucción de la madre</p> <p>Nivel de Instrucción del padre</p> <p>Estado civil de la madre</p>	<p>Edad del niño en años cumplidos Peso del niño en kilogramos Talla del niño en centímetros Sin instrucción Inicial Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior incompleta Superior completa Sin instrucción Inicial Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior incompleta Superior completa Soltera Conviviente Casada Viuda Divorciada</p> <p>Número de hijos en la familia Tipo de familia del niño con desnutrición crónica menor de 5 años.</p> <p>Ingresos familiares mensuales Miembros integrantes de la familia Número de personas por habitación Número de comidas que consume la familia por día Material del piso de la vivienda</p> <p>Número de hijos en la familia Familia Nuclear Familia Extendida Familia Ampliada) Familia Monoparental Familia Reconstituida Equivalente familiar Ingresos familiares mensual en soles Número de miembros de la familia Número de personas por habitación Número de comidas por día en la familia</p> <p>Madera Parquet Losetas/Cerámicos Cemento/Ladrillo Tierra Otros</p>	<p>Número Numérico Numérico 1 2 3 4 5 6 7 8 1 2 3 4 5 6 7 8 1 2 3 4 5</p> <p>Numérico 1 2 3 4 5 6 Numérico Numérico Numérico 1 2 3 4 5 6</p>	<p>Nivel de investigación El nivel de investigación es descriptivo (DANKHE 1986).</p> <p>Tipo de investigación investigación observacional, retrospectivo, de corte transversal, descriptivo.</p> <p>Diseño de Investigación El estudio corresponde a un diseño descriptivo simple; porque se trabajará sobre realidades del hecho y su característica fundamental es la de representar una interpretación correcta del fenómeno</p> <p>Esquema: M O M: Niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidas en el Centro de Salud Sapallanga. O: Características de las familias</p> <p>Población, muestra, muestreo La población: Fueron todas las familias de los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidas en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018; según registros estadísticos son un total de 66 familias.</p> <p>Muestra: El estudio fue censal, por lo que no fue necesario una muestra.</p>

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
					Material de las paredes de la vivienda	Madera, estera Adobe o tapia Cemento/ladrillo Quincha (caña con barro), piedra con barro Otros	1 2 3 4 5	
					Material del techo de la vivienda	Calamina Madera, Tejas Material noble Eternit o fibra de cemento Paja, hojas Caña o esteras con barro Aire libre	1 2 3 4 5 6 1	
					Lugar de eliminación de excretas	Acequia, canal Red pública Letrina Pozo séptico Otros Carro recolector	2 3 4 5 6 1	
					Lugar de disposición de la basura	A campo abierto Al río Se entierra, quema En un pozo Otros Teléfono, celular	2 3 4 5 6 1	
					Servicios en el domicilio (puede marcar más de una opción)	Internet Cable Electricidad Agua, desagüe Otros	2 3 4 5 6	
					Tipo de agua de consumo	Agua con tratamiento Agua sin tratamiento Red pública dentro de la vivienda	1 2 1	
					Fuente abastecimiento de agua	Red pública fuera de la vivienda Pozo, cisterna Río, acequia, puquiales	2 3 4	
					Tipo de combustible para cocinar	Leña Carbón Bosta Gas, electricidad	1 2 3 4	
					Forma de conservación de alimentos	A temperatura ambiente Refrigeradora En recipiente sin tapa En recipiente con tapa	1 2 3 4	

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
					Disponibilidad de transporte propio	Automóvil Bicicleta Motocicleta Otros	1 2 3 4	
					Presencia de vectores en la vivienda	Presencia de vectores en la vivienda	Si(1) /No(2)	
					Tenencia de animales	Mascota: perro, gato. De importancia económica: cabras, carneros, cerdos, vaca, aves de corral.	Si(1) /No(2) Si(1) /No(2)	
					La vivienda cuenta con espacios destinados al almacenamiento, conservación, manipulación y consumo de alimentos	Convive con los animales dentro de la vivienda En la vivienda existen espacios destinados al almacenamiento, conservación, manipulación y consumo de alimentos	Si(1) /No(2) Si(1) /No(2)	



Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIDAD EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**

FORMATO N° 01

Cuestionario sobre sobre características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años.

Investigación: Características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidas en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

INSTRUCCIONES: El llenado de las fichas de recolección de datos será en base a los registros que se encuentran en las historias clínicas, registros de atención, informes de visita domiciliaria y encuestas; el llenado debe ser correcto tal como se encuentra en ella, no se permite borrar, tampoco cambiar o modificar los datos. Cada ficha de recolección de datos tiene un número y un espacio para las observaciones en las que se deberá anotar con claridad si ocurriera los siguientes casos: falta un dato(s) será considerado como mal llenado; no existe físicamente la historia clínica; existe la historia clínica, pero está incompleta; historia clínica judicializada.

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Ficha N° _____
- 1.2. Responsable del llenado: _____
- 1.3. Fecha del llenado: ____/____/201___. Hora del llenado: ____:____ horas
- 1.4. Provincia: _____
- 1.5. Distrito: _____
- 1.6. N° de historia clínica: _____
- 1.7. Edad del niño: _____ meses cumplidos.
- 1.8. Peso del niño: _____. ____ Kilogramos. Talla del niño: _____ centímetros
- 1.9. Nivel de Instrucción de la madre:
 - 1.9.1. Sin instrucción (1)
 - 1.9.2. Inicial (2)
 - 1.9.3. Primaria incompleta (3)
 - 1.9.4. Primaria completa (4)
 - 1.9.5. Secundaria incompleta (5)
 - 1.9.6. Secundaria completa (6)
 - 1.9.7. Superior incompleta (7)
 - 1.9.8. Superior completa (8)
- 1.10. Nivel de Instrucción del padre:
 - 1.10.1. Sin instrucción (1)
 - 1.10.2. Inicial (2)
 - 1.10.3. Primaria incompleta (3)
 - 1.10.4. Primaria completa (4)
 - 1.10.5. Secundaria incompleta (5)
 - 1.10.6. Secundaria completa (6)
 - 1.10.7. Superior incompleta (7)
 - 1.10.8. Superior completa (8)

1.11. Estado Civil de los padres:

- 1.11.1. Soltero (1)
- 1.11.2. Conviviente (2)
- 1.11.3. Casado (3)
- 1.11.4. Viudo (4)
- 1.11.5. Divorciado (5)

1.12. Número de hijos en la familia: _____

II. DATOS DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS FAMILIAS (marque con una "X" o registrar los datos según corresponda)

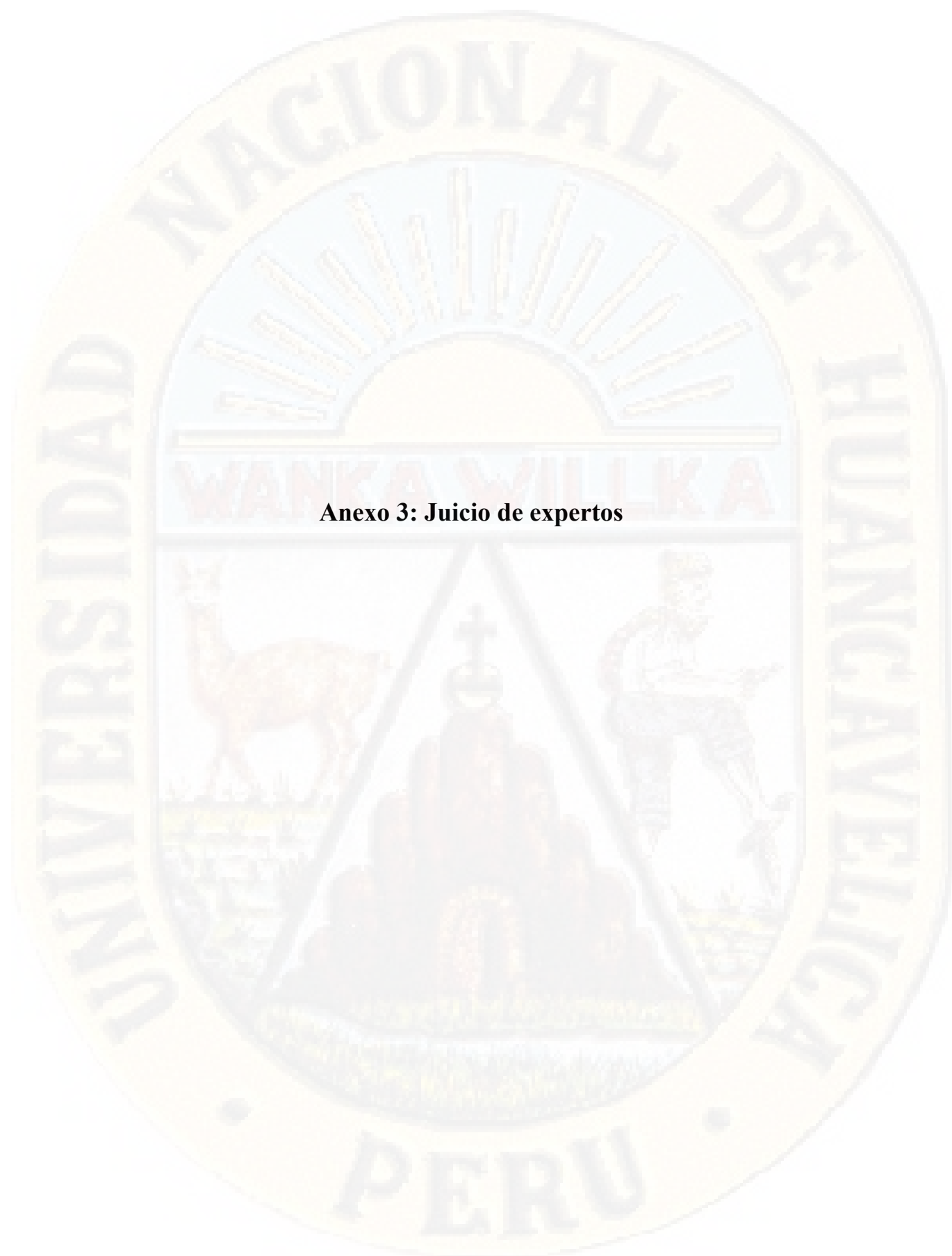
2.1. TIPO DE FAMILIA DEL NIÑO CON DESNUTRICION CRONICA.

- 2.1.1. Familia Nuclear (Ambos padres e hijos) (1)
- 2.1.2. Familia Extendida (Ambos padres o uno de ellos, hijos y parientes en la tercera generación) (2)
- 2.1.3. Familia Ampliada (Ambos padres o uno de ellos, hijos y parientes como tíos, sobrinos, etc.) (3)
- 2.1.4. Familia Monoparental (El padre o la madre y los hijos) (4)
- 2.1.5. Familia Reconstituida (Un hombre o una mujer con hijos inician una convivencia y forman una nueva familia) (5)
- 2.1.6. Equivalente familiar (Grupo de amigos, hermanos, personas solas, etc.) (6)

2.2. CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA Y LA VIVIENDA.

- 2.2.1. Ingresos familiares mensual S/. _____
- 2.2.2. Número de miembros de la familia: _____
- 2.2.3. Número de personas por habitación: _____
- 2.2.4. Numero de comidas por día en la familia: _____
- 2.2.5. Material del piso de la vivienda:
 - Madera (1) Parquet (2)
 - Losetas/cerámicos (3) Cemento/ladrillo (4)
 - Tierra (5)
 - Otros (6) Detalle _____
- 2.2.6. Material de las paredes de la vivienda:
 - Madera, estera (1) Adobe o tapia (2) Cemento/ladrillo (3)
 - Quincha (caña con barro), piedra con barro (4)
 - Otros (5) Detalle _____
- 2.2.7. Material del techo de la vivienda:
 - Calamina (1) Madera, Tejas (2) Material noble (3)
 - Eternit o fibra de cemento (4) Paja, hojas (5)
 - Caña o esteras con barro (5)
- 2.2.8. Eliminación de excretas:
 - Aire libre (1) Acequia, canal (2) Red pública (3) Letrina (4)
 - Pozo séptico (5) Otros (6) Detalle _____

- 2.2.9. Disposición de basura:
- Carro recolector (1) A campo abierto (2) Al rio (3)
 Se entierra, quema (4) En un pozo (5)
 Otros (6) Detalle_____
- 2.2.10. Servicios en el domicilio:
- Teléfono, celular (1) Internet (2) Cable (3) Electricidad (4)
 Agua, desagüe (5)
 Otros (6) Detalle_____
- 2.2.11. Agua de consumo:
- Agua con tratamiento (1) Agua sin tratamiento (2)
- 2.2.12. Abastecimiento de agua:
- Red pública dentro de la vivienda (1) Red pública fuera de la vivienda (2)
 Pozo cisterna (3) Rio, acequia (4)
- 2.2.13. Combustible para cocinar:
- Leña (1) Carbón (2) Bosta (3) Gas, electricidad (4)
- 2.2.14. Conservación de alimentos:
- A temperatura ambiente (1) Refrigeradora (2) En recipiente sin tapa (3)
 En recipiente con tapa (4)
- 2.2.15. Disponibilidad de transporte propio:
- Automóvil (1) Bicicleta (2) Motocicleta (3)
 Otros (4) Detalle_____
- 2.2.16. Presencia de vectores en la vivienda:
- Si (1) No (2)
- 2.2.17. Tenencia de animales:
- Mascota: perro, gato. Si (1) No (2)
 De importancia económica: cabras, carneros,
 cerdos, vaca, aves de corral. Si (1) No (2)
 Convive con los animales dentro de la vivienda Si (1) No (2)
- 2.2.18. La vivienda ¿cuenta con espacios destinados al almacenamiento, conservación,
 manipulación y consumo de alimentos?:
 Si (1) No (2)



Anexo 3: Juicio de expertos

Juicio de Experto

INVESTIGACIÓN: Características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

Investigador: Lic. Gómez Rivera, Nancy

Indicación: Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems del “Cuestionario sobre características de las familias de niños con desnutrición crónica menores de 5 años” que le mostramos, marque con un aspa el casillero que cree conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formulación para su posterior aplicación.

NOTA: Para cada ítem se considera la escala de 1 a 5 donde:

1.-Muy deficiente	2.- Deficiente	3.- Regular	4.- Buena	5.- Muy buena
-------------------	----------------	-------------	-----------	---------------

INFORMACION PROPIA DEL ESTUDIO

Variables: Características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Sapallanga		1	2	3	4	5
Sub variable						
1	Edad del niño					
2	Peso del niño en kilogramos					
3	Talla del niño en centímetros					
4	Nivel de instrucción de la madre					
5	Nivel de instrucción del padre					
6	Estado civil de los padres					
7	Número de hijos en la familia					
8	Tipo de familia del niño					
9	Ingresos familiares mensual					
10	Número de miembros de la familia					
11	Número de personas por habitación					
12	Numero de comidas por día en la familia					
13	Material del piso de la vivienda					
14	Material de las paredes de la vivienda					
15	Material del techo de la vivienda					
16	Lugar de eliminación de excretas					
17	Lugar de disposición de la basura					
18	Servicios en el domicilio					
19	Tipo de agua de consumo					
20	Fuente de abastecimiento de agua					
21	Tipo de combustible para cocinar					
22	Forma de conservación de alimentos					
23	Disponibilidad de transporte propio					
24	Presencia de vectores en la vivienda					
25	Tenencia de mascotas (perro, gato)					
26	Tenencia de animales de importancia económica					
27	Convive con los animales dentro de la vivienda					
28	La vivienda cuenta con espacios destinados al almacenamiento, conservación, manipulación y consumo de alimentos					

Recomendaciones:

.....
.....
.....

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

- a) Muy deficiente b) Deficiente c) Regular d) Buena, para mejorar e) Muy buena, para aplicar

Nombres y Apellidos:		DNI N°	
Dirección:		Teléfono/Celular:	
Título Profesional:			
Grado Académico:			
Mención:			

Firma

Lugar y Fecha

Ficha de evaluación del instrumento de investigación por el criterio de experto o Juez

Instrumento: Cuestionario sobre características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años.

Investigación: Características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidas en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

1. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del Juez : _____
- 1.2. Grado académico : _____
- 1.3. Mención : _____
- 1.4. DNI/ Celular : _____
- 1.5. Cargo e institución donde labora : _____
- 1.6. Lugar y fecha : _____

2. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables.					
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					
4. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada.					
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.					
6. PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.					
8. COHERENCIA	Entre variables, dimensiones, indicadores e ítems.					
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					
10. APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.					

CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)	↓ A	↓ B	↓ C	↓ D	↓ E

CALIFICACIÓN GLOBAL: Coeficiente de validez = $\frac{1 \times A + 2 \times B + 3 \times C + 4 \times D + 5 \times E}{50} = \text{-----}$

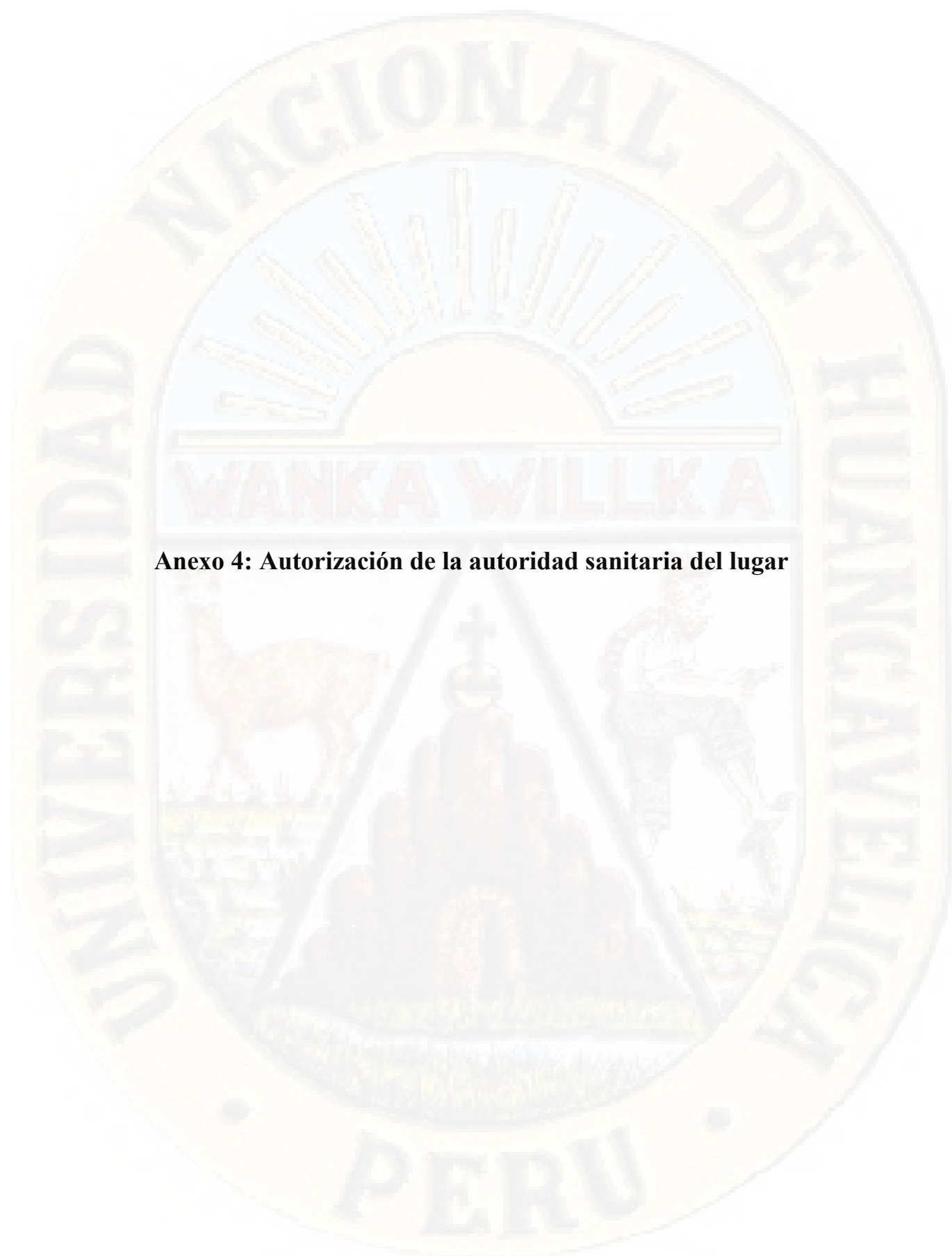
3. OPINIÓN DE APLICABILIDAD (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado).

CATEGORÍA		INTERVALO
No válido, reformular	○	[0,20 – 0,40]
No válido, modificar	○	<0,41 – 0,60]
Válido, mejorar	○	<0,61 – 0,80]
Válido, aplicar	○	<0,81 – 1,00]

4. RECOMENDACIONES:

.....
.....

.....
Firma del Juez



Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
(Creado por Ley N° 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

SOLICITO: Autorización para poder realizar estudio de Investigación.

SEÑOR

.....
DIRECTOR
CENTRO DE SALUD SAPALLANGA - JUNÍN

SD.

Yo, Gómez Rivera, Nancy identificado (a) con D.N.I. N° _____, Enfermera de profesión, egresada de la especialidad en ESPECIALIDAD EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Huancavelica, ante usted con todo respeto me presento y digo.

Que, deseo realizar una investigación sobre Características de las familias en los niños con desnutrición crónica menores de 5 años atendidas en el Centro de Salud Sapallanga, Junín 2018.

Por lo cual solicito me brinde la autorización pertinente para poder tener acceso a la información de fuentes secundarias; por otra parte, es importante mencionar que la información recabada será confidencial y solo será analizada de manera conjunta o grupal; por lo mencionado solicito se me expida la autorización y se me brinde las facilidades, para realizar la investigación.

Por lo expuesto, pido a Ud., acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Concepción, 07 de enero del 2019.

Firma del Interesado