



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

---

---

***Factores de riesgo asociados al estado nutricional en niños del  
Hospital La Caleta, Chimbote, 2016***

---

---

**Proyecto de Investigación**

**ASESORA:**

**Mg. Ramírez Preciado, Marialita Catalina**

**AUTOR:**

**Suyon Benites, Milagros Del Pilar**

**CHIMBOTE –PERU**

**2016**

**PALABRAS CLAVES:**

Tema	Estado nutricional
Especialidad	Enfermería

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

Salud pública

## DEDICATORIA

*A DIOS todopoderoso por darme la existencia y acompañarme en todos los instantes de mi vida, por ser la guía espiritual que ha iluminado mi mente y mi corazón para cumplir mis objetivos.*

*Porque dice su palabra “todo lo puedo en Cristo que me fortalece”*

*A mi madre Edith Benites Yhuavil quien con sus amor maternal y cuidados supo corregir mi errores y resaltar mis virtudes durante mi formación académica logrando ser de mi persona un ser justo, humano y de amor al prójimo que es la esencia de mi vocación profesional.*

*A mi padre Agustín Suyon Carbajal por inculcarme constantemente valores y deseos de superación, quien pese a las adversidades con su amor y apoyo incondicional fue el que me impulso a lograr culminar con éxito mi formación profesional (Lic. Enfermería)*

*A mi hija Luciana Oroya Suyon, por la demostración de su amor, cariño, afecto, por ser mi fuente de inspiración y superación en la vida a seguir para adelante y a cumplir mis metas trazadas. Te amo hijita.*

*A mi hermano Frank Yuri Marquina Benites por su amor fraternal y apoyo en los momentos de dificultad, quien es la motivación para ser un ejemplo en su vida.*

*Por último quiero agradecer este fruto de esfuerzo a mi esposo Henry Oroya Lázaro que con su paciencia me dio esa fuerza necesaria y el impulso a seguir para adelante.*

***Milagros Suyon Benites***

## **AGRADECIMIENTO**

*A las madres de familia asistentes al Hospital La Caleta Chimbote por su colaboración, comprensión y participación desinteresada en la realización del presente trabajo de investigación*

*A mi prestigiosa alma mater Universidad San Pedro nuestra casa superior de estudios quien me albergó durante mi formación profesional inculcándome conocimientos científicos y valores que se reflejan en nuestras acciones de desempeño profesional.*

*A mi asesora de tesis Lic. Marialita Ramírez  
Preciado por sus valores, tiempo dedicado,  
orientación constante para la elaboración del  
presente trabajo de investigación.*

***Milagros Suyon Benites***

## **DERECHO DE AUTORIA**

Se presenta esta propiedad intelectual y la información de los derechos de los autores en el DECRETO LEGSILATIVO 822 de la República del Perú. El presente informe no puede ser reproducido ya sea para venta o publicaciones comerciales, sólo puede ser usado total o parcialmente por la Universidad San Pedro para fines didácticos. Cualquier uso para fines diferentes debe tener antes nuestra autorización correspondiente.

La Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Pedro ha tomado las precauciones razonables para verificar la información contenida y cada detalle adicional

La Autora

## PRESENTACIÓN

Se presenta el estudio de investigación denominado “Factores de riesgo asociados al estado nutricional en niños del Hospital la Caleta, Chimbote, 2016”; el mismo que está estructurado en IV capítulos.

El **Capítulo I**, precisa los antecedentes de la investigación, justificación del estudio, la descripción de la problemática y formulación del problema, el marco referencial que incluye el fundamento científico de las variables y las bases teóricas de la investigación. Se describen en este capítulo las variables, hipótesis y objetivos.

En el **Capítulo II**; detalla la metodología de la investigación, el **Capítulo III**, contiene el análisis y discusión de los resultados y por último las conclusiones y recomendaciones en el **Capítulo IV**.

Los anexos del estudio incluyen los gráficos de los resultados, el consentimiento informado, los instrumentos empleados y documentos sustentatorios de la validación del instrumento.

## INDICE DE CONTENIDOS

<b>PRELIMINARES</b>	<b>Pág.</b>
Palabras claves	<i>i</i>
Dedicatoria	<i>iii</i>
Agradecimiento	<i>v</i>
Derecho de autoría	<i>vi</i>
Presentación	<i>vii</i>
Índice de contenido	<i>viii</i>
Índice de tablas	<i>x</i>
Resumen	<i>xi</i>
Abstract	<i>xii</i>
<b>Capítulo I: Introducción</b>	
1.1. Antecedentes y fundamentación científica	1
1.2. Justificación de la investigación	5
1.3. Problema	7
1.4. Marco Referencial	10
1.5. Variables	36
1.6. Hipótesis	37
1.7. Objetivos	37



<b>Capítulo II: Metodología de la Investigación</b>	
2.1. Tipo y Diseño de Investigación	39
2.2. Población y muestra	40
2.3. Técnicas e instrumentos de investigación	40
2.4. Procedimiento de recolección de información	41
2.5. Protección de los derechos humanos de los sujetos de estudio	42
2.6. Procesamiento y análisis de la información	43
<b>Capítulo III: Análisis y Discusión de Resultados</b>	
3.1. Análisis de Resultados	45
3.2. Discusión de Resultados	54
<b>Capítulo IV: Conclusiones y Recomendaciones</b>	
4.1. Conclusiones	57
4.2. Recomendaciones	58
<b>Referencias bibliográficas</b>	60
<b>Anexos</b>	64

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla N°01:</b>	<b>Pág.</b>
FACTORES DEMOGRÁFICOS DE LOS NIÑOS DEL HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2016	44
<b>Tabla N°02:</b>	<b>Pág.</b>
FACTORES SOCIALES DE LOS NIÑOS DEL HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2016	46
<b>Tabla N°03:</b>	<b>Pág.</b>
CALIDAD DE ALIMENTACIÓN DE LOS NIÑOS DEL HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2016	48
<b>Tabla N°04:</b>	<b>Pág.</b>
ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DEL HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2016	49
<b>Tabla N°05:</b>	<b>Pág.</b>
FACTORES DEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DEL HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2016	50
<b>Tabla N°06:</b>	<b>Pág.</b>
FACTORES SOCIALES ASOCIADOS A ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DEL HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2016	51
<b>Tabla N°07:</b>	<b>Pág.</b>
CALIDAD DE ALIMENTACIÓN ASOCIADO A ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DEL HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2016	52

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado: “Factores de riesgo asociados al estado nutricional en niños del Hospital la Caleta, Chimbote, 2016”, se llevó a cabo porque se ha observado niños que se encuentran en mal estado nutricional, las situaciones que a menudo presentan en el ambiente de crecimiento y desarrollo. Tiene como objetivo determinar la asociación de los factores de riesgo y el estado nutricional en niños atendidos en Cred. El estudio es cuantitativo, descriptivo, correlacional de corte transversal. La población en estudio estará constituida por todas las madres con niños de 6 a 36 meses, que hacen un total de 340 y la muestra en estudio será de 181 madres en los meses de setiembre y octubre del 2016, a través de un muestreo probabilístico aleatorio simple. Para la recolección de datos se usara un cuestionario y una hoja de registro desarrollado por Ruiz Collazos Faustina (2014), el cuestionario consta de 25 ítems, instrumento válido y confiable. Para la contrastación de hipótesis se empleará la prueba de conformidad del chi cuadrado, para el procesamiento de los datos del trabajo de investigación se utilizará el programa estadístico de SPSS para la presentación de tablas y gráficos lo que permitirá el análisis de los datos. Se espera encontrar concordancia aceptable entre los factores de riesgo asociados al estado nutricional utilizándose el coeficiente de Virginia Henderson para determinar la concordancia.

Se concluye que el grado de instrucción de la madre del niño se asocia con el estado nutricional del mismo; los factores sociales y la calidad de alimentación no se encuentran asociados con el estado nutricional.

## **ABSTRACT**

The present research work entitled "Risk Factors Associated with Nutritional Status in Children at Hospital la Caleta, Chimbote, 2016" was carried out because children were found to be in poor nutritional status, the situations they often present in the environment of growth and development. It aims to determine the association of risk factors and nutritional status in children seen in Cred. The study is quantitative, descriptive, correlational cross-sectional. The study population will consist of all mothers with children from 6 to 36 months, who make a total of 340 and the study sample will be of 181 mothers in the months of September and October of 2016, through random sampling probabilistic simple. For data collection, a questionnaire and a record sheet developed by Ruiz Collazos Faustina (2014) will be used, the questionnaire consists of 25 items, a valid and reliable instrument. For test of hypothesis will be used the test of conformity of the chi square, for the processing of the data of the research work will be used the statistical program of SPSS for the presentation of tables and graphs which will allow the analysis of the data. Acceptable agreement between risk factors associated with nutritional status is expected using Virginia Henderson's coefficient to determine concordance.

It is concluded that the degree of instruction of the child's mother is associated with the nutritional status of the child; Social factors and quality of food are not found associated with nutritional status.

# CAPITULO I

## INTRODUCCIÓN

### 1. ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

En el ámbito internacional se reportan las siguientes investigaciones relacionadas con el objeto de estudio:

Reyes (2012) hizo un estudio de diseño descriptivo transversal titulado: *La desnutrición infantil en población rural del Programa Oportunidades*, cuyo objetivo fue evaluar el perfil nutricional y los factores de riesgo de niños desnutridos menores de cinco años adscritos al programa en una localidad rural de San Luis Potosí (México). La muestra del estudio fue representada por de 55 familias con hijos menores de 5 años con desnutrición. Los resultados indican el 57.2% de las madres tenía de 15 a 19 años; en el 37% de los casos, el espacio intergenésico fue de un año, en el 31% de 2 años y en el 32% fue de tres años. De acuerdo al orden de nacimiento, el 88.6% de los niños desnutridos fue el primer hijo y 66.6 % fue el segundo.

Morocho (2012) hizo un estudio no experimental, de tipo correlacional con enfoque cuantitativo titulado. *Factores de riesgo asociados a desnutrición en niños menores de cinco años, que acuden con sus madres al Centro de Salud N° 1 “Pumapungo” del Cantón Cuenca*. Cuyo objetivo fue: determinar los factores de riesgo asociados a desnutrición en niños menores de cinco años. La muestra de estudio fue representada por 94 madres y como instrumento un formulario que consto de 2 parte es: en la primera parte se anotaron los datos personales de la madre como, en la segunda parte de los niños. Los datos son presentados en tablas, en la que se utilizó los programas Excel y SPSS.El 67% de los niños no presentan ningún tipo de desnutrición, el 7,4% presentan desnutrición grado I, dos niños presentan desnutrición grado II, con un porcentaje de 1,1%, según la clasificación de Gómez. Así también de 94 madres encuestadas 71% le dan el pecho al niño/a y el 57% le dan más de 8 veces, 71% durante la noche siendo este un factor protector para evitar la desnutrición.

Figueredo (2012) hizo un estudio descriptivo transversal titulado: *Estado nutricional en lactantes y preescolares en el área de influencia del ambulatorio tipo I*, cuyo objetivo fue determinar el estado nutricional en lactantes y preescolares en el área de influencia del ambulatorio tipo I (Venezuela). La muestra de estudio fue representada por 200 niños lactantes y preescolares del área de influencia del ambulatorio “Dr. José María Vargas” de Veragacha, con un muestreo no probabilístico accidental. Tomando en cuenta la prevalencia de mala nutrición en el distrito sanitario 1 del municipio Iribarren en el 2006 se estimó, que el tamaño de la muestra no debía ser menor de 100 niños. Los resultados dictaminaron que el total de la muestra estudiada 66,0% presentó estado nutricional normal; 8,7% desnutrición actual, 6,8% talla baja y 8,7% malnutrición por exceso. La mayoría de los niños pertenecía al estrato IV (77,0%) y se apreció un aumento de desnutrición en estratos más bajos.

Coronado (2013) hizo un estudio descriptivo transversal titulado: Factores que se asocian a la desnutrición en niños menores de 5 años en el puesto de salud del Valle del Palajunoj, cuyo objetivo fue describir los factores asociados a la desnutrición en niños menores de 5 años en el puesto de salud Valle del Palajunoj (Guatemala) realizado en área rural. La muestra de estudio fue representada por 25 madres entrevistadas de los niños menores de 5 años que sufren algún grado de desnutrición y asisten a control de peso talla en el servicio. La prevalencia de desnutrición crónica encontrada fue del 92% de niños afectados, los factores asociados a la desnutrición, fueron: los factores relacionados con el nivel de escolaridad de la madre con un 52% de cada 25 madres entrevistadas solo 10 madres cursan la primaria, siendo el resto analfabeta, los hijos que ocupan el tercer lugar en el hogar, son los más afectados con un 36%, debido a los problemas económicos, sociales y culturales. Existe evidencia sobre el desconocimiento de las madres acerca del tema de nutrición, el cual es deficiente debido a que la mayoría de ellas son analfabetas esto no les permite darle la importancia debida al problema de la desnutrición además desconocen las consecuencias severas que esta condición puede traer

consigo para el crecimiento y desarrollo de sus hijos. Él factor sociocultural que muchas familias adoptan en la comunidad, hace que muchas veces se tomen actitudes equivocadas, entre ellos malos hábitos en la alimentación, de los niños.

Chérigo (2014) hizo un estudio no experimental, de tipo correlacional con enfoque cuantitativo titulado: *Valoración del estado nutricional y factores que inciden en la desnutrición en niños de 2-5 años que asisten a los centros infantiles del buen vivir administrados por la fundación semillas de amor en bastión popular de Guayaquil-año 2014*, cuyo objetivo identificar el estado nutricional y los factores que inciden en la desnutrición en niños de 2 a 5 años que asisten al Centro infantil buen vivir en Ecuador. La muestra del estudio fue representada por los 102 padres de la unidad de observación y la muestra fue del 100% de esta población. Los resultados dictaminaron que el 54% presentó un estado nutricional normal, el 35% sobrepeso y el 11% desnutrición; el principal factor de riesgo de desnutrición en esta población se determinó que era el nivel de instrucción de la madre con el 82% de los desnutridos.

En el ámbito nacional se reportan las siguientes investigaciones:

Ampuero (2011) hizo un estudio cuantitativo con diseño no experimental de tipo transversal correlacional titulado: “Factores socioeconómicos, demográficos y culturales relacionados al estado nutricional en niños de 3 a 5 años de la institución educativa inicial n° 691 Rayitos de Esperanza, Punchana 2011”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre los factores socioeconómicos como demográficos y culturales asociados al estado nutricional en niños de 3 a 5 años de la institución educativa n° 691 Rayitos de esperanza, Punchana 2011 (Iquitos). La muestra de estudio fue representada por 147 niños con sus respectivas madres, con un tipo de muestreo probabilístico, la técnica que utilizaron fue la encuesta y el instrumento el cuestionario, sus resultados muestran que de 88 (59.9 %) niños malnutridos 48.3% (71 niños) presentaron madres con ingreso económico bajo, 8.2% (12 niños) madres con ingreso económico medio y 3.4% (5 niños) madres con ingreso económico alto,

entonces se observa relación significativa entre el ingreso económico de la madre y el estado nutricional del niño al aplicar la prueba no paramétrica X<sup>2</sup> con resultado de  $X^2_c = 17.154$ ,  $p = 0.000$  ( $p < 0.05$ ) para un nivel significancia del 5%.

Guevara (2015) hizo un estudio en Perú. Se realizó un estudio titulado “Estado nutricional de niños menores de 5 años de comunidades rurales y barrios urbanos del distrito de Chavín de Huántar”, cuyo objetivo fue conocer el estado nutricional y apreciar el efecto de los programas de ayuda alimentaria que reciben los menores de 5 años de comunidades rurales y barrios urbanos de un distrito de la sierra de Ancash, considerados como de pobreza extrema y pobreza, respectivamente. La muestra de estudio fue representada por 408 niños menores de 5 años. De los niños evaluados 194 (47,6%) fueron de sexo femenino y 214 (52,4%) de sexo masculino, 268 (65,6%) correspondieron a comunidades rurales y 140 (34,4%) a barrios urbanos. Los diagnósticos nutricionales fueron: desnutrición crónica (56,4%), desnutrición aguda (3,4%), sobrepeso/obesidad (9,1%), eutróficos (31,1%). La desnutrición crónica fue mayor entre los niños de las comunidades rurales (62,7%) que entre los de los barrios urbanos (44,3%), encontrándose diferencia significativa ( $p < 0,001$ ). También hubo diferencias significativas ( $p < 0,008$  a  $p < 0,0005$ ) entre los menores de 1 año y los grupos de mayor edad. El 19,1% de los niños evaluados tuvieron tallas para edad menores a 3 desviaciones estándar, y sólo el 4,7% alcanzó tallas de 0 a 2 desviaciones estándar respecto a la referencia talla/edad del NCHS. Se calculó el Índice de Masa Corporal en 253 niños de 2 a 4,9 años. Al aplicarlo, los diagnósticos fueron: normalidad (71,1%), déficit (2,4%), bajo peso (8,7%), sobrepeso (12,3%), obesidad (5,5%). Se llegó a la conclusión que la alta prevalencia de desnutrición crónica en esta población de extrema pobreza y pobreza, mostró la necesidad de abordar el problema de la alimentación infantil de una manera urgente, integral y más efectiva.

En el ámbito local no se reportan las siguientes investigaciones relacionadas con el objeto de estudio



## 2. JUSTIFICACION

La investigación se realizó porque se observó que la desnutrición crónica infantil en el Perú es un problema muy grave; por otro lado es preocupante la cifra de desnutrición infantil en Áncash debido a una deficiente alimentación durante la infancia y años escolares, tiene repercusiones irreversibles que impactan, tanto en el individuo a lo largo del ciclo de vida como en la sociedad en general.

Desde el punto de vista académico mediante los resultados de esta investigación se podrán determinar los factores de riesgo asociados al estado nutricional en niños y así poder ser de utilidad para poner estrategias que permitan prevenir y obtener el bienestar del niño.

Desde el punto de vista metodológico los resultados obtenidos servirán como antecedentes para futuras investigaciones relacionadas con el tema de estudio; por otra parte, se ha de fortalecer el desarrollo de las líneas de investigación sobre el tema en estudio; en salud pública.

Desde el punto de vista práctico, los resultados de este estudio enmarcados en la línea de investigación de salud pública, tributarán en beneficio de las madres con niños atendidos en Cred del Hospital La Caleta, ya que puede permitir establecer estrategias para mejorar el estado nutricional de los niños ; obteniendo el bienestar y su mejor desarrollo físico y mental.

Desde el punto de vista teórico, la investigación se fundamenta en la teoría de Virginia Henderson las necesidades básicas, ella enfatizó Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística, según este modelo encontramos la necesidad de beber y comer que comprende los alimentos, apetito, electrolito, hambre, metabolismo, nutrientes o elementos nutritivos, nutrición, saciedad. La cual tiene relación con el trabajo del estado nutricional en niños, ya que es muy indispensable satisfacer las necesidades alimentarias para el buen crecimiento físico y mental del niño.

Este estudio es de gran importancia para los niños como para las licenciadas de enfermería y para la institución; ya que la investigación puede mejorar el estado nutricional identificando los factores de riesgo; por ello es importante conocer los resultados para saber cómo está el estado nutricional en los niños atendidos en Cred, para así tomar medidas y proponer estrategias para su mejora.

### 3. PROBLEMA

El estado nutricional es un problema de alta incidencia entre los países en vías de desarrollo, debido a un rápido crecimiento que ocurre en la niñez, el requerimiento nutritivo se eleva notablemente y en algunas oportunidades es difícil de satisfacer, de allí que la desnutrición, obesidad y talla baja hacen su aparición afectando sobre todo a niños (as) en crecimiento y desarrollo. En la mayoría de los casos los niños dependen de terceros para su alimentación, muchas veces estos no tienen los recursos económicos suficientes o carecen de un adecuado nivel educacional como para cumplir con este rol. La malnutrición se relaciona con 54 % de las muertes en la infancia, la desnutrición es más frecuente en lactantes y menores de 2 años de edad y se manifiesta como retraso del crecimiento y anemia según datos de (OMS, 2014).

Facultad de salud Pública de Nutrición en Brasil, realizaron un estudio titulado “Estado nutricional de escolares de 7 a 10 años de edad: diagnóstico y comparación de métodos”; los resultados muestran la prevalencia de desnutrición, obesidad y sobrepeso en un 4,5,15,3% y 11%, respectivamente.

La FAO realizó un estudio del “Estado de la inseguridad alimentaria en el mundo”; la cual revisa toda la información reciente y disponible sobre la prevalencia del hambre y la malnutrición, y proporciona un cálculo global para las diversas regiones del mundo, los datos indican una mejoría de la situación nutricional de la población infantil en el mundo en desarrollo, lo que ha significado una reducción en cifras absolutas de 33,7 millones de niños malnutridos, mientras Asia y América Latina y el Caribe, muestran notables avances, en el África subsahariana se observa una tendencia a un deterioro global de la región, esa tendencia significa que en ese periodo el número de niños con malnutrición proteinoenergética aumentó de 22.5 millones a 38,3 millones, es decir un 70 por ciento. (FAO, 2011)

Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional en el Perú realizó un estudio titulado “Estado nutricional en el Perú por etapas de vida”, los resultados muestran desnutrición crónica de 17,7% siendo tres veces más alta en la zona rural que en la zona urbana y afectó más a los niños menores de 5 años en pobreza extrema. El exceso de peso fue 6,4%; el sobrepeso en los niños de 5 a 9 años fue de

18,3% y la obesidad de 11,1%. Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (2012).

Asimismo la desnutrición crónica infantil en el Perú es un problema grave, según estándares internacionales, casi el 50% de niños menores de cinco años sufre de este mal. Áncash alcanza a los 30 mil niños menores de 3 años con anemia y 22 mil con desnutrición crónica.

El Hospital La Caleta, Chimbote; es un Hospital que pertenece al Ministerio de Salud, es de nivel II, cuenta con 71 años de creación se encuentra ubicado en el distrito de Chimbote, fue creado el 15 de mayo de 1945 por el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública con el nombre de Hospital del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, su primer Director fue el Dr. Carlos Quiroz Salinas. En 1956, el hospital pasó a manos del Ministerio de Salud con el nombre de Hospital la Caleta."

El servicio de Crecimiento de Desarrollo cuenta con cuatro enfermeras para la atención; las cuales atienden en dos ambientes Cred I para recién nacidos y Cred II para niños a partir del mes y un ambiente para inmunizaciones; se atienden diariamente a los niños con previa cita, la atención es de Lunes a Sábados.

Sin embargo, se observan situaciones problemáticas por ejemplo, que existe una cantidad importante de niños con problemas de desnutrición y anemia, además por otro lado niños que tienen problemas de obesidad.

Así mismo según reporte existen 340 niños en mal estado nutricional debido a diversos factores.

Me motivó a realizar la presente investigación ya que con ello conoceré específicamente si existen factores de riesgo y de esta manera obtener información precisa que servirán como marco referencial para otras investigaciones de mayor complejidad y dar a conocer a la población e instituciones pertinentes y a partir de ella los resultados de esta investigación serán difundidas a los establecimientos de salud ,y puedan adoptar medidas de prevención y proponer alternativas de solución frente al estado nutricional .Es por ello que como futuras profesionales de enfermería consideramos de suma importancia estudiar esta problemática que aqueja a los niños que son el futuro de nuestro país.(OMS,2014).

Por lo expuesto anteriormente que se decide realizar el presente estudio planteando el siguiente problema de investigación:

*¿Cuáles son los Factores de riesgo asociados al estado nutricional en niños del Hospital La caleta, Chimbote, 2016?*

#### 4. MARCO REFERENCIAL

##### Estado Nutricional

Es el grado de adecuación de las características anatómicas, bioquímicas y fisiológicas del individuo, con respecto a los parámetros establecidos como normales que se relacionan con el consumo, utilización, excreción de nutrientes y estado de salud.( MINSA,2011)

El estado nutricional es el resultado del balance entre la disponibilidad de los alimentos y la utilización de nutrientes por el organismo, el desequilibrio de esta puede causar mala nutrición. El estado nutricional es considerado uno de los principales componentes para alcanzar una salud óptima y garantizar una buena calidad de vida, es el factor que más influye en el crecimiento y desarrollo del infante, por lo que al hacerse deficitaria se produce un retardo y detención del crecimiento y la maduración del niño.

El estado de nutrición es consecuencia de diferentes conjuntos de interacciones de tipo biológico, psicológico y social, tal diversidad obliga a ser específicos cuando se trata de valorar el estado desnutrición, por lo tanto, este viene a ser el ejercicio clínico en el que se recogen en los pacientes indicadores o variables de diverso tipo (clínicas / antropométricas /bioquímicas / dietéticas) que, cuando se analizan integralmente, brindan información sobre su estado nutricional, y permiten diagnosticar el tipo y grado de la mala nutrición.(Delgado,2015)

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

- **Indirectos:** predicen el estado nutricional pero no la miden verdaderamente, por ejemplo los indicadores de disponibilidad y consumo de alimentos; socioeconómico y de morbimortalidad.
- **Directos:** reflejan el actual estado de nutrición del individuo, midiendo su magnitud e intensidad.

En líneas generales, la evaluación del estado nutricional deberá contemplar diversos objetivos:

Detectar el origen del posible trastorno nutricional, a partir de la historia clínica y del análisis de la ingesta.

Evaluar las potenciales alteraciones morfológicas y la gravedad del el adro, por medio de la exploración clínica v antropométrica.

Valorar los mecanismos de adaptación y las reservas orgánicas utilizando los indicadores bioquímicos y las exploraciones complementarias. Incluso los protocolos de mini valoraciones (sistemas de evaluación rápida del estado nutricional) deberían contemplar en mayor o menor medida estos mismos apartados. (Delgado,2015)

### **La historia clínica**

La historia clínica constituye el primer paso en la evaluación del estado nutricional. Es necesario conocer si el niño tiene algún proceso que se acompañe de malabsorción, alteraciones del metabolismo, necesidades de energía y nutrientes aumentadas o bien falta de apetito. Deben conocerse los antecedentes patológicos del niño, alergias alimentarias, etc. También es de interés valorar el ritmo de crecimiento del niño, edad gestacional al nacer, peso al nacer, desviaciones con respecto al patrón de crecimiento observado con anterioridad, entre otros. (Tuesta,2015)

### **Posibles dificultades para la ingesta**

Debido a alteraciones en el desarrollo psicomotor, anorexia, vómitos repetidos, dificultades para la masticación y deglución e incluso necesidad de soporte nutricional. Se valorará el seguimiento de dietas no convencionales y también el consumo de medicamentos, suplementos dietéticos o nutricionales u otro tipo de fármacos o drogas. (Delgado,2015)

### **Análisis del consumo alimentario**

El análisis de la ingesta y la evaluación de los hábitos alimentarios proporcionan información de gran interés y permiten estimar la ingesta de energía y nutrientes. Al comparar la ingesta habitual con las recomendaciones es posible detectar la probabilidad de ingesta inadecuada para uno o más nutrientes

y, por lo tanto, identificar situaciones de riesgo. En el transcurso de la entrevista dietética también se contemplan otros aspectos como las preferencias alimentarias, las características psicosociales que pueden influir en los hábitos de consumo, la historia dietética del niño, así como la historia y los hábitos de la familia y del entorno del niño. Toda esta información es de gran utilidad en la prescripción de pautas dietéticas individualizadas. Asimismo, es muy valiosa para la estructuración de intervenciones en educación nutricional. En este sentido es de gran interés analizar los factores determinantes de la conducta alimentaria a nivel individual, familiar, social y ambiental. (Valqui,2015)

### **Indicadores antropométricos**

La antropometría es una de las mediciones cuantitativas más simples del estado nutricional; su utilidad radica en que las medidas antropométricas, son un indicador del estado de las reservas proteicas y de tejido graso del organismo. Se emplea tanto en niños como en adultos y los indicadores antropométricos nos permiten evaluar a los individuos directamente y comparar sus mediciones con un patrón de referencia generalmente aceptado a nivel internacional y así identificar el estado de nutrición. (Delgado,2015)

Estos son:

- **Peso para la edad**

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

- **Talla para la edad**

Es un indicador del crecimiento lineal y detecta la desnutrición crónica, al restringirse la alimentación, la velocidad del crecimiento, tanto el peso como la talla disminuyen, sin embargo, el peso puede recuperarse rápidamente al



reanudarse una adecuada alimentación, pero la talla es mucho más lenta de recuperar.

- **Peso para la talla**

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

- **Medición de circunferencia de cintura-cadera**

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

### **Definición de riesgo nutricional**

Situación que compromete el estado nutricional de los niños, debido a diversos factores como la ingesta insuficiente de alimentos y la falta de una atención adecuada que le brinde la madre, entre otros; evidenciado por carnet de control de crecimiento y desarrollo. Se utilizarán los siguientes indicadores. Durante el proceso de evaluación del estado nutricional Es necesario determinar si un niño es normal o si presenta alguna alteración (desnutrición o sobrepeso), Estableciendo un punto de corte o nivel de diagnóstico. Se conoce como indicador a la relación entre el índice y su respectivo punto de corte.

Hablar de puntos de corte implica adoptar un patrón de referencia para cada índice. Actualmente se acepta el uso de patrones internacionales debido a que las diferencias raciales y étnicas tienen una mínima influencia en el potencial de crecimiento, en comparación con la influencia de los factores socioeconómicos. El estándar más empleado proviene de las tablas de crecimiento del NCHS Centro Nacional de Estadísticas de Salud de los Estados Unidos. (OMS,2012).

La OMS define como desnutrido a aquel niño que se encuentra por debajo de dos desviaciones estándar de la mediana de las curvas de referencia NCHS.

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

La desnutrición energética proteica constituye el principal problema nutricional en los países en vías de desarrollo. Esta conduce a una afectación de la salud y a la disminución de la actividad física e intelectual, lo que implica un daño en el orden económico, político y social, mayor riesgo de enfermedades y grandes costos e inversiones por parte del sistema de salud. La malnutrición se relaciona con 54 % de las muertes en la infancia. La desnutrición es más frecuente en lactantes y menores de 2 años de edad y se manifiesta como retraso del crecimiento y anemia. Según datos de la organización mundial de la salud (OMS,2012).

La obesidad se encuentra entre los 10 riesgos principales para la salud en el mundo ;alrededor de 155 millones de niños en edad escolar, el 10% de los niños de 5 años a 17 años del mundo, padecen de sobrepeso ;y de ellos se consideran que de 30 a 45 millones están obesos ;en países desarrollados la prevalencia de la obesidad en menores de 6 años varía entre el 10 y 15 % ;en países de américa latina entre el 20 -25 %,se identifica actualmente en algunos como un problema mayor que la desnutrición. Según datos de la organización mundial de la salud (OMS), la prevalencia global de anemia es de 24,8% y está asociada a una mayor morbimortalidad en edades pediátricas, puesto que gestantes y niños son los grupos más vulnerables.

Para los menores de 4 años, registra tasas de 20,1% y 39,0% en países desarrollados y países en desarrollo son anémicos alrededor del año de edad, con tasas de prevalencia de 78,9% en niños de 6 a 35 meses en india y 35,3% en niños de 6 a 23 meses en argentina. Cada año, la desnutrición causa la muerte de tres a cinco millones de niños menores de 5 años. Las imágenes de niños hambrientos en contextos de emergencia son ya parte de la conciencia pública,

pero la realidad es que la inmensa mayoría de los pequeños que sufren desnutrición lo hacen en silencio, muy lejos de los ojos del resto del mundo. Según datos de la organización mundial de la salud (OMS,2014).

### **Desnutrición en la infancia**

La desnutrición es causa y consecuencia de pobreza. En los países pobres, la desnutrición es causa subyacente de aproximadamente la tercera parte (3,5 millones) de las muertes de niños menores de 5 años, muchas de las cuales se pueden prevenir mediante intervenciones efectivas que aborden el problema en gran escala. En América Latina, la pobreza tiene rostro infantil; entre un 25 y un 35% de los niños de la región viven en condiciones de pobreza que se manifiesta en desnutrición y hambre, a pesar de que en la Declaración Universal de Derechos Humanos la nutrición adecuada es considerada como un derecho humano básico, 30 que no ha sido activamente defendido, respetado, protegido y promovido. (UNICEF,2013)

Una declaración publicada en un boletín de UNICEF ilustra la situación de la niñez latinoamericana: "Los niños y niñas latinoamericanos están expuestos a una doble circunstancia negativa: forman parte de sociedades muy desiguales, que no les aseguran a todas las mismas oportunidades; y además viven en sociedades con menores recursos, por lo que una proporción muy elevada de ellos no tiene acceso a niveles mínimos de consumo básico en alimentación, salud, vivienda, educación y recreación. De esta manera, ven gravemente limitadas sus posibilidades de bienestar presente y futuro y, con ello, la situación de pobreza y desigualdad se reproduce en el tiempo". Desde el punto de vista biológico, la desnutrición es una enfermedad sistémica que afecta, a veces de forma Irreversible, a los niños menores de 2 años y que puede presentarse en diversas formas; las más frecuentes son: restricción del crecimiento Intrauterino que se asocia con un bajo peso al nacer; restricción crónica del crecimiento, lo que provoca una menor talla respecto de la que corresponde a la edad; emaciación o desnutrición aguda, que Implica una Importante pérdida de peso

con respecto a la talla y otras formas menos visibles como la deficiencia de micronutrientes (p. ej., deficiencias de hierro, cinc). (UNICEF,2013).

### **Fisiopatología y manifestaciones clínicas**

Conocer la fisiopatogenia de la desnutrición es indispensable para entender a evolución clínica, prevenir las complicaciones y realizar el tratamiento. El tipo de desnutrición depende de la calidad de la alimentación, la edad y la patología acompañante. Se ha asociado la desnutrición marás mica con la deficiencia calórica proteica y la desnutrición edematosa con la deficiencia de proteínas. El aumento del estrés oxidativo, mayor en la desnutrición edematosa, junto a la disminución de la capacidad oxidativo del organismo, es responsable de varias de las modificaciones fisiopatológicas y manifestaciones clínicas en estos pacientes. La desnutrición edematosa se caracteriza por la presencia de edema, infiltración grasa del hígado y lesiones de la piel. (OMS,2012)

Los niños afectados tienen altas tasas de muerte (40-60%) asociada a bronconeumonía, septicemia, gastroenteritis y desequilibrios hidroelectrolíticos. Aunque clásicamente se dice que la desnutrición edematosa no se observa en América Latina, Se ha publicado informes que dan cuenta de su existencia en la región. La teoría clásica sostiene que las modificaciones de la proporción entre los aportes proteico y energético de la dieta producen una respuesta hormonal. En el caso del niño con marasmo, en el que se produce déficit de energía y proteínas, se desarrolla una adaptación metabólica que lleva a la disminución del metabolismo (baja concentración de insulina y aumento del cortisol). (OMS,2012).

La disminución de las hormonas tiroideas genera una menor producción de calor (termogénesis) y consumo de oxígeno, que colaboran en la conservación de proteínas y energía. El nuevo equilibrio del desnutrido es frágil y fácilmente sobrepasado por la presencia de infección; cuando ésta aparece generalmente conduce a la desnutrición edematosa. Algunos trastornos frecuentes en niños desnutridos, como cuadros infecciosos, sobre crecimiento bacteriano intestinal y

aumento del hierro plasmático favorecen la producción de radicales libres; esto causa un cuadro clínico con edema, hígado graso y lesiones en piel y flaneras. La desnutrición no afecta de la misma forma a todos los órganos y sistemas (OMS,2012).

La pérdida de más del 50% del contenido de nitrógeno del músculo se produce a expensas de la pérdida de proteínas solubles y contráctiles, además hay un aumento del agua corporal. Por otro lado, durante la recuperación nutricional el aporte calórico proteico conduce a la síntesis de nuevo tejido, pero la proporción de grasa por gramo de tejido neo formado puede variar en relación con la cantidad absoluta de energía aportada. La función renal está disminuida, lo que dificulta la capacidad para mantener la homeostasis del medio interno; así, el manejo del agua, la capacidad de concentración renal, la excreción de iones hidrógeno libres, la acidez titulable y la producción de amonio como respuesta a una carga de ácido son menores que lo normal. (Delgado,2015)

En los casos en que el espacio extracelular está expandido aparece edema, aunque su patogenia no es del todo clara. En este tipo de pacientes es habitual encontrar una mayor proporción de agua corporal por kilo de peso corporal, debido también a un aumento del agua a nivel muscular (sin aumento de la masa magra). Aunque el sodio plasmático puede estar disminuido en los niños con desnutrición edematosa, siempre hay exceso de sodio corporal total. La presencia de diarrea y la disminución de la ingesta con frecuencia son responsables del déficit de potasio que se observa en los niños desnutridos graves, aunque la concentración en la sangre no siempre esté disminuida.

Por ejemplo, en niños con deshidratación grave la acidosis metabólica que se produce genera una inhibición de la secreción renal y, un intercambio por hidrógeno que obliga a la célula a expulsar potasio al medio extracelular, situación a la que también colabora el catabolismo celular. La hipopotasemia está asociada a un mayor riesgo de muerte; como sus manifestaciones clínicas son inespecíficas (distensión abdominal, vómitos, disminución o ausencia de los ruidos hidroaéreos, hiporreflexia y trastornos del ritmo cardiaco) es importante pensar en esta alteración ante la aparición de uno o más de los síntomas

mencionados. La baja concentración de potasio intracelular promueve la retención de sodio y de agua, lo que favorece la aparición de edema.

Es importante resaltar que el edema puede coexistir con la deshidratación, ya que la cantidad de líquido se modifica de manera distinta en los distintos compartimentos, aumenta en el extravascular y disminuye a nivel celular y vascular. La disminución de la masa cardíaca y la posibilidad de sobre hidratación con insuficiencia cardíaca, justifica evitar el uso de la vía intravenosa para hidratar a estos niños, excepto en caso de shock, oportunidad en la cual debe utilizarse con precaución y en infusión lenta. Pocos estudios han medido las concentraciones de magnesio en niños desnutridos. Singla, et al., observaron que los niños de 3 meses a 5 años con desnutrición moderada y grave tienen concentraciones plasmáticas de magnesio más bajas. (OMS, 2012).

La mitad de los niños con marasmo tenían hipomagnesemia ( $<1,56$  mg/dl). El hierro, el cobre y el cinc están disminuidos en niños con desnutrición grave. El cinc es uno de los micronutrientes que más atención ha recibido en las últimas décadas. La deficiencia de este oligoelemento está asociada a restricción del crecimiento, diarrea persistente, cicatrización lenta, alteraciones de la función inmunitaria y mayor morbimortalidad en niños desnutridos graves. Debido a la frecuente deficiencia de este micronutriente en los desnutridos, existe consenso acerca de que debe aportarse en cantidades adecuadas para lograr una composición corporal normal durante la recuperación nutricional.

La suplementación de cinc favorece la síntesis de tejido neo formado y es un intermediario del metabolismo del nitrógeno. También el cobre ha sido reconocido como un oligoelemento fundamental en la nutrición. Su deficiencia produce anemia, semejante a la que ocurre por deficiencia de hierro, además de leucopenia, neutropenia, anomalías óseas y defectos inmunitarios. En niños con desnutrición aguda grave y moderada la masa eritrocitaria circulante está disminuida, lo que deriva frecuentemente en grados variables de anemia. Ésta es de tipo multifactorial; en su génesis participan la restricción caloricoproteica, la deficiencia de hierro, folato, vitaminas y oligoelementos; también desempeñan

un papel las infecciones tanto bacterianas como algunas parasitarias y las pérdidas sanguíneas. (OMS,2012).

## **Consecuencias**

### **Anemias nutricionales:**

La anemia nutricional es causada por carencia o pérdida de hierro tal vez sea el problema más común en materia de nutrición en el mundo. La anemia reduce la resistencia a las enfermedades y debilita la capacidad de aprendizaje y el vigor físico de los niños a la vez que aumenta considerablemente el riesgo de mortalidad materna como consecuencia del parto.

La anemia es una enfermedad causada por la disminución de la cantidad de hemoglobina en la sangre. La hemoglobina es un elemento compuesto por una proteína unida a una molécula de hierro, que se encuentra en los glóbulos rojos y que transporta el oxígeno desde los pulmones a los tejidos. Existen diferentes causas de anemia, entre las cuales la más habitual es la anemia por carencia de hierro. La carencia de otros nutrientes como los folatos (o ácido fólico), la vitamina B12 y las proteínas, también pueden causar anemia. El ácido ascórbico (vitamina C), la vitamina E, el cobre y la piridoxina (vitamina B6), también son necesarios para la producción de glóbulos rojos. Asimismo, la carencia de vitamina A también está asociada a la anemia. (UNICEF,1998)

### **Deficiencias vitamínicas**

Se define como una falta, falla o deficiencia en la cantidad de vitaminas que el organismo requiere normalmente. Esto determina fallos en la actividad metabólica ya que las vitaminas son cofactores (coenzimas) que ayudan a las enzimas en sus procesos catalíticos. La deficiencia de vitaminas puede producir trastornos más o menos graves, según el grado de deficiencia, llegando incluso a la muerte. Respecto a la posibilidad de que estas deficiencias se produzcan en el mundo desarrollado hay posturas muy enfrentadas. Por un lado, están los que aseguran que es prácticamente imposible que se produzca una avitaminosis, y por otro los que responden que es bastante difícil llegar a las dosis de vitaminas

mínimas, y, por tanto, es fácil adquirir una deficiencia, por lo menos leve. (Puerto,2009)

### **Sobrepeso**

Se define como un exceso de peso para la talla, y que puede deberse en algunos casos un incremento de masa muscular mientras que en la obesidad es un aumento de masa o tejido graso.

### **Obesidad**

Se define como una enfermedad caracterizada por un excesivo aumento de los depósitos de grasas en el organismo que provoca un deterioro en la calidad de vida y un riesgo potencial para la salud del individuo. De esta manera la obesidad se relaciona más con la cantidad del tejido graso que con su peso. Existen numerosos factores que influyen en el estado nutricional, así como en la conducta alimentaria. Se han realizado diferentes clasificaciones de estos factores, siguiendo distintos criterios. Nosotros los hemos dividido en tres grandes grupos: sociodemográficos y económicos, culturales y sanitarios, destacando en cada uno de ellos un aspecto que resulta especialmente relevante. Probablemente, el listado no será exhaustivo, dada la complejidad del acto de la alimentación, primer condicionante del estado nutritivo, pero al menos pretende ser ilustrativo de la magnitud del hecho.

Si definimos la seguridad alimentaria como la situación existente cuando todas las personas tienen acceso físico, social y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos que satisfagan sus necesidades y preferencias alimentarias para llevar una vida activa y sana, podemos ver que hay muchos factores que influyen en esta situación. (OMS,2016)



## **Clasificación de desnutrición infantil**

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

### **Clasificación etiológica**

- **Primaria**

Se presenta cuando el aporte de nutrimentos es inadecuado para cubrir las necesidades y/o episodios repetidos de diarrea o infecciones de vías respiratorias.

Esta

Forma primaria de desnutrición es producto de la pobreza y la ignorancia, en la actualidad se observa con más frecuencia en regiones o países en vías de desarrollo y la de origen secundario en países desarrollados. (Delgado,2015)

- **Secundaria**

Cuando existe alguna condición subyacente que conduce a una inadecuada ingestión, absorción, digestión o metabolismo de los nutrimentos, generalmente ocasionado por un proceso patológico como infecciones agudas, sepsis o

Problemas crónicos como la diarrea persistente, síndrome de inmune deficiencia adquirida (SIDA), cardiopatías congénitas, neuropatías, enfermedad renal avanzada y muchos tipos de cáncer. (Delgado,2015)

- **Mixta**

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

### **Clasificación clínica**

La desnutrición (malnutrición) proteico-energética" es relativamente nuevo, esta condición era anteriormente conocida como "deficiencia proteico-energética o

calórica", este término incluye una variedad de condiciones que varía de una situación leve o moderada a una situación severa (marasmo o kwashiorkor). La desnutrición proteico-energética es uno de los problemas nutricionales más importante en los niños en países en desarrollo. Este problema se encuentra también en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, se presenta en los niños que consumen una cantidad insuficiente de alimentos para satisfacer sus necesidades de energía y nutrientes. La deficiencia de energía es la causa principal. La primera manifestación importante de este problema nutricional es una detención del crecimiento (los niños son más pequeños en estatura y tienen un menor peso que otros niños de la misma edad). Este proceso se encuentra frecuentemente agravado por la presencia de infecciones. Los niños que presentan desnutrición proteico-energética tienen menos energía para realizar sus actividades diarias, aprenden con dificultad y presentan baja resistencia a las infecciones. (FAO,2016)

El Kwashiorkor forma "húmeda" o con edema, es un proceso más agudo, se presenta más frecuentemente en la edad preescolar, existe un déficit proteico importante y en muchas ocasiones su ingesta energética es adecuada e incluso elevada, en muchos casos es precipitado por episodios infecciosos en el niño. El edema es el signo central pero además pueden presentar signo de la bandera y una dermatitis denominada pelagroide, irritabilidad, hígado graso entre otras manifestaciones clínicas. La desnutrición marasmo-kwashiorkor anteriormente conocido como Síndrome Pluricarenal presenta tanto signos de marasmo como de kwashiorkor.(Delgado,2015)

El marasmo es la desnutrición por carencia alimentaria especialmente calórica (hipo alimentación del lactante) comienza en los primeros meses de vida (primer trimestre) Ocorre con mayor frecuencia en el lactante (1-2 años) aunque puede aparecer también en edades más avanzadas. Se caracteriza por un gran enflaquecimiento alcanzando la pérdida ponderal al 40% o más con relación a la edad; hay pérdida del tejido graso (emaciación) que compromete no solo la pared abdominal y la cintura escapular y pelviana, sino también las mejillas. La pérdida de grasa provoca ojos hundidos, mejillas deprimidas (facies de viejo o de

Voltaire) nalgas colgantes o en tabaquera resaltos óseos, se debe aún inadecuado aporte calórico debido a la insuficiente dieta por hábitos alimentarios inapropiados, ya sea por escasez de alimentos, defectos de absorción, factores emocionales, anormalidades metabólicas o en el curso de 10 enfermedades infecciosas que provocan un incremento en el consumo de sustancias nutritivas esenciales.

El pliegue cutáneo, tomado con pinzas calibradas, es menor de 10mm, la piel aparece arrugada de color pálido grisáceo, seca contrastando a veces con el enrojecimiento intenso de las mucosas. Es frecuente el enfriamiento distal. A nivel de la prominencia ósea, la piel aparece delgada y brillante y hasta con ulceraciones que se infectan y son difíciles de mejorar, Son comunes las manifestaciones eritematosas y erosivas de la región glúteo-genital. Las masas musculares están reducidas y el tono muscular puede ser variable, hay autofagia proteica (hipotrofia muscular) y en los periodos muy avanzados detención del crecimiento estatural. (Morales,2015)

### **3.-Clasificación por severidad o intensidad**

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

**Peso para la edad (p/e): peso actual 100 = % de peso -100 = % de déficit peso ideal. (Delgado, 2015)**

### Alimentación diaria para niños y niñas

ALIMENTO	FRECUENCIA	CANTIDAD SUGERIDA	
		NIÑOS	NIÑAS
Lácteos bajos en grasa	diaria	3 tazas	3 tazas
Verduras	diaria	Dos platos chicos crudos o cocidos	Dos platos chicos crudos o cocidos
Frutas	diaria	3 unidades	3 unidades
Pescado	Dos veces por semana	Una presa chica	Una presa chica
Pollo, pavo o carnes sin grasa	Dos veces por semana	Una presa chica	Una presa chica
legumbres	Dos veces por semana	Un plato chico	Un plato chico
huevos	2 o 3 veces por semana	½ de 1 unidad	½ de 1 unidad
Cereales o pastas o papas cocidas	4 o 5 veces por semana	1 plato chico	1 plato chico
Panes	diario	1 unidad	½ unidad
Aceites y otras grasas	Diaria	Poca cantidad	Poca cantidad
Azúcar	Diaria	4 cucharadas	4 cucharadas
Agua	Diaria	5 a 6 vasos	5 a 6 vasos
aporte	calórico	Aprox. 1400 kcal	1250 kcal.

## Alimentación según edad del niño

### Niña y niño de 6 meses a 8 meses

**Consistencia:** Papillas

**Cantidad:** 3 a 5 cucharadas

Continuar con la leche materna alrededor de 4 a 6 veces al día. O bien leche de fórmula: alrededor de 4 a 5 biberones de 6 a 8 onzas (178 a 237 ml) de fórmula al día. Además de:

**Cereales:** fortificados con hierro (de arroz, cebada o avena).

**Frutas:** en papillas o trituradas como banana, pera, durazno (melocotón) o puré de manzana.

**Verduras:** en papillas o trituradas, zanahorias bien cocidas, calabaza o camote.

**Carne:** en puré (pollo, pescado o carne de res).

**(INFORME HOSPITAL REGIONAL;2016)**

### Niña y niño de 9 meses a 11 meses

**Consistencia:** Picado en trozos pequeños

**Cantidad:** 5 a 7 cucharadas en cada comida

Continuar con la leche materna todas las veces que el niño o la niña quiera, durante el día y la noche, incluir alimentos como:

**Cereales:** Arroz, Quinoa, Avena, Trigo, Chufra, pan

**Tubérculos:** papa, yuca, camote, habas, pallares, garbanzos (con cascara y bien cocidas).

**Carnes:** hígado de pollo, sangre de animales, bazo, pollo, pescado (2 cucharadas)

**Huevos:** yema/clara de huevo (1 unidad al día)

**Vegetales:** incluir diariamente en la alimentación del niño verduras de color verde oscuro, amarillo y anaranjado como: espinaca, acelga, brócoli, zapallo, zanahoria.

**Frutas:** plátanos, papaya, manzana dulce, pera dulce, durazno (en forma de purés o rayados, no agregar azúcar ni agua).

**Aceite vegetal:** agregar 1 cucharita diariamente en una comida principal del niño.

**Sal:** baja cantidad.

**Frecuencia:** dar tres comidas al día más un refrigerio.

**(INFORME HOSPITAL REGIONAL; 2016)**

### **Niña y niño de 1 año y 4 años**

**Consistencia:** Normal

**Cantidad:** 7 a 10 cucharadas

**Leche materna:** Continuar dando de lactar las veces que la niña y niño quiera, después de las comidas.

Dar comidas sólidas y variadas incorporándose a la alimentación familiar.

Servir un plato mediano de comida (7 a 10 cucharadas)

Agregar diariamente a sus comidas, por lo menos, una porción de alimentos de origen animal: huevo, queso, pescado, hígado, cuy, sangrecita de pollo.

Frecuencia: dar tres comidas al día más dos refrigerios.

### **Niña y niño de 3 años**

En la infancia la alimentación va cambiando, algunas cosas pueden dejarse mientras que otros alimentos van incorporándose lentamente. Además es el momento para crear hábitos de vida saludable en los niños.

**Frecuencia:** 4 veces al día (si van a clases, se puede agregar una fruta).

**Desayuno y media tarde:** 1 lácteo (1 taza de leche o 1 yogurt o 1 postre casero a base de leche o 1 rebanada de queso fresco o quesillo).

**Almuerzo y comida:** El niño está en una transición de consistencia desde papillas a molido o picado.

1 porción de ensalada: verduras crudas o mezcla de crudas y cocidas variando los colores zanahoria, espinaca, tomate, betarraga, lechuga, etc.)

1 proteína (pescado, pollo, pavo, legumbres, huevo, vacuno).

1 porción de cereal (arroz, fideos, papas).

1postre (de preferencia fruta natural)

**(INFORME HOSPITAL REGIONAL; 2016)**

### **Factores De Riesgo**

Característica, circunstancia o situación detectable que aumenta la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido o incluso mortal. Estos factores de riesgo sumándose unos a otros pueden aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción negativo para el crecimiento y desarrollo de la niña o niño.(MINSA,2011)

Entre los factores tenemos: los sociales y demográficos.

### **Factores sociales**

Sociales, hace referencia a lo social, a todo aquello que ocurre en una sociedad, o sea en un conjunto de seres humanos relacionados entre sí por algunas cosas que tienen en común. Por lo tanto factores sociales, son aquellas cosas que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren.

- **Ocupación:** Es la actividad, cuya raíz latina activistas significa la facultad de obrar.
- **Estudiante:** Se refiere al educando o alumno dentro del ámbito académico, que estudia como su ocupación principal.
- **Empleada doméstica:** Persona que por un salario o sueldo desempeña los trabajos domésticos o ayuda en ellos.
- **Independiente:** significa, que no depende de otro.
- **Ama de casa:** Mujer que se ocupa de las tareas de su casa.
- **Ingreso familiar:** Se refiere al ingreso total familiar dividido por la cantidad de miembros del hogar, donde el ingreso del hogar se obtiene por la sumatoria de los ingresos individuales totales de todos los miembros del hogar.
- **Ingreso destinado a la alimentación:** Es la cantidad de dinero que se invierte para la canasta familiar.

- **Vivienda:** La vivienda es el lugar cerrado y cubierto que se construye para que sea habitado por personas. Estas edificaciones ofrecen refugio a los seres humanos y les protegen de las condiciones climáticas adversas, además de proporcionarles intimidad y espacio para guardar sus pertenencias y desarrollar sus actividades cotidianas, pueden ser como propia concluida, propia inconclusa, propia precaria, alquilada, alojados.
- **Número de habitaciones:** Son los compartimientos que tiene una vivienda.
- **Acceso al servicio de agua potable:** Se denomina agua potable a la tratada para el consumo humano según los estándares de calidad determinados por las autoridades locales e internacionales.
- **Red pública:** Se refiere, cuando existe conexión propia de agua potable dentro de la vivienda.
- **Pilón de uso público:** Cuando en la vivienda se abastecen de agua potable proveniente de un grifo o pión ubicado en la calle u otro lugar público.
- **Cilindro:** Es un depósito que se utiliza para recoger agua.
- **Acceso al servicio de electricidad:** Es la capacidad del ciudadano para adquirir y hacer uso de la energía que tienen a su alcance. «acceso a la energía» es la disponibilidad física de servicios modernos de energía para satisfacer las necesidades humanas básicas, a costos asequibles y que incluyen la electricidad y artefactos mejorados como las estufas para cocinar.
- **Electricidad:** Es el conjunto de fenómenos físicos relacionados con la presencia y flujo de cargas eléctricas.
- **Vela:** Es una fuente de iluminación, consistente en una mecha que asciende por el interior de una barra de combustible sólido, como puede ser la cera, la grasa o la parafina (el más habitual en la actualidad).

Acceso a Seguro Integral de Salud (SIS): Es el organismo público ejecutor del Ministerio de Salud (MINSA).



Tiene la finalidad de administrar los fondos destinados al subsidio de las prestaciones de salud, a todos los peruanos no asegurados sin límite de edad.

### **Factores demográficos**

Son características sociales de la población. También se refieren a los elementos relativos de los aspectos y modelos culturales, creencias, actitudes, etc., así como a las características de volumen de población, inmigración, natalidad, mortalidad, etc. de una sociedad.

- **Edad:** Es el tiempo transcurrido desde su nacimiento, y es un factor determinante en los estudios demográficos.
- **Sexo:** La palabra "sexo" se refiere a la división del género humano en dos grupos: mujer o hombre. Cada individuo pertenece a uno de estos grupos. La persona es o de sexo femenino o masculino.
- **Lugar de procedencia de la familia:** Es la extensión geográfica de un país, región, lugar determinado, para designar la originalidad de las personas incluyendo a los factores humanos.
- **Números de hijos:** Es la decisión de tener hijos compromete la calidad de vida de las madres y de los propios hijos, porque influye en la alimentación, vivienda, salud, ingresos económicos.
- **Grado de Instrucción:** Nivel de estudios o aprendizaje obtenidos, se basa en el nivel de conocimiento y capacidades cognitivas adquiridas en un centro o institución educativa.
- **Sin nivel:** Se refiere a las personas que no han realizado ningún estudio o que se no llegaron a concluir sus estudios primarios.
- **Primaria:** Su finalidad es proporcionar a todas las personas una formación común. Que haga posible el desarrollo de las capacidades individuales motrices, de equilibrio personal; de relación y de actuación social con la adquisición de los elementos básicos culturales.
- **Secundaria:** Es la formación integral a través de programas que ayudan a su desarrollo corporal, el auto control y el auto análisis para obtener una visión más objetiva de sí mismo y de su propia vida.

- **Superior no universitario:** Se refiere a la persona que no ha frecuentado una universidad, sin embargo ha realizado carreras técnicas.
- **Superior universitario:** Se refiere a la persona que ha realizado sus estudios en una universidad y es reconocido a través de un título profesional.
- **Estado Civil:** Es la situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes, las distinciones del estado civil de una persona pueden ser variables de un estado a otro.
- **Conviviente:** Es la persona que convive, sin vínculos matrimoniales.
- **Separada(o):** Es una situación jurídica intermedia entre el matrimonio y el divorcio.
- **Casada(o):** Es el estado civil que adquiere una persona en el momento que contrae matrimonio.
- **Viuda(o):** Persona que ha fallecido su cónyuge y no se ha vuelto a casar.
- **Divorciada(o):** Es la persona que de alguna manera ha obtenido el divorcio.
- **Soltera(o):** Es la persona que no se ha casado.

### **Factores de calidad de alimentación**

La incorporación de alimentos sólidos complementarios es normalmente un proceso gradual que dura varias semanas o meses, y que debe comenzar en torno a los 6 meses de edad. El momento exacto depende del bebé y de la madre, y refleja el hecho de que aunque la leche materna es suficiente durante los primeros meses, cuando el niño crece ya no aporta por sí sola todos los nutrientes adecuados. La incorporación de alimentos complementarios en torno a los 6 meses es importante para que el niño desarrolle la capacidad de masticar y hablar. Se puede aumentar de forma gradual la calidad, cantidad y variedad de alimentos sólidos, a un ritmo que normalmente impone el propio niño. Los cereales son generalmente los primeros alimentos que se incorporan a la dieta de un lactante (mezclados con leche materna o con preparados), y después se

introducen los purés de verduras y frutas, y la carne. Si se amamanta al bebé durante los primeros 4 ó 6 meses de vida, habrá menos probabilidades de que desarrolle alergias. Los alimentos que son más propicios a causar reacciones alérgicas en niños sensibles, como la clara del huevo y el pescado, se incorporan generalmente después de los 12 meses. Para saber más sobre alergias a los alimentos. Debido a los cambios en el estilo de vida, la comida infantil comercializada, tiene una mayor importancia en la dieta de los niños, y por ello debería cumplir con rigurosas normas de calidad y seguridad. Los alimentos que hay en el mercado son prácticos y variados, por lo que son una buena opción para complementar las comidas preparadas en casa. (EUFIC, 2016)

Los alimentos infantiles que se comercializan están hechos con frutas frescas, verduras y carne, no llevan conservantes, y tienen que cumplir normas muy estrictas. Un aspecto a tener en cuenta en el primer año de vida es la cantidad de hierro que aporta la dieta, y por esto durante la infancia, se vigila rutinariamente la aparición de anemia ferropénica. La utilización de preparados o cereales enriquecidos con hierro y el consumo de alimentos ricos en hierro como carnes trituradas, pueden ayudar a prevenir este problema. (EUFIC, 2016)

Durante estos años, el niño comienza a tener su propia personalidad y a demostrar su independencia, a moverse libremente y a escoger los alimentos que quiere comer. Aunque el niño está todavía creciendo, la velocidad con la que crece es menor que en los 12 primeros meses de vida. Al final del tercer año de edad, tanto las niñas como los niños alcanzan el 50 por ciento de su estatura adulta.

Durante esta época, los niños son capaces de beber con una pajita y de comer con una cuchara, y en muchas ocasiones se vuelven "maniáticos" con las comidas. El consumo de alimentos variados permitirá al niño poder escoger entre diferentes sabores, texturas, y colores, que puedan satisfacer su apetito. El factor más importante es que los diferentes alimentos hagan frente a sus necesidades energéticas. (EUFIC, 2016)

Su consumo de alimentos estará cada vez más influenciado por los hábitos alimenticios de su familia y de las personas que le rodean. Todas las experiencias

alimenticias pueden tener importantes efectos en los alimentos que le gustarán o no y en los hábitos alimenticios de su vida posterior. No se debe ir con prisas en las horas de la comida, sino que hay que darles de comer relajadamente y preparar el terreno para que sus actitudes hacia la comida sean sanas. (EUFIC, 2016)

### **Teoría las necesidades básicas Virginia Henderson**

Según el modelo de Virginia Henderson, las necesidades fundamentales del ser humano pueden ser clasificadas según una lista ordenada que los propios profesionales de la salud con frecuencia ya utilizan para atender a una persona (enferma o en buena forma).

Virginia Henderson estableció su clasificación basándose en una visión paradigmática, teniendo en cuenta tanto los aspectos biológicos como los psicológicos y sociales ; y también teniendo en cuenta los aspectos espirituales.

### **Conceptos meta paradigmáticos**

Esta teoría de Henderson abarca los términos Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística.

Salud: definida a partir de la capacidad del individuo de realizar por sí solo y sin ayuda las 14 necesidades básicas; la salud es el máximo grado de independencia, teniendo la mejor calidad de vida. La salud por lo tanto es una calidad y cualidad de vida necesaria para el funcionamiento del ser humano ya sea a nivel biológico (satisfacciones) y a nivel fisiológico (emocional). La salud es la independencia.

- **Entorno:** todas las condiciones externas que influían en el equilibrio y buen funcionamiento del ser humano. Es el lugar donde la persona aprende su patrón vital.
- **Persona:** hace dos definiciones:  
**Es un ser bio-psico-social**, es decir, la persona además de una estructura biológica, posee una psicológica y también se relaciona; y esto es lo que define a la persona como ser integral.

**El paciente es el ser bio-psico-social** al que se le ayuda para que logre su independencia; la mente y el cuerpo son inseparables; el paciente y la familia forman una unidad.

- **Enfermería:** Es la asistencia temporal a una persona que carece de la capacidad, fortaleza o conocimientos para realizar alguna de las 14 necesidades básicas, hasta que esa persona pueda volver a realizarlas de manera independiente. Los cuidados de enfermería irían dirigidos a recuperar esa independencia.

**Las 14 necesidades fundamentales elaboradas por Virginia Henderson :**

- 1. Respirar normalmente:** Capacidad de la persona para mantener sus intercambios gaseosos, con un nivel suficiente y con una buena oxigenación.
- 2. Beber y comer adecuadamente:** Capacidad de la persona para beber y comer, masticar y deglutir. Igualmente, tener hambre, y entonces, poder absorber suficientes nutrientes como para capitalizar la energía necesaria para desarrollar la propia actividad.
- 3. Eliminar adecuadamente desechos y secreciones:** Capacidad de la persona para en forma autónoma eliminar orina y materia, asegurando su higiene íntima. Igualmente, saber eliminar otros desechos del funcionamiento del organismo, manteniendo la higiene corporal.
- 4. Moverse y mantener una buena postura :** Capacidad de la persona para desplazarse sola o con ayuda de medios mecánicos, y asimismo, de arreglar su domicilio aunque fuere en forma mínima y a efectos que el mismo mejor se adecue a sus necesidades y a su confort. Igualmente, conocer los límites del propio cuerpo.
- 5. Dormir y descansar :** Capacidad de la persona a dormir lo suficiente como para sentirse descansada, más repuesta, y con renovada iniciativa. Igualmente, saber gestionar la propia fatiga y el propio potencial de energía y dinamismo.

- 6. Vestirse y desvestirse :** Capacidad de la persona para vestirse y desvestirse, así como para elegir y comprar su vestimenta. Igualmente, capacidad e interés para construir su propia identidad física y mental a través de la vestimenta y de las modas.
- 7. Mantener la temperatura corporal en límites normales (37,2 °C),** eventualmente actuando sobre el medio ambiente y/o sobre la propia vestimenta :Capacidad de la persona para abrigarse en función de la temperatura del ambiente, y a apreciar los propios límites en este sentido. Capacidad para abrir y cerrar ventanas según mejor convenga, y/o actuar respecto del entorno de manera conveniente.
- 8. Mantener la higiene personal y proteger los propios tegumentos:** Capacidad de la persona para lavarse por sí mismo y mantener su higiene personal, así como a servirse de productos y de utensilios para mejor mantener piel, cabellos, uñas, dientes, encías, orejas, etc, y así sentir bienestar y mayor conformidad consigo mismo.
- 9. Detectar y evitar peligros, y evitar perjudicar a otros:** Capacidad para mantener y promover la propia integridad física y mental de sí mismo y de terceros, en conocimiento de los peligros potenciales del entorno.
- 10. Comunicarse con los semejantes:** Capacidad para ser comprendido y comprender, gracias a la actitud y postura, a las palabras, y/o a un código. Igualmente, capacidad para insertarse e integrarse a un grupo social, viviendo plenamente las relaciones afectivas y la propia sexualidad.
- 11. Reaccionar según las propias creencias y valores:** Capacidad de la persona a explorar, conocer, y promover, sus propios principios, valores, y creencias. Igualmente, manejar esas cuestiones a efectos de elaborar y elucubrar el sentido que le desea dar a la propia vida y a su paso por la sociedad.
- 12. Ocuparse para sentirse realizado:** Capacidad de la persona para participar e interesarse en alguna actividad creativa y/o de interés social, así reforzando su autoestima y su sentimiento de alegría y

autorrealización personal. Igualmente, cumplir algún tipo de rol en una organización social, y darse a ello con interés, dedicación, y empeño.

**13. Recrearse y entretenerse:** Capacidad de la persona para distraerse, entretenerse, y cultivarse. Igualmente, interés de la persona para invertir tiempo y energía en una actividad alejada de sus problemáticas personales (por ejemplo un juego, un audiovisual, etc), obteniendo con ello algún tipo de satisfacción personal.

**14. Aprender en sus variadas formas:** Capacidad de la persona para aprender de otros o de la producción de algún evento, y capacidad para evolucionar. Asimismo, capacidad para adaptarse a un cambio, y tener resiliencia como para poder sobreponerse a períodos de dolor emocional y a situaciones adversas. Asimismo, poder transmitir algún tipo de saber o de conocimiento. Aprender, descubrir, y satisfacer curiosidades, forma parte del desarrollo normal y de una u otra forma contribuye a la propia salud física y mental. (Murray, 2016)

El modelo de la teoría de las necesidades básicas propuesta por Virginia Henderson, es uno de los más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo encontramos la necesidad de beber y comer que comprende los alimentos, apetito, electrolito, hambre, metabolismo, nutrientes o elementos nutritivos, nutrición, saciedad. Se determina trabajar con esta teoría por la relación con el trabajo de investigación acerca estado nutricional niños de 6 a 36 meses , ya que es muy indispensable satisfacer las necesidades alimentarias para el buen crecimiento físico y mental del niño. (Arena, 2012).

El presente estudio de investigación, está fundamentado en la teoría de Virginia Henderson porque considera que la necesidad de Beber y comer adecuadamente, es decir, la capacidad de la persona para beber y comer, masticar y deglutir. Igualmente, tener hambre, y entonces, poder absorber suficientes nutrientes como para capitalizar la energía necesaria para desarrollar la propia actividad, es

necesaria y fundamental para la satisfacción de las necesidades humanas y contribuir a la calidad de vida.



## 5. Definición de las Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIÓN	ITEMS	ESCALA
<b>Variable de estudio FACTORES DE RIESGO</b>	Característica, circunstancia o situación detectable que aumenta la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido o incluso mortal. Estos factores de riesgo sumándose unos a otros pueden aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción negativo para el crecimiento y desarrollo de la niña o niño.(MINSA,2011)	La variable se operacionalizará según las dimensiones: sociales, demográficos y calidad de alimentación.	Factores Sociales	1, 2 3,4,5,6,7,8	<b>NOMINAL</b>
			Factores Demográficos	1,2,3,4,5	
			Factores calidad de alimentación	1,2,3,4,5,6,7,8,9	
<b>Variable de estudio ESTADO NUTRICIONAL</b>	Es el grado de adecuación de las características anatómicas, bioquímicas y fisiológicas del individuo, con respecto a los parámetros establecidos como normales que se relacionan con el consumo, utilización, excreción de nutrientes y estado de salud. (MINSA,2011)	La variable se operacionalizará según las dimensiones: Desnutricion, Normal, sobrepeso, obesidad	Desnutricion	peso / edad peso/ talla	<b>NOMINAL</b>
			Sobre peso	peso/edad peso/talla	
			Normal	peso/edad peso/talla talla/edad	
			Obesidad	Peso/ talla	

## 6. HIPÓTESIS

**H1:** Existe una asociación significativa entre factores de riesgo y el estado nutricional de los niños de 6 a 36 meses atendidos el consultorio de CRED del Hospital la caleta- Chimbote ,2016.

**H0:** No Existe una asociación significativa entre factores de riesgo y el estado nutricional de los niños de 6 a 36 meses atendidos el consultorio de CRED del Hospital la caleta- Chimbote ,2016.

## 7. OBJETIVOS

### **Objetivo General:**

- Determinar los factores de riesgo asociados al estado nutricional en niños del Hospital La Caleta, Chimbote, 2016

### **Objetivo Específico:**

- Identificar los factores demográficos de la madres de niños del Hospital La Caleta, Chimbote, 2016.
- Identificar los factores sociales de la madres de niños del Hospital La Caleta, Chimbote, 2016.
- Identificar la calidad de alimentación de niños del Hospital La Caleta, Chimbote, 2016.
- Identificar el estado nutricional de de niños del Hospital La Caleta, Chimbote, 2016.
- Identificar los factores demográficos asociados al estado nutricional en niños del Hospital La caleta.

- Identificar los factores sociales asociados al estado nutricional en niños del Hospital La caleta.
- Identificar la calidad de alimentación asociada al estado nutricional en niños del Hospital La caleta.

## CAPITULO II

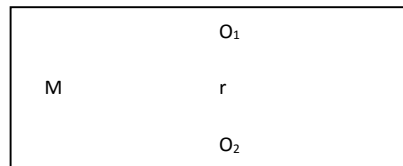
### MATERIAL Y MÉTODOS

#### 2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

##### Tipo de investigación

- **Tipo de investigación:** Según su paradigma es un estudio Cuantitativo porque en el presente trabajo de investigación, se recolecto datos numéricos de los participantes en estudio utilizando instrumentos estructurados, y se analizó los resultados mediante procedimientos estadísticos para determinar si existe asociación entre las variables; para contrastar las hipótesis planteadas y dar respuesta al problema de investigación.
- **Diseño de Investigación:** Diseño no experimental, descriptivo Correlacional porque nos permitirá asociar los factores de riesgo y el estado nutricional en lactantes mayores atendidos en el consultorio CRED en el Hospital la caleta, Chimbote. De corte transversal Porque se recolectaron datos en un solo momento y en un tiempo único, también porque tiene como propósito describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

Diseño de investigación:



M: Madres de Niños de 6 a 36 meses del Hospital La Caleta

O1: Factores de riesgo

O2: Estado nutricional

## 2.2 POBLACION Y MUESTRA

- **Unidad de análisis:** Niños que se encontraron atendidos en el servicio de Crecimiento y desarrollo del Hospital La Caleta.
- **Población:** La población estuvo constituida por 120 niños de 6 a 36 meses que pertenecen al Hospital La Caleta, del consultorio de Cred,; que reunieron los criterios de inclusión, detallados a continuación.
- **Criterios de inclusión:**
  - Madres de niños que acepten participar voluntariamente del estudio y lo autorice a través del consentimiento informado.

## 2.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION

Para la recolección de datos se usó un cuestionario y una hoja de registro desarrollado por Ruiz Collazos Faustina (2014), el cuestionario consta de 25 ítems, instrumento válido y confiable.

*Nombre del instrumento:* Factores de riesgo asociados al estado de nutricional en niños. El instrumento fue elaborado por Ruiz Collazos Faustina (2014).

*Descripción:* El cuestionario consiste en una serie de oraciones o juicios ante los cuales se solicita la reacción de la persona a quien se le administra. Se presenta cada sentencia u oración (estímulo), que expresa un enunciado favorable o desfavorable sobre un objeto y se solicita al encuestado que responda eligiendo una de las alternativas. El instrumento de la investigación usa la técnica de encuesta consta de 25 ítems.

*Objetivo:* Determinar los factores de riesgo asociados al estado nutricional en niños

*Factores que mide:* Factores de riesgo: Factor demográfico; Factor social, factores de calidad de alimentación y estado nutricional

*Tiempo de resolución:* Para el llenado del instrumento se tomará 20 minutos aproximadamente.

*Validez y confiabilidad:* La validez se obtuvo a través de juicio de expertos, la confiabilidad se realizó a través de la prueba piloto en una muestra representativa de

30 madres y 30 niños/as, los resultados fueron evaluados por el estadístico de correlación kuder Richarson 20 (0.857) determinando que el instrumento es confiable. La hoja de observación sirvió de base para la comparación con la tabla antropométrica del MINSA.

## 2.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- **Petición de permiso:** Se gestionó una solicitud al director del Hospital La Caleta , para acceder a la autorización correspondiente para la ejecución y recolección de los datos. Se comunicó a la enfermera jefe del servicio de Crecimiento y desarrollo y se coordinó para la aplicación del instrumento a los pacientes del servicio durante los meses de octubre y noviembre.
- **Firma del consentimiento informado:** Se llevó a cabo el procedimiento del consentimiento informado, se brindó información acerca del objeto y finalidad y relevancia del estudio, ya que es fundamental para la protección de las personas que participaron como voluntarios en la investigación, luego de ello se prosiguió a solicitar la firma del consentimiento informado, el mismo que fue la confirmación de la participación voluntaria del paciente. Finalmente se realizó la recolección de datos a través de los instrumentos de investigación.
- **Recolección de datos:** El instrumento fue aplicado por la investigadora y la ayuda de una amiga, para lo que se tomó en cuenta los criterios de inclusión considerando los derechos de anonimato, libre participación y confidencialidad. Para cada instrumento se invirtió 20 minutos aproximadamente y se realizó fuera del servicio de crecimiento y desarrollo se abordaba a la madres que salían de ser atendidas, durante el mes de octubre y noviembre.

Las limitaciones que tuve fueron que lo niños atendidos en dicho servicio solo son citados por lo cual se tomó un poco más de tiempo poder captarlos. Se encuestó por 8 semanas de lunes a viernes de 8:00 a 1:00 de la tarde para poder captar a la mayoría , en algunos días no se pudo recolectar la información ya que la técnica de enfermería del servicio se negaba a

dejarme encuestar y por otro lado las madres ante la negativa esta también se negaban por desconocimiento. La investigadora acompañó el llenado del instrumento por si había que aclarar alguna duda.

Se logro encuestar a 120 madres con niños atendidos en el servicio, por otro lado las madres encuestadas fueron muy accesibles y colaboradoras con el trabajo

## **2.5 PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS SUJETOS**

Se aplicaron los siguientes mecanismos de protección de los derechos humanos.

- Se hizo respetar el derecho a la autonomía en esta investigación, mediante la decisión de los cuidadores responsables de los menores de aceptar o rechazar su participación en el mismo, brindando su consentimiento informado luego de una información completa sobre los objetivos del estudio de investigación.
- En el presente estudio solo se tuvo acceso a los resultados el investigador y los participantes del estudio, luego de conocer dichos resultados asegurando así la confidencialidad a la que tiene derecho.
- El estudio de investigación considero el derecho a la beneficencia y no maleficencia porque se lleva a cabo con fines de beneficiar el desarrollo de los niños, además en ningún momento se causarán daños o agravios morales durante el desarrollo del mismo.
- El dato obtenido a partir del instrumento de evaluación es manejado para fines solo de la investigación.
- La veracidad tiene una importante relación con el trabajo de investigación ya que al aplicar la encuesta los datos recolectados deben ser verdaderos y no alterar los resultados.

## **2.6 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION**

Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS Statistics 21 y por otra parte, también se utilizó Microsoft Excel para elaborar los cuadros estadísticos con sus respectivos gráficos que nos facilitaron para interpretar y analizar los resultados.

El tratamiento estadístico fue determinado a través de la determinación, relación de asociación entre las variables categóricas. (chi cuadrado)

La asociación de las variables categóricas (asimétrica) se muestra explícita en tablas de frecuencia relativa condicionada con la distribución marginal de la variable de respuesta.



## CAPITULO III

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

#### 3.1ANÁLISIS DE RESULTADOS

Tabla N°1:

#### FACTORES DEMOGRÁFICOS DE LOS NIÑOS DEL HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2016

<i>Factores Demográficos</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<b><i>Edad de la madre</i></b>		
<i>15 - 25</i>	<i>27</i>	<i>22.5</i>
<i>26 - 35</i>	<b><i>66</i></b>	<b><i>55.0</i></b>
<i>36 - 45</i>	<i>27</i>	<i>22.5</i>
<i>Total</i>	<i>120</i>	<i>100</i>
<b><i>Grado de Instrucción</i></b>		
<i>Sin nivel</i>	<i>19</i>	<i>15.8</i>
<i>Primaria</i>	<i>30</i>	<i>25.0</i>
<i>Secundaria</i>	<b><i>60</i></b>	<b><i>50.0</i></b>
<i>Superior no universitario</i>	<i>5</i>	<i>4.2</i>
<i>Superior universitario</i>	<i>6</i>	<i>5.0</i>
<i>Total</i>	<i>120</i>	<i>100</i>
<b><i>Estado Civil</i></b>		
<i>Conviviente</i>	<b><i>84</i></b>	<b><i>70.0</i></b>
<i>Separada</i>	<i>11</i>	<i>9.2</i>
<i>Casada</i>	<i>25</i>	<i>20.8</i>
<i>Total</i>	<i>120</i>	<i>100</i>
<b><i>Lugar de procedencia</i></b>		
<i>Costa</i>	<b><i>116</i></b>	<b><i>96.7</i></b>
<i>Sierra</i>	<i>4</i>	<i>3.3</i>
<i>Total</i>	<i>120</i>	<i>100</i>

*Fuente: Encuesta aplicada por la investigadora a las madres de niños de 6 meses a 3 años del Hospital La Caleta, 2016*

**Interpretación:** Del total de 120 madres encuestadas, se observa que el 55.0% tienen por edad de 26-35 años; el 50.0% se encuentran con grado instrucción secundaria; el 70.0% tienen estado civil conviviente; el 96.7% tienen por lugar de procedencia la Costa.

**Tabla N°2:**

**FACTORES SOCIALES DE LOS NIÑOS DEL HOSPITAL LA  
CALETA. CHIMBOTE, 2016**

<i>Factores Sociales</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<b><i>Ingreso Familiar mensual</i></b>		
<i>300 o menos</i>	<i>13</i>	<i>10.8</i>
<i>301 – 500</i>	<b><i>77</i></b>	<b><i>64.2</i></b>
<i>501 – 700</i>	<i>27</i>	<i>22.5</i>
<i>701 - 900</i>	<i>3</i>	<i>2.5</i>
<i>Total</i>	<i>120</i>	<i>100</i>
<b><i>Ocupación de la Madre del niño</i></b>		
<i>Estudiante</i>	<i>10</i>	<i>8.3</i>
<i>Empleada</i>	<i>16</i>	<i>13.3</i>
<i>Independiente</i>	<i>27</i>	<i>22.5</i>
<i>Ama de casa</i>	<b><i>67</i></b>	<b><i>55.8</i></b>
<i>Total</i>	<i>120</i>	<i>100</i>
<b><i>Cantidad de dinero que se estima a la alimentación semanal</i></b>		
<i>20</i>	<i>1</i>	<i>0.8</i>
<i>100</i>	<i>10</i>	<i>13.3</i>
<i>150</i>	<b><i>74</i></b>	<b><i>61.7</i></b>
<i>200</i>	<i>29</i>	<i>24.2</i>
<i>Total</i>	<i>120</i>	<i>100</i>
<b><i>Vivienda</i></b>		
<i>Propia concluida</i>	<i>9</i>	<i>7.5</i>
<i>Propia inconclusa</i>	<b><i>74</i></b>	<b><i>61.7</i></b>
<i>Propia precaria</i>	<i>12</i>	<i>10</i>
<i>Alquilada</i>	<i>13</i>	<i>10.8</i>
<i>Alojados</i>	<i>12</i>	<i>10</i>
<i>Total</i>	<i>120</i>	<i>100</i>
<b><i>Número de Habitaciones</i></b>		
<i>1 habitaciones</i>	<i>5</i>	<i>4.2</i>
<i>2 habitaciones</i>	<i>30</i>	<i>25</i>
<i>3 habitaciones</i>	<b><i>85</i></b>	<b><i>70.8</i></b>
<i>Total</i>	<i>120</i>	<i>100</i>
<b><i>Acceso a agua</i></b>		
<i>Red</i>	<b><i>80</i></b>	<b><i>66.7</i></b>
<i>Pilón</i>	<i>1</i>	<i>0.8</i>
<i>Cilindro</i>	<i>39</i>	<i>32.5</i>
<i>Total</i>	<i>120</i>	<i>100</i>
<b><i>Acceso a luz</i></b>		
<i>Electricidad</i>	<b><i>119</i></b>	<b><i>99.2</i></b>
<i>Vela</i>	<i>1</i>	<i>0.8</i>
<i>Total</i>	<b><i>120</i></b>	<b><i>100</i></b>

*Fuente: Encuesta aplicada por la investigadora a las madres de niños de 6 meses a 3 años del Hospital La Caleta, 2016*

**Interpretación:** Del total de 120 madres encuestadas, se observa que el 64.2 % tienen un ingreso familiar mensual de 301-500 soles; el 55.8% tienen por ocupación Ama de casa; el 61.7% estima 150 soles de dinero para la alimentación semanal; el 61.7% tienen su vivienda propia inconclusa; el 70.8% tienen tres habitaciones por casa; el 66.7% cuentan con acceso al agua por medio de Red; el 99.2% cuentan con acceso a luz por medio de electricidad

**Tabla N°3:**

**CALIDAD DE ALIMENTACIÓN DE LOS NIÑOS DEL HOSPITAL  
LA CALETA. CHIMBOTE, 2016**

<i>Calidad de Alimentación</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<i>Bueno</i>	<i>82</i>	<i>68.3</i>
<i>Regular</i>	<i>38</i>	<i>31.7</i>
<i>Malo</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>Total</i>	<i>120</i>	<i>100</i>

*Fuente: Encuesta aplicada por la investigadora a las madres de niños de 6 meses a 3 años del Hospital La Caleta, 2016*

**Intepretación:** Del total de la población encuestada, se observa que el 68.3% presenta una calidad de alimentación buena y el 31.7% una calidad de alimentación regular.

**Tabla N°4:**

**ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DEL HOSPITAL LA  
CALETA. CHIMBOTE, 2016**

<i>Estado Nutricional</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<b><i>Normal</i></b>	<b>83</b>	<b>69.2</b>
<b><i>Desnutricion</i></b>	<b>8</b>	<b>6.7</b>
<b><i>Sobrepeso</i></b>	<b>29</b>	<b>24.2</b>
<b><i>Total</i></b>	<b>120</b>	<b>100</b>

*Fuente: Encuesta aplicada por la investigadora a las madres de niños de 6 meses a 3 años del Hospital La Caleta, 2016*

**Intepretación:** Del total de la poblacion encuestada, se observa que el 69.2% presenta un estado nutricional normal; el 24.2%, sobrepeso y el 6.7% tienen desnutricion.

Tabla N°5:

**FACTORES DEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A ESTADO  
NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DEL HOSPITAL LA CALETA.  
CHIMBOTE, 2016**

<i>Factores Demográficos</i>	<i>Estado Nutricional</i>							
	<i>Normal</i>		<i>Desnutricion</i>		<i>Sobrepeso</i>		<i>Total</i>	
	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>
<b><i>Edad de la madre del niño</i></b>								
<i>15 - 25</i>	<i>15</i>	<i>18.1</i>	<i>3</i>	<i>37.5</i>	<i>9</i>	<i>31</i>	<i>27</i>	<i>22.5</i>
<i>26 - 35</i>	<b><i>49</i></b>	<b><i>59</i></b>	<b><i>4</i></b>	<b><i>50</i></b>	<b><i>13</i></b>	<b><i>44.8</i></b>	<b><i>66</i></b>	<b><i>55</i></b>
<i>36 - 45</i>	<i>19</i>	<i>22.9</i>	<i>1</i>	<i>12.5</i>	<i>7</i>	<i>24.1</i>	<i>27</i>	<i>22.5</i>
<i>Chi cuadrado : 0.450</i>								
<b><i>Grado de Instrucción la madre del niño</i></b>								
<i>Sin nivel</i>	<i>14</i>	<i>16.9</i>	<i>1</i>	<i>12.5</i>	<i>4</i>	<i>13.8</i>	<i>19</i>	<i>15.8</i>
<i>Primaria</i>	<i>25</i>	<i>30.1</i>	<i>1</i>	<i>12.5</i>	<i>4</i>	<i>13.8</i>	<i>30</i>	<i>25</i>
<i>Secundaria</i>	<b><i>41</i></b>	<b><i>49.4</i></b>	<b><i>5</i></b>	<b><i>62.5</i></b>	<b><i>14</i></b>	<b><i>48.3</i></b>	<b><i>60</i></b>	<b><i>50</i></b>
<i>Superior no universitario</i>	<i>3</i>	<i>3.6</i>	<i>1</i>	<i>12.5</i>	<i>1</i>	<i>3.4</i>	<i>5</i>	<i>4.2</i>
<i>Superior universitario</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>6</i>	<i>20.7</i>	<i>6</i>	<i>5</i>
<i>Chi cuadrado : 0.003</i>								
<b><i>Estado Civil la madre del niño</i></b>								
<i>Conviviente</i>	<b><i>59</i></b>	<b><i>51.1</i></b>	<b><i>5</i></b>	<b><i>62.2</i></b>	<b><i>20</i></b>	<b><i>69</i></b>	<b><i>84</i></b>	<b><i>70</i></b>
<i>Separada</i>	<i>8</i>	<i>9.6</i>	<i>1</i>	<i>12.5</i>	<i>2</i>	<i>6.9</i>	<i>11</i>	<i>9.2</i>
<i>Casada</i>	<i>16</i>	<i>19.3</i>	<i>2</i>	<i>25</i>	<i>7</i>	<i>24.1</i>	<i>25</i>	<i>20.8</i>
<i>Chi cuadrado : 0.954</i>								
<b><i>Lugar de procedencia la madre del niño</i></b>								
<i>Costa</i>	<b><i>80</i></b>	<b><i>96.4</i></b>	<b><i>8</i></b>	<b><i>100</i></b>	<b><i>28</i></b>	<b><i>96.6</i></b>	<b><i>166</i></b>	<b><i>96.7</i></b>
<i>Sierra</i>	<i>3</i>	<i>3.6</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>3.4</i>	<i>4</i>	<i>3.3</i>
<i>Chi cuadrado : 0.862</i>								

Fuente: elaboración propia

**Intepretación:** según la prueba estadística de chi cuadrado, sólo el grado de instrucción de la madre del niño se asocia con el estado nutricional del mismo.

**Tabla N°6:**

**FACTORES SOCIALES ASOCIADOS A ESTADO NUTRICIONAL  
DE LOS NIÑOS DEL HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2016**

<i>Factores Sociales</i>	<i>Estado Nutricional</i>						<i>Total</i>	
	<i>Normal</i>		<i>Desnutricion</i>		<i>Sobrepeso</i>		<i>N</i>	<i>%</i>
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>		
<b><i>Ingreso Familiar mensual</i></b>								
<i>300 o menos</i>	7	8.4	2	25	4	13.8	13	10.8
<i>301 – 500</i>	<b>59</b>	<b>71.1</b>	<b>4</b>	<b>50</b>	<b>14</b>	<b>48.3</b>	<b>77</b>	<b>64.2</b>
<i>501 – 700</i>	14	16.9	2	25	11	37.9	27	22.5
<i>701 - 900</i>	3	3.6	0	0	0	0	3	2.5
<b><i>Chi cuadrado: 0.135</i></b>								
<b><i>Ocupación de la Madre del niño</i></b>								
<i>Estudiante</i>	5	6	2	25	4	13.8	11	9.2
<i>Empleada</i>	10	12	3	37.5	3	10.3	16	13.3
<i>Independiente</i>	17	20.5	2	25	8	27.6	27	22.5
<i>Ama de casa</i>	<b>51</b>	<b>61.4</b>	<b>1</b>	<b>12.5</b>	<b>14</b>	<b>48.3</b>	<b>66</b>	<b>55</b>
<b><i>Chi cuadrado: 0.073</i></b>								
<b><i>Cantidad de dinero que se estima a la alimentación semanal</i></b>								
<i>20</i>	0	0	0	0	1	3.4	1	0.8
<i>100</i>	10	12	2	25	4	13.8	16	13.3
<i>150</i>	<b>57</b>	<b>68.7</b>	<b>3</b>	<b>37.5</b>	<b>14</b>	<b>48.3</b>	<b>74</b>	<b>61.7</b>
<i>200</i>	16	19.3	3	37.5	10	34.5	29	24.2
<b><i>Chi cuadrado: 0.173</i></b>								
<b><i>Vivienda</i></b>								
<i>Propia concluida</i>	6	7.2	1	12.5	2	6.9	9	7.5
<i>Propia inconclusa</i>	<b>54</b>	<b>65.1</b>	<b>3</b>	<b>37.5</b>	<b>1</b>	<b>58.6</b>	<b>74</b>	<b>61.7</b>
<i>Propia precaria</i>	7	8.4	1	12.5	4	13.8	12	10
<i>Alquilada</i>	9	10.8	1	12.5	3	10.3	13	10.8
<i>Alojados</i>	7	8.4	2	25	3	10.3	12	10
<b><i>Chi cuadrado: 0.862</i></b>								
<b><i>Número de Habitaciones</i></b>								
<i>1 habitaciones</i>	4	4.8	0	0	1	3.4	5	4.2
<i>2 habitaciones</i>	18	21.7	4	50	8	27.6	30	25
<i>3 habitaciones</i>	<b>61</b>	<b>73.5</b>	<b>4</b>	<b>50</b>	<b>20</b>	<b>69</b>	<b>85</b>	<b>70.8</b>
<b><i>Chi cuadrado: 0.480</i></b>								
<b><i>Acceso a agua</i></b>								
<i>Red</i>	<b>57</b>	<b>68.7</b>	<b>6</b>	<b>75</b>	<b>17</b>	<b>58.6</b>	<b>80</b>	<b>66.7</b>
<i>Pilón</i>	1	1.2	0	0	0	0	1	0.8
<i>Cilindro</i>	25	30.1	2	25	12	41.4	39	32.5
<b><i>Chi cuadrado: 0.764</i></b>								
<b><i>Acceso a luz</i></b>								
<i>Electricidad</i>	<b>83</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>96.8</b>	<b>119</b>	<b>99.2</b>
<i>Vela</i>	0	0	0	0	1	3.4	1	0.8
<b><i>Chi cuadrado: 0.206</i></b>								

Fuente: elaboración propia

**Intepretación:** según la prueba estadística de chi cuadrado, no se encuentra asociación entre los factores sociales con el estado nutricional.



**Tabla N°7:**

**CALIDAD DE ALIMENTACIÓN ASOCIADO A ESTADO  
NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DEL HOSPITAL LA CALETA.  
CHIMBOTE, 2016**

<i>Calidad de Alimentación</i>	<i>Estado Nutricional</i>						<i>Total</i>	
	<i>Normal</i>		<i>Desnutricion</i>		<i>Sobrepeso</i>		<i>N°</i>	<i>%</i>
	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>	<i>N°</i>	<i>%</i>		
<i>Bueno</i>	<i>58</i>	<i>69.9</i>	<i>7</i>	<i>87.5</i>	<i>17</i>	<i>58.6</i>	<i>82</i>	<i>68.3</i>
<i>Regular</i>	<i>25</i>	<i>30.1</i>	<i>1</i>	<i>12.5</i>	<i>12</i>	<i>41.4</i>	<i>38</i>	<i>31.7</i>
<i>Total</i>	<i>83</i>	<i>100</i>	<i>8</i>	<i>100</i>	<i>29</i>	<i>100</i>	<i>120</i>	<i>100</i>

**Chi cuadrado : 0.257**

**Intepretación:** según la prueba estadística de chi cuadrado, no se encuentra asociación entre el factor de calidad de alimentación con el estado nutricional.

### 3.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la **Tabla N°5**, acerca de los factores demográficos asociados al estado nutricional, se observa que según la prueba estadística de chi cuadrado, sólo el grado de instrucción de la madre del niño se asocia con el estado nutricional del mismo.

Los resultados coinciden con los Coronado (2013) quien concluye que el nivel de escolaridad de la madre influye en el factor demográfico; así mismo los resultados coinciden con Cherigo (2014), quien concluyó que el nivel de instrucción de la madre influye a que los niños esten desnutridos.

Los factores demograficos son características sociales de la población. También se refieren a los elementos relativos de los aspectos y modelos culturales, creencias, actitudes, etc., así como a las características de volumen de población, inmigración, natalidad, mortalidad, etc. de una sociedad.

El grado de instrucción es el nivel de estudios o aprendizaje obtenidos, se basa en el nivel de conocimiento y capacidades cognitivas adquiridas en un centro o institución educativa.

Es por ello que estado nutricional se encuentra asociado a los factores de riesgo demográficos. El estado nutricional es el grado de adecuación de las características anatómicas, bioquímicas y fisiológicas del individuo, con respecto a los parámetros establecidos como normales que se relacionan con el consumo, utilización, excreción de nutrientes y estado de salud.

Según los resultados encontrados y los antecedentes investigados, los factores de demográficos, es el nivel de escolaridad de la madre ya que mientras mas educación tenga ella mejor seria la alimentación del niño en cuanto preparación sabría que alimentos son nutritivos y cuales no.

En la **Tabla N° 6**, acerca de los factores sociales asociados al estado nutricional, se observa que según la prueba estadística de chi cuadrado, no se encuentra asociación entre los factores sociales con el estado nutricional.

Los resultados coinciden con lo encontrado con por Coronado (2013), quien reporta que los más afectados son los niños debido a los problemas económicos, sociales y culturales; así mismo coinciden con los encontrados por Ampuero (2011) quien concluye que existen niños desnutridos debido al ingreso económico de la madre.

Los factores sociales, hace referencia a lo social, a todo aquello que ocurre en una sociedad, o sea en un conjunto de seres humanos relacionados entre sí por algunas cosas que tienen en común. Por lo tanto factores sociales, son aquellas cosas que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren.

Según los resultados encontrados no se evidencia asociación, el tener dinero no asegura una alimentación adecuada; una madre puede tener dinero pero si no sabe que alimentos son los que le brinda nutrientes a sus hijos de nada serviría; en cuanto a los antecedentes investigado encontramos que el factor de riesgo es el bajo ingreso económico de las madres.

En la **Tabla N°7**; acerca del factor de calidad de alimentación asociados al estado nutricional, se observa que según la prueba estadística de chi cuadrado, no se encuentra asociación.

La calidad de alimentación es la incorporación de alimentos sólidos complementarios es normalmente un proceso gradual que dura varias semanas o meses, y que debe comenzar en torno a los 6 meses de edad. El momento exacto depende del bebé y de la madre, y refleja el hecho de que aunque la leche materna es suficiente durante los primeros meses, cuando el niño crece ya no aporta por sí sola todos los nutrientes adecuados. La incorporación de alimentos

complementarios en torno a los 6 meses es importante para que el niño desarrolle la capacidad de masticar y hablar. Se puede aumentar de forma gradual la calidad, cantidad y variedad de alimentos sólidos, a un ritmo que normalmente impone el propio niño. Los cereales son generalmente los primeros alimentos que se incorporan a la dieta de un lactante (mezclados con leche materna o con preparados), y después se introducen los purés de verduras y frutas, y la carne. Si se amamanta al bebé durante los primeros 4 ó 6 meses de vida, habrá menos probabilidades de que desarrolle alergias. Los alimentos que son más propicios a causar reacciones alérgicas en niños sensibles, como la clara del huevo y el pescado, se incorporan generalmente después de los 12 meses. Para saber más sobre alergias a los alimentos. Debido a los cambios en el estilo de vida, la comida infantil comercializada, tiene una mayor importancia en la dieta de los niños, y por ello debería cumplir con rigurosas normas de calidad y seguridad.

Según los resultados encontrados de calidad de alimentación estadísticamente no existe relación pero esta población tiene una característica importante ya que están dando una alimentación buena y se evidencia en su índice de masa corporal normal. Así mismo siempre va a existir una relación entre la calidad de alimentación con el estado nutricional de los niños y en los antecedentes investigados no encontramos asociación alguna .

## **CAPITULO VI**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **4.1 Conclusiones**

- Factores demográficos de los niños del hospital la Caleta, la mayoría de las madres, tienen entre, 26-35 años; grado instrucción secundaria; estado civil conviviente; y proceden de la Costa.
- Factores sociales de los niños del hospital la Caleta,Chimbote, 2016, la mayoría de las madres,tienen un ingreso familiar mensual de 301-500 soles; ocupación Ama de casa; 150 soles de dinero para la alimentación semanal; vivienda propia inconclusa; tres habitaciones por casa; acceso al agua por medio de Red; y acceso a luz por medio de electricidad.
- La Calidad de alimentación de los niños del hospital la Caleta, es buena .
- Estado nutricional de los niños del hospital la caleta, es normal.
- El grado de instrucción de la madre del niño se asocia con el estado nutricional del mismo.
- Los Factores sociales no se encuentran asociados con el estado nutricional.
- La Calidad de alimentación no se encuentra asociado al estado nutricional.

## 4.2 Recomendaciones

- A la enfermera del consultorio de Crecimiento y Desarrollo se recomienda tener un vocabulario accesible para que las madres puedan entender todas las recomendación que se le puedan dar sobre la alimentación de su niño. Por otro lado se recomienda atender a los usuarios de manera amable y educadamente.
- En investigación se recomienda estos títulos para futuras investigaciones “Prevalencia de obesidad asociados a la actividad física en niños escolares”; “ Apoyo en estrategias alimentarias en niños de escasos recursos”.
- A la jefa del departamento de enfermería se recomienda contratar mas personal para la atención, para asi evitar el congestionamiento en el servicio; el agotamiento del personal y a la vez brindar una atención integral y de calidad.
- A la jefa del departamento de enfermería se recomienda hacer pedido materiales nuevos para la toma de peso y talla del niño; para asi poder tener datos correctos y evitar dar una inadecuada atención.
- A la Facultad de Ciencias de la Salud y la escuela de enfermería se recomienda que los docentes que enseñen el curso de atención del niño tengan mas supervisión en la parte donde los alumnos ponen en practica la toma de peso , talla y hacen uso de las tablas del IMC para que no comentan errores futuros; en cuanto al curso de nutrición seria bueno que se enseñen como seria la alimentación del niño deacuerdo a edades poniéndolas en practicas de forma demostrativa.

- A los Alumnos que hacen sus practicas pre-profesionales en el Hospital la Caleta seria favorable que brinden educación a las madres mientras esperan su turno para la atención; en cuanto a la alimentación adecuada de los niños , que cosas debe incluir un plato nutritivo y hacer de manera que las madres les pueden entender.

## Referencias bibliográficas

- Álvarez, D., & Tarqui, C. (2012). Estado Nutricional en el Perú por etapas de vida. Ministerio de salud del Perú. Lima, Perú. Recuperado de : [http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/encu\\_vigi\\_cenan/ENUTRIONAL%20EVIDA%202012-13%20\(CTM\)%20080515.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/encu_vigi_cenan/ENUTRIONAL%20EVIDA%202012-13%20(CTM)%20080515.pdf)
- Ampuero,A., & Martinez,L.(2011). “*Factores socioeconómicos, demográficos y culturales relacionados al estado nutricional en niños de 3 a 5 años de la institución educativa inicial n° 691 Rayitos de Esperanza, Punchana 2011*”.Universidad nacional de la amazonia Peruana. Referente de: <http://docplayer.es/64678405-Factores-socioeconomicos-demograficos-y-culturales-relacionados-con-el-estado-nutricional-en-ninos-de-3-a-5-anos.html>
- Benavides, M., & Ponce, C. (2011). *Estado de la niñez en el Perú*. UNICEF. Perú. Recuperado de: [http://www.unicef.org/peru/spanish/Estado\\_Ninez\\_en\\_Peru.pdf](http://www.unicef.org/peru/spanish/Estado_Ninez_en_Peru.pdf)
- Clelland,D., & Murray,H. (2016). *Catorce necesidades fundamentales según Virginia Henderson*. Wikipedia (versión electrónica).Lugar de publicación casa publicadora 'IUT en ligne', [https://es.wikipedia.org/wiki/Catorce\\_necesidades\\_fundamentales\\_seg%C3%BAn\\_Virginia\\_Henderson](https://es.wikipedia.org/wiki/Catorce_necesidades_fundamentales_seg%C3%BAn_Virginia_Henderson)
- Coronado, Z. (2013). *Factores asociados a la desnutrición en niños menores de 5 años*. (Tesis de grado).Universidad Rafael Landívar, Guatemala. Recuperado de :<http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/09/15/Coronado-Zully.pdf>



Delgado, H., & Tuesta, P., & Valqui, I. (2015). *Factores maternos asociados al riesgo de desnutrición en niños de 6 a 36 meses del centro de salud Morona Cocha*. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Iquitos, Peru. Recuperado de : <http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/310/1/tesis%20.pdf>

El Consejo Europeo de Información sobre la Alimentación EUCIF. (2016). *Nutrición en niños y adolescentes*. Referente de : <http://www.eufic.org/article/es/salud-estilo-de-vida/comida-sana/expid/basics-nutricion-ninos-adolescentes/>

FAO. (2016). *Nutrición humana en el mundo en desarrollo*. Cap. (12). Recuperado de: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s0g.htm>

Figueredo, L., & Albano, G., & Araujo, C., & Torres, M. (2012). *Estado nutricional en lactantes y preescolares en el área de influencia del ambulatorio tipo I*. Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado" (UCLA), Venezuela Referente de : <file:///C:/Users/WINDOWS%207/Downloads/Dialnet-EstadoNutricionalEnLactantesYPreescolaresDelAmbula-4117373.pdf>

Guevara, L. (2015). Estado nutricional de niños menores de 5 años de comunidades rurales y barrios urbanos del distrito de Chavín de Huántar. Instituto Especializado de Salud del Niño, Áncash. Referente de: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/paediatria/v05\\_n1/estado.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/paediatria/v05_n1/estado.htm)

Chérigo, C., & Cobo,A. (2014). *Valoración del estado nutricional y factores que inciden en la desnutrición en niños de 2-5 años que asisten a los centros infantiles del buen vivir administrados por la fundación semillas de amor en bastión popular de Guayaquil-año 2014*. (Tesis pregrado). Universidad católica de Santiago de Guayaquil. Referente de: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/2484/1/T-UCSG-PRE-MED-NUTRI-76.pdf>

Minsa. (2011) *Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años*, Lugar de creación: Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2011-Lima, julio de 2011.Primer edición. Referente de: [http://www.midis.gob.pe/dgsye/data1/files/enic/eje2/estudio-investigacion/NT\\_CRED\\_MINSA2011.pdf](http://www.midis.gob.pe/dgsye/data1/files/enic/eje2/estudio-investigacion/NT_CRED_MINSA2011.pdf)

Morocho,B., & Portilla,R. (2012). *Factores de riesgo asociados a desnutrición en niños menores de cinco años, que acuden con sus madres al Centro de Salud N° 1 “Pumapungo” del Cantón Cuenca*.(Tesis pregrado).Universidad de Cuenca, Ecuador. Referente de:<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4097/1/ENF152.pdf>

OPS.,& OMS.(2014).*Estado de salud y nutrición de los niños menores de 5 años pertenecientes a las poblaciones indígenas y no indígenas de Bagua y Condorcanqui en la región Amazonas*. Referente de: [http://www.paho.org/per/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2739:opsoms-peru-presento-resultados-de-estudio-estado-de-salud-y-nutricion-de-los-ninos-menores-de-5-anos-pertenecientes-a-](http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=2739:opsoms-peru-presento-resultados-de-estudio-estado-de-salud-y-nutricion-de-los-ninos-menores-de-5-anos-pertenecientes-a-)

las-poblaciones-indigenas-y-no-indigenas-de-bagua-y-condorcanqui-en-la-region-amazonas-2012q&Itemid=900

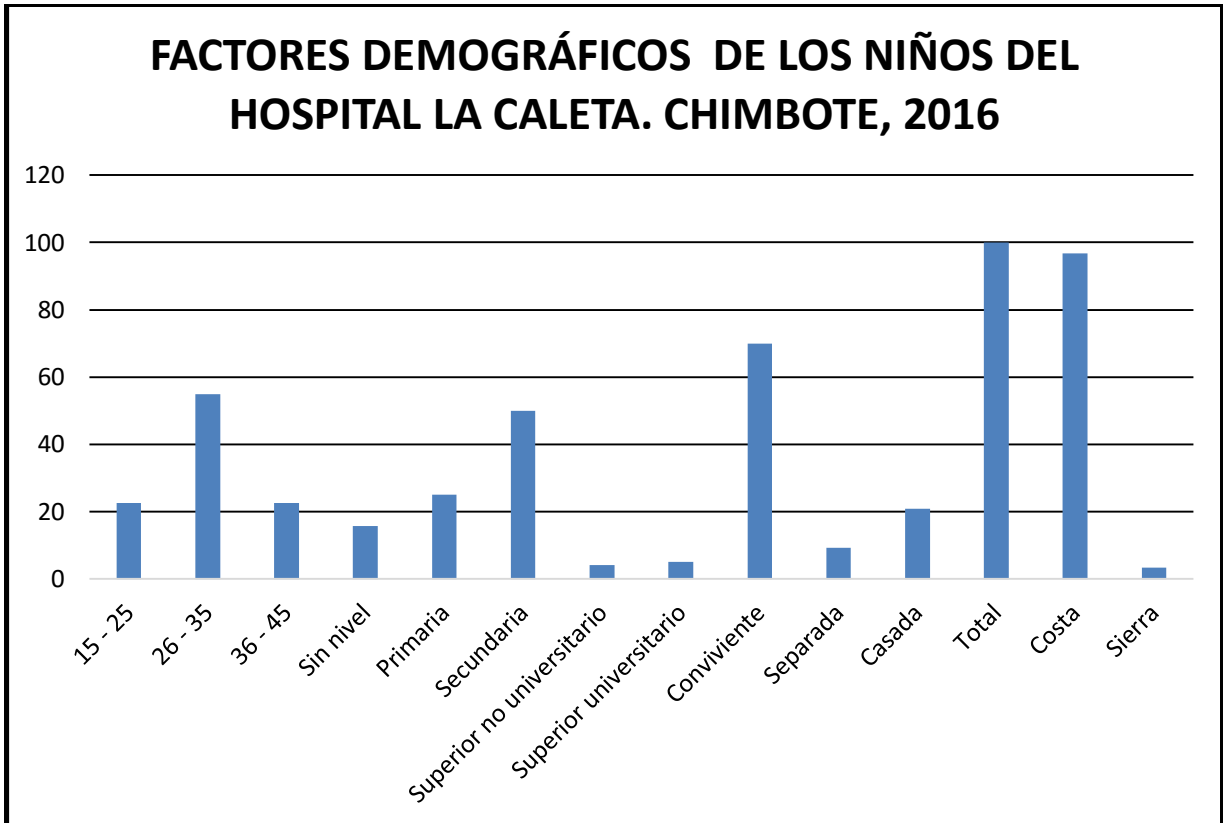
Quiros, C. (1995). *Hospital la Caleta de Chimbote*. Revista Peruana de Epidemiología, Vol. (8) N° 2. Lugar de publicación: Rev. Perú Epidemiol, [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v08\\_n1/memorias01.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v08_n1/memorias01.htm)

Reyes, H., & Gallegos, M. (2012). *La desnutrición infantil: población rural del programa oportunidades*. Facultad de Enfermería, UASLP, México. Referente de : <http://www.eumed.net/rev/tlatemoani/09/rhgm.pdf>

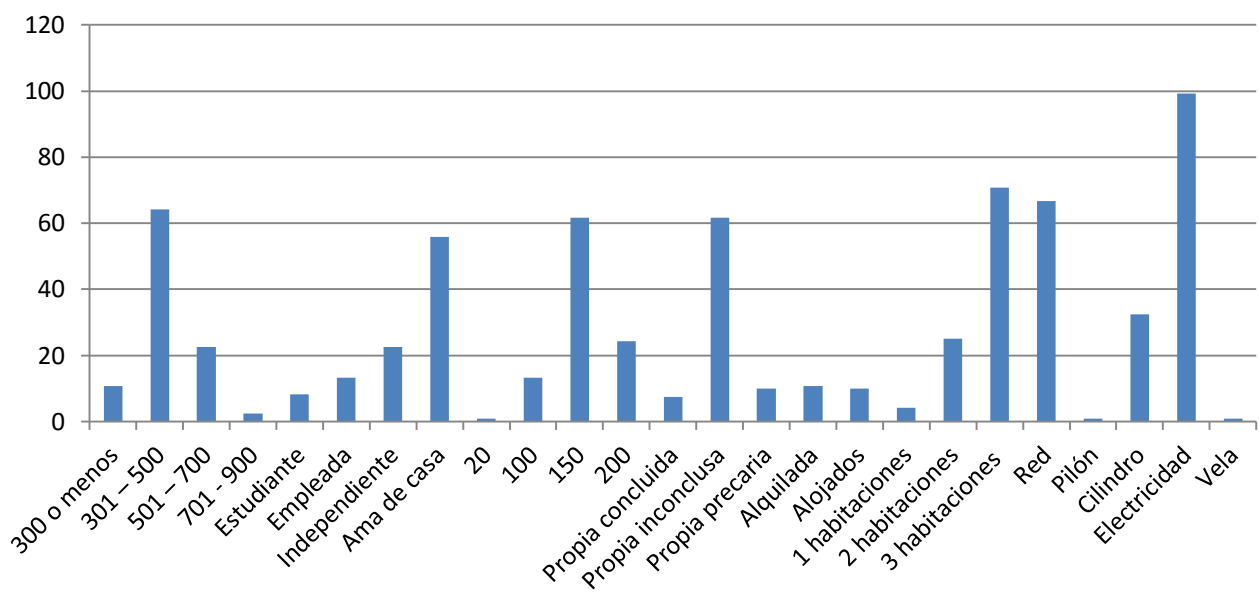
Ruiz, F. (2014). *Factores sociodemográficos asociados a desnutrición en niños de dos años a cinco años de edad puesto de salud Túpac Amaru*. (Tesis de pregrado). Escuela de Enfermería padre Luis Tezza: Lima, Perú Referente de: [http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/386/1/Ruiz\\_f.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/386/1/Ruiz_f.pdf)

UNICEF. (2012). *Evaluación del crecimiento de niños y niñas*. Referente de : [http://www.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion\\_24julio.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf)

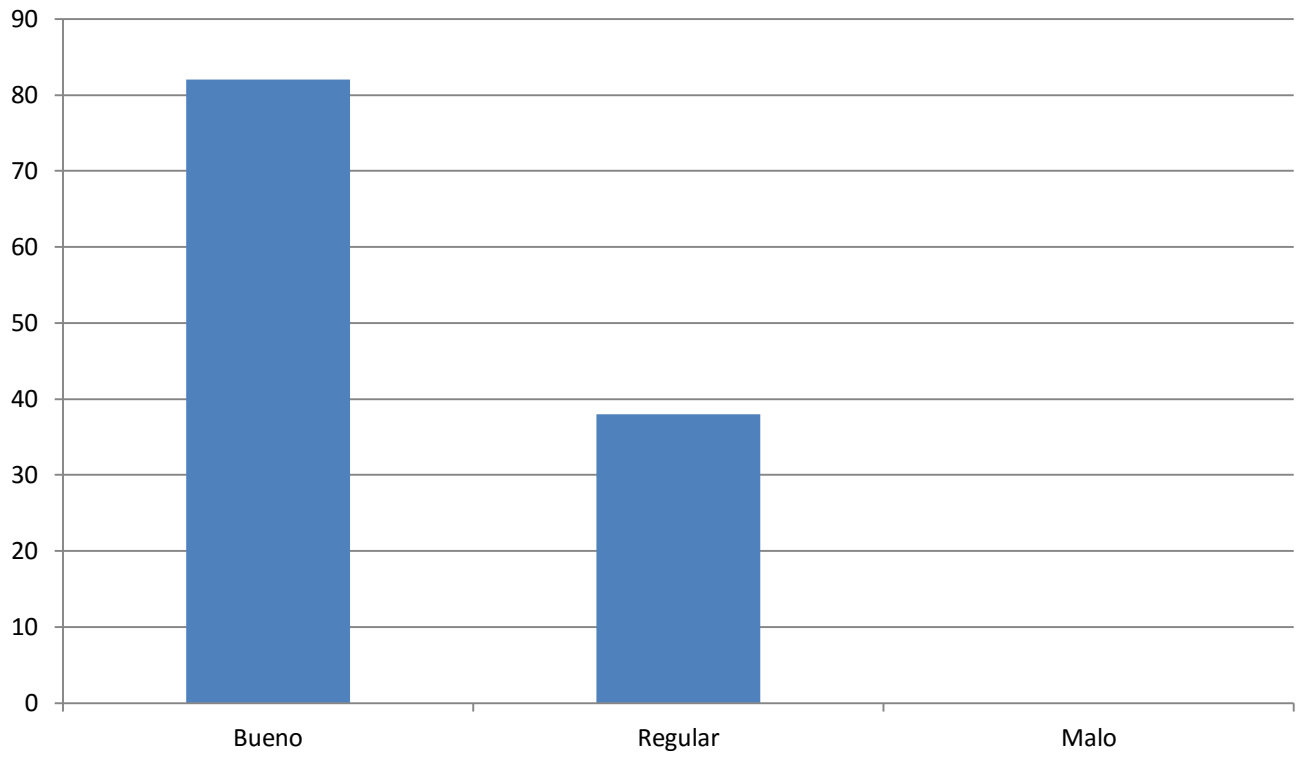
Anexos



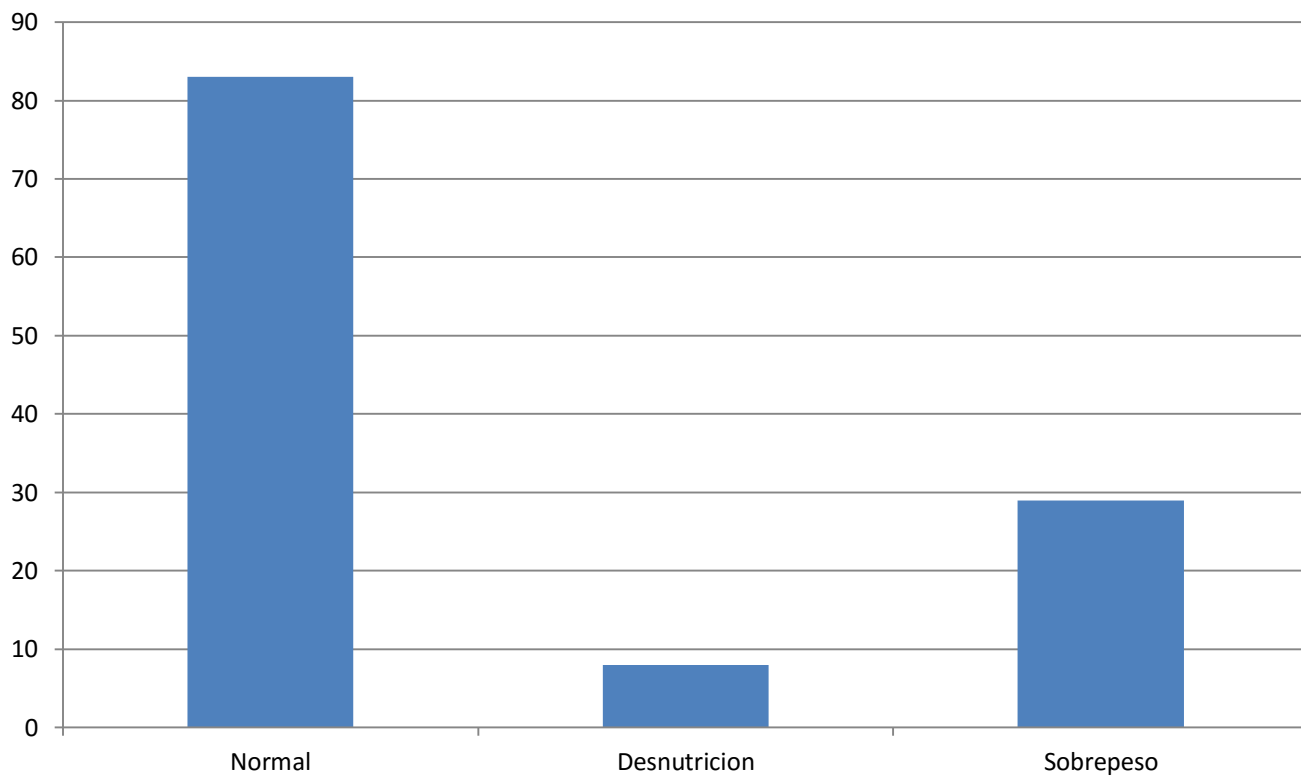
**FACTORES SOCIALES DE LOS NIÑOS DEL HOSPITAL LA CALETA.  
CHIMBOTE, 2016**



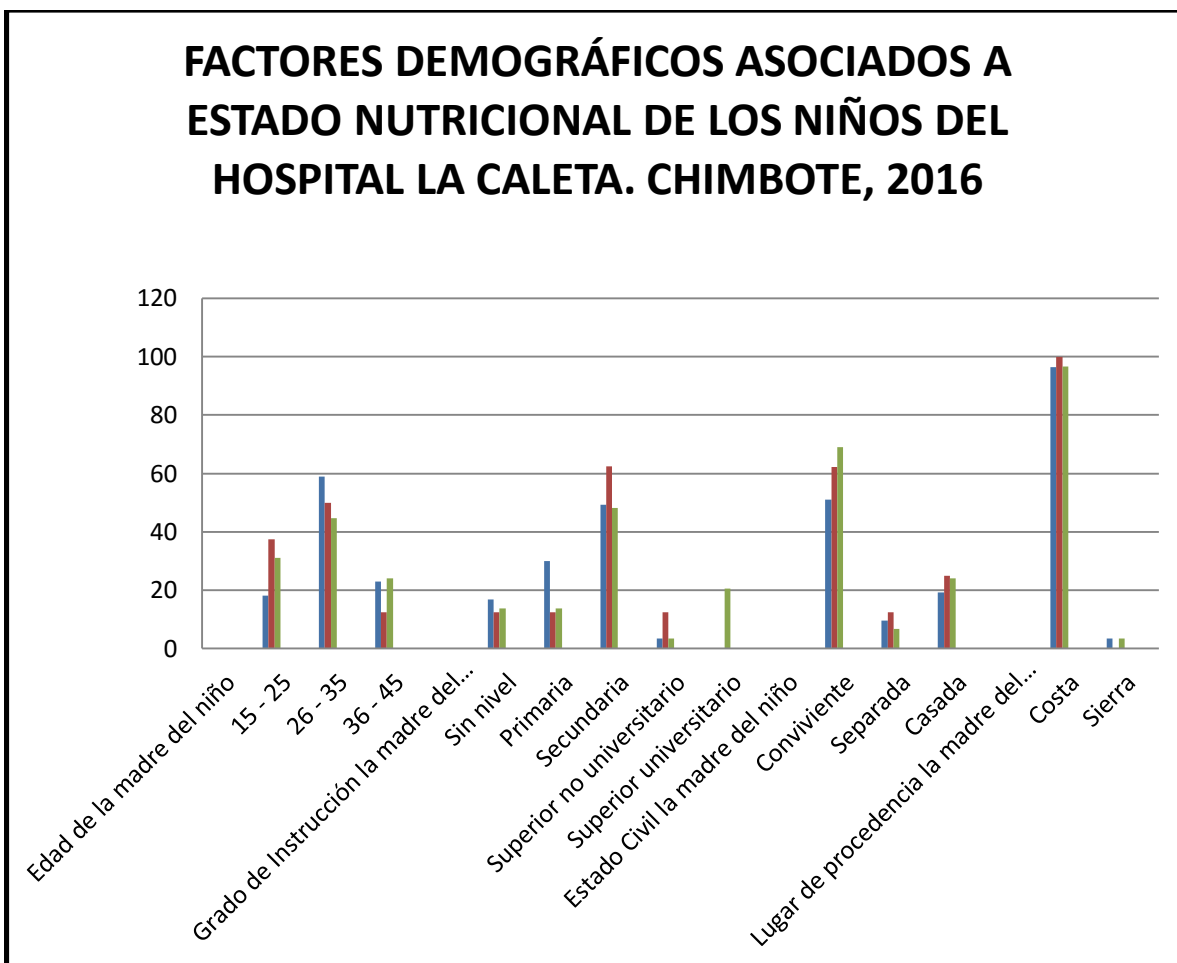
**CALIDAD DE ALIMENTACIÓN DE LOS NIÑOS DEL HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2016**



## ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DEL HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2016



**FACTORES DEMOGRAFICOS ASOCIADOS AL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DEL HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2016**





**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significacido asintomica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.686 <sup>a</sup>	4	.450
Razon de verosimilitud	3.604	4	.462
Asociacion lineal por lineal	.905	1	.342
N de casos validos	120		

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significado asintomica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23.547 <sup>a</sup>	8	.003
Razon de verosimilitud	21.631	8	.006
Asociacion lineal por lineal	9.421	1	.002
N de casos validos	120		

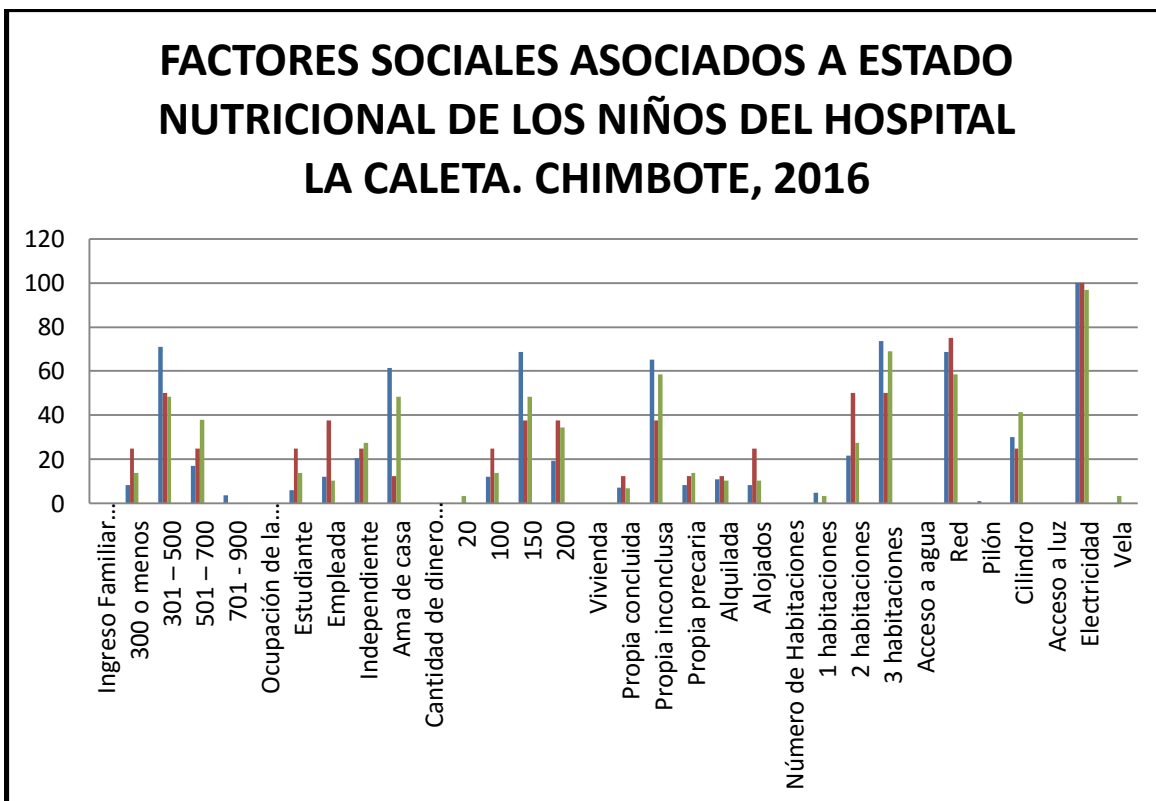
**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significacido asintomica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.678 <sup>a</sup>	4	.954
Razon de verosimilitud	.676	4	.954
Asociacion lineal por lineal	.202	1	.653
N de casos validos	120		

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significacido asintomica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.297 <sup>a</sup>	2	.862
Razon de verosimilitud	.563	2	.754
Asociacion lineal por lineal	.014	1	.906
N de casos validos	120		

**FACTORES SOCIALES ASOCIADOS AL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DEL HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2016**



**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significacido asintomica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9.767 <sup>a</sup>	6	.135
Razon de verosimilitud	9.945	6	.127
Asociacion lineal por lineal	.251	1	.616
N de casos validos	120		

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significacido asintomica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9.011 <sup>a</sup>	6	.173
Razon de verosimilitud	8.543	6	.201
Asociacion lineal por lineal	2.205	1	.138
N de casos validos	120		

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significacido asintomica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.950 <sup>a</sup>	8	.862
Razon de verosimilitud	3.467	8	.902
Asociacion lineal por lineal	.364	1	.547
N de casos validos	120		

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significacido asintomica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.484 <sup>a</sup>	4	.480
Razon de verosimilitud	3.431	4	.488
Asociacion lineal por lineal	.148	1	.700
N de casos validos	120		

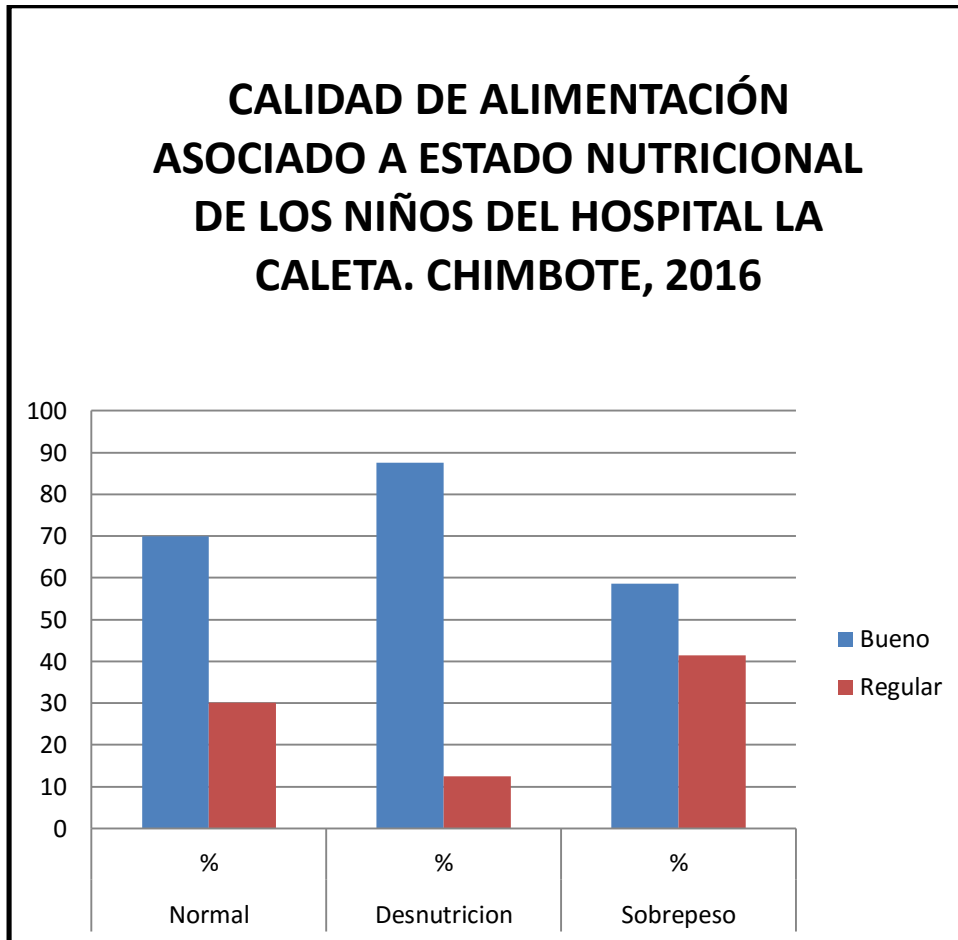
**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significacido asintomica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.848 <sup>a</sup>	4	.764
Razon de verosimilitud	2.107	4	.716
Asociacion lineal por lineal	.945	1	.331
N de casos validos	120		

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significacido asintomica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.164 <sup>a</sup>	2	.206
Razon de verosimilitud	2.867	2	.238
Asociacion lineal por lineal	2.877	1	.090
N de casos validos	120		

**FACTOR DE CALIDAD DE ALIMENTACION ASOCIADOS AL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DEL HOSPITAL LA CALETA. CHIMBOTE, 2016**



**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significacido asintomica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.714 <sup>a</sup>	2	.257
Razon de verosimilitud	2.903	2	.234
Asociacion lineal por lineal	.878	1	.349
N de casos validos	120		

## CUESTIONARIO

### “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DEL HOSPITAL LA CALETA, CHIMBOTE, 2016”

**INSTRUCCIONES:** A continuación se presentaran preguntas. Conteste marcando con un solo circulo (O) o una sola aspa (X) una alternativa de respuesta. Si Ud. tuviera alguna duda, pregúntele a la persona a cargo.

#### **LDATOS GENERALES:**

Edad del niño/a:.....

Fecha de nacimiento:.....

Sexo del niño:

- a) Masculino ( )      b) Femenino ( )

#### **ALIMENTOS QUE RECIBE EL NIÑO/A**

**1. ¿Al iniciar la alimentación de su hijo con que tipos de alimento comenzó?**

- a) Sopas ( )
- b) leche ( )
- c) puré o papilla ( )
- d) especifique.....

**2. ¿Número de raciones que consume diariamente el niño(a)?**

- a) Desayuno - almuerzo ( )
- b) Desayuno - almuerzo - Lonche ( )
- c) Desayuno – refrigerio – almuerzo- cena ( )
- d) Desayuno – refrigerio – almuerzo – lonche - cena ( )

**3¿Cuántas veces al día come frutas la niña/o?**

- a) Una vez ( )
- b) dos veces ( )
- c) tres veces ( )



d) especifique.....

**4¿Cuántas veces al día come verduras la niña/o?**

a) Una vez ( )

b) dos veces ( )

c) tres veces ( )

d) especifique.....

**5¿Qué alimentos recibe su niña/o en el desayuno?**

a) Leche y pan ( )

b) avena y pan ( )

c) té o infusión ( )

d) otro especificar.....

**6¿Cuántas veces por semana consume carne?**

a) Una vez por semana ( )

b) dos veces por semana ( )

c) tres veces por semana ( )

d) especifique.....

**7. ¿Qué tipo de carne consume con mayor frecuencia?**

a) Res, pollo, pescado ( )

b) pescado y pollo ( )

c) pollo ( )

d) otros especifique.....

**8. ¿Con qué frecuencia consume hígado, corazón, sangrecita?**

a) Una vez por semana ( )

b) dos veces por semana ( )

c) tres veces por semana ( )

d) otros especifique.....

**9 ¿Cuántas veces por semana su niño/a come menestras?**

a) Una vez por semana ( )

b) dos veces por semana ( )

c) tres veces por semana ( )

d) otros especifique.....

## **II. FACTORES SOCIALES DE LA MADRE**

### **1. Ocupación de la madre:**

- a) Estudiante ( )
- b) Empleada ( )
- c) Independiente ( )
- d) Ama de casa ( )

### **2. Ingreso familiar: al mes**

- a) S/ 300 o menos ( )
- b) S/ 301 -500 ( )
- c) S/501-700 ( )
- d) S/701 -900 ( )
- d) Otros especificar.....

### **3. Cantidad de dinero que destina a la alimentación: semanal**

- a) S/ 100 ( )
- b) S/ 150 ( )
- c) S/ 200 ( )
- d) S/ 200 ( )
- e) Otros especificar.....

### **4. Vivienda**

- a) Propia concluida ( )
- b) Propia inconclusa ( )
- c) Propia precaria ( )
- d) Alquilada ( )
- e) Alojados ( )

### **5. Número de habitaciones de la vivienda:**

- a) Una ( )
- b) Dos ( )
- c) Tres ( )

### **6. Acceso a agua potable:**

- a) Red ( )

- b) Pílon ( )
- c) Cilindro ( )

**7. Acceso a servicios de luz:**

- a) Electricidad ( )
- b) Vela ( )

**8. Tipo de seguro:**

- a) Es salud ( )
- b) Sis ( )
- c) Otros especificar.....

**III.FACTORES DEMOGRÁFICOS DE LA MADRE**

**1 .Edad de la madre:..... años      Fecha de nacimiento.....**

**2. Número de hijos:**

**3. Grado de instrucción:**

- a) Sin nivel ( )
- b) Primaria ( )
- c) Secundaria ( )
- d) Superior no universitario ( )
- e) Superior universitario ( )

**4. Estado Civil:**

- a) Conviviente ( )
- b) Separada ( )
- c) Casada ( )
- d) Viuda ( )
- e) Divorciada ( )
- f) Soltera ( )

**5. Lugar de procedencia de la Madre:**

- a) Costa ( )
- b) Sierra ( )
- c) Selva ( )

**IV.DATOS DEMOGRAFICOS Y ANTROPOMETRICOS DEL NIÑO/A**

<b>N°</b>	<b>INICIALES DEL NIÑO</b>	<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>	<b>PESO ACTUAL</b>	<b>PESO / EDAD</b>	<b>PESO/TALLA</b>	<b>TALLA/ EDAD</b>

## HOJA DE CRITERIO DE CUESTIONARIO

<b>PREGUNTA</b>	<b>RESPUESTA CORRECTA</b>
1	C
2	D
3	C
4	C
5	A
6	C
7	A
8	C
9	C



HT. 97885

"Año de la consolidación del Mar de Grau"

Chimbote, octubre 18 del 2016

**OFICIO N° 944-2016-USP-FCS/D**

Señor  
**Dr. Antonio Solórzano Pérez**  
Director Ejecutivo  
Hospital La Caleta  
Presente.

**Asunto:** Solicita permiso para aplicación de instrumentos de trabajo de investigación.

Es grato dirigirme a usted para expresarle mi saludo personal e institucional y a la vez presentar a la alumna MILAGROS DEL PILAR SUYÓN BENITES de la Escuela Profesional de Enfermería, quienes están realizando un Trabajo de Investigación denominado: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DEL HOSPITAL LA CALETA, CHIMBOTE 2016", es por ello que está solicitando permiso para la aplicación de instrumentos en la Institución que Ud. tan dignamente dirige.

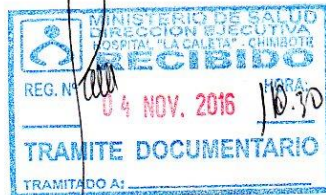
La aplicación del Instrumento será en el Servicio de CRED-Enfermería, dirigida a Madres de niños menores de 6 meses a 3 años, con una duración aproximada de 25 - 30 minutos, durante el 24 de octubre hasta el 18 de noviembre del presente.

Por tal motivo, la presente es para solicitar permiso, así como las facilidades para nuestras estudiantes, en el desarrollo de la Actividad. En espera de contar con su apoyo me despido.

Agradeciendo la atención que le brinde a la presente, es propicia la ocasión para testimoniarle mi consideración y estima personal.

Atentamente,

EWZLL/cmb.-  
Archivo



*Eber Wilfredo Zavaleta Llanos*  
**Dr. Eber Wilfredo Zavaleta Llanos**  
DECANO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



“AÑO DE LA CONSOLIDACION DEL MAR DE GRAU”

Chimbote, 15 de Noviembre del 2016

OFICIO N° 285 -2016-UADL.HLC.CH.-

Sr. Dr.  
PH.D. José María HUAMAN RUIZ  
RECTOR DE LA UNIVERSIDAD “SAN PEDRO “-CHIMBOTE.-  
PRESENTE.-

ASUNTO: AUTORIZACION PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACION.-  
ATTE. : Dr. Eber Wilfredo ZAVALA LLANOS  
DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD SAN PEDRO-CHIMBOTE.-

REF. : OFICIO N° 944-2016-USP-FCS/D.-

Obra en nuestro poder el Oficio de la referencia, mediante el cual solicita Autorización para realizar el Proyecto de Investigación, sobre: “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DEL HOSPITAL LA CALETA, CHIMBOTE 2016”, al respecto comunico a Usted que realizadas las coordinaciones con el Dpto. de Enfermería de este Hospital La Caleta-Ch., nos comunica que se acepta lo solicitado previa coordinación con la estudiante:

➤ MILAGROS DEL PILAR SUYON BENITES

Es cuanto comunico, para su conocimiento y fines consiguientes.

Atentamente

AASP.CASS  
BAC.

Ch.15.11.2016  
c.c.: Interesada

Archivo



Gobierno Regional de Ancash  
Dirección Regional de Salud  
Hospital La Caleta Chimbote  
Dr. Antonio Arnulfo Solórzano Pérez  
C.M.P. 15403 - DNI 32545521  
DIRECTOR EJECUTIVO

10 Anexos

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DEL HOSPITAL LA CALETA, CHIMBOTE, 2016”**

Se me ha comunicado que el título de esta investigación es **“Factores de riesgo asociados al estado nutricional en niños del hospital la Caleta, Chimbote, 2016”**, el propósito de este estudio es determinar los factores asociados al estado nutricional. El presente proyecto de investigación está siendo conducida por la estudiante de Enfermería **Suyon Benites Milagros del Pilar** con la asesoría de la *Mg. Marialita Ramírez Preciado* de la Universidad San Pedro.

Si accedo a participar en este estudio, deberé responder una encuesta, la que tomará 20 min de mi tiempo.

Mi participación será voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación.

En principio, las encuestas serán anónimas, por ello serán codificadas utilizando un número de identificación. Si la naturaleza del estudio requiera su identificación, ello solo será posible si es que doy consentimiento expreso para proceder de esa manera.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, soy libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además puedo finalizar mi participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio. Si sintiera incomodidad, frente a alguna de las preguntas, puedo ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder.

Yo, Diego Dionicio..... doy mi consentimiento para participar en el estudio y soy consciente de que mi participación es enteramente voluntaria.

Como prueba de consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación:

Diego Dionicio

Nombre del Participante:

DNI: 72354263

Fecha: