

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de Enfermería



Una Institución Adventista

**Factores maternos asociados al estado nutricional del lactante de
6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y
desarrollo de un centro de salud de Lima Este, 2019**

Autoras

Melany Uziel Aguilar Medina

Andrea Sue Godoy Cuba

Asesora

MSc Mary Luz Solorzano Aparicio

Lima, marzo de 2020

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL INFORME DE TESIS

MSc *Mary luz Solorzano Aparicio* de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería, de la Universidad Peruana Unión.

Declaro:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *"Factores maternos asociados al estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este, 2019"* constituye la memoria que presenta las bachilleres Melany Uziel Aguilar Medina y Andrea Sue Godoy Cuba, para aspirar al título Profesional de Licenciada en Enfermería, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente constancia.

Lima, al 03 de Marzo del año 2020.



MSc. *Mary luz Solorzano Aparicio*

"Factores maternos asociados al estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses
atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de
Lima Este, 2019"

TESIS

Presentada para optar el título

Licenciado en enfermería

JURADO CALIFICADOR



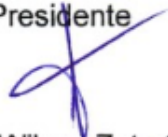
Dra. Luz Vitoria Castillo Zamora

Presidente



Mg. Francis Gamarra Bernal

Secretario



Lic. Nealc Wilson Zuta Choroco

Vocal 1



Dra. Keila Ester Miranda Limachi

Vocal 2



MSc. Mary Luz Solorzano Aparicio

Asesor

UPeU, 03 de Marzo 2020

Dedicatoria

A mis padres por estar ahí cuando más los necesité y apoyarme incondicionalmente. A mi hijo Fabricio por ser el motor de mi vida, quien fue mi impulsò para no rendirme en este largo camino de estudios. A mi esposo Cristian por apoyarme incondicionalmente en mi día a día y formar parte fundamental del logro de mis metas.

Melany Uziel Aguilar Medina

A mis amados padres Felix Godoy y Carmen Cuba, quienes me han dado su apoyo incondicional durante los años de estudio, por darme el ejemplo de superación, humildad y sacrificio. Lo que ha contribuido con la obtención de este logro.

Andrea Sue Godoy Cuba

Agradecimientos

A Dios, por darnos la vida, por brindarnos inteligencia y paciencia para poder realizar esta investigación, por brindarnos una maravillosa familia y habernos puesto cada prueba y dificultad en nuestro camino que nos hizo madurar, valorar y amar nuestra carrera.

A nuestras familias, por darnos su apoyo constante y desmedido, por siempre estar prestos a ayudarnos de diferentes formas, aunque hemos pasado momentos difíciles, pero siempre nos han brindado su comprensión, cariño y amor.

A nuestra asesora, la Mg Mary luz Solorzano Aparicio, docente de la Facultad, por su disponibilidad, tiempo y consejos brindados. Al Mg. David Javier Aliaga, docente del programa de tesis de la Facultad de Ciencias de la Salud, por la dedicación y esfuerzo constante por pulir cada detalle de este trabajo y así poder culminarlo.

A cada uno de los trabajadores del Centro de Salud Fortaleza de Ate por permitirnos realizar este estudio en sus instalaciones, al Departamento de Enfermería por permitirnos aplicar las encuestas y en especial al director del centro por la paciencia y apoyo al realizar nuestra investigación.

Índice general

Dedicatoria.....	iv
Agradecimientos	v
Índice general	iii
Índice de tablas	vii
Índice de figuras.....	xi
Índice de anexos	xii
Símbolos usados	xiii
Resumen	xiv
Abstract	xv
Capítulo I	16
El problema.....	16
1. Planteamiento del problema	16
2. Formulación del problema de investigación	21
2.1. Problema general.....	21
2.2. Problemas específicos	21
3. Objetivos de la investigación.....	22
3.1. Objetivo general	22
3.2. Objetivos específicos	23
4. Justificación	24

4.1. Aporte teórico.....	24
4.2. Aporte metodológico.	24
4.3 Aporte práctico y social.	25
5. Presunción bíblica filosófica	25
Capítulo II	26
Marco teórico	26
1. Antecedentes de la investigación	26
2. Marco teórico	37
2.1. Factores maternos	37
2.1.1. Factores biológicos	38
2.1.2. Factores socioeconómicos	41
2.1 Estado nutricional	44
2.2.1 Importancia de la nutrición.....	44
2.2.2. Evaluación nutricional	45
2.2.3 Rol de la enfermera en el área de crecimiento y desarrollo	46
2.2.4 Técnicas de evaluación nutricional	47
2.2.5. Clasificación del estado nutricional	52
2.2.6. Causas de las alteraciones nutricionales	53
2.2.7. Alteraciones del estado nutricional	54
3. Teorías de enfermería que sustenta el trabajo de investigación	61

4. Definición de términos	62
Capítulo III	63
Material y métodos.....	63
1. Tipo y diseño de investigación	63
2. Descripción del área de estudio	64
3. Población y muestra	65
3.1. Población	65
3.2. Muestra	65
3.2.1. Criterios de Inclusión	66
3.2.2. Criterios de Exclusión	67
3.2.3. Características de la muestra	67
4. Hipótesis de la investigación	69
4.1. Hipótesis general	69
4.2. Hipótesis específicas	70
5. Identificación de variables de la investigación.....	72
6. Operacionalización de las variables	73
7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	77
7.1. Cuestionario sobre los factores maternos	77
7.2. Ficha de registro y evaluación antropométrica dirigido al niño (a).....	79
8. Proceso de recolección de datos	80

9. Procesamiento y análisis de datos	80
10. Consideraciones éticas	81
Capítulo IV	82
Resultados y discusión	82
1. Resultados	82
2. Análisis y discusión	93
Capítulo V	111
Conclusiones y recomendaciones	111
1. Conclusiones	111
2. Recomendaciones	113
Referencias bibliográficas	114
Anexos	127
Anexo 1. Carta de autorización	127
Anexo 2. Consentimiento Informado	133
Anexo 3 Instrumento N° 1	135
Anexo 4. Instrumento N° 2	136
Anexo 5. Validez del Instrumento	138
Anexo 6. Confiabilidad Del Instrumento	139
Anexo 7. Tablas	140
Anexo 8. Base de datos	142

Índice de tablas

Tabla 1.....	68
Distribución de las características sociodemográficas de la madre.	
Tabla 2.....	69
Distribución de las características sociodemográficas del lactante de 6 a 24 meses.	
Tabla 3.....	82
Factores maternos biológicos con respecto a la edad de la madre del lactante atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este.	
Tabla 4.....	82
Factores maternos biológicos con respecto al espacio intergenésico de la madre del lactante atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este.	
Tabla 5.....	83
Factores maternos biológicos con respecto a la paridad de la madre del lactante atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este.	
Tabla 6.....	83
Factores maternos socioeconómicos con respecto a la ocupación de la madre del lactante atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este.	

Tabla 7.....	84
Factores maternos socioeconómicos con respecto al cuidado del lactante atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este.	
Tabla 8.....	84
Factores maternos socioeconómicos con respecto a los ingresos económicos de la madre del lactante atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este.	
Tabla 9.....	85
Factores maternos socioeconómicos con respecto al nivel educativo de la madre del lactante atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este.	
Tabla 10.....	85
Estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este.	
Tabla 11.....	86
Asociación entre el factor materno biológico con respecto a la edad y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este.	

Tabla 12.....	87
---------------	----

Asociación entre el factor materno biológico con respecto al espacio intergenésico y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este.

Tabla 13.....	88
---------------	----

Asociación entre el factor materno biológico con respecto a la paridad y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este.

Tabla 14.....	89
---------------	----

Asociación entre el factor materno socioeconómico con respecto a la ocupación y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este.

Tabla 15.....	90
---------------	----

Asociación entre el factor materno socioeconómico con respecto al cuidado y estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este.

Tabla 16.....	91
---------------	----

Asociación entre el factor materno socioeconómico con respecto los ingresos económicos y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este.

Tabla 17	92
Asociación entre el factor materno socioeconómico con respecto al nivel educativo y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este.	
Tabla 18	140
Estado nutricional (P/E) del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este.	
Tabla 19	140
Estado nutricional (T/E) del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este.	
Tabla 20	141
Hemoglobina del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este.	

Índice de figuras

Ilustración 1.....	145
Tabla talla para la edad de niñas	
Ilustración 2.....	146
Tabla talla para la edad de niños	
Ilustración 3.....	147
Tabla peso para la edad niñas	
Ilustración 4.....	148
Tabla peso para la edad niños	
Ilustración 5.....	149
Tabla peso para la talla niñas	
Ilustración 6.....	150
Tabla peso para la talla niños	

Índice de anexos

Anexo 1.....	127
Carta de autorización	
Anexo 2.....	133
Consentimiento informado	
Anexo 3.....	135
Instrumento n° 1	
Anexo 4.....	136
Instrumento n° 2	
Anexo 5.....	138
Validez del instrumento	
Anexo 6.....	139
Confiabilidad del instrumento	
Anexo 7.....	140
Tablas	
Anexo 8.....	142
Base de datos	

Símbolos usados

EEDP: Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor

CRED: Control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño

LME: Lactancia materna Exclusiva

MINSA: Ministerio de Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

P/T: Peso para la talla

P/E: Peso para la edad

T/E: Talla para la edad

TEPSI: Test de Desarrollo Psicomotor 2 a 5 años

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Resumen

Objetivo: Determinar la asociación entre los factores maternos y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de CRED de un centro de salud de Lima Este, 2019. **Materiales y métodos:** Fue de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, corte transversal y tipo correlacional. La muestra fue de 93 lactantes entre 6 y 24 meses y sus madres, seleccionados por un muestreo probabilístico aleatorio simple. Se utilizó una encuesta sobre los factores maternos y una ficha de registro antropométrico para obtener información del estado nutricional del lactante, validados por las autoras de la investigación. **Resultados:** 83,9% de las madres presentan entre 20 y 34 años, el 71,0 % no tiene espacio intergenésico, el 71,0% son primíparas, el 76,3% son amas de casa, el 76,3% de madres cuidan a su hijo, el 54,8% asumen ingresos económicos mensuales entre 930 y 1000 soles, el 81,7% tiene educación secundaria, el 87,1% de lactantes presentan un estado nutricional normal. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre los factores maternos biológicos relacionado a la edad ($X^2= p= 0,001$), espacio intergenésico ($X^2= p= 0,001$) y paridad ($X^2= p= 0,026$) con el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses. Asu vez, se encontró asociación entre el factor socioeconómico relacionado al cuidado del niño ($X^2= p = 0,017$) e ingresos económicos ($X^2= p = 0,017$) con el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses. **Conclusiones:** Se encontró asociación, estadísticamente significativa, entre todos los indicadores del factor biológico con el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses, no obstante, del factor socioeconómico con el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses, solo se encontró asociación entre los indicadores cuidado del niño e ingresos económicos.

Palabras claves

Estado nutricional, factores maternos, lactantes y madres.

Abstract

Objective: To determine the association between maternal factors and the nutritional status of infants from 6 to 24 months of age as observed in the CRED clinic of a health center in East Lima, 2019. **Materials and methods:** This study used a quantitative approach with a non-experimental design and a cross-sectional and correlational type. The sample was 93 infants between 6 and 24 months and their mothers, selected by a simple randomized probability sampling. A survey on maternal factors and an anthropometric record card were used to obtain information on the infant's nutritional status, which was validated by the authors of the study. **Results:** 83.9% of mothers are between 20 and 34 years old, 71.0% are first time mothers, 76.3% are housewives who take care of their children, 54.8% have a monthly income between 930 and 1000 soles, 81.7% have secondary education, and 87.1% of infants have a normal nutritional status. A statistically significant association was found between maternal biological factors related to age ($\chi^2 = p = 0.001$), time between pregnancies ($\chi^2 = p = 0.001$) and parity ($\chi^2 = p = 0.026$) with the nutritional status of the infant from 6 to 24 months. In turn, an association was found between the socioeconomic factor related to child care ($\chi^2 = p = 0.017$) and economic income ($\chi^2 = p = 0.017$) with the nutritional status of the infant from 6 to 24 months. **Conclusions:** A statistically significant association was found among all biological factor indicators with the nutritional status of the infant from 6 to 24 months of age. However, the association between the socioeconomic factor and the nutritional status of the infant from 6 to 24 months was only found between the indicators of child care and economic income.

Keywords

Nutritional status, maternal factors, nursing mothers, mothers, infants

Capítulo I

El problema

1. Planteamiento del problema

Desde la concepción hasta en los tres primeros años de vida, es fundamental sostener una buena nutrición en el infante, la cual consiste en una ingesta de alimentos ricos en nutrientes esenciales en relación con las necesidades del organismo. La malnutrición puede reducir la inmunidad predisponiendo al niño a contraer enfermedades, alterando su desarrollo físico y mental, reduciendo la productividad a futuro del niño, siendo uno de los principales problemas en la realidad actual del mundo (OMS, 2015).

La malnutrición puede llevar a la desnutrición y a la obesidad o sobrepeso, ya sea por una deficiencia o exceso en la alimentación, en la que se omite o limita por diferentes factores la ingesta de los nutrientes esenciales para el desarrollo óptimo del niño, las cuales afectarán de manera irreversible en la capacidad y desarrollo físico, intelectual, emocional y social de los niños, reduciendo su capacidad de aprender en la etapa escolar y limitará sus posibilidades de acceder a otros niveles de educación, lo cual genera en un futuro personas con limitadas capacidades para insertarse en la vida laboral o acceder a un trabajo digno, lo cual no le permitirá llevar una vida digna, generando más pobreza y retraso en el desarrollo del país (OMS, 2014).

Actualmente, a nivel mundial, la OMS nos dice que la desnutrición crónica en menores de 5 años alcanza la cifra de 151 millones (22.2%), siendo los continentes más afectados África (39%) y Asia (55%), ya que estos albergan tres cuartos del total de los niños con desnutrición crónica en el mundo (OMS, 2018).

Según el Fondo para la Infancia de la Naciones Unidas (UNICEF, 2013), los cinco países con la mayor cantidad de niños menores de 5 años con desnutrición crónica fueron: India (61,7 millones), Nigeria (11 millones), Pakistán (9,6 millones), China (8 millones) e Indonesia (7,5 millones), dejando al Perú a nivel mundial en el puesto 62, albergando el 10% de niños desnutridos del mundo (FAO, 2018).

En relación con la obesidad o sobrepeso infantil, se consideran enfermedades del siglo XXI. La OMS informa que la prevalencia de niños menores de 5 años con sobrepeso y obesidad se ha incrementado a un ritmo alarmante. En 2016, la cantidad de niños menores de 5 años con sobrepeso u obesidad fue de 41 millones de niños, estableciendo que, al mantener las tendencias actuales, esta cantidad se incrementara hasta en 70 millones para 2025 (OMS, 2016).

García (2015), citando a la ONU, dice que a nivel mundial los países con más prevalencia de obesidad y sobrepeso son: Nauru (32,5%), Niue (32,3%) e Islas Cook (32,3%), siguiendo en el puesto 10 Estados Unidos con un 28,8%.

A nivel de América Latina, los 6 países más afectados por la desnutrición son: Guatemala con un 46.5% lidera la lista, seguida por Ecuador (25.3%), Honduras (22.6%), Panamá (19.1%), Nicaragua (17.3%) y Bolivia (16%). Siendo los países con menor prevalencia de desnutrición: Argentina y Chile a nivel de Latinoamérica (ONU, 2016).

Con referencia a la obesidad y sobrepeso, la Organización Panamericana de la Salud refiere que el 7,2% de los niños menores de 5 años en América Latina y el Caribe viven con sobrepeso, siendo aproximadamente 3,9 millones de niños, de estos: 2,5 millones viven en Sudamérica, 1,1 millones en Centroamérica y 200 000 en el Caribe (OPS, 2016).

Siendo en primer lugar Paraguay, seguido por Bolivia, Argentina y Chile, los países más afectados por la obesidad o sobrepeso infantil, caso contrario con Guatemala que es el país con menor tasa de obesidad y sobrepeso en América Latina (ONU, 2016).

A nivel nacional, la prevalencia de desnutrición en niños menores de cinco años ha ido disminuyendo progresivamente de 23.8% a 17.5% entre el 2009 y el 2013. En el 2015. La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) indica una disminución a nivel nacional de solamente 0,4 puntos porcentuales, al pasar de 14,6% (2014) a 14,2%. En el 2018, la desnutrición crónica afectó al 12,2% de las niñas y niños menores de cinco años de edad, siendo esta mayor en el área rural que en el área urbana. (INEI, 2019).

A nivel regional, en el año 2018, la sierra presentó el mayor porcentaje de desnutrición ocupando el primer lugar, siendo de dicha región los departamentos con mayor índice de desnutrición Huancavelica (32,0%), Cajamarca (27,4%) y Huánuco (22,4%); En segundo lugar la Selva, el departamento con mayor prevalencia de desnutrición es Amazonas (20,4%), Loreto (23,6%) y Ucayali (21,9%); y, por último, en tercer lugar, la Costa, en la que se sitúan y Ancash (16.1%), Piura (15.9%) y La Libertad (15,6%), siendo estos los departamentos con mayor prevalencia de desnutrición a nivel de esta región, en comparación con Lima (5,1%), Moquegua

(3,4%) y Tacna (3,2%); los cuales, forman parte de la región y representan el menor porcentaje de desnutrición a nivel regional y nacional (INEI, 2019).

En Perú, el análisis realizado por el INEI, consigna que, en el 2016, la encuesta encontró que el 18,3% de las personas sufren de obesidad. En la distribución por sexo, el 22,5% son mujeres y el 14,0% son hombres. Según área de residencia, en el área urbana, el 22,4% padece de obesidad y, en el área rural, el 10,8%. Por región natural, la sierra ocupa el último lugar con un 11,9%, seguido por la selva con un 13,8% y la región costa ocupa el primer lugar con un 24,2%. A nivel provincial, los mayores porcentajes de personas con obesidad residen en Ica (29,4%), Tacna (29,1%), Provincia Constitucional del Callao (28,0%), Madre de Dios (26,4%) Tumbes (25,6%) y Lima (23,6%) (INEI, 2017).

El INEI, con respecto al sobrepeso, sostiene que el 35,5% de la población padece de sobrepeso. Las mujeres corresponde el 35,2% y los hombres 35,8%. Según área de residencia, en el área urbana, el 38,6% padece de obesidad y en el área rural el 29,7%. Por región natural, la región sierra ocupa el último lugar con un 31,3%, seguido por la selva con un 31,8% y la región costa ocupa el primer lugar, con un 39,9%. A nivel provincial, Lima (42,3%), Tacna (42,2%), Moquegua (39,0%), Lambayeque (39,0%), La Libertad (38,6%) y Piura (38,1%), son los departamentos con mayor índice de sobrepeso. (INEI, 2017).

La dirección de redes integradas de salud, la cual dirige el Centro de Salud Fortaleza a nivel Lima Este, en el año 2018, informó que 17,157 (41,8%) niños de 6 a 36 meses de edad, con anemia y alguna alteración nutricional, ya sea por exceso o defecto, alteró su crecimiento y desarrollo, de los cuales solo 11,101 (64,7%) niños inició su tratamiento recuperativo, completando su tratamiento solo el 25.1%, logrando recuperarse, tanto de la anemia como ganar peso y talla (Cuellar, 2019).

Según Ares (2015), la prevalencia de las deficiencias nutricionales en los niños varía según la región, la cultura, los hábitos de alimentación y el nivel socioeconómico en la que crecen, donde prevalecen las costumbres maternas, ya que en su mayoría es la persona quien se encarga de la crianza del niño.

Delgado (2015) determinó que los factores maternos (trabajo, ingresos económicos, espacio intergenésico, edad y nivel educativo) influyen en el estado nutricional del niño. Obtuvo como resultado que el 93.5% de su población de niños presento riesgo nutricional y solo el 6.5 % no presentó riesgo.

Los trastornos nutricionales (obesidad, sobrepeso y desnutrición) son una problemática que aún no ha sido solucionada debido a su amplia complejidad. Bajo este panorama, es vital conocer que la malnutrición en niños, ya sea por exceso o defecto representan un grave problema en nuestro país, y debe ser resuelto con mayor convicción y celeridad, pues sufrida durante los primeros años de vida genera impactos irreversibles al futuro. La gran mayoría de madres refieren que no se les brinda información adecuada y oportuna de cómo llevar una buena nutrición en sus hijos, lo cual las lleva a mal nutrirlos. Esta problemática motivó a enfocar la investigación a los factores ligados directamente a la persona principal a cargo de la alimentación del infante y de esta manera obtener información que servirá como antecedente para futuras investigaciones más complejas, y a partir de los resultados optar por medidas de prevención y proponer alternativas de solución frente a la desnutrición.

2. Formulación del problema de investigación

2.1. Problema general

¿Cuáles son los factores maternos asociados al estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este, 2019?

2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son los factores de la madre del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este, 2019?
- ¿Cuál es el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendido en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este, 2019?
- ¿Cuál es la asociación del factor biológico con respecto a la edad de la madre y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este, 2019?
- ¿Cuál es la asociación del factor biológico con respecto al espacio intergenésico y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este, 2019?
- ¿Cuál es la asociación del factor biológico con respecto la paridad materna y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este, 2019?

- ¿Cuál es la asociación entre el factor socioeconómico con respecto a la ocupación de la madre y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este, 2019?
- ¿Cuál es la asociación entre el factor socioeconómico con respecto al cuidado y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este, 2019?
- ¿Cuál es la asociación entre el factor socioeconómico con respecto a los ingresos económicos de la madre y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este, 2019?
- ¿Cuál es la asociación entre el factor socioeconómico con respecto al nivel educativo de la madre y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este, 2019?

3. Objetivos de la investigación

3.1. Objetivo general

Determinar la asociación entre los factores maternos y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro. de salud de Lima Este, 2019.

3.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores de la madre del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este, 2019.
- Determinar el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este, 2019.
- Determinar la asociación del factor biológico con respecto a la edad de la madre y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este, 2019.
- Determinar la asociación del factor biológico con respecto al espacio intergenésico y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este, 2019.
- Determinar la asociación del factor biológico con respecto la paridad materna y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este, 2019.
- Determinar la asociación entre el factor socioeconómico con respecto a la ocupación de la madre y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este, 2019.
- Determinar la asociación entre el factor socioeconómico con respecto al cuidado y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el

consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este, 2019.

- Determinar la asociación entre el factor socioeconómico con respecto a los ingresos económicos de la madre y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este, 2019.
- Determinar la asociación entre el factor socioeconómico con respecto al nivel educativo de la madre y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este, 2019.

4. Justificación

4.1. Aporte teórico.

La investigación aporta bibliografía actualizada sobre el tema de investigación; además, queda como referente para la elaboración de futuros trabajos de investigación en el área comunitaria. Igualmente, permitirá ampliar conocimientos sobre los factores maternos relacionados al estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses.

4.2. Aporte metodológico.

El aporte metodológico del presente estudio consistirá en orientar mediante la correlación de la problemática con las variables poder obtener resultados plasmados en una base de datos actualizada que sirvan para establecer propuestas de solución, que permitan neutralizar factores que impidan a la madre brindar una alimentación equilibrada y rica en nutrientes esenciales.

A su vez, se modificó y actualizó un instrumento ya validado, sometiéndolo nuevamente a la validación por jueces de expertos, lo cual permite brindar al futuro investigador un instrumentó actualizado, basado en la realidad actual del país.

4.3 Aporte práctico y social.

La investigación permitirá determinar la relación entre los factores maternos y el estado nutricional del lactante de un centro de salud de Ate, cuyos resultados servirán al personal de salud de dicho centro de salud para elaborar estrategias para contrarrestar dichos factores que puedan generar alteraciones en el estado nutricional del niño.

5. Presunción bíblica filosófica

El presente estudio se basa en el cumplimiento del rol materno y la relación que este tiene en cuanto a las alteraciones nutricionales que se puedan evidenciar en el niño. En la Biblia se menciona a Ana, madre de Samuel; comprendió la función real de su papel materno cuando, al hablarle al sacerdote Elí con respecto de su alegría por el nacimiento de su hijo, afirmó lo siguiente: “Este es el niño que yo le pedí al Señor, y él me lo concedió” (1 Samuel 1:27). Los hijos son un regalo de Dios para nosotros. Por lo tanto, la madre debe cuidar integralmente de ellos con cariño y esfuerzo, pues pertenecen al Señor.

Capítulo II

Marco teórico

1. Antecedentes de la investigación

Mamani, Luizaga y Illanes (2019), en su trabajo de investigación titulado “Malnutrición infantil en Cochabamba, Bolivia: la doble carga entre la desnutrición y obesidad”. Tuvo el objetivo de analizar la prevalencia de la desnutrición y obesidad infantil. Fue un estudio con enfoque cuantitativo, observacional, diseño no experimental, de corte transversal y tipo descriptivo con una muestra de 4885 niños menores de 5 años. Como instrumento, aplicaron un sistema de Vigilancia Nutricional Comunitario. Los resultados mostraron que la prevalencia de DNT-Crónica era de un 22,1%; DNT-Global con 6,0%; DNT-Aguda con 6,1%; con probable retraso de crecimiento del perímetro cefálico 16,4% y de reserva energética inadecuada con 10,8%. La prevalencia de sobrepeso y obesidad fue del 16,5% en el indicador peso/talla; 17,6%, según el IMC/edad y para el PMB/Edad con un 10,8%. Los niños con talla baja que presentaban sobrepeso u obesidad eran del 66,03%. En conclusión, encontraron que existe una asociación estadísticamente significativa entre la talla baja y la presencia de obesidad; esta doble carga de malnutrición infantil fue más prevalente en la región andina.

Irala, González, Sánchez y Acosta (2019), en Paraguay, realizaron un estudio de investigación titulado “Prácticas alimentarias y factores asociados al estado

nutricional de lactantes ingresados al Programa Alimentario Nutricional Integral en un servicio de salud”. Su objetivo fue evaluar la asociación de las prácticas alimentarias y variables sociodemográficas con el estado nutricional de lactantes de 6 a 23 meses usuarios al Programa Alimentario Nutricional Integral (PANI). Fue un estudio de enfoque cuantitativo de casos y controles de corte transversal y tipo descriptivo, La muestra estuvo conformada por 50 niños en dos grupos: grupo estudio que corresponden 25 niños con características de desnutridos y riesgo a desnutrición, y el grupo control de 25 niños eutróficos, de 6-23 meses separados por edad y sexo. Como técnica usaron la observación y utilizaron 2; Mann Whitney, T Student y regresión logística; $p < 0,05$ fue Significativo como instrumento. Los resultados mostraron que la edad media fue 13,9 meses, el 72% eran varones, el 92% pertenecían a zona urbana, con riesgo a desnutrición 80%, con desnutrición 20%; no hubo diferencias significativas entre grupos, acceso a agua y saneamiento, duración de lactancia materna exclusiva o inicio de alimentación complementaria; En conclusión, encontraron que los niños con menor peso de nacimiento, escolaridad materna y de tiempo de lactancia materna se asocian a un peor estado nutricional del niño, pero ninguna es predictora.

Cárdenas *et al.* (2018) realizaron un estudio de investigación titulado “Características maternas e infantiles asociadas a obesidad en lactantes menores de un año de edad del norte de México”. Su objetivo fue evaluar qué factores maternos, cognitivos y del lactante influyen en la ingesta energética del lactante y si estos a la vez influyen en su estado nutricional antes del año. Fue un estudio de enfoque cuantitativo, no experimental, corte transversal tipo descriptivo de correlación. La muestra estuvo conformada por 267 diadas (madre/hijo). Como instrumento, emplearon una encuesta para las 4 variables y ficha para las medidas

antropométricas (IMC) materno y Z-score de peso/talla del lactante. Los resultados mostraron que el 35,6% de las madres subestima el peso del hijo y el 8,3% lo sobreestima; el 56,1% de las madres tienen sobrepeso y obesidad; y el 3,0% con bajo peso. En los lactantes, el 33,7% con sobrepeso y obesidad, y 9,3% de bajo peso severo y moderado. En conclusión, encontraron que las madres de hijos lactantes que subestiman el peso de su hijo y duermen menos horas proporcionan más ingesta calórica y sus niños presentan mayor Z-score del peso/longitud.

Concepción y Yaguaro (2017), en Venezuela, en su trabajo de investigación titulado “Análisis de los factores socioeconómicos relacionados con la desnutrición en pacientes de 6 meses a 2 años de edad en el Hospital de Niños Dr. Jorge Lizárraga, Valencia estado Carabobo. Periodo 2017”, tuvieron el objetivo de analizar los factores socioeconómicos relacionados con la desnutrición en pacientes de 6 meses a 2 años de edad en el Hospital de niños Dr. Jorge Lizárraga, Valencia Estado Carabobo. Fue un estudio de enfoque cuantitativo prospectivo, diseño no experimental y de corte transversal; mediante un muestreo no probabilístico la muestra fue constituida por 40 pacientes con edades entre 6 meses a 2 años, con diagnóstico de desnutrición actual; usando como instrumento la encuesta. Los resultados mostraron que la edad promedio era de 15,12 meses \pm 0,92. El estrato socioeconómico predominante fue la pobreza crítica con 92,50%. En las características de la familia, el 65% solo está la madre. En conclusión, los factores socioeconómicos relacionados son el estrato socioeconómico al que pertenecen, el nivel de instrucción de la madre, salario mensual insuficiente y dificultad para conseguir alimentos.

Guerrero (2015), en Ecuador, realizó una investigación titulada “Insuficiencia de los factores socioculturales en el estado nutricional en niños de 0 a 5 años de edad,

atendidos en el sub centro de salud de Chibuleo de la provincia de Tungurahua, durante el periodo Diciembre- Marzo 2013”. Su objetivo fue establecer la influencia de los factores socioculturales en el estado nutricional en niños de 0 a 5 años de edad, atendidos en el sub centro de salud Chibuleo de la provincia de Tungurahua, durante el periodo diciembre 2012 a marzo 2013. Fue un estudio de enfoque cualitativo, documental, diseño no experimental, de corte transversal y tipo descriptivo observacional. La muestra estuvo conformada por 100 niños con edades comprendidas de 0 a 5 años. Utilizó como técnica la observación y como instrumento una ficha para vaciar los datos relevantes para el estudio de la historia clínica. Los resultados mostraron que existe un 43% de niños con desnutrición; de ello El 54% de son del género femenino con desnutrición. Al cruzar las variables etnia con el estado nutricional determinaron que existe una probabilidad de 2.8 veces que un niño indígena sea desnutrido, mientras que, al considerar los factores como ocupación de la madre, nivel de escolaridad y estado civil no existió diferencia. En conclusión, existe una insuficiencia de los factores socioculturales en el estado nutricional en niños de 0 a 5 años de edad.

Solís, Patino y Radón (2014) realizaron una investigación titulada “Estado Nutricional, Patrones Alimentarios y Sedentarismo en Niños de Edad Escolar en Áreas Urbanas y Rurales de la Provincia Oropeza en Chuquisaca-Bolivia, 2011”. con Su objetivo fue determinar el estado nutricional, patrones alimentarios y de sedentarismo de niños en edad escolar en áreas rurales y urbanas de la provincia Oropeza del departamento de Chuquisaca, Bolivia, durante el año 2011. Fue un estudio de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 2584 niños asistiendo al quinto año de 36 escuelas. Como instrumento, implementaron el cuestionario ambiental (EQ) del Estudio

Internacional de Asma y Alergias en Niños (ISAAC) y el IMC. Los resultados mostraron que el 0.6% con bajo peso, el 65% peso normal, el 27% sobrepeso y el 7% de obesidad; siendo así que los niños en áreas urbanas reportaron menor actividad física, aunque no se registraron diferencias en la frecuencia de uso de televisión, video juegos, ni consumo de comida rápida en comparación con áreas rurales. En conclusión, encontraron que existe una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad, consumo de comidas rápidas y sedentarismo especialmente en áreas urbanas.

Rolandi (2014), en Argentina, realizó un estudio de investigación titulado “Creencias, prácticas alimentarias maternas y estado nutricional de niños de 6 a 24 meses”. Su objetivo fue analizar las creencias y prácticas alimentarias que tienen las madres de los niños de 6 a 24 meses que asisten a los controles de un Centro de Salud de la ciudad de Mar del Plata y conocer el estado nutricional de los niños. Fue un estudio de enfoque cuantitativo, de corte transversal y tipo descriptivo. Consideró en su muestra a 120 madres de niños de 6 a 24 meses. Utilizó como instrumento la encuesta con preguntas abiertas y cerradas para las madres de los niños. Los resultados mostraron que el estado nutricional del 84% de los niños, el 63% de los niños recibía LM, un 18% de los niños consumía bebidas azucaradas diariamente. El 58% inicia la alimentación complementaria a los 6 meses, el 61% agregan sal a la comida de sus hijos, Generalmente, es la madre la encargada de la alimentación del menor. La LM fue de importancia para este grupo de madres. La mayoría de ellas piensa que la alimentación complementaria debe iniciarse a los 6 meses y que es importante insistir con un mismo alimento frente a la neofobia. En conclusión, encontraron que el estado nutricional de la mayoría de los niños se encontró dentro de los parámetros de normales. En general las madres poseen prácticas y creencias

acordes a las recomendaciones establecidas por los organismos nacionales e internacionales.

Pally y Mejía (2012), en Bolivia, realizaron un trabajo de investigación titulado “Factores de riesgo para desnutrición aguda grave en niños menores de cinco años”. Su objetivo fue identificar los factores de riesgo asociados a desnutrición aguda grave en niños menores de cinco años de edad internados en tres centros de referencia de manejo del paciente desnutrido. Fue un estudio de enfoque cualitativo, diseño de estudio de casos y controles incidentes, de corte transversal y tipo descriptivo. Considerando como muestra a 144 niños de un mes a menores de cinco años de edad, de los cuales 48 eran pacientes desnutridos graves (casos) y 96 niños eutrófico internados por otras entidades (dos controles por cada caso); de 3 hospitales. Utilizaron como instrumento una ficha pre-codificada con los datos de historias clínicas. Los resultados mostraron que los factores de riesgo para desnutrición grave encontrados fueron; la edad del paciente de 12 a 23 meses de edad, la edad de la madre menor a 18 años, actividad laboral de la madre, presencia de niños menores de 5 años en el núcleo familiar además del paciente; el 54,16% correspondían al sexo masculino, el 50% correspondía al grupo de edad de 12 meses a 23 meses; la desnutrición emaciada predominó con un 62,5%, seguido del edematoso con 20,8% y el mixto 16,7%. En conclusión, encontraron que para que se desarrolle desnutrición intervienen varios factores de riesgo inherentes al paciente, la madre y el ambiente.

Lapi, Albano, Araujo, Vallenilla y Montilva (2012), en Venezuela, realizaron una investigación titulada “Estado nutricional en lactantes y preescolares, del ambulatorio DR. J. M. Vargas Barquisimeto, Lara”. El objetivo fue determinar el estado nutricional en lactantes y preescolares en el área de influencia del ambulatorio tipo I “Dr. José

María Vargas” de Veragacha, Municipio Iribarren, Barquisimeto. Fue un estudio de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental y de corte transversal tipo descriptivo. Teniendo como muestra a 103 niños de 1 mes a 6 años mediante un muestreo no probabilístico accidental. Como instrumento, aplicaron encuestas a las madres (edad, sexo, estrato socio-económico) y una ficha de datos antropométricos peso y talla del niño. Los resultados mostraron que del total de la muestras el 66,0% presentó estado nutricional normal; 8,7% desnutrición actual, 6,8% talla baja y 8,7% malnutrición por exceso. En conclusión, encontraron que no encontraron diferencia estadísticamente significativa entre las variables estudiadas y el estado nutricional.

Vásquez, Ávila, Contreras, Cuellar y Romero (2007), en México, realizaron un estudio de investigación titulado “Factores de riesgo asociados al estado nutricional en lactantes que son atendidos en guarderías”. Su objetivo fue identificar factores asociados al estado nutricio en lactantes de 3 a 12 meses de edad que acuden a guarderías en Guadalajara. Fue un estudio de enfoque cualitativo, diseño no experimental, de corte transversal y tipo descriptivo. Su muestra lo incluyeron 123 lactantes de 3 a 12 meses de edad de cinco guarderías del Instituto Mexicano. Su instrumento fue la encuesta. Los resultados mostraron que el 69.9% eran familia nuclear, el 14% de las madres eran solteras; el 20% de las madres no conocían el ingreso del padre; 42% de los lactantes permanecían más de ocho horas en las guarderías y 50% en horario mixto; el 55.3% prolongó la LM cuatro meses, el 71.7% de los lactantes recibían LM parcial y 42% con destete por producción insuficiente, el 24,4% por regreso al trabajo. En conclusión, encontraron que el déficit de longitud/edad predominó

en las causas económicas, fin del destete tardío, duración en guardería y consumo de leche de vaca; siendo de esta población, la disfunción familiar que aumentó el riesgo de defectos en la alimentación del lactante.

Rojas y Espinoza (2019), en Perú, realizaron un trabajo de investigación titulado “Prácticas maternas de alimentación en niños de 6 a 24 meses atendidos en establecimientos de salud de Lima e Iquitos”. Su objetivo fue determinar las prácticas maternas de alimentación de niños de 6 a 24 meses atendidos en establecimientos de salud de Lima e Iquitos. Fue de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, de corte transversal y de tipo descriptivo. Consideraron un total de 151 madres en Lima y 168 en Iquitos de niños de 6 a 24 meses. Utilizaron como instrumento un cuestionario diseñado y adaptado de la Encuesta de Alimentación Complementaria de UNICEF. Los resultados mostraron que el 54,55% fueron mujeres, 59,87% de los niños tenían entre 12 y 24 meses. Las madres tuvieron una edad mediana de 25 años. Hubo diferencia significativa en el cumplimiento de prácticas de alimentación complementaria entre los niños de ambas comunidades en: lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses, dieta mínima aceptable y en el consumo de multimicronutrientes. En conclusión, encontraron que la diferencia entre las prácticas maternas de alimentación complementaria se evidencia en el incumplimiento de lactancia materna exclusiva y el consumo de multimicronutrientes para niños de Lima, y una mayor frecuencia de incumplimiento de una dieta mínima aceptable para niños de Iquitos.

Torres (2018), en Perú, realizó un trabajo de investigación titulado “Factores sociodemográficos y maternos relacionados al abandono de lactancia materna exclusiva en el centro de salud San Juan en el año 2018”. Su objetivo fue describir los factores sociodemográficos y maternos relacionados al abandono de lactancia

materna exclusiva (LME) en el Centro de Salud San Juan en el año 2018. Fue un estudio de enfoque cuantitativo, retrospectivo, de corte transversal y de tipo descriptivo observacional. La muestra estuvo conformada por 180 participantes (60 casos y 120 controles) usando como instrumento una encuesta directa a las madres y realizaron el análisis documental de las historias clínicas. Los resultados mostraron que, de las 180 mujeres, la edad predominante fue de 15-19 años, con un promedio de 25 años. Se determinó que, tras el abandono de la LME, el 35% fue por alimentación complementaria precoz, el 33.33% por lactancia artificial y el 31.67% por lactancia mixta. El estado civil conviviente, procedencia de área urbana, educación secundaria, ama de casa y un ingreso económico bajo, fueron las características sociodemográficas más frecuentes. En conclusión, encontraron que son factores de riesgo para el abandono de lactancia materna exclusiva: el control prenatal inadecuado, el iniciar la lactancia materna después de la hora, la influencia del personal de salud, la presencia de patología mamaria, la sensación de poca producción de leche, el parto por vía cesárea, la multiparidad y el antecedente de abandono de lactancia materna exclusiva en el hijo anterior.

Macedo y Albornoz (2018), en Perú, realizaron un trabajo de investigación titulado "Relación entre hábitos alimenticios y estado nutricional en niños de 1 a 3 años del centro de salud breña, lima 2018". Su objetivo fue determinar la relación que existe entre los hábitos alimenticios y el estado nutricional en niños de 1 a 3 años de edad atendidos en el centro de salud Breña, Lima 2018. Fue un estudio de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, de corte transversal y tipo correlacional. La muestra estuvo conformada por 118 madres de niños de 1 a 3 años. Aplicaron un cuestionario validado y confiable como instrumento. Los resultados mostraron que el estado nutricional en niños de 1 a 3 años, el 88 % presentan P/E normal, el 1% con

bajo peso y un 11% con sobrepeso. Asimismo, el 92% presentan T/E normal, el 7% tuvo desnutrición crónica, el 1% desnutrición severa y talla alta para la edad; además, el 83% presentan P/T normal, el 14% con sobrepeso y un 3% con obesidad. En cuanto a la variable hábitos alimenticios, el 74% tiene consumo adecuado y el 26% presentó consumo inadecuado. Determinando que existe estadísticamente una correlación entre estado nutricional y hábitos alimenticios. En conclusión, encontraron que la mayoría presentan hábitos alimenticios y estado nutricional adecuado, existiendo relación entre ambas variables.

Cajamalqui y Huancaya (2017), en Perú, realizaron un trabajo de investigación titulado “Nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses en el Centro de Salud La Libertad Huancayo 2017”. Su objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses. Fue un estudio de enfoque cuantitativo, , diseño no experimental, de corte transversal y tipo correlacional. Tomaron como muestra a 79 madres. La técnica utilizada fue la entrevista y la observación. Aplicaron 2 instrumentos: una encuesta para medir el nivel de conocimientos de las madres y una ficha de datos antropométricos para medir el estado nutricional del niño. Los resultados mostraron que el 54,4% de las madres tienen un nivel medio de conocimiento sobre alimentación complementaria; el 79,7% de los niños de 6 a 12 meses tienen un estado nutricional normal; asimismo, las madres con nivel alto y medio de conocimiento el estado nutricional de sus niños es normal; por otro lado, el 17,7% de madres con nivel sus niños presentan desnutrición crónica. En conclusión, encontraron que existe relación altamente significativa entre el nivel de conocimiento

de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses.

Pacheco (2017), en Perú, realizó un trabajo de investigación titulado “Factores socioculturales de madres y prevención de anemia en niños de 6 a 36 meses, centro de salud San Luis, 2017”. Su objetivo fue determinar la relación entre los factores socioculturales de las madres y la prevención de la anemia en niños de 6 a 36 meses que acuden al centro de salud San Luis, 2017. Fue un estudio de enfoque cuantitativo, correlacional, diseño no experimental, de corte transversal y tipo descriptivo. La muestra estuvo conformada por 148 niños con sus respectivas madres. Como instrumento, utilizó la encuesta. Los resultados mostraron que el 30,41% de las madres presentan un nivel alto con respecto a los factores socioculturales, el 42,57% presentan un nivel medio y un 27,03% un nivel bajo, también se evidencia que el 20,95% presentan un nivel bueno con respecto a la prevención de la anemia, el 41,89% presentan un nivel regular y un 37,16% un nivel malo. En conclusión, encontraron que el factor sociocultural está relacionado directo y positivamente con la prevención de la anemia.

Delgado, Tuesta y Valqui (2015) en Perú, realizaron una investigación titulada “Factores Maternos Asociados Al Riesgo De Desnutrición En Niños De 6 A 36 Meses Del Centro De Salud Morona Cocha I-4, 2015”. Su objetivo fue determinar los factores maternos asociados al riesgo de desnutrición en niños de 6 a 36 meses. Fue un estudio de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, de corte transversal y tipo correlacional. La muestra fue conformada por 123 madres con niños de 6 a 36 meses. Aplicaron como instrumento el cuestionario “Factores maternos asociados al riesgo de desnutrición en niños de 6 a 36 meses del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015”. Los resultados mostraron que del 100% de madres, el 20,3% tienen menor

edad y que 79,7% tienen; mayor edad; el 26.8% de ellas presentan trabajo remunerado, mientras que el 73,2% no tienen; por otro lado, el 27.6% tienen nivel educativo bajo y el 72,4% manifiestan tener nivel educativo alto; el 52,8% tenía un ingreso económico bajo y 47,2% alto; el 48% con espacio intergenésico menor y el 52% tienen mayor. Asimismo, se determinó que el 93,5% presentan riesgo de desnutrición mientras que el 6,5% no presentan riesgo de desnutrición. En conclusión, encontraron que existe relación estadísticamente significativa entre el riesgo de desnutrición y las variables ingresos económicos y espacio intergenésico; al mismo tiempo, se lograron determinar que no existe relación estadísticamente significativa entre el riesgo de desnutrición y las variables edad y nivel educativo.

2. Marco teórico

2.1. Factores maternos

Herrera & Vegas (2016) definen: “Los factores son todos los agentes o elementos que contribuyen directamente a dar un resultado determinado. Es por ello que podemos definir a los factores maternos como cualidades poblacionales que determinan el comportamiento de las madres según el medio en que se desenvuelven. A su vez, son elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos, contribuyendo a que se obtengan determinados resultados al caer sobre él la responsabilidad de la variación o de los cambios”

A su vez, García (2016) refiere como factores a todos los elementos o agentes que contribuyen directamente a dar un resultado determinado. Por ello, podemos definir a los factores maternos que influyen en la desnutrición infantil, como agentes

sociales, culturales y económicos que determinan el comportamiento de las madres con respecto al cuidado integral de sus hijos.

Huarhua (2018) refiere que los factores maternos son características físicas, sociales o culturales propias de la madre, que afectan en forma directa o indirectamente el proceso del crecimiento y/o desarrollo de su hijo.

La niñez constituye una etapa importante en el desarrollo de la persona, pues se caracteriza por el crecimiento físico, el desarrollo psicomotor, social, y de hábitos que condicionan el bienestar y la calidad de vida del futuro adulto; para lo cual, no solo basta con la presencia de la madre, si no que esta esté acorde a ciertos factores que contribuirán a la buena crianza y alimentación del niño (Ampuero, 2010).

Algunos de los factores maternos que predisponen al riesgo de alteraciones nutricionales son:

2.1.1. Factores biológicos

2.1.1.1. Edad

Un aspecto importante en la desnutrición infantil, es la relacionada con la edad de los padres del niño desnutrido, en especial a la madre, como es el caso de la madre adolescente, asociado a su poca experiencia para alimentar y reconocer signos de peligro.

Para Escartín (citado por Dávila), Una madre adolescente está considerada dentro del periodo de edades de 12 a 17 años, durante el cual se presentan los cambios más significativos en la vida de las personas, en el orden físico y psíquico; es por eso, que el medio tiene para estos niños una serie de desventajas: la interrupción de la educación de los padres es una consecuencia inherente al embarazo precoz, ella está limitando sus conocimientos y preparación, reduciendo su destreza para educar

y criar a los hijos, y sus posibilidades de enfrentar positivamente los desafíos y adversidades del medio (Dàvila, 2016).

Una madre joven está entre las edades de 18-29 años. Se considera dos principales ventajas de dar a luz, la primera es la juventud. Una madre joven tendrá mayor resistencia y energía para criar a un niño que las de mayor edad, y la segunda es que existe menor riesgo de sufrir complicaciones en la gestación o de que el bebé nazca con alguna anomalía (Dàvila, 2016).

Una madre adulta está comprendida entre las edades de 30-59 años, que ha alcanzado su desarrollo físico y psíquico, es decir sujeto que ha logrado su estabilidad emocional propia de una persona madura, permitiendo tener mayor conocimiento sobre la crianza y cuidado de sus hijos para prevenir desnutrición u otros problemas de salud; sin embargo, el riesgo de aborto espontáneo o de un bebé con síndrome de Down es un poco más alto, y las complicaciones maternas son más elevadas (Dàvila, 2016).

2.1.1.2. Espacio intergenésico

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera al espacio intergenésico como aquel que se encuentra entre la fecha del último parto y el inicio de la siguiente gestación (Zavala *et al.*, 2018).

El tener nacimientos demasiado próximos no permite que el cuerpo de la madre recupere las reservas nutricionales y el nivel energético, provocando así embarazos riesgosos, complicados en la mayoría de los casos por situaciones como: hemorragia posparto, parto obstruido o enfermedad hipertensiva del embarazo lo cual repercute en la salud del niño (Wisbaum, 2016).

Clasificación espacio intergenésico

Según Zavala *et al.* (2018), tomando de referencia a la OMS clasifica el espacio intergenésico como:

- *Espacio intergenésico corto*

Se ha definido como el periodo menor a 24 meses de la fecha de resolución del último embarazo a la fecha de concepción del siguiente.

- *Espacio intergenésico ideal*

Se ha definido como el periodo entre los 18 y 24 meses de la fecha de resolución del último embarazo a la fecha de concepción del siguiente; ya que el riesgo de evidenciar complicaciones en el embarazo aumentan cuando el espacio intergenésico es menor a 18 meses, y de nuevo disminuye entre los 18-24 meses, y nuevamente aumentan posterior a los 60 meses.(Zavala *et al.*, 2018)

- *Espacio intergenésico largo*

Al haber un espacio intergenésico largo, el cuerpo de la madre entrará en una regresión fisiológica; es decir, las capacidades reproductivas fisiológicas tienden a declinar, llegando a ser similares a aquellas de primigestas. Todo lo cual se manifestará en aquellas madres que tengan un espacio intergenésico mayor a 5 años posterior a un parto. (Zavala *et al.*, 2018)

2.1.1.3. Paridad materna

Se define como el número de niños nacidos vivos y de nacidos muertos con más de 28 semanas de gestación, clasificándose con el total de embarazos que ha tenido una mujer (Herrera, 2015).

Clasificación

La OMS clasifica a las madres por paridad materna de la siguiente manera:

Primíparas

Se consideran a aquellas que solo ha dado a luz a un hijo

Multípara

Es considera como la madre que ha dado a luz a 2 hijos

Gran multípara

Es considera como aquella madre que ha dado a luz de 3 a más hijos.

2.1.2. Factores socioeconómicos

2.1.2.1. Ocupación

Herrera & Vegas (2016) Se define el término ocupación como el empleo, oficio, profesión o cualquier otra actividad que llena el tiempo de una persona.

En la cultura tradicional, una mujer, como su principal ocupación, eran las tareas domésticas como son: el cuidado de hijos, preparar los alimentos, la limpieza de su casa y otras actividades propias de la casa; también, la mujer es la que administra el presupuesto de la familia. En la actualidad, dichas actividades presentan una alta tendencia, pero se ven contrarrestadas con la mujer moderna que es más independiente y es un pilar fundamental en el aporte económico a la familia.

Para la mujer, el constituir una familia y trabajar simultáneamente conlleva a enfrentar dificultades relacionadas con la incompatibilidad entre los requerimientos para un cuidado óptimo de sus hijos y las demandas de su trabajo, lo que en su mayoría de casos lleva a la madre a un descuido del niño y, por consiguiente, en mayoría presentará alteraciones en su estado nutricional (Herrera & Vegas, 2016).

2.1.2.2. Cuidado del niño

La relación o vínculo afectivo que se da entre el lactante y la persona que lo cuida del niño influye en la aceptación o rechazo del alimento, lo cual va afectar positiva o

negativamente en el estado nutricional del niño. El ambiente familiar permite que se sientan cómodos y puedan asimilar mejor sus alimentos; se observa que los niños que mantienen un mejor estado nutricional y que pueden llegar a tener un exceso de peso son aquellos que en su entorno tienen mejor condición afectiva; más el acompañamiento de su madre, a diferencia de los niños que son cuidados por un tercero a cargo, ya que al permanecen en un ambiente ajeno y/o carente de ese afecto familiar hacia ellos, pueden presentar rechazo y una mala asimilación de los nutrientes ingeridos por estrés u otros factores, generando alteraciones nutricionales en ellos (Infante & Olaya, 2015).

2.1.2.3. Ingresos económicos

Los ingresos económicos, es la cantidad de dinero que una familia tiene en un periodo determinado y de manera fija, como el sueldo o salarios, Ingreso por intereses, pagos de transferencia, alquileres y demás (E. Herrera & Vegas, 2016).

E. Herrera & Vegas (2016) dicen que los factores económicos, es decir, el ingreso monetario mensual de las familias y el nivel educativo, en conjunto pueden restringir la capacidad económica de la familia, de este modo originan un estado de pobreza, la cual se asocia con la incapacidad de las personas para satisfacer sus necesidades básicas de alimentación y por consiguiente ocasionar algún déficit en el estado nutricional (INEI, 2000).

Según datos estadísticos del ENDES, en el año 2017, hubo mayor desnutrición en niños cuyos hogares presentaban un ingreso mensual inferior al sueldo mínimo en relación con los niños de hogares donde se percibía un ingreso mensual superior al sueldo mínimo, presentando estos un mejor estado nutricional y algunos de los niños evaluados presentaron obesidad; pero esta ya no se le atribuyó a la falta de

ingresos o ausencia materna, si no a falta de conocimiento en cuanto a la calidad y cantidad de nutrientes (ENDES, 2017).

2.1.2.4. Nivel educativo

El nivel cultural de la madre es un factor muy importante ya que permite mejorar la capacidad de tomar decisiones, al usar adecuadamente los recursos disponibles y ser capaces de generar una perspectiva mejor del futuro de su hijo y la relación que existe de esta con el adecuado estado nutricional de su niño.

Es uno de los factores que la madre posee para el cuidado adecuado de su hijo. La madre con alto grado de instrucción tiene más posibilidades de adquirir una información adecuada sobre el cuidado integral de su niño; mientras que las madres con menor grado de instrucción poseen menor disponibilidad de conocimientos, por lo cual el niño no recibirá una atención adecuada, viéndose reflejados en su crecimiento y desarrollo del niño; el grado de instrucción de una mamá influye en la buena práctica de sus hábitos saludables (Llorca, 2006).

Los niños menos afectados por desnutrición son de madres con educación superior, pues solo el 7% de ellos sufren retardo de crecimiento. Contrariamente, los más afectados son los niños de madres sin educación: el 52% de estos son desnutridos crónicos. La desnutrición y la educación presentan una relación inversa, donde los hijos de las madres sin ningún nivel de educación tienen las mayores proporciones de desnutrición (50%), seguido por las madres con algún grado de primaria (36%), secundaria (16%) y, por último, los hijos de madres que tienen estudios superiores presentan un bajo nivel de desnutrición (5.3%) (ENDES, 2017).

Por lo que podemos decir que un niño que se encuentra a cargo de una madre un nivel educativo inferior, presentará mayor predisposición a padecer alguna alteración

en el estado nutricional ya que la madre no podrá brindar una adecuada cantidad y calidad de alimentos a su hijo por falta de conocimiento, dificultad de acceso a información y/o desconocimiento de la importancia de la alimentación en el futuro de su hijo.

2.1 Estado nutricional

El estado nutricional es la condición en la que se halla el organismo en base a los nutrientes que consume y para medirlo se requiere el peso y talla. Para mantener un estado nutricional, dentro de los parámetros normales, es necesario ingerir los nutrientes en cantidades recomendadas de acuerdo a la edad, para así satisfacer las necesidades biológicas, psicológicas y sociales (Quispe, 2016).

El estado nutricional de los niños está relacionado con el crecimiento y desarrollo a lo largo de su vida y debe evaluarse integralmente considerando el crecimiento armónico en relación con la nutrición (León et al., 2009).

Gonzalés (2017) refiere: “Estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Es importante porque permite reconocer factores de riesgo para la salud. La evaluación nutricional mide indicadores de la ingesta y de la salud de un individuo o grupo de individuos, relacionados con la nutrición. Pretende identificar la presencia, naturaleza y extensión de situaciones nutricionales alteradas, las cuales pueden oscilar desde la deficiencia al exceso.”

2.2.1 Importancia de la nutrición

Quispe (2016) dice que, al mantener una apropiada nutrición en la infancia y niñez, será fundamental para que los niños alcancen todo su máximo potencial al llegar a la adultez. Los desequilibrios en la nutrición, ya sea por deficiencia o exceso,

incrementan la posibilidad de sufrir enfermedades, siendo responsable directa o indirectamente de muertes. Al manifestarse estas a una edad temprana influyen en la aparición de trastornos del crecimiento, desarrollo y salud a largo plazo, afectando al desarrollo del país.

Podemos decir que la importancia de la nutrición en un niño radica en asegurar un adecuado crecimiento y desarrollo, definiéndose estos como el proceso que sucede en el interior de su organismo, y consiste en el aumento del número y tamaño de sus células y a su vez la adquisición de nuevas habilidades mediante la experiencia, adquiriendo así nuevos comportamientos.

2.2.2. Evaluación nutricional

Se define como la interpretación de información obtenida a través de estudios bioquímicos, antropométricos y clínicos. Dicha información es utilizada para determinar el estado nutricional de individuos o grupos de población en la medida que son influenciados por el consumo y la utilización de nutrientes (Gibson, 2015).

Reyes, citando a la Unicef, dice que la valoración nutricional tiene como objetivos: Controlar el crecimiento y estado de nutrición del niño sano, identificando las alteraciones por exceso o defecto y distinguir el origen primario o secundario del trastorno (Reyes, 2015).

La valoración nutricional permitirá establecer el estado de nutrición de una persona y a su vez las necesidades o requerimientos nutricionales que se necesite, pronosticando posibles riesgos de salud que se puedan dar influenciados por alguna alteración en el estado nutricional. La valoración del estado nutricional incluye una entrevista, exploración clínica y una evaluación antropométrica (Quispe, 2016).

El método más utilizado para realizar la evaluación nutricional es la Antropometría; este es un indicador que se utiliza tanto en niños como en adultos, permitiendo evaluar directamente a las personas, comparando sus mediciones con un patrón de referencia generalmente aceptado a nivel internacional y así identificar el estado de nutrición (UNICEF, 2013).

Núñez (2010) dice que los parámetros de medición antropométrica más relevantes para valorar el estado nutricional en cuanto al crecimiento de los niños, es el peso y la talla, y lo podemos ver plasmado en las curvas de crecimiento. El manejo de las curvas crecimiento, permiten esquematizar el estado nutrición y su tendencia.

2.2.3 Rol de la enfermera en el área de crecimiento y desarrollo

El rol de la enfermera en el área de crecimiento y desarrollo radica en contribuir en la mejora de la salud, nutrición y desarrollo niño valorando, diagnosticando, interviniendo y haciendo seguimiento de forma eficiente, evitando así alteraciones en la salud del niño (MINSA, 2017).

La enfermera tiene distintas funciones en el área de CRED, entre las principales:

- La evaluación del desarrollo del niño en diversas áreas (social, motora, lenguaje y coordinación), a través de 3 instrumentos: Escala de evaluación del desarrollo psicomotor o EEDP, esta aplica para niños de 0 – 24 meses; el Test de desarrollo psicomotor o TEPSI, este aplica para niños mayores de 24 meses hasta los 5 años de edad; y, el último, es el Test peruano de evaluación del desarrollo del niño, que aplica para niños desde el primer mes de vida hasta los 30 meses.
- La evaluación del crecimiento y estado nutricional, empleando la valoración antropométrica, incluyendo como indicadores el peso, talla y perímetro cefálico, de los cuales los 2 principales para evaluar el estado nutricional, son el peso y

la talla, tomando en cuenta el sexo y la edad de cada niño para relacionar ambos con la tablas establecidas por el MINSA (2017).

2.2.4 Técnicas de evaluación nutricional

2.2.4.1. Entrevista nutricional.

Considerar:

- Antecedentes del crecimiento previo del niño, tomando en cuenta peso y talla de nacimiento; ya que este último permitirá establecer una tendencia del patrón que presentará el niño durante su crecimiento.
- La edad del lactante, ya que la omisión de esta en la evaluación nutricional, puede llevar a un frecuente de error en la correlación de los indicadores nutricionales (T/E, P/E, T/P).
- La baja de peso, ya que, si es significativa siendo mayor al 5% del peso habitual en los últimos 3 meses, principalmente si el peso no se ha estabilizado o recuperado en las semanas recientes
- Síntomas que afecten el sistema digestivo, como náuseas, vómitos y diarreas, ya que estos generarán una menor ingesta alimentaria.
- Encuesta alimentaria. Incluyendo datos sobre duración de lactancia materna y si la complementó con alguna fórmula artificial, inicio de la ablactancia, si se suplementa con vitaminas y minerales, y a su vez lo que la madre refiere acerca del apetito del niño.
- Enfermedades, especialmente las crónicas o infecciones.
- Estado general, observando si el paciente está activo, ha limitado su actividad física o está postrado, ya que partiendo de esto se podrá determinar la cantidad

de nutrientes que debe ingerir aportando la energía de acuerdo a sus necesidades.

2.1.2.2. Examen físico y bioquímico

El examen físico actúa como un complemento a la evaluación nutricional. Se debe considerar que los signos clínicos asociados a deficiencias nutricionales no son del todo específicos por lo que necesitan ser corroborados mediante una valoración objetiva, lo cual se obtendrá mediante los parámetros bioquímicos (exámenes de laboratorio) (Prado, 2010).

2.1.2.3. Examen antropométrico

La antropometría comprende mediciones cuantitativas simples del estado nutricional; las medidas antropométricas son importantes ya que indican el estado de las reservas proteicas y de tejido graso del organismo. Se emplea en niños y adultos, los indicadores antropométricos, a su vez, permiten evaluar directamente, comparando las mediciones obtenidas con un patrón de referencia generalmente aceptado a nivel internacional, estableciendo así el estado nutricional en que el individuo se encuentra (OMS, 2015).

Reyes dice que para la evaluación antropométrica las variables más utilizadas son:

1. Edad: Tiempo que ha vivido una persona en años.
2. Peso: Representa la masa corporal total del individuo, y constituye una medida fácil de obtener y muy simbólica. En los niños, es una medida más sensible de la nutrición adecuada que la estatura, y refleja el consumo nutricional reciente (Reyes, 2015).

Es el parámetro antropométrico más utilizado, ya sea en el campo hospitalario o comunitario; es la medida de primera elección, para la valoración e interpretación del estado clínico, tanto en condiciones agudas como crónicas (Nuñez, 2010).

Procedimiento

Según la norma técnica del MINSA (2017), N°137, el procedimiento para evaluar el peso en menores de 24 meses, es el siguiente:

- Deberán participar 2 personas, una que generalmente es la madre, padre o cuidador, es quien sujetar al niño y asegurándose de que no se vaya a caer, mientras que el personal de salud ejecuta la medición y registro.
 - La balanza deberá estar en una superficie plana y firme evitando así una medida errónea.
 - Cubra la superficie de la balanza donde se pondrá al bebe del peso con un pañal de tela (pesado previamente)
 - Calibre la balanza en cero antes de cada pesada.
 - El niño deberá estar sin zapatos y con ropa ligera, para así no alterar el peso.
 - Coloque al niño sobre el platillo, sentado o acostado y busque equilibrarlo.
 - El observador se estacionará enfrente de la balanza, procediendo a leer y registrar el peso marcado, en los formatos correspondientes.
3. Talla: Es el parámetro fundamental para valorar el crecimiento en longitud, es otra de las mediciones antropométricas que se realizan a la hora de una valoración nutricional (Quispe, 2016).

Procedimiento

Según la norma técnica del MINSA (2017), N°137, el procedimiento para evaluar la talla en menores de 24 meses es el siguiente:

- La medición se realizará estando el niño acostado o de forma horizontal dependiendo la edad de este.
- El infantómetro se debe ubicar en una superficie nivelada, dejando los extremos libres para permitir que la persona que realice el procedimiento y el asistente que lo ayude ocupen esos lugares.
- Se colocará al niño sin gorro, moños, ni zapatos, boca arriba sobre el infantómetro, con la cabeza contra el tope fijo y con los pies hacia el tope móvil.
- El asistente se pondrá al extremo del infantómetro, tomando la cabeza con ambas manos colocándola de modo que toque suavemente el tope fijo.
- La persona que mide debe situarse a un lado del infantómetro (lado donde se encuentra la cinta métrica), sujetando los tobillos pegados del niño y con el codo de ese brazo (Izquierdo) hacer presión suavemente sobre las rodillas del niño para evitar que las flexione.
- Acercar el tope móvil hasta tocar las plantas, ejerciendo una presión constante.
- Leer la medida de la cinta métrica y registrar el número que aparece por delante del tope móvil.
- Repetir la medición hasta conseguir una diferencia máxima de un milímetro, a la anterior.
- Se anotará la cantidad exacta en los registros correspondientes (historia clínica, cuaderno de atención integral del niño y registros de seguimiento).

4. Género: Rol que desempeña cada persona y sirve para identificar el sexo de las personas; hombre o mujer (Reyes, 2015).

2.1.4.3.1 Indicadores antropométricos

La antropometría viene del término *ántropo*, que se refiere al hombre y *metrología*, que es la ciencia que trata las unidades de medida. 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, diferenciando a los individuos nutricionalmente sanos de los desnutridos, con sobre peso y obesidad. (Castillo Hernández *et al.*, 2004).

Se relacionan con estándares establecidos como normales según la edad y el sexo. Así, a partir del uso de Gráficos o Tablas de referencia, se obtienen los índices básicos más usados en niños menores de 2 años que son: peso para la edad, talla para la edad y peso para la talla (Albeyá, 2013).

Las ventajas de los indicadores antropométricos entre otros son:

- No invasivos
- Accesible y fáciles de ejecutar
- Equipo barato para realizarlo

Entre sus desventajas podemos citar:

- Requieren de personal capacitado
- Su confiabilidad depende de la precisión y exactitud

Peso para la edad

Es un indicador del crecimiento de la masa corporal, detecta la desnutrición global y obesidad (Albeyá, 2013).

Talla para la edad

Es un indicador del crecimiento lineal y descubre 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 (Albeyá, 2013).

Peso para la talla

Indica el crecimiento actual, al relacionar el peso con la talla en un momento determinado, permitiendo detectar 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 (Albeyá, 2013).

Dentro de los indicadores antropométricos, es el más utilizado, pues tienen amplia disponibilidad de equipo, facilidad y precisión en su ejecución, y gozan de aceptación general por parte de los pacientes (Castillo Hernández *et al.*, 2004).

2.2.5. Clasificación del estado nutricional

El estado nutricional se clasifica mediante la Desviaciones estándar, la cual se define como el punto de corte de normalidad para las curvas antropométricas. Así tenemos la siguiente clasificación según la Norma Técnica N° 137 (MINSa, 2017):

Puntos de corte	PESO PARA EDAD	PESO PARA TALLA	TALLA PARA EDAD
Desviación estándar	Clasificación	Clasificación	Clasificación
> + 3	---	Obesidad	Muy alto
>+ 2	Sobrepeso	Sobrepeso	Alto
+2 a -2	Normal	Normal	Normal
< - 2 a -3	Desnutrición	Desnutrición	Talla baja
< - 3	Bajo peso severo	Desnutrición severa	Talla baja severa

2.2.6. Causas de las alteraciones nutricionales

Según la OMS (2015), las causas de las alteraciones nutricionales son:

- Primarias

Quando existe un desequilibrio entre gasto energético y la ingesta de alimentos. Es decir, se basa en el aporte de nutrientes, ya sea excesivo o reducido.

- Secundaria

Quando existe alguna enfermedad que conduce a una inadecuada ingestión, absorción, digestión o metabolismo de los nutrimentos.

- Mixta

Se presenta cuando están coexisten las dos causas anteriores.

2.2.7. Alteraciones del estado nutricional

Se pueden dar por exceso o defecto y son:

2.2.7.1 Desnutrición

La desnutrición se define como un estado déficit proteico - calórico a consecuencia de un consumo insuficiente o de baja calidad de alimentos nutritivos durante periodos prolongados, originando trastornos en el desarrollo óptimo de una persona en las diferentes etapas de su vida (OMS, 2015).

La infancia es una etapa importante en evolutivo del hombre, caracterizada por dos fenómenos: crecimiento y desarrollo. Para que estos fenómenos tomen curso con total normalidad, es primordial brindar adecuada nutrición, estando esta sometida a factores biológicos, sociales, económicos y culturales que condicionan favorable o desfavorablemente. Cuando se modifica el equilibrio de estos factores y se ve alterada la nutrición, se interrumpe el crecimiento y desarrollo de los niños, dando lugar a la desnutrición infantil (Ortiz, 2016).

La desnutrición es una enfermedad provocada por desequilibrio entre la ingesta y demanda de nutrientes, manifestándose por retraso del crecimiento (talla baja para la edad, peso bajo para la edad o peso bajo para la talla). La desnutrición en la etapa preescolar y escolar afecta la capacidad de atención y aprendizaje en los niños, ya que afecta el desarrollo cerebral (Quispe, 2016).

A su vez, podemos concluir que la desnutrición es una enfermedad multisistémica, que afecta órganos y sistemas del cuerpo, por la disminución en la ingesta de nutrientes. Se evidencia por grados de déficit antropométrico, signos y síntomas clínicos y alteraciones bioquímicas, hematológicas e inmunológicas (Flores, 2008).

Tipos de desnutrición

Desnutrición crónica

La prevalencia de desnutrición crónica en el Perú, es de 14,6%, y se relaciona con el bajo nivel educativo de la madre, el nivel de pobreza y la ingesta de nutrientes. (Mamani *et al.*, 2017)

Se manifiesta por la baja talla para la edad del individuo, a consecuencias de una ingesta alimentaria en la cual se omite la cantidad y calidad necesaria, conllevando a brindar al niño una dieta deficiente y al ser esta recurrente, genera consecuencias irreversibles, entre la más significativa en los niños menores de 36 meses, la ganancia de talla (Alvarez Ortega, 2019).

Se mide comparando la talla del niño con el estándar recomendado para su edad (T/E) (Wisbaum, 2014).

El MINSA (2017) establece que se considera desnutrición crónica, cuando el punto se ubica por debajo de -2 DS, tomando como referencia la mediana.

- *Desnutrición aguda*

Se evidencia por el bajo peso para la talla del niño o niña, manifestándose por una mala ingesta y asimilación de los alimentos, generando una pérdida de peso. Este tipo de desnutrición se considera recuperable, pero se debe tener en cuenta que si no se actúa oportunamente para contrarrestar este déficit, se puede poner en alto riesgo la vida del individuo. (Alvarez Ortega, 2019)

Un niño con desnutrición aguda moderada pesa menos de lo que le corresponde con relación a su altura (P/T) (Wisbaum, 2014).

El MINSA (2017) establece que se considera desnutrición aguda, cuando el punto se ubica por debajo de -2 DS, tomando como referencia la mediana.

- ***Desnutrición global***

En esta situación el peso del niño está debajo del mínimo para su edad (P/E) (INEI, 2015).

El MINSA (2017) establece que se considera desnutrición global, cuando el punto se ubica por debajo de -2 DS, tomando como referencia la mediana.

Consecuencia de la desnutrición

La UNICEF, en el año 2014 en su informe sobre desnutrición, sostuvo que la desnutrición aguda incrementa el riesgo de muerte; sin embargo, la desnutrición crónica afecta en mayor proporción a los niños, siendo a veces invisible por lo que no recibe la atención necesaria para revertirla, ya que sus consecuencias son irreversibles y afectarán en el trayecto de la vida. La desnutrición crónica aumenta el riesgo de contraer enfermedades e inhibe el crecimiento y desarrollo físico e intelectual del niño. Al restringir el desarrollo de su capacidad intelectual y cognitiva, influirá negativamente en el rendimiento escolar y en la adquisición de habilidades que le permitirán desarrollarse a lo largo de su vida. A su vez, limita la capacidad del niño de convertirse en un adulto que pueda contribuir en el desarrollo y sostenibilidad de su comunidad y país, convirtiéndose en un serio obstáculo (UNICEF, 2014).

- Causa mortalidad, morbilidad y discapacidad
- Reduce la capacidad física y la productividad económica
- Disminuye la capacidad intelectual y de aprendizaje
- Detiene el crecimiento y el desarrollo físico
- Puede causar enfermedades crónicas o metabólicas

2.2.7.2. Obesidad y sobrepeso

En años anteriores un niño robusto era considerado un niño sano, que podría sobrevivir las consecuencias que conlleva sufrir desnutrición, entre ellas las infecciones. Sin embargo, en estos años, el exceso de peso se ha convertido en una contrariedad de salud desde la niñez. Los niños obesos constituyen una población de riesgo; teniendo esta una mayor probabilidad de sufrir de una serie de complicaciones en la adultez, como son las enfermedades crónicas no transmisibles, que incrementarán los riesgos de morbilidad, tanto a nivel nacional como mundial (Tazza & Bullón, 2013).

La Organización Mundial de la Salud (2015) refiere que la obesidad y el sobrepeso infantil se podrían definir como enfermedades graves que afecta a niños y adolescentes y se dan cuando el niño o adolescente está demasiado por encima del peso normal para su altura y edad, lo cual se genera por malos hábitos alimenticios, falta de ejercicio y en algunos casos se le asocia a la genética o patologías. La obesidad y sobrepeso infantil son especialmente preocupantes porque los kilos de más comienzan a producir problemas de salud en el niño que normalmente se potencializa al llegar a la adultez.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en los niños, están aumentando de forma progresiva y rápida, lo que conlleva a incrementar el riesgo de enfermedades crónicas como la diabetes, coronarias, y la hipertensión en la etapa de adultez. El sobrepeso y obesidad predominan en los niños de la zona urbana y que son no pobres (Mamani *et al.*, 2017).

Sobrepeso

Se dice que un niño tiene sobrepeso cuando el peso está por encima del máximo para la talla. Según la tabla de clasificación dado por el MINSA para decir que un niño se encuentra en sobrepeso su punto de indicador P/E, se ubica por encima de +2 DS (MINSA, 2017).

Obesidad

Un niño es diagnosticado con obesidad cuando su peso está muy por encima del máximo para la talla. Según la tabla de clasificación dando por el MINSA para decir que un niño se encuentra en OBESIDAD su punto de indicador P/T se ubica por encima de +3 DS (MINSA, 2017).

Causas

Según la Organización Mundial de la Salud (2019), la causa fundamental del sobrepeso y la obesidad infantil es el desequilibrio de la ingesta calórica y el gasto calórico. El aumento mundial del sobrepeso y la obesidad infantiles es atribuible a varios factores, tales como:

- Dieta

En la actualidad, ha habido un cambio dietético mundial, ya que se ha aumentado la ingesta de alimentos hipercalóricos, excesivamente azucarados y con alta cantidad de grasas, pero con escaso contenido de minerales, vitaminas y otros micronutrientes saludables (OMS, 2019).

- Falta de ejercicio

Ha aumentado la rutina sedentaria en muchas actividades recreativas, laborales, el cambio de los modos de transporte y la creciente urbanización, incrementando la tendencia de disminución de la actividad física (OMS, 2019).

- Antecedentes familiares

Si el niño proviene de una familia de personas con sobrepeso, tendrán una tendencia a ganar peso en exceso (OMS, 2019).

- Factores psicológicos

Algunos niños para enfrentar los problemas o para hacer frente a las emociones, como el estrés, o para combatir el aburrimiento, recurren a alimentarse en exceso (OMS, 2019).

Consecuencias

Físicas

Diabetes tipo 2

La diabetes tipo 2 en niños es una enfermedad crónica que afecta a la forma en que el organismo del niño metaboliza el azúcar (glucosa). Esta diabetes es causada en parte por una mala alimentación y muchas veces puede ser revertida consumiendo alimentos saludables y haciendo ejercicio (OMS, 2019).

El síndrome metabólico

El síndrome metabólico no es una enfermedad en sí, sino un conjunto de condiciones que pueden poner al niño en riesgo de desarrollar problemas como enfermedades del corazón, diabetes u otros problemas de salud. Este conjunto de condiciones incluye la hipertensión, diabetes, el colesterol alto y exceso de grasa abdominal (OMS, 2019).

El colesterol alto y presión arterial alta

El niño a consecuencia de la obesidad o sobrepeso puede desarrollar presión arterial alta o colesterol alto, si tienen una inadecuada alimentación y que no sea saludable. Estos factores pueden contribuir a la acumulación de placas en las arterias. Estas placas pueden causar que las arterias se estrechen y endurezcan, lo que puede conducir a un ataque al corazón o un derrame cerebral en el futuro (OMS, 2019).

El asma y otros problemas respiratorios

El exceso de peso en el niño puede causar problemas con el desarrollo y afectar a la salud de sus pulmones, lo que lleva al asma u otros problemas respiratorios (OMS, 2019).

La pubertad temprana o la menstruación

Siendo un niño obeso puede crear desequilibrios hormonales. Estos desequilibrios pueden causar que la pubertad inicie antes de lo esperado (OMS, 2019).

Psicoemocionales

La baja autoestima

Los niños suelen molestar o intimidar a sus compañeros con sobrepeso, por lo que sufren una pérdida de la autoestima y un mayor riesgo de depresión como resultado (OMS, 2019).

El comportamiento y problemas de aprendizaje

Los niños con sobrepeso tienden a aumentar su ansiedad y por otro lado manejan pobres habilidades sociales que los niños con peso normal. El estrés y la ansiedad también interfieren en el aprendizaje (OMS, 2019).

Depresión

La baja autoestima puede crear sentimientos abrumadores de desesperación en algunos niños con sobrepeso. Cuando el niño obeso pierde la esperanza de que su vida va a mejorar, puede deprimirse. Un niño deprimido puede perder interés en las actividades normales, dormir más de lo normal o llorar mucho. De cualquier manera, la depresión es tan grave en los niños como en los adultos (OMS, 2019).

3. Teorías de enfermería que sustenta el trabajo de investigación

El rol de la enfermería, en cuanto a la nutrición, es: asistir, informar, formar, educar, asesorar y adiestrar, desde el aspecto bio-psico-social del paciente y con un desarrollo estructurado en diferentes etapas, siendo una de ellas la Infantil. La enfermera pauta el adiestramiento de la madre, asegurando una colaboración en la atención nutricional y evaluación continua de resultados de su hijo. Todo ello con actitud científica, abierta, constante, personalizada y con empatía, basándose en la teoría planteada por Ramona T. Mercer, la cual hace énfasis en la adopción eficaz del rol maternal, definiéndolo como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante un cierto periodo de tiempo, en la cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, y a medida que el proceso avanza la madre experimenta sensaciones de gratificación al cumplir rol maternal, identificándose completamente como madre; la llevará a optar conductas que respalden el desarrollo óptimo de su niño, gozando este de buena salud. Sin embargo, Ramona T. Mercer, dice que pueden haber factores como el estrés, la cultura, la situación familiar, contexto socioeconómico y la madurez mental que pueden condicionar el cumplimiento eficaz del rol de madre, afectando de esta manera los cuidados dirigidos hacia su niño (Marriner, 2003).

4. Definición de términos

- **Nutrición**

Proceso biológico a partir del cual el organismo asimila los alimentos y los líquidos necesarios para el crecimiento, funcionamiento y mantenimiento del organismo.

- **Factores**

Podemos entendemos por factores a todos aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los promotores de la evolución o transformación de esta (Marriner, 2003).

- **Malnutrición**

Con el término de malnutrición se refiere a aquella alimentación totalmente inadecuada para la salud de un ser vivo como consecuencia de la falta de equilibrio o variedad que presenta.

- **Espacio intergenésico**

Intervalo de tiempo que se debe dejar pasar entre un embarazo y otro.

- **Factores biológicos**

Elementos inherentes a una cosa, propios de ella e inmodificables.

- **Factores socioeconómicos**

Elementos externos que condicionan una situación, siendo a su vez modificables.

Capítulo III

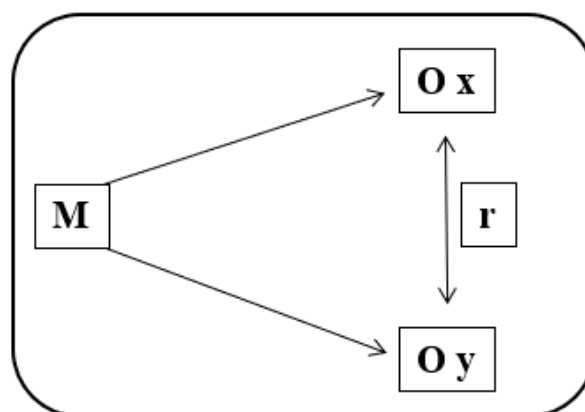
Material y métodos

1. Tipo y diseño de investigación

Se trata de una investigación con enfoque cuantitativo, permitiendo recoger, procesar, analizar y medir datos numéricos sobre las variables en estudio utilizando instrumentos estructurados. Se analizó los resultados mediante procedimientos estadísticos para determinar si existe asociación entre estas; para contrastar las hipótesis planteadas y dando respuesta al problema de investigación. (Baptista, 2015)

El diseño de la investigación es no experimental, ya que no se manipularon las variables, trabajando con ellas en su contexto natural, sin alterarlas o variarlas. (Baptista, 2015)

Expresado en el siguiente diagrama:



❖ **Especificaciones:**

M → Muestra

O → Observaciones

x → Factores Maternos

r → Indica la relación entre las variables de estudio

Y → Estado nutricional del lactante

Esta investigación corresponde al tipo correlacional, ya que describe y busca la asociación de las variables. Además, es de corte transversal, debido a que se recolectaran los datos en un solo momento, de tiempo prospectivo ya que el proceso de recolección de datos se realizarse en el presente y se analizan en el futuro. (Baptista, 2015).

2. Descripción del área de estudio

El estudio se realizará en el Centro de Salud Fortaleza, perteneciendo al nivel I – III; se encuentra ubicado en el distrito de Ate. Atiende anualmente aproximadamente 32.083 habitantes de diferentes grupos etarios de 125,248 habitantes del distrito, de la cual 5,638 de los habitantes está conformado por niños menores de 5 años; el Centro de Salud está conformado por diferentes consultorios como Medicina, Obstetricia, Odontología, Psicología, además de Estrategias Sanitarias como Inmunizaciones, Tuberculosis, Enfermedades Diarreicas Agudas, Enfermedades Respiratorias Agudas, Zoonosis, destacando también el Servicio de Crecimiento y Desarrollo.

La atención que se brinda diariamente en el Servicio de Crecimiento y Desarrollo, en los horarios de Lunes a Sábado en la mañana de 8:00 a.m. – 2:00 p.m., y en la

tarde de 2:00 p.m. – 8:00 p.m., respectivamente, la cual es brindada por tres Licenciadas en Enfermería, turnándose en la semana para brindar una atención integral manteniendo el equilibrio en todas las esferas biopsicosocial – espiritual, además de charlas educativas a los padres o a la persona que acude a la cita sobre la estimulación del niño, se atienden 10 niños entre 6 a 24 meses al día citados previamente, sumando 60 a la semana y 240 al mes.

3. Población y muestra

3.1. Población

La población total estuvo conformada por 240 niños entre los 6 y 24 meses de edad y sus madres respectivamente que asisten regularmente al Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Fortaleza, en el periodo del mes de diciembre del 2019.

3.2. Muestra

Para la selección de la muestra se empleó el muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple. Para determinar el tamaño muestral se utilizará la siguiente fórmula finita:

$$n = \frac{NZ^2 pq}{(N - 1)E^2 + Z^2 pq} =$$

$$n = \frac{240 \times (1.96)^2 \times 0.6 \times 0.4}{(240 - 1) \times (0.05)^2 + (1.96)^2 \times 0.6 \times 0.4}$$

$$n = 148$$

Donde:

- **n** = Tamaño de la muestra
- **N** = Total de la población
- **Z²** = 1.96 (si la seguridad es del 95%)
- **p** = Proporción esperada (= 0.5)
- **q** = En este caso es 0.5
- **E²** = 0.05

Se realizó un reajuste de tamaño muestral aplicando la siguiente fórmula:

$$\frac{n_0}{N} = 62\%$$

Como es mayor que el 10% entonces se le aplica el factor corrección

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} = 93$$

El tamaño de la muestra es 93

3.2.1. Criterios de Inclusión

Madre

- Madres que firmaron el consentimiento informado
- Madres con lactantes de 6 a 24 meses
- Madres con lactantes atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud

Niño/a

- Lactantes de 6 a 24 meses
- Lactantes atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud
- Lactantes sin ninguna enfermedades gastrointestinales o endocrinológicas que puedan alterar su peso o talla

3.2.2. Criterios de Exclusión

Madre

- Madres con más de dos hijos que asisten el mismo día a su control
- Madres que no dispongan del tiempo para la evaluación
- Madres con alguna discapacidad mental o física

Niño/a

- Lactantes con alguna discapacidad mental o física
- Lactantes que no asisten a su control de forma regular
- Lactantes que son llevados a su control de crecimiento y desarrollo por otra persona que no sea su madre

3.2.3. Características de la muestra

En la tabla 1, se observa que del 100% de las madres, el 83,9% presentó una edad entre 20 y 34 años, de las cuales el 76,3% era ama de casa y se dedicaba al cuidado del lactante. Asimismo, el 81,7% tenían estudios secundarios, el 54,8% tenía ingresos entre 930 a 1000 soles mensuales; y, por último, el 71,0% de las madres no tenían espacio intergenésico y son primíparas, con referencia a las madres que tenían más de un hijo, el 21,5% de las madres tenía un espacio intergenésico mayor a los 24 meses.

Tabla 1. *Distribución de las características sociodemográficas de la madre*

Variable	n	%
Edad		
15 - 19 años	15	16,1
20 - 34 años	78	83,9
Ocupación		
Ama de casa	71	76,3
Madre que trabaja	22	23,7
Persona a cargo del cuidado del niño		
Madre a cargo del niño	71	76,3
Familiar	12	12,9
Niñera exclusiva	3	3,2
Guardería	7	7,5
Nivel Educativo		
Primaria	1	1,1
Secundaria	76	81,7
Superior	16	17,2
Ingresos Económicos		
Menor a 930 Soles	19	20,4
De 930 a 1000 Soles	51	54,8
De 1001 Soles a más	23	24,7
Paridad Materna		
Primípara	66	71,0
Multípara	22	23,7
Gran multípara	5	5,4
Espacio Intergenésico		
Sin espacio intergenésico	66	71,0
Menor a 24 meses	7	7,5
Mayor a 24 meses	19	21,5
Total	20	100,0

En la tabla 2, se observa que del 100% de lactantes, el 68,8% presentó una edad entre 6 y 11 meses, y solo el 31,2% presento una edad entre 12 y 24 meses.

Asimismo, el 54,8% era de sexo masculino y el 45,2% de los lactantes era de sexo femenino.

Tabla 2. *Distribución de las características sociodemográficas del lactante de 6 a 24 meses*

Variable	n	%
Edad		
6 - 11 Meses	64	68,8
12 - 24 Meses	29	31,2
Sexo		
Masculino	51	54,8
Femenino	42	45,2
Total	93	100,0

4. Hipótesis de la investigación

4.1. Hipótesis general

- H₁: Existe asociación entre los factores maternos y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro. de salud de Lima Este, 2019.
- H₀: No existe asociación entre los factores maternos y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro. de salud de Lima Este, 2019.

4.2. Hipótesis específicas

- H₁: Existe asociación del factor biológico con respecto a la edad y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este, 2019.
- H₀: No existe asociación entre el factor biológico con respecto a la edad y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este, 2019.
- H₁: Existe asociación del factor biológico con respecto al espacio intergenésico y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este, 2019.
- H₀: No existe asociación entre el factor biológico con respecto al espacio intergenésico y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este, 2019.
- H₁: Existe asociación del factor biológico con respecto la paridad materna y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este, 2019.
- H₀: No existe asociación entre el factor biológico con respecto la paridad materna y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este, 2019.
- H₁: Existe asociación entre el factor socioeconómico con respecto a la ocupación de la madre y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este, 2019.

- H₀: No existe asociación entre el factor socioeconómico con respecto a la ocupación de la madre y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este, 2019.
- H₁: Existe asociación entre el factor socioeconómico con respecto al cuidado y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este, 2019.
- H₀: No existe asociación entre el factor socioeconómico con respecto al cuidado y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este, 2019.
- H₁: Existe asociación entre el factor socioeconómico con respecto a los ingresos económicos de la madre y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este, 2019.
- H₀: No existe asociación entre el factor socioeconómico con respecto a los ingresos económicos de la madre y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este, 2019.
- H₁: Existe asociación entre el factor socioeconómico con respecto al nivel educativo de la madre y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este, 2019.
- H₀: No existe asociación entre el factor socioeconómico con respecto al nivel educativo de la madre y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses

atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este, 2019.

5. Identificación de variables de la investigación

- Variable 1: Factores maternos
- Variable 2: Estado nutricional

6. Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Factores Maternos	Son aquellos elementos atribuidos a la madre que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de circunstancias que	Aquellos factores que intervienen intrínsecamente en las madres que son atendidas en el centro de salud fortaleza, siendo no modificables y propios de su organismo.	Factores biológicos	Edad	Edad de la madre: a) 15 - 19 años b) 20 – 34 años c) 35 años a mas
				Espacio intergenésico	Periodo desde la finalización de un embarazo hasta la concepción del otro. a) Sin espacio intergenésico b) Menor a 24 meses c) Mayor a 24 meses

	incluyan a su hijo Herrera & Vegas (2016).			Paridad Materna	Cantidad de hijos de la madre: a) Primípara b) Multípara c) Gran multípara
		Situaciones extrínsecas que se atribuyen del entorno de la madre y pueden ser modificables.	Factores socioeconómicos	Ocupación	Ocupación de la madre: a) Ama de casa b) Trabaja
				Cuidado del niño	Persona a cargo del lactante a) Madre b) Familiar c) Niñera exclusiva d) Guardería

				Ingresos económicos	<p>Ingreso económico mensual del hogar de la madre:</p> <p>a) Menor de 930</p> <p>b) De 930 a 1000</p> <p>c) De 1001 a más</p>
				Nivel educativo	<p>Grado de instrucción de la madre:</p> <p>a) Primaria</p> <p>b) Secundaria</p> <p>c) Superior</p>

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
Estado Nutricional	<p>Es la situación física en la que se encuentra una determinada persona como resultado de la relación entre la ingesta de nutrientes y las necesidades corporales según peso y talla para la edad (MINSA, 2017).</p>	<p>Refleja el peso relativo para una talla dada y define la probabilidad de la masa corporal, independientemente de la edad. A su vez este indicador antropométrico que al correlacionarlo con la desviación estándar (DS), refleja el estado nutricional actual de niño (MINSA, 2017).</p> <p>La escala global será:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obesidad (+3) - Sobrepeso (+2) - Normal (+2 a - 2) - Desnutrición severa (< - 3) 	Peso/ Talla	<ul style="list-style-type: none"> - Peso (Kg) - Talla (cm)

7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En este trabajo de investigación se empleó 2 instrumentos uno dirigido a obtener información sobre la variable “factores maternos” (biológicos y socioeconómicos), para lo cual se utilizó la técnica de la encuesta empleando como instrumento un cuestionario. El segundo instrumento estuvo dirigido a obtener información de la variable “estado nutricional” empleando la técnica de la observación, donde se utilizó una ficha de registro y evaluación antropométrica para obtener información del estado nutricional del lactante.

7.1. Cuestionario sobre los factores maternos

El primer instrumento dirigido a medir la variable “Factores maternos” se tomó de referencia para la adaptación de las pregunta 1,2,3, 4 y 5 a Ponce & Lujan (2019), cuyo instrumento fue sometido a validación por una prueba binomial que dio un puntaje de 0.027 y la confiabilidad se determinó por Alfa de Cronbach dando como resultado 0.952, siendo de alta confiabilidad. Para la adaptación de la pregunta 6, se tomó de referencia a Delgado Sánchez *et al.* (2015) a su vez su instrumento tuvo una validez 97% y una confiabilidad 98,6%. Estas preguntas fueron adaptadas de acuerdo a la realidad de la población y tomando en cuenta las ultimas clasificaciones dadas por la (OMS, 2016).

El instrumento adaptado consta de 7 preguntas de los cuales 1 era exclusiva para las madres que tienen más de 1 hijos, estuvieron divididos en las dimensiones de: factores biológicos (edad, espacio intergenésico y paridad materna) y factores socioeconómicos (ocupación, cuidado del niño, ingresos económicos y nivel educativo).

Para la edad se consideró como respuesta si la madre era adolescente (15 a 19 años), si era adulta joven (20 a 34 años) o si era adulta madura (35 a más años); para la ocupación, se consideró si la madre era ama de casa o trabajaba, para ver quien se hacía cargo del cuidado de niño. Se pidió a la madre especificar si ella se hacía cargo del cuidado del niño o lo dejaba a cargo de un familiar, niñera exclusiva o guardería. Con respecto al grado de instrucción, se consideró si la madre tenía primaria, secundaria o educación superior completa o incompleta. El ingreso económico familiar mensual se consideró: familia de muy bajos recursos económicos (inferior a 930 soles), familia de bajo recurso económico (930 a 1000 soles) y familia con regular recursos económicos (1001 a más). Al evaluar el espacio intergenésico, se inició preguntando si la madre era primeriza (solo un hijo), multípara (dos hijos) o si era gran multíparas (más de 3 hijos) y así poder evaluar la paridad materna, prosiguiendo a pedirle si es que tiene más de un hijo, que indique la fecha de nacimiento del penúltimo, para clasificar el espacio intergenésico en menor a 24 meses y superior a 24 meses.

Este instrumento fue sometido a una validación del contenido a través del juicio de 10 expertos, alcanzado un puntaje de .00617 en la prueba binomial, estableciéndose que el instrumento es válido. Asu vez, la confiabilidad del instrumento se determinó a través de la aplicación de una prueba piloto con 20 madres con similares características a la población de estudio, mediante la prueba de Alpha de Cronbach, que dio como resultado .80, siendo este considerado altamente confiable.

7.2. Ficha de registro y evaluación antropométrica dirigido al niño (a)

El segundo instrumentó fue creado y manipulado exclusivamente por las autoras; estuvo dirigido a medir la variable “Estado nutricional”. Se dividió en tres partes, la primera en obtener información general del niño como la edad, clasificándolos en lactantes menores (6 a 11 meses) y lactantes mayores (12 a 24 meses); la segunda parte se dirigió a obtener información sobre el sexo del lactante (femenino o masculino) y a su vez se obtuvo información sobre el estado nutricional, mediante un examen antropométrico obteniendo la talla y peso que se relacionó con las tablas establecidas en la norma técnica para control de crecimiento y desarrollo en menores de 5 años (MINSA, 2017) para la clasificación según los indicadores antropométricos P/T, T/E Y P/E, tomándose como referencia la desviación estándar (mediana), todo lo cual fue plasmado una ficha de registro antropométrico; la tercera parte se orientó en obtener un resultado de hemoglobina mediante un examen bioquímico, el cual se clasificó por los valores establecidos en la norma técnica del MINSA (2017), considerándose normal (≥ 11 g/dl), Anemia Leve (10.0 a 10.9 g/dl), Anemia Moderada (7.0 a 9.9 g/dl) o Anemia Severa (< 7.0 g/dl).

La ficha de registro fue sometida a una validación del contenido a través del juicio de 10 expertos, alcanzado un puntaje de .00617 en la prueba binomial, estableciéndose que el instrumento es válido. Asu vez, la confiabilidad del instrumento se determinó a través de la aplicación de una prueba piloto con 20 madres con similares características a la población de estudio, mediante la prueba de Alpha de Cronbach, que dio como resultado .80, siendo este considerado altamente confiable.

8. Proceso de recolección de datos

Previo a iniciar el procedimiento de recolección de datos, se realizaron los trámites administrativos en la dirección Escuela de Enfermería de la Universidad Peruana Unión, mediante una solicitud aprobada y respaldada por la Escuela y la asesora del trabajo de investigación, se obtendrá el permiso de la DIRIS IV, a través de la evaluación de su comité de ética, obteniendo las facilidades del director del Centro de Salud Fortaleza, para llevar a cabo el estudio. Luego se coordinó con la Enfermera Jefe del Servicio Crecimiento y Desarrollo, para así poder tener el acceso a las madres y niños que participaron en el estudio, previamente habiendo firmado el consentimiento informado, aplicándose así la encuesta y la ficha de registro y evaluación antropométrica. La recolección de datos de las madres e hijos se realizó una vez por semana durante un mes, en el horario de 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 5:00 p.m., tomando un tiempo aproximado de 5 minutos para la encuesta y otro 5 para la evaluación antropométrica del niño.

9. Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de datos inició con la codificación y tabulación de los resultados obtenidos en el programa Microsoft Office Excel 2013, luego se procedió al ingreso de los datos al paquete estadístico Statistic 13.01. Siguiendo con la limpieza de datos verificando la fiabilidad del instrumento. Para el análisis de datos descriptivos, se utilizaron tablas de distribución de frecuencias. Se utilizó una prueba no paramétrica de acuerdo a la naturaleza de las variables de estudio, “Factores maternos” (categórica nominal) y “Estado nutricional” (categórica ordinal), se eligió para el contraste de hipótesis la prueba Chi cuadrado. Este pertenece a las pruebas no

paramétricas, permitiéndole operar en variables de tipo cualitativa o categórica (Capcha, 2019).

10. Consideraciones éticas

Se respetó los principios de la libertad mediante la participación voluntaria y el principio de autonomía mediante el consentimiento informado de las madres de los niños incluidos en el estudio.

Asimismo, se realizó la revisión del carnet de control de crecimiento y desarrollo de los niños seleccionados para el estudio. Se aseguró a las madres que no figurará el nombre de los participantes, por lo que se usó códigos para conservar la confidencialidad de los datos, teniendo acceso solo las investigadoras.

A su vez, en el trabajo, se tuvo en cuenta el principio de beneficencia en la comunidad aportando información clave para poder orientar estrategias que permitan fomentar un adecuado estado nutricional en los infantes.

Capítulo IV

Resultados y discusión

1. Resultados

Tabla 3. *Factores maternos biológicos con respecto a la edad de la madre del lactante atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este*

Factor Biológico (Edad)	n	%
Edad		
15 - 19 años	15	16,1
20 - 34 años	78	83,9
Total	93	100,0

En la tabla 3, se observa que del 100% de la muestra el 83,9% de las madres presentan entre 20 y 34 años, mientras que el 16,1% entre 15 y 19 años.

Tabla 4. *Factores maternos biológicos con respecto al espacio intergenésico de la madre del lactante atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este*

Factor Biológico	n	%
Espacio Intergenésico		
Sin espacio intergenésico	66	71,0
Menor a 24 meses	7	7,5
Mayor a 24 meses	20	21,5
Total	93	100,0

En la tabla 4, se observa que del 100% de las madres, el 71,0 % no tiene espacio intergenésico, mientras que el 21,5 % tiene un espacio intergenésico mayor a 24 meses, y solo el 7,5% el espacio intergenésico es menor a 24 meses.

Tabla 5. *Factores maternos biológicos con respecto a la paridad de la madre del lactante atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este*

Factor Biológico	n	%
Paridad materna		
Primípara	66	71,0
Múltipara	22	23,7
Gran múltipara	5	5,4
Total	93	100,0

En la tabla 5, se observa que del 100% de las madres, el 71,0% de las madres son primípara, el 23,7% son múltiparas y solo el 5,4% son gran múltiparas.

Tabla 6. *Factores maternos socioeconómicos con respecto a la ocupación de la madre del lactante atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este*

Factor Socioeconómico	n	%
Ocupación		
Ama de casa	71	76,3
Madre que trabaja	22	23,7
Total	93	100,0

En la tabla 6, se observa que del 100% de las madres, el 76,3% de las madres son amas de casa y solo el 23,7% de ellas trabajan, a su vez.

Tabla 7. Factores maternos socioeconómicos con respecto al cuidado del lactante atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este

Factor Socioeconómico	n	%
Persona a cargo del niño		
Madre a cargo del niño	71	76,3
Familiar	12	12,9
Niñera exclusiva	3	3,2
Guardería	7	7,5
Total	93	100,0

En la tabla 7, se observa que el 76,3% de madres se hacen cargo del cuidado de su hijo, seguido por un 12,9% de madres que dejan a cargo a su hijo con un familiar, el 7,5% dejan a su hijo en una guardería y solo el 3,2% refieren tener una niñera exclusiva.

Tabla 8. Factores maternos socioeconómicos con respecto a los ingresos económicos de la madre del lactante atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este

Factor Socioeconómico	n	%
Ingresos Económicos		
Menor a 930 Soles	19	20,4
De 930 a 1000 Soles	51	54,8
De 1001 Soles a más	23	24,7
Total	93	100,0

En la tabla 8, se observa que del 100% de las madres, el 54,8% tiene ingresos económicos mensuales entre 930 y 1000 soles; por el contrario, el 24,7% asumen ingresos económicos mayores a 1001 soles mensuales, mientras que el 20,4% de las madres manifiestan tener ingresos económicos mensuales inferiores a 930 soles mensuales.

Tabla 9. Factores maternos socioeconómicos con respecto al nivel educativo de la madre del lactante atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este

Factor Socioeconómico	n	%
Nivel educativo		
Primaria	1	1,1
Secundaria	76	81,7
Superior	16	17,2
Total	93	100,0

En la tabla 9, se observa que del 100% de las madres, el 81,7% manifiestan tener educación secundaria, asimismo el 17,2% de la madre tiene educación superior y solo el 1,1% tiene educación primaria.

Tabla 10. Estado nutricional (P/T) del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este

Estado Nutricional (P/T)	n	%
Obesidad	1	1,1
Sobrepeso	11	11,8
Normal	81	87,1
Total	93	100,0

En la tabla 10, se observa que del 100% de lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo, el 87,1% se encuentra con un estado nutricional normal, seguidamente el 11,8% de lactantes se encuentra con sobrepeso y solo el 1,1% de lactantes se encuentra en un estado nutricional de obesidad.

Tabla 11. Asociación entre el factor materno biológico con respecto a la edad y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este

			Estado nutricional (P/T)				p*	
			Obesidad	Sobrepeso	Normal	Total		
Factor biológico	Edad de la madre	15 - 19 años	n	0	6	9	15	,001
		%	0,0%	6,5%	9,7%	16,1%		
	20 - 34 años	n	1	5	72	78		
		%	1,1%	5,4%	77,4%	83,9%		
	Total	n	1	11	81	93		
		%	1,1%	11,8%	87,1%	100,0%		

*Chi cuadrado = 13,701; g l= 2; p = 0,001

En la tabla 11, se evidencia que del 100% de madres, el 77,4% presentan una edad entre los 20 y 34 años de edad, y los lactantes tienen un estado nutricional normal. Por otro lado, el 1,1% presentan una edad entre los 20 y 34 años de edad y los lactantes tienen obesidad. Con respecto a la asociación de variables se evidencia según la prueba estadística Chi cuadrado de Pearson evidencia un p – valor de 0,001, siendo este menor a 0,05, lo que permite rechazar la H0, quedando demostrado que existe asociación estadísticamente significativa entre la edad de la madre y el estado nutricional (P/T) del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este ($X^2 = 13,701$; $p = ,001$).

Tabla 12. Asociación entre el factor materno biológico con respecto al espacio intergenésico y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este

			Estado nutricional (P/T)				p*	
			Obesidad	Sobrepeso	Normal	Total		
Factor biológico	Sin espacio intergenésico		n	0	4	62	66	,001
			%	0,0%	4,3%	66,7%	71,0%	
	Espacio intergenésico Menor a 24 meses		n	0	4	3	7	
			%	0,0%	4,3%	3,2%	7,5%	
	Mayor a 24 meses		n	1	3	16	19	
			%	1,1%	3,2%	17,2%	21,5%	
Total			n	1	11	81	93	
			%	1,1%	11,8%	87,1%	100,0%	

*Chi cuadrado = 19,872; gl = 4; p= 0,001

En la tabla 12, se evidencia que el 66,7% de las madres no tiene espacio intergenésico y los lactantes presentan un estado nutricional normal. Por lo contrario, el 1,1% de la madre tiene un espacio intergenésico mayor a 24 meses y los lactantes presentan obesidad. Con respecto a la asociación de variables se evidencia según la prueba estadística Chi cuadrado de Pearson un p – valor de p=0,001, siendo este menor a 0,05, lo que permite rechazar la H0, quedando demostrado que existe asociación estadísticamente significativa entre el espacio intergenésico y el estado nutricional (P/T) del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este ($X^2 = 19,872$; p=,001).

Tabla 13. Asociación entre el factor materno biológico con respecto a la paridad y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este

			Estado nutricional (P/T)				p*	
			Obesidad	Sobrepeso	Normal	Total		
Factor biológico	Paridad Materna	Primípara	n	0	4	62	66	,026
			%	0,0%	4,3%	66,7%	71,0%	
		Múltipara	n	1	6	15	22	
			%	1,1%	6,5%	16,1%	23,7%	
		Gran Múltipara	n	0	1	4	5	
			%	0,0%	1,1%	4,3%	5,4%	
	Total	n	1	11	81	93		
		%	1,1%	11,8%	87,1%	100,0%		

*Chi cuadrado = 11,090; gl = 4; p= 0,026

En la tabla 13, se evidencia que el 66,7% de las madres son primípara y los lactantes presentan un estado nutricional normal. Por lo contrario, el 1,1% de las madres son múltiparas y los lactantes presentan obesidad. Con respecto a la asociación de variables, se evidencia según la prueba estadística Chi cuadrado de Pearson evidencia un p – valor de p=0,026, siendo este menor a 0,05, lo que permite rechazar la H0, quedando demostrado que existe asociación estadísticamente significativa entre la paridad materna y el estado nutricional (P/T) del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este ($X^2 = 11,090$; p=,026).

Tabla 14. Asociación entre el factor materno socioeconómico con respecto a la ocupación y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este

				Estado nutricional (P/T)				p*
				Obesidad	Sobrepeso	Normal	Total	
Factor socioeconómico	Ocupación	Ama de casa	n	0	9	62	71	,182
			%	0,0%	9,7%	66,7%	76,3%	
	Trabaja	n	1	2	19	22		
		%	1,1%	2,2%	20,4%	23,7%		
	Total	n	1	11	81	93		
		%	1,1%	11,8%	87,1%	100,0%		

*Chi cuadrado = 3,412; gl = 2; p = 0,182

En la tabla 14, se evidencia que el 66,6% son amas de casa y los lactantes presentan un estado nutricional normal. Solo el 1,1% son madres que trabajan y tienen lactantes con obesidad. Con respecto a la asociación de variables (ocupación de la madre y estado nutricional) se evidencia según la prueba estadística Chi cuadrado de Pearson, evidencia, un p – valor de p=0,182, siendo este mayor a 0,05; por lo que permite aceptar la H0, quedando demostrado que no existe asociación estadísticamente significativa entre la ocupación de la madre y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses ($X^2 = 3,412$; p=,182).

Tabla 15. Asociación entre el factor materno socioeconómico con respecto al cuidado y estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este

			Estado nutricional (P/T)				p*	
			Obesidad	Sobrepeso	Normal	Total		
Factor socioeconómico	Cuidado de lactante	Madre	n	0	9	62	71	,017
			%	0,0%	9,7%	66,7%	76,3%	
		Familiar	n	0	0	12	12	
			%	0,0%	0,0%	12,9%	12,9%	
		Niñera exclusiva	n	0	1	2	3	
			%	0,0%	1,1%	2,2%	3,2%	
		Guardería	n	1	1	5	7	
			%	1,1%	1,1%	5,4%	7,5%	
		Total	n	1	11	81	93	
			%	1,1%	11,8%	87,1%	100,0%	

*Chi cuadrado = 15,528; gl = 6; p = 0,017

En la tabla 15, el 66,6% de las madres se hacen cargo de sus hijos y los lactantes evidencian un estado nutricional normal. Por otro lado, el 1,1% de las madres deja a su hijo a cargo de una guardería y los lactantes tienen obesidad. Con respecto a la asociación de variables se evidencia, según la prueba estadística Chi cuadrado de Pearson, evidencia un p – valor de p=0,017, siendo este menor a 0,05; por lo que permite rechazar la H0, quedando demostrado que existe asociación estadísticamente significativa entre la persona a cargo del cuidado del lactante de 6 a 24 meses y el estado nutricional este ($X^2 = 15,528$; p= ,017).

Tabla 16. Asociación entre el factor materno socioeconómico con respecto los ingresos económicos y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este

		Estado nutricional (P/T)				p*	
		Obesidad	Sobrepeso	Normal	Total		
Factor socioeconómico	Ingresos Económicos	Menor a 930 soles	n 0	6	13	19	,017
			% 0,0%	6,5%	14,0%	20,4%	
	De 930 a 1000 soles	n 0	4	47	51		
		% 0,0%	4,3%	50,5%	54,8%		
	De 1001 soles a más	n 1	1	21	23		
		% 1,1%	1,1%	22,6%	24,7%		
Total		n 1	11	81	93		
		% 1,1%	11,8%	87,1%	100,0%		

*Chi cuadrado = 12,040; gl = 4: p = 0,017

En la tabla 16, se evidencia que el 50,4% de las madres poseen ingresos económicos mensuales entre 930 – 1000 soles y los lactantes presentan un estado nutricional normal. Contrariamente, el 1,1% de las madres poseen ingresos económicos de 1001 soles a más y tienen lactantes con obesidad. Con respecto a la asociación de variables, se evidencia, según la prueba estadística Chi cuadrado de Pearson, un p – valor de 0,017, siendo este menor a 0,05, lo que permite rechazar la H0, quedando demostrado que existe relación que existe asociación estadísticamente significativa entre los ingresos económicos de la madre y el estado nutricional (P/T) del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este ($X^2 = 12,040$; $p = 0,017$).

Tabla 17. Asociación entre el factor materno socioeconómico con respecto al nivel educativo y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este

		Estado nutricional (P/T)					p*
		Obesidad	Sobrepeso	Normal	Total		
Factor Socioeconómico	Prim.	n	0	0	1	1	,910
		%	0,0%	0,0%	1,1%	1,1%	
	Sec.	n	1	10	65	76	
		%	1,1%	10,8%	69,9%	81,7%	
	Sup.	n	0	1	15	16	
		%	0,0%	1,1%	16,1%	17,2%	
	Total	n	1	11	81	93	
		%	1,1%	11,8%	87,1%	100,0%	

*Chi cuadrado = 0,998; gl = 4; p = 0,910

En la tabla 17, se evidencia el 69,9% de las madres tienen un nivel educativo secundario y los lactantes presentan un estado nutricional normal. No obstante, el 1,1% de las madres, con nivel educativo superior, tienen lactantes con sobrepeso. Con respecto a la asociación de variables, se evidencia, según la prueba estadística Chi cuadrado de Pearson, evidencia un p – valor de 0,910, siendo este mayor a 0,05, lo que permite aceptar la H0, quedando demostrado que no existe relación que existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel educativo de la madre y el estado nutricional (P/T) del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este ($X^2 = ,998$; $p=,910$).

2. Análisis y discusión

Para Leiva *et al.* (2001), las alteraciones nutricionales en los primeros dos años de vida, traen consigo muchas consecuencias a futuro siendo la más perjudicial el retraso en el crecimiento del cerebro trayendo como secuela un bajo desarrollo intelectual; ya que a esta edad corresponde al período de máximo crecimiento del cerebro, considerándose casi el período total de crecimiento de este órgano. Por lo que es fundamental asegurar una buena alimentación en el niño evitando, así que presente alguna alteración en su estado nutricional ya sea por exceso o defecto.

Mantener un adecuado estado nutricional en el niño será trascendental para su vida futura, asegurando a futuro ser un ciudadano productivo para la sociedad, ya que podrá generar mayores ingresos económicos a través de sus logros educativos, los cuales se alcanzarán por el adecuado desarrollo cerebral que tuvo en sus primeros años de vida. (Aguilar *et al.*, n.d.).

La madre es fundamental para el cuidado del niño, ya que, al traer un hijo al mundo, ella se compromete a largo plazo, otorgándole prioridad a él y, asimismo, velar porque tenga una adecuada alimentación y por consiguiente no sufrir ninguna alteración en su estado nutricional. Por todo lo expuesto, es importante la investigación y abordaje a fin de conocer los factores maternos que puedan afectar positiva o negativamente en el estado nutricional de sus hijos.

Los datos descriptivos del estudio con respecto a la edad de la madre se encontró que del 100% de las madres el 83,9% de ellas presentaron entre 20 y 34 años, mientras que el 16,1% entre 15 y 19 años. Resultado similar, reportaron Flores y Huanca (2015), donde encontraron que el 30% de las madres tenían entre 16 y 20

años, seguido por un 31.4% de madres con edad entre 21 a 30 años, finalizando con un 38.6% de madres con edad mayor a 30 años. Asimismo, Ponce & Lujan (2019) hallaron que el 55% las madres adultas jóvenes (20 – 39 años) siendo el grupo mayoritario en su investigación. Asimismo, Herrera & Vegas (2016) encontraron resultados parecido, teniendo el mayor porcentaje 43% de su población en madres de 20 a 30 años y solo el 2,2% tenían una edad inferior a 20 años. Además, Capillo & Paredes (2019) reportaron en su estudio una mayor población entre los 19 y 35 años con un 58,3%.

La clasificación de la edad, según la OMS (2018) está definido en tres rangos, las cuales son: madre adolescente (15 a 19 años), madre adulta joven (20 a 34 años) y madre adulta madura (35 a más años). Los resultados, con respecto a la edad de la madre de este estudio, se asemeja a los datos estadísticos dados por el INEI (2017), donde estable que a nivel nacional el 63 % de las madres tienen entre 20 y 34 años, abarcando casi la mayoría de la población.

La edad es un factor importante en las madres, ya que nos dirá en qué etapa está la mujer, y si ha adquirido la madurez física y emocional adquiriendo estabilidad suficiente para asumir sus responsabilidades con lo referente al hogar, trabajo, cuidado del niño y prevención de enfermedades; es decir, se hacen responsables de ellas y de quienes le acompañan en la conformación de una familia, adoptando aptitudes y decisiones que favorecerán el crecimiento y desarrollo de su hijo. Herrera (2015) refiere que una madre adolescente no han completado su crecimiento, siendo muy probable que en su gestación haya presentado una competitividad de repartimiento de nutrientes entre ella y el feto, lo que podría generar efectos negativos,

entre ellos el parto prematuro y niños con bajo peso al nacer. Asu vez, les cuesta identificarse con su rol materno, ya que en la etapa en que se encuentran experimentan cambios profundos y bruscos tanto física como psicológicamente, generando limitaciones e inseguridad al cumplir su función como madre; mientras las madres adultas jóvenes reflejan maduración emocional, estabilidad, toman conciencia de sus responsabilidades (Ponce & Lujan, 2019).

Por otra parte, con respecto al espacio intergenésico, se encontró que del 100% de las madres, el 74,2% solo tiene un hijo, mientras que el 20,4 % tiene un espacio intergenésico mayor a 24 meses, y solo el 4,4% presentan un espacio intergenésico menor a 24 meses. Resultados parecido se encuentran en la investigación realizada por Castillo (2017); donde se halló que un 38,3% de las madres tenían un solo hijo, siendo este el porcentaje mayor. A su vez, en la investigación realizada por Huarhua (2018), se encontró que el 68,12% de las participantes indicaron tener un espacio intergenésico superiores a los 24 meses, seguido por un 30,43% tuvo un espacio intergenésico corto inferior a los 24 meses y solo un 1,45% refirieron no opinar ya que solo tenían un hijo. Asimismo, un estudio realizado por Zapata (2016) reportó que del total de su población la mayoría presentó un mayor espacio intergenésico con un 75,2% y solo la diferencia refirió tener un menor espacio intergenésico.

Según el NEI (2019), la tasa de fecundidad actual, en el área urbana, es de 1.9 evidenciando una notable reducción en comparación con los años 90 que la tasa de fecundidad ascendía a 3.5, por lo que el Perú se encuentra en un periodo de transición de envejecimiento demográfico, lo cual se da por diversos factores; uno de ellos es la facilidad en adquirir algún método anticonceptivo. El INEI (2019) reportó que el 55%

de mujeres usaban algún método anticonceptivo moderno y el 21,3% usaban algún método tradicional; juntos sumaban 76,3% del total de mujeres, quedando solo 23,7% que no usaba método anticonceptivo alguno. Otro factor es que los padres de hoy en día presentan mayor índice de responsabilidad al momento de traer un hijo al mundo, eligiendo el número de hijos que desean tener de acuerdo a sus posibilidades, tomando en cuenta que un niño requiere tiempo y a su vez dinero dándole lo necesario para mantener su salud en óptimas condiciones INEI, (2019). Es por toda esta coyuntura que se decidió incluir en la clasificación a las madres que no tenían espacio intergenésico por tener un solo hijo, obteniendo una mayor prevalencia en la presente investigación.

Con respecto a la paridad materna, se encontró que del 100% de las madres, el 71,0% de ellas son primíparas, seguido por un 23,7% que son multíparas y solo el 5,4% son gran multíparas. Resultado similar reportó Herrera (1997), donde el 42% de las madre eran primíparas, seguido por un 35% que son multíparas y madres gran multíparas. Asimismo, Castro (2017) reporto que en su población la mayoría de madres eran primíparas con un 86,8%, seguido por un 5,9 de madres multíparas. Ticona (2019), en su estudio, encontró un alto porcentaje (58.2%) de primiparidad. Caso contrario, Paredes (2017) reportó en su estudio que el 44.9% de su población materna fue multípara, seguido por un 36.8% de madres primíparas y por último un 6.1% de gran multíparas.

La OMS afirma que las madres primíparas se consideran a aquellas que solo ha dado a luz a un hijo, la multípara es considera como la madre que ha dado a luz a 2 hijos y, por último, la gran multípara es considera como aquella que ha dado a luz de

3 a más hijos. Por su parte, Torres (1997) verifica que la madres multíparas y gran multíparas tienen menor peso en su gestación, lo cual las llevará a concebir un bebé probablemente con bajo peso y que a futuro tendrá la tendencia a sufrir alguna alteración de su estado nutricional.

La paridad en la madre es importante evaluar ya que la madre al tener más de un embarazo en un intervalo corto, el cuerpo no estará en la capacidad para poder llevar un consecutivo de manera adecuada ya que el cuerpo pierde nutrientes y necesita un tiempo aproximadamente de 18 a 24 meses para poder concebir otro bebé, en nuestro estudio se ve una prevalencia de madres primíparas. Según INEI (2019), la planificación familiar ha aumentado debido al acceso de métodos anticonceptivos reduciendo así la tasa de fecundidad, por lo que prevalecerá la población materna con un solo hijo.

Con respecto a la ocupación materna, se encontró que del 100% de las madres, el 76,3% de las madres son amas de casa y solo el 23,7% de ellas trabajan. En un estudio realizado por Alvarado Céspedes (2013), reportó resultados similares al presente estudio con una superioridad de amas de casa del 82%, seguido por un 18% de madres que no se dedican al cuidado exclusivo de su hijo. En contraposición, Castillo (2017) reportó que las madres que se dedicaban a trabajar componían un 73,3% de la población total. A su vez, Capillo & Paredes (2019) reportaron que el 80,8% de su población eran madres que trabajaban y solo un 18,4% eran amas de casa. Por su parte Quispe (2016), halló que las madres trabajadoras componían un 74,7% y solo 13,9% eran amas de casa.

Los padres desempeñan un papel crucial en el soporte emocional, necesidad de adaptación comportamental frente a situación que el niño pueda experimentar a lo largo de su formación, siendo la madre pieza clave para brindar este soporte al niño, ya que es la más ligada a él desde el nacimiento Cupé & García (2015).

La importancia de la ocupación de la madre es trascendental en la vida del niño ya que dependerá de ello, su cuidado; si una madre trabaja tendrá que dejar al niño a cargo de otra persona y esto podría afectar el estado nutricional del niño (Flores & Huanca, 2015). A diferencia de otros resultados, se encontró que el 76,3% se dedican exclusivamente al cuidado de sus hijos, lo cual es poco usual ya que en estos tiempos normalmente la mujer trabaja a si tenga hijos. Asimismo, los lactantes que son cuidados por su madre, en su mayoría presentarían un estado nutricional normal, en un 87,1%. En conclusión, la madre es fundamental para el desarrollo durante los primeros años de vida, constituyéndose como el eje central en la salud de sus hijos (E. Herrera & Vegas, 2016).

Con respecto al cuidado del lactante, se encontró que el 76,3% de madres se hacen cargo del cuidado de su hijo, seguido por un 12,9% de madres que dejan a cargo a su hijo con un familiar, el 7,5% dejan a su hijo en una guardería y solo el 3,2% refieren tener una niñera exclusiva. Resultado similar reporto Guerrero (2015), que las madres en su mayoría se dedican al cuidado de sus hijos en un 53%, y con un 47% de las madres por motivo de trabajo o estudio permanecían fuera del hogar dejando a cargo a sus hijos de otras personas. A su vez, Infante & Olaya (2015) nos refieren que el 75% de las madres se hacía cargo del cuidado de su hijo, el 20,5% dejaba a cargo a su hijo de algún familiar y la diferencia lo dejaba en la guardería. No obstante, Zapata (2016)

reportó que un 65,3% de las madres refirió que el tiempo para cuidar de sus hijos es menor, por actividades secundarias como el trabajo que impedían brindar un cuidado exclusivo a su hijo.

En ausencia de la madre, por trabajo, la mayoría ha recurrido a terceros para que se hagan cargo del cuidado del lactante y dentro de ello de su alimentación, por lo que el tercero en cuestión imparte el cuidado de acuerdo a sus conocimientos y creencias. A su vez, los terceros a cargo del niño presentan un déficit de conocimientos y menos interés en comparación a la madre, conllevando probablemente a la ausencia de nutrientes fundamentales en la dieta del niño como hierro, vitaminas y minerales, proteínas requeridas en esta etapa de su crecimiento y desarrollo. (Herrera & Vegas, 2016).

Además, el cuidado brindado por la madre tiene un mayor impacto en el bienestar psicoemocional del niño, siendo la madre fundamental para la socialización y formación de actitudes de sus hijos y es vital para su desarrollo físico e intelectual. Todo lo cual puede verse afectado si la madre está ausente y un tercero asume esta responsabilidad; es por ello que la madre debe saber manejar su ausencia, brindando calidad de tiempo al niño y priorizándolo en sus tiempos libres, y a su vez asegurarse que la persona a quien le está confiando a su hijo este cumpliendo su rol con la mismo compromiso que ella, para lograr el bienestar de su niño (Capillo & Paredes, 2019).

Con respecto a los ingresos económicos mensuales de la madre, se encontró del 100% de las madres, el 54,8% tiene ingresos económicos mensuales entre 930 y 1000 soles, por lo contrario, el 24,7% asumen ingresos económicos mayores a 1001 soles mensuales, mientras que el 20,4% de las madres manifiestan tener ingresos

económicos mensuales inferiores a 930 soles mensuales. Resultado similar reportó Huaman (2018), donde el 49,28% de su población refirió tener ingresos económicos entre los 930 soles, 30,43% refirió tener ingresos mayores a 930 soles y por último el 20,29% refirió tener ingresos económicos inferiores a 930 soles. A su vez, Zapata (2016) reportó en su estudio que la prevalencia era mayor para los que referían tener un ingreso económico mayor a 930 con un 63,4%. Ponce & Lujan (2019) hallaron que en su población de estudio prevalecía los ingresos económicos inferiores a 930 soles con un 68,4% y solo el 31,6% refería tener ingresos económicos superiores a 930 soles. No obstante, Herrera & Vegas (2016), reportó que de su población total el 58% refirió tener ingresos económicos menores a 850 soles, el 22% tenía ingresos económicos mensuales entre 850 y 1000 soles y solo el 20% manifestó tener ingresos de 1000 soles a más.

La importancia del estudio de factor económico y la asociación al estado nutricional del lactante radica en que este va determinar la condición socioeconómica de las familias o persona, el cual influirá en la capacidad de acceso a bienes de consumo; es decir, son determinantes que regularizan y establecen la salud y el bienestar tanto de forma individual como colectiva (E. Herrera & Vegas, 2016). La causa fundamental del déficit nutricional en los niños es la reducción de la biodisponibilidad de recursos y esta está ligada fuertemente a los ingresos económicos que posee la familia. Debido a esto, los niños sufren alteraciones nutricionales y quedan expuestos a sufrir alteraciones en su crecimiento y desarrollo (Delgado Sánchez *et al.*, 2015).

En conclusión, los ingresos económicos son un factor fundamental para una buena nutrición ya sea en el niño como en el adulto. La familia, al pertenecer a una clase media o alta, tendrán más opciones al momento de poder elegir una alimentación adecuada, y poder acceder a una evaluación constante en su salud ya que tendrá medios económicos para contrarrestar algún impedimento que puede afectar su buena alimentación y la evaluación de como esta se está llevando por un profesional capacitado; mientras que, para una persona de un nivel socioeconómico bajo, sus opciones se verán limitadas por la escasez de sus recursos económicos (Capillo & Paredes, 2019).

Con respecto al nivel educativo de las madres, se observa que del 100% de las madres, el 81,7% manifiestan tener educación secundaria; asimismo, el 17,2% de la madre tiene educación superior y solo el 1,1% tiene educación primaria.

Resultado similar reportó Alvarado (2013), que el 75% de las madres tenían educación secundaria, seguido por un 16% que tenían educación superior y solo el 9% tenía educación primaria. A su vez, Capillo & Paredes (2019) hallaron que las madres con educación secundaria prevalecieron en la investigación con un 40%. Asimismo, Rojas & Romero (2014) encontraron que el 60% de las madres tenía educación secundaria, seguido por un 22% que tenía educación superior y solo un 18% tenía educación primaria. Además, Delgado Sánchez *et al.* (2015) reportó que de su población el 72,4% tenía educación secundaria y superior, y solo el 27,6% manifestó tener educación primaria e inicial. Igualmente, Grethel *et al.* (2017) hallaron que el 60.0% de las madres tenían un nivel secundario, el 24.0% manifestó tener

educación superior, el 14.0% primaria y por, último, 2.0% no tenía ningún nivel educativo.

El nivel educativo de la madre es fundamental en la salud del niño, ya que este influirá en las prácticas que la madre ejecute en el cuidado del niño, entre ello su alimentación. A su vez, podemos decir que a mayor nivel educativo que la madre posea, podrá tener y acceder a mayor información, permitiéndole enriquecer sus conocimientos y cultura, modifica hábitos y creencias erróneas mejorando su calidad de vida y la de su familia, consiguiendo brindar al niño un buen cuidado y por ende favorecer el desarrollo físico y emocional del niño (Capillo & Paredes, 2019).

Referente al estado nutricional del lactante, se evidencia que del 100% de lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo, el 87,1% se encuentra con un estado nutricional normal, seguidamente el 11,8% de lactantes se encuentra con sobrepeso y solo el 1,1% de lactantes se encuentra en un estado nutricional de obesidad.

Resultado similar reportó Alvarado (2013), que del 100% de lactante el 93% presentó un estado nutricional normal y solo el 7% evidenció obesidad o sobrepeso. Asimismo Capillo & Paredes (2019) hallaron un prevalencia de lactantes con estado nutricional normal en un 50% de su población total. A su vez, Rojas & Romero (2014) reportaron que el 41% de lactantes tenían un estado nutricional normal, seguido por un 29% con sobrepeso y un 7% con obesidad. Igualmente, Ponce & Lujan (2019) encontraron que el 75% de lactantes evidenciaba un estado de nutricional normal, siguiendo con un 16,7% con sobrepeso y solo 8,3% tenía obesidad. También, Castillo & Gutierrez (2018) obtuvieron en sus resultados en su mayoría lactantes con un

estado nutricional normal en un 66,2%, continuado con un 18,2% con sobrepeso y, por último un 15,6% con obesidad.

Hoy en día, hay mucha iniciativa de parte de las instituciones tanto nacionales como internacionales por combatir la malnutrición poniendo énfasis en reducir la alta prevalencia de desnutrición crónica y la anemia en la población infantil, asegurando a futuros ciudadanos productivos para la sociedad (OMS, 2018).

A nivel nacional, se han establecido normas técnicas que rigen el tratamiento tanto preventivo como recuperativo, que dirigen las acciones del profesional de salud, las cuales tenga como objetivo principal mantener o recuperar la salud de la población poniendo a los niños como principal grupo etario.

Una de estas es la Norma Técnica para el Tratamiento terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres embarazadas y puérperas (MINSA, 2017). A su vez, el MINSA (2016) establecido un plan nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el país.

Podemos concluir que estas estrategia establecidas por las organizaciones nacionales e internacionales están dando efecto positivo en la población, llegando a lograr el objetivo que es mejorar el estado nutricional del niño. Es por todo ello que, en los recientes estudios la mayoría de la población infantil al ser evaluados antropométricamente evidencia un estado nutricional normal; a su vez, tenemos que considerar en la población de estudio la mayoría de lactantes son cuidados por su madre la cual tiene mayor compromiso de alcanzar una salud integral en su hijo a diferencia de un tercero a cargo del niño. Sin embargo, se ha dejado de lado las

alteraciones nutricionales por exceso que van incrementando como se refleja en el estudio.

Al analizar la asociación entre la edad y estado nutricional (P/T) del lactante, se evidencia un p – valor de 0,001, siendo este menor a 0,05, lo que permite rechazar la H_0 , quedando demostrado que existe asociación estadísticamente entre las variables de estudio.

Estudio similar, reportaron Aroca & Castañeda (2017), donde encontraron asociación estadísticamente significativa entre la edad de la madre y el estado nutricional con un p – valor de 0,000. Asimismo, Ponce & Lujan (2019) hallaron relación n entre la edad materna y el estado nutricional de la madre con un p - 0.02. Caso contrario, reportó Zapata (2016), donde no encontró relación estadísticamente significativa entre la edad de la madre y el estado nutricional con un p – valor de 0,184.

Del 100% de madres encuestada, el 83,9% eran madres adultas jóvenes. A su vez al evaluar a los lactantes, se encontró que el 77,4% tenían un estado nutricional normal, y estos pertenecían al grupo de madre adultas jóvenes. Pudiendo concluir que la edad de la madre determinó una madurez física y mental, y se asoció a la responsabilidad y compromiso en el cuidado con su hijo, reflejándose en que la mayoría de lactante presentan un estado nutricional adecuado.

Continuando con asociación de variables se determina que existe asociación estadísticamente significativa entre el espacio intergenésico y el estado nutricional (P/T) del lactante con un p – valor de $p=0,001$.

Asimismo, Flores & Huanca (2015) reportó asociación entre el espacio intergenésico y el estado nutricional con un p – valor de $p= 0,000$. A su vez, Zapata

(2016) halló asociación entre las variable en cuestión con un p – valor de $p=0,003$. Igualmente, Delgado Sánchez *et al.* (2015), en un estudio similar reportó que asocian entre el espacio intergenésico y el riesgo a desnutrición infantil con un p – valor $p = 0.038$.

El 66,7% de las madres no tiene espacio intergenésico y los lactantes presentan un estado nutricional normal; se le puede atribuir a esta incidencia que la madre al ser primeriza su cuerpo estará en óptimas condiciones para traer al mundo un bebé saludable, en comparación con madres que han tenido más de un embarazo y si a esto se le suma que no han esperado el tiempo debido para que el cuerpo recupere sus reservas pérdidas durante su primera gestación, lo cual genera consecuencia en su siguiente embarazo repercutiendo en el estado nutricional del recién nacido en su mayoría de forma negativa, prevaleciendo la tendencia durante su crecimiento (Zavala *et al.*, 2018).

En la presente investigación, las madres que tienen un espacio intergenésico mayor a 24 meses, tienen el 17,2% de lactantes con un estado nutricional normal. Caso contrario se observa en las madres que tienen un espacio intergenésico inferior a los 24 meses ya que solo un 3,2% de ellas tienen lactantes con un estado nutricional normal, observándose una notable diferencia.

La OMS refiere que la mujer necesita aproximadamente 24 meses después de haber finalizado una gestación, para que su cuerpo recupere las reservas necesarias para poder llevar un próxima gestación en óptimas condiciones, si este tiempo establecido no se cumple, es muy probable que se dé a luz a un niño con bajo peso o

premature, lo cual traerá consecuencias en su crecimiento y desarrollo (Zavala *et al.*, 2018).

Con respecto a la asociación de las variables paridad materna y estado nutricional, se evidencia según la prueba estadística Chi cuadrado de Pearson un p – valor de $p = 0,026$, siendo este menor a $0,05$, lo que permite rechazar la H_0 , quedando demostrado que existe asociación estadísticamente significativa entre ambas variables.

En un estudio similar, realizado por Aroca & Castañeda (2017), se halló asociación estadísticamente significativa entre las variable cantidad de hijos y estado nutricional con un p – valor de 0.000 . Igualmente, Herrera (2015) encontró relación significativa entre el estado nutricional del recién nacido (peso) con la paridad materna con un p – valor de $0,049$. A su vez, Estrada *et al.*(2016) reportó asociación entre el estado nutricional del niño con la paridad materna con un p – valor de $0,000$.

En la presente investigación, se ve que del total de madres son primípara el $66,7\%$ presentan lactantes presentan un estado nutricional normal. Por lo contrario, en las madres multíparas que del total de ellas solo el $16,1\%$ tienen lactantes con estado nutricional normal. Esta tendencia decreciente se acentúa más en las madres gran multíparas que del total solo el $4,3\%$ tienen lactantes con un estado nutricional normal. Por lo que se puede concluir que la mayoría de madres que tienen más hijos, su cuerpo no presenta la misma cantidad de reservas en comparación con madres que tienen menos hijos, lo cual genera consecuencia en el embarazo repercutiendo en el estado nutricional del recién nacido en su mayoría de forma negativa, prevaleciendo la tendencia durante su crecimiento, es decir si un recién nacido nace con bajo peso,

es muy probable y más complicado que gane peso y talla como un recién nacido con buen peso al nacer (Zavala *et al.*, 2018).

Siguiendo con el análisis de asociación de las variables referente a la ocupación de la madre y el estado nutricional, se evidenció según la prueba estadística Chi cuadrado de Pearson un p – valor de $p = 0,182$, siendo este mayor a $0,05$, quedando demostrado que no existe asociación estadísticamente significativa entre ambas variables.

Resultado similar reportaron Aroca & Castañeda (2017), donde no hubo asociación estadísticamente significativa entre las variables ocupación de la madre y estado nutricional del lactante con un p- valor de 0.347 . Igualmente, Ponce & Lujan (2019) no encontraron asociación en las variables en cuestión con un p – valor de 0.761 . Caso contrario, Alvarado (2013) encontró relación estadísticamente significativa entre las variables de estudio con un p – valor de 0.0003 .

La no asociación entre la ocupación y el estado nutricional del lactante podría deberse a que no necesariamente que la madre este en casa nos asegurará que ella ejecute un cuidado adecuado del niño, ya que el estar en casa amerita que sea cargo de otras actividades que le ocupan gran parte de su tiempo, el cual podría destinarse al cuidado de su hijo, sumándose a esto la falta de experiencia que la población presenta por ser madres primerizas en su mayoría con un $71,0\%$. A su vez, la falta de evidencia estadística también puede deberse a la caracterización de la distribución muestral que conforman dos grupos de tamaño diferente, siendo mayor el de las amas de casa con un $76,3\%$, que las madres que trabajan que solo representan un $23,7\%$ (Panduro, 1990).

Con respecto a la asociación de variables cuidado del niño y estado nutricional, se evidencio, según la prueba estadística Chi cuadrado de Pearson, un p – valor de $p=0,017$, quedando demostrado que existe asociación estadísticamente entre ambas variables. Resultado similar reportó Guerrero (2015), donde encontró relación entre las variable con un p – valor de 0.003. A su vez, Infante & Olaya (2015) hallaron asociación entre quien cuida al niño y su estado nutricional con un p – valor de 0.002. No obstante, Aroca & Castañeda (2017) no encontraron asociación entre las variables en cuestión con un p – valor de 0.133.

La madres al cuidado del niño ocupan un 76,3% de la poblacion, seguido por algun familiar que se hace cargo de niño con un 12,9%, a su vez, ambas tienen la mayor parte de niños con un estado nutricional normal en un 79.6%, por lo que podemos relacionar que el compromiso, tanto de la madre con del familiar hacia la alimentacion del niño, es mayor que un tercero a cargo. Si bien es cierto la madre representará un mayor compromiso sobre el cuidado de su hijo, la familia al tener un vínculo cercano puede tener un compromiso indirecto por mantener la salud del niño en óptimas condiciones, por lo que se obtuvo información suficiente para determinar la asociación entre las variables de estudio.

Prosiguiendo con la asociación de variables ingresos económicos y estado nutricional, se evidenció un p – valor de $p=0,017$, quedando demostrado que existe asociación estadísticamente entre ambas variables.

Rojas & Romero (2014) reportaron resultado similar al encontrar relación entre las variables ingresos económicos y estado nutricional del niño con p – valor de $p = 0.001$. Asu vez, Delgado *et al.* (2015) encontraron asociación entre las variables en cuestión

con un p – valor de $p = 0.018$. Asimismo, Zapata (2016) halló asociación entre ambas variables con un p – valor de 0.003.

Capillo & Paredes (2019) Refieren que uno de los factores condicionantes de la malnutrición infantil se encuentran los ingresos familiares que no cubren la canasta básica familiar. En el presente estudio, el 79,5% de la población de estudio refirió tener ingresos económicos mensuales superiores al sueldo mínimo, teniendo las condiciones necesarias para poder brindar a sus niños alimentos nutritivos diariamente, por lo que se evidencio que el 73,1% de niños tiene un estado nutricional normal.

Siguiendo con la asociación de variables nivel educativo y estado nutricional, se evidenció un p – valor de $p=0,910$, quedando demostrado que no existe asociación estadísticamente entre ambas variables.

Caso similar reportó Zapata (2016), donde no encontró asociación entre las variables en cuestión con un p – valor de $p = 0.183$. A su vez, Rojas & Romero (2014) no encontraron relación entre las variables con un p – valor de $p = 0,616$. Caso contrario hallaron Aroca & Castañeda (2017), donde sí encontraron asociación entre el nivel educativo de la madre con un p – valor de $p = 0.002$.

El factor materno nivel educativo ciertamente influye en el estado nutricional del niño; sin embargo, la no asociación encontrada en el presente estudio puede atribuirse a que si la madre se interesa por la salud de su niño podrá buscar medios de información de acuerdo a sus capacidades que puedan brindarle los conocimientos adecuados para alimentar de forma correcta a su niño y, si a esto, le sumamos la mayor disponibilidad de información que poseen las madres que viven en una área

urbana como es el caso de la presente investigación. Lo cual va determinar que no necesariamente la madre que tenga un mayor nivel educativo podrá nutrir bien a su hijo (Rojas & Romero, 2014). Es por ello que los resultados evidencian que las madres que refieren tener educación primaria, poseen en su totalidad hijos con un estado nutricional normal (1,1%).

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

Con respecto a las características descriptivas de la población se concluye lo siguiente:

- El 83,9% presentó una edad entre 20 y 34 años; a su vez, el 76,3% era ama de casa y se dedicaba al cuidado del lactante. Asimismo, el 81,7% tenían estudios secundarios, el 54,8% tenía ingresos entre 930 a 1000 soles mensuales; y, por último, el 71,0% de las madres no tenían espacio intergenésico y son primíparas, con referencia a las madres que tenían más de un hijo, el 21,5% de las madres tenía un espacio intergenésico mayor a los 24 meses.
- El 68,8% de lactantes presentó una edad entre 6 y 11 meses, y solo el 31,2% presentó una edad entre 12 y 24 meses. Asimismo, el 54,8% era de sexo masculino y el 45,2% de los lactantes era de sexo femenino.

En relación con los objetivos del estudio, se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- Sobre el estado nutricional de los lactantes de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este. Se encontró que del 100% de lactante, el 87,1% se encuentra con un estado

nutricional normal, seguidamente el 11,8% de lactantes se encuentra con sobrepeso y solo el 1,1% de lactantes se encuentra en un estado nutricional de obesidad.

- Se encontró, que, sí existe asociación estadísticamente significativa entre del factor biológico, con respecto a la edad de la madre y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses (χ^2 – gl - p – valor = 0,001).
- Se determino, que, sí existe asociación estadísticamente significativa del factor biológico, con respecto al espacio intergenésico y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses, con un p – valor = 0,001.
- Se estableció asociación estadísticamente significativa entre el factor biológico con respecto la paridad materna y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses, con un p – valor = 0,026.
- Se determinó que no existe asociación entre el factor socioeconómico, con respecto a la ocupación de la madre y el estado nutricional del lactante de 6 a 24, con un p – valor = 0,182.
- Se hallo asociación estadísticamente significativa entre el factor socioeconómico, con respecto al cuidado y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses, con un p – valor de 0,017.
- Se determinó asociación estadísticamente significativa entre el factor socioeconómico, con respecto a los ingresos económicos de la madre y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses, con un p – valor de 0,017.

- Se determino que no existe asociación estadísticamente significativa entre el factor socioeconómico con respecto al nivel educativo de la madre y el estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses, con un p – valor de 0,910.

2. Recomendaciones

- Al centro de salud Fortaleza, se le recomienda poner énfasis en la capacitación de su personal de salud para que así estos puedan detectar los factores maternos que puedan perjudicar el crecimiento y desarrollo de hijo, a su vez implementar sesiones educativas y demostrativas a las madres de los lactantes para mejorar las prácticas alimentaras y lograr niños con buen estado nutricional
- Motivar a los profesionales de enfermería a realizar investigaciones de tipo cuantitativas que permitan identificar las experiencias o vivencias de vida de las madres de los lactantes con respecto al estado nutricional. Asu vez, tomar en cuenta el tema de estudio e incluir otras variables en otras poblaciones con el fin de comparar resultado, en futuras investigaciones.
- Al personal de salud, se recomienda organizar visitas domiciliarias, a los diferentes hogares de una forma estratégica que permita una propagación de conocimientos sobre las buenas prácticas socioculturales y de nutrición que las madres puedan aplicar en sus hijos, favoreciendo su crecimiento y desarrollo.
- A la escuela de enfermería de la Universidad Peruana Unión, se le recomienda capacitar a sus alumnos para poder detectar madres con factores de riesgo, que puedan perjudicar el cuidado de sus hijos y a su vez estos puedan brindar estrategias que ayuden a contrarrestar estos factores, favoreciendo el crecimiento y desarrollo en sus menores hijos.

Referencias bibliográficas

1. Albeyá E. et al (2013). Ministerio de salud - Buenos Aires. Obtenido de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000256cnt-a07-manual-evaluacion-nutricional.pdf>
2. Ampuero. (2010). Repositorio Institucional UNAPI. Recuperado el 2019, de <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/1993/T-649.3-A53.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Ares S., Arena J., y Diaz M. (2015). Anales de pediatría. Recuperado el 2019, de <https://www.analesdepediatría.org/es-pdf-S1695403315003057>
4. Aguilar, M., Godoy, A., & Solórzano, M. L. (n.d.). Efecto de visitas domiciliarias en la adherencia a la suplementación con sulfato ferroso en gotas de madres con lactantes de 4 a 5 meses de edad de un centro de salud de ate, 2018.
5. Alvarado, F. (2013). Factores Sociodemográficos Maternos Que Influyen En La Práctica De Estimulación Temprana Y Desarrollo Psicomotor En Niños Lactantes Centro De Salud José Carlos Mariátegui. Universidad Ricardo Palma, 109. <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/308>
6. Alvarez Ortega, L. G. (2019). Desnutrición infantil, una mirada desde diversos factores. Investigación Valdizana, 13(1), 15–26. <https://doi.org/10.33554/riv.13.1.168>
7. Aroca, L., & Castañeda, E. (2017). “Factores maternos condicionantes en el estado nutricional de los niños de 2 a 4 años atendidos en consultorios externos del Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, Cajamarca – 2016.” UPAGU.

8. Baptista, F. (2015). Metodología de la Investigación. (6. edición, Ed.) Mexico DF, Mexico. Obtenido de <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
9. Bernardo, N. R. (2019). Factores sociodemográficos y maternos relacionados al abandono de lactancia materna exclusiva en el centro de salud San Juan en el año 2018. Obtenido de <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/16408/14144>
10. Cajamalqui E. (2017). Nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses en el Centro de Salud La Libertad Huancayo 2017. Obtenido de http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/UNAC/3038/Cajamalqui%20y%20Huancaya_TE_SIS2DA_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
11. Cajamalqui E. y Huancaya I. (2017). Repositorio UNAC. Recuperado el Agosto de 2019, de <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/UNAC/3038>
12. Cárdenas V. (2018). Características maternas e infantiles asociadas a obesidad en lactantes menores de un año de edad del norte de México. Obtenido de <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/86469>
13. Tarqui D. (Diciembre de 2015). Prevalencia de sobrepeso y obesidad infantiles y de sus factores asociados en el Perú. LILACS, 6(38). Recuperado en Agosto de 2019, de <https://www.scielosp.org/article/rsap/2018.v20n2/171-176/es/#>
14. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. (2000). Repositorio institucional INS. Recuperado el 2019, de <https://repositorio.ins.gob.pe/xmlui/bitstream/handle/INS/212/CENAN-0054.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
15. ConcepciónM. (2017). Repositorio Institucional Universidad Carabobo. Recuperado el 2019, de <http://www.riuc.bc.uc.edu.ve/handle/123456789/7611>
16. ConcepciónM. (2017). Repositorio Institucional Universidad Carabobo. Recuperado el 2019, de <http://www.riuc.bc.uc.edu.ve/handle/123456789/7611>

17. Cuellar. (2019). MANEJO PREVENTIVO Y RECUPERATIVO DE LA ANEMIA INFANTIL. Lima - Este.
18. Capcha, K. (2019). Condiciones de trabajo, salud y estilo de vida en los trabajadores que laboran en tres empresas de transportes, Ñaña, Lurigancho-Chosica, 2018. Universidad Peruana Unión.
19. Capillo, R., & Paredes, M. (2019). Estado nutricional y factores maternos del preescolar en una Institución Educativa. Nuevo Chimbote. 2018 presentado. Universidad Nacional del Santa.
20. Castillo Hernández, J. L., Cuevas, R. Z., & Zenteno Cuevas, R. (2004). Valoración del Estado Nutricional. In Revista Médica de la Universidad Veracruzana (Vol. 4, Issue 2). <https://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2004/muv042e.pdf>
21. Castillo, M., & Gutierrez, L. (2018). Prácticas alimentarias y estado nutricional de preescolares. In Lexus (Vol. 4, Issue None). Universidad Nacional de Trujillo.
22. Castillo, R. (2017). Factores sociodemográficos y actitudes de las madres sobre la suplementación con micronutrientes en niños menores de 3 años atendidos en el Centro de Salud Revolución, Juliaca, 2018.
23. Castro, G. (2017). Factores sociodemográficos y obstétricos relacionados a la morbilidad y mortalidad en adolescentes embarazadas. Hospital Distrital Santa Isabel. 2010 – 2014 [César Vallejo]. http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/29651/castro_gg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
24. Cupé, A., & García, C. (2015). Conocimientos de los padres sobre la salud bucal de niños preescolares: desarrollo y validación de un instrumento. Revista Estomatológica Herediana, 29(4), 306–307. <https://doi.org/10.20453/reh.v29i4.3640>
25. Delgado Sánchez, B. E., Daniel, H., Tuesta, B. E., Patsy, D., Gatica, B. E. V., & Adrye, I. (2015). Factores maternos asociados al riesgo de desnutrición en niños de 6 a 36 meses del centro de salud Morono cocha. Universidad Nacional de La Amazonía Peruana. http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3545/Hector_Tesis_Titulo_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
26. Estrada, A., Restrepo, S., Ceballos, N., & Santander, F. (2016). Maternal factors associated with

- birth weight in term infants, Colombia, 2002-2011. *Cadernos de Saude Publica*, 32(11), e00133215. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133215>
27. Flores, M., & Huanca, B. (2015). Factores maternos y su influencia en el estado nutricional en niños de 6 a 12 meses en el consultorio de CRED – Hospital San Juan De Dios Ayaviri Abril-Julio 2015 [Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez]. <http://repositorio.uancv.edu.pe/bitstream/handle/UANCV/174/TESIS.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
 28. Gonzales, F. (2017). Documento técnico: situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú. 2017.
 29. Grethel, B., Medina, L., & Octubre, D. (2017). Factores maternos asociados al riesgo de desnutrición en niños/as de 3-48 meses en el C/S Perla María Norori, departamento león, periodo de Abril- Septiembre del 2017.
 30. Guerrero, G. (2015). Influencia de Factores Socioculturales en el Estado Nutricional en niños de 0 a 5 años de edad, atendidos en el subcentro de salud de Chibuleo de la provincia de Tungurahua, durante el período Diciembre- Marzo 2013. Universidad Técnica De Ambato Facultad De Ciencias De La Salud Carrera De Medicina, 19. [http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7475/1/Guerrero Solís Gabriela Elizabeth.pdf](http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7475/1/Guerrero%20Solís%20Gabriela%20Elizabeth.pdf) [http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/11443/1/VELASCO ARIAS MARIA ROCIO.pdf](http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/11443/1/VELASCO%20ARIAS%20MARIA%20ROCIO.pdf)
 31. Herrera, C., Calderón Alarcón, N. E., & Carbajal Mendoza, R. F. (1997). Influencia de la paridad, edad materna y edad gestacional en el peso del recién nacido. *Ginecol. & Obstet*, 43(2), 158–163. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v43i1060>
 32. Herrera, E., & Vegas, E. (2016). Factores maternos y su relación con el estado nutricional del pre-escolar de la I.E.I. 001 Santa Rita De Casia - Tumbes, 2016. [http://repositorio.untumbes.edu.pe:8080/xmlui/bitstream/handle/UNITUMBES/49/TESIS - HERRERA Y VEGAS.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://repositorio.untumbes.edu.pe:8080/xmlui/bitstream/handle/UNITUMBES/49/TESIS%20HERRERA%20Y%20VEGAS.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
 33. Herrera, J. (2015). Relación entre la ganancia ponderal de la gestante y el peso del recién nacido en el Centro Materno Infantil “César López Silva” del Distrito de Villa El Salvador Lima – Perú 2011.

- http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4222/Herrera_rj.pdf?sequence=1&isAllowed=y
34. Huarhua, F. (2018). Factores maternos y estado nutricional de los niños menores de 3 años, del Centro De Salud De Totora Oropesa, Apurimac – 2018 [Inca Garcilazo de la vega]. http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/3195/TESIS_HUARHUA_GOMEZ_FERMIN.pdf?sequence=2&isAllowed=y
 35. INEI. (2000). ¿Qué es la Pobreza? <http://www.inei.gob.pe>
 36. INEI. (2017). Estadísticas maternas. <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/mas-del-60-de-las-madres-del-pais-trabajan-9714/>
 37. INEI. (2017). Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2016.
 38. INEI. (2019). ¿Cuántos somos en el mundo? https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1671/libro.pdf%0A Accessed: 2020-01-31
 39. Infante, G., & Olaya, D. (2015). Estructura familiar y estado nutricional en niños menores de 5 años de la fundación santa sofía [Universidad De Ciencias Aplicadas Y Ambientales Medicina Humana]. https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/441/1/estructura_familiar_y_estado_nutricional_en_niños_menores_de.pdf
 40. Leiva, B., Inzunza, N., Perez, H., Castro, V., Jansana, J., Toro, T., Almagiá, A., Navarro, A., Urrutia, M., Cervilla, J., & Ivanovic, D. (2001). Algunas consideraciones sobre el impacto de la desnutricion en el desarrollo cerebral, inteligencia y rendimiento escolar. Archivos Latinoamericanos de Nutricion, 51(1), 64–71. http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222001000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 41. León, A., Terry, B., & Quintana, I. (2009). Estado nutricional en niños menores de 5 años en un consultorio de Babahoyo (República del Ecuador). 47. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=223217513003>
 42. Mamani, C. T., Dongo, D. A., Pimentel, S. R., & Oriundo, P. E. (2017). Ingesta de nutrientes y estado nutricional de niños peruanos entre 6 a 35 meses. Nutricion Clinica y Dietetica Hospitalaria, 37(1), 156–164. <https://doi.org/10.12873/371tarquimamani>

43. Nuñez, I. (2010). Evaluación nutricional en niños: parámetros antropométricos. *Revista Gastrohnutp*, 12(3), 103–106. <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/5779/1/2/evaluacion.pdf>
44. OMS. (n.d.). Salud de la mujer. 2018. Retrieved January 29, 2020, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>
45. Panduro, G. (1990.). Factores que influyen en el estado nutricional del lactante en el Asentamiento Humano 11 De Julio . Pucallpa - 1990. Universidad Nacional de Ucayali.
46. Paredes, K. (2017). Características epidemiológicas y obstétricas de las muertes maternas registradas en el Hospital Nacional Hipolito Unanue, periodo 2001 – 2015.
47. Ponce, C., & Lujan, C. (2019). Factores demográficos maternos y estado nutricional en preescolares. Universidad Nacional de Trujillo.
48. Quispe, N. (2016). Estado nutricional de los niños de la institución Educativa Inicial Jardín 87. Av. Baja.Cusco, 2015.
49. Rojas, S., & Romero, M. (2014). Factores maternos y estado nutricional preescolar. la esperza - trujillo. 2013 [Universidad Nacional de Trujillo]. <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/5790>
50. Tazza, R., & Bullón, L. (2013). ¿Obesidad o desnutrición? Problema actual de los niños peruanos menores de 5 años. *Anales de La Facultad de Medicina*, 67(3), 214. <https://doi.org/10.15381/anales.v67i3.1302>
51. Ticona Rendón, M., Huanco Apaza, D., & Ticona Vildoso, M. (2019). Influencia de la Paridad en el Peso del Recién Nacido en Hospitales del Ministerio de Salud del Perú. *Ciencia & Desarrollo*, 13, 134–138. <https://doi.org/10.33326/26176033.2011.13.292>
52. Torres Magret, E., Sánchez Batista, R., & Deulofeu Betancourt, I. (1997). Evaluación Nutricional de las embarazadas ingresadas en la sala de gestantes patológicas. *Rev. Cuba. Enferm*, 10–14. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191997000100002
53. Zapata, X. (2016). Factores maternos asociados al riesgo de desnutrición en niños menores de cinco años. Centro de Salud Salitral agosto-noviembre 2016. San Pedro.
54. Zavala, A., Ortiz, H., Salomon, J., Padilla, C., & Ruiz, R. (2018). Periodo intergenésico: Revisión de la literature. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia*, 83(1), 52–61. <https://doi.org/10.4067/s0717-75262018000100052>

55. Dávila. (2016). Repositorio Institucional PUCE. Recuperado el 2019, de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12677/TESIS%2027-01-2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
56. Delgado H. y Tuesta P. (2015). Factores Maternos Asociados Al Riesgo De Desnutrición En Niños De 6 A 36 Meses Del Centro De Salud Morona Cocha I-4, 2015. Recuperado el Agosto de 2019, de Universidad Nacional de la Amazonia Peruana: http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3545/Hector_Tesis_Titulo_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
57. Vásquez E. (2007). Factores de riesgo asociados al estado nutricional en lactantes que son atendidos en guarderías. Obtenido de Factores de riesgo asociados al estado nutricional en lactantes que son atendidos en guarderías
58. EEPLT. (2015). Plan Estratégico Institucional. Lima. Recuperado el 2019
59. ENDES. (2017). Proyectos INEI. Recuperado el 2019, de <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/>
60. Paredes M., Benitez A. y Meza E (2017). Escolaridad materna y estrato socioeconómico según el estado nutricional de preescolares evaluados en guarderías.. Obtenido de. http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1683-98032017000100043&lng=en&nrm=iso&tlng=es
61. Pally H. (2012). Factores de riesgo para desnutrición aguda grave en niños menores de cinco años. Obtenido de Factores de riesgo para desnutrición aguda grave en niños menores de cinco años
62. FAO. (2018). Organización de la Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Obtenido de <http://www.fao.org/state-of-food-security-nutrition/en/>
63. FAO. (2018). Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Obtenido de <http://www.fao.org/state-of-food-security-nutrition/en/>
64. Flores. (2008). "Desnutrición energética proteínica" (1era ed.). Nutriología médica.

65. García. (2016). Intervención Comunitaria en madres de preescolares y escolares con riesgo de desnutrición. Scielo, 13(5). Recuperado el Agosto de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000500006
66. García J. (2015). La Vanguardia. El mapa de la obesidad en el mundo, pág. 2. Obtenido de lavanguardia.com/vangdata/20150630/54432606364/mapa-obesidad-mundo.html
67. Gibson. (2015). Principles of nutritional assessment (4ta ed.). Oxford: Oxford University.
68. Guerrero G. (2015). INFLUENCIA DE FACTORES SOCIOCULTURALES EN EL ESTADO. Obtenido de <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7475/1/Guerrero%20Sol%C3%ADs%20Gabriela%20Elizabeth.pdf>
69. Hinojosa J. (2016). Repositorio Institucional UNAP. Recuperado el Agosto de 2019, de <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/7170>
70. INEI. (2015). INEI. Recuperado el 2019, de http://www.minsa.gob.pe/portalweb/02estadistica/encuestas_INEI/Bddatos/Documentos%20Metodologicos/Manuales/MANUAL%20DE%20LA%20ANTOPOMETRISTA%202012.pdf
71. INEI. (2016). Instituto Nacional Encuesta e Informática. Recuperado el Agosto de 2019, Obtenido de https://proyectos.inei.gob.pe/endes/doc_salud/Enfermedades_no_transmisibles_y_transmisibles_2016.pdf
72. INEI. (2019). Instituto Nacional de estadística e Informática. Recuperado el Agosto de 2019, de <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-n017-2019-inei.pdf>
73. Irala P., González V., Sánchez S. y Acosta J. (2019). Prácticas alimentarias y factores asociados al estado nutricional de lactantes ingresados al Programa Alimentario Nutricional Integral en un servicio de salud. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7049675>
74. Isabel M. (2018). Relación entre hábitos alimenticios y estado nutricional en niños de 1 a 3 años del centro de salud breña, lima 2018. Obtenido de

- <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2751/TESIS%20Albornoz%20Isabel%20-%20Macedo%20Ross.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
75. Pacheco J. (2017). Recuperado el 2019, de <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1981>
 76. Pacheco J. (2017). Factores socioculturales de madres y prevención de anemia en niños de 6 a 36 meses, centro de salud San Luis, 2017. Obtenido de http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/1981/TESIS_ELSA%20EDITH%20JESUS%20PACHECO.pdf?sequence=2&isAllowed=y
 77. López I., Botell III M., Echevarría III S., Valdés D. y Pérez V. (2010). Algunos factores maternos relacionados con el recién nacido bajo peso en el policlínico "Isidro de Armas. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000200006
 78. Macedo R. y Albornoz I. (2018). Repositorio Institucional Norbert Wiener. Recuperado el 2019, de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/2751>
 79. Mamani. (2019). Malnutrición infantil en Cochabamba, Bolivia: la doble carga entre la desnutrición y obesidad. LILACS, 1(42). Recuperado el Agosto de 2019, de <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1007158>
 80. Mamani Y., Luizaga J. y Illanes D. (2019). Malnutrición infantil en Cochabamba, Bolivia: la doble carga entre la desnutrición y obesidad. LILACS, 1(42). Recuperado el Agosto de 2019, de <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1007158>
 81. Marriner. (2003). Modelos y teorías de enfermería (3a ed.). Madrid: ELSEVIER. Recuperado el 2019, Obtenido de <http://paltex.paho.org/Publication/Index?publicationId=373>
 82. MINSA. (2016). Ministerio de Salud. Obtenido de Normas Técnicas y Planes nacionales, obtenido de:
https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/deprydan/documentosNormativos/10_Plan%20DCI%20Anemia%20%20Versi%C3%B3n%20final.pdf

83. MINSA. (2017). Ministerio de Economía y Finanzas. Recuperado el 11 de Agosto de 2019, obtenido de https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/migl/municipalidades_pmm_pi/meta4_PROTOCOLO_VD_AS_MODIFICADO.pdf
84. MINSA. (2017). Norma Técnica para el Tratamiento terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres embarazadas y puerperas. Recuperado el 10 de Agosto de 2019, obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
85. MINSA. (2017). Normas Técnicas en Salud. Recuperado el 2019, obtenido de file:///C:/Users/melan/Desktop/TRABAJOS%20UPEU/norma_cred.pdf
86. Rojas N. (2019). Prácticas maternas de alimentación en niños de 6 a 24 meses atendidos en establecimientos de salud de Lima e Iquitos. Scielo, 80(2). Recuperado el 27 de Agosto de 2019, obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832019000200003&script=sci_arttext&tlng=pt
87. Neoplásicas E. (2016). Obtenido de <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html>
88. OMS. (2012). Obtenido de <http://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/campaign/es/>
89. OMS. (2014). Obtenido de http://www.who.int/nutrition/about_us/es/
90. OMS. (2015). Obtenido de <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>
91. OMS. (2015). Estrategias Sanitarias Mundiales 2010. Obtenido de www.who.int
92. OMS. (2016). Organización Mundial de la Salud. Recuperado 2019, obtenido de <https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>
93. OMS. (2018). Recuperado el 19 de Agosto de 2019, obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/detail/11-09-2018-global-hunger-continues-to-rise---new-un-report-says>
94. OMS. (2018). Recuperado el 04 de febrero de 2020, obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>

95. OMS. (2019). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_why/es/
96. ONU. (2016). Organización de Naciones Unidas. Recuperado el 2019, de <https://dds.cepal.org/san/estadisticas#basesdedatos>
97. OPS. (2016). Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de https://www.paho.org/cor/index.php?option=com_content&view=article&id=348:sobrepeso-afecta-poblacion-america-latina-y-caribe&Itemid=314
98. Ortiz. (2016). Desnutrición infantil, salud y pobreza: intervención desde un programa integral. 4(26). Recuperado el 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000700011
99. Pacheco. (2017). Repositorio Institucional UIGV. Recuperado el 27 de Agosto de 2019, de <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1981>.
100. Pacheco. (2017). Repositorio Institucional UIGV. Recuperado el 27 de Agosto de 2019, de <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1981>
101. Pally. (2012). Factores de riesgo para desnutrición aguda grave en niños. Scielo, 51(2), 7. Recuperado el 2019, de http://www.scielo.org.bo/pdf/rbp/v51n2/v51n2_a02.pdf
102. Prado. (2010). Programa ayudantes de docentes Universidad de Chile. Obtenido de <http://www.smokyrojaslab.com/examen%20fisico%20nutri.pdf>
103. Quispe. (2016). Repositorio Institucional de la Universidad Andina del Cuzco. Recuperado el 2019, obtenido de http://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/UAC/549/3/Nohely_Tesis_bachiller_2016.pdf
104. Reyes. (2015). Repositorio Institucional de la Universidad Autonoma del estado de Mexico. Obtenido de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14193/401567.pdf?sequence=1>
105. Rivas. (2016). Repositorio Institucional de la Universidad de Guayaquil. Recuperado el 2019, de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/42353>

106. Rivas M. (2016). Repositorio Institucional de la Universidad de Guayaquil. Recuperado el 2019, obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/42353>
107. Rojas S. y Romero M. (2014). Factores Maternos y Estado Nutricional de Preescolares La Esperanza-Trujillo 2013. Obtenido de Factores Maternos y Estado Nutricional de Preescolares La Esperanza-Trujillo
108. Rojas S. y Romero M. (2014). Repositorio Universidad Nacional de Trujillo. Obtenido de <http://www.dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/5790/1573.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
109. Rolandi M. (2014). Creencias, prácticas alimentarias maternas y estado nutricional de niños de 6 a 24 meses. Obtenido de http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/488/2014_N_003.pdf?sequence=1
110. Rufino. (2018). Recuperado el Agosto de 2019, de http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/8739/Tesis_60104.pdf?sequence=1&isAllowed=y
111. Ruiz P., Ponce E. y Avila M. (2005). Cancer Cervicouterino . Buenos Aires : Panamericana.
112. Salud O. (2015). Informe Mundial sobre el cancer. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
113. Sánchez. (2002). Metodología y diseño de Investigación (5ta ed.). Madrid.
114. Soto A., y Armando K. (2014). Estado Nutricional, Patrones Alimentarios y Sedentarismo en Niños de Edad Escolar en Áreas Urbanas y Rurales de la Provincia Oropeza en Chuquisaca-Bolivia, 2011. Obtenido de http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2309-31532014000100003&script=sci_arttext
115. Torres H. (2018). Factores sociodemográficos y maternos relacionados al abandono de lactancia materna exclusiva en el centro de salud San Juan en el año 2018. Recuperado el 2019, de Repositorio Institucional UNAP:

- http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/6119/Wilson_Tesis_Titulo_2019.PDF?sequence=1&isAllowed=y
116. Trujillo. (2018). Repositorio Institucional Norbert Wiener. Recuperado el Agosto de 2019, de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/2975>
 117. UNICEF. (2013). Recuperado el 19 de Agosto de 2019, de http://www.unicef.org/gambia/Improving_Child_Nutrition_-_the_achievable_imperative_for_global_progress.pdf
 118. UNICEF. (2014). Obtenido de unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/Informe_La_desnutricion_infantil.pdf
 119. Uría O. (2012). Factores de riesgo para desnutrición aguda grave en niños menores de cinco años. Obtenido de Factores de riesgo para desnutrición aguda grave en niños menores de cinco años
 120. Vázquez. (2007). Factores de riesgo asociados al estado nutricional en lactantes atendidos en guardería. medigraphic. Recuperado el 2019
 121. Figueredo G. (2012). Estado nutricional en lactantes y preescolares, del ambulatorio "DR. J. M. Vargas" Barquisimeto, Lara. Obtenido de Estado nutricional en lactantes y preescolares, del ambulatorio DR. J. M. Vargas Barquisimeto, Lara
 122. Wanden. (2010). Conceptos y definiciones de la desnutrición iberoamericana. Redalyc, 3(25). Recuperado el 2019, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226766001>
 123. Wisbaum. (2014). UNICEF. Recuperado el 2019, de <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>
 124. Wisbaum. (2016). UNICEF. Recuperado el 2019, de www.unicef.es

Anexos

Anexo 1. Carta de autorización



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

RESOLUCIÓN N° 2997-2019/UPEU-FCS-CF

Lima, Ñaña, 18 de diciembre de 2019

VISTO:

El expediente de **ANDREA SUE GODOY CUBA**, identificada con código universitario N° 201811077, de la Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión;

CONSIDERANDO:

Que la Universidad Peruana Unión tiene autonomía académica, administrativa y normativa, dentro del ámbito establecido por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad;

Que la **Facultad de Ciencias de la Salud** de la Universidad Peruana Unión, mediante sus reglamentos académicos y administrativos, ha establecido las formas y procedimientos para la declaratoria de expedito, la aprobación y obtención del Título Profesional;

Que **ANDREA SUE GODOY CUBA**, ha solicitado la designación del Asesor, encargado de orientar y asesorar el proceso correspondiente al proyecto y ejecución de la investigación;

De conformidad con la sesión del Consejo de la **Facultad de Ciencias de la Salud** de la Universidad Peruana Unión, celebrada el 18 de diciembre de 2019, y con las disposiciones establecidas por el Reglamento General de la Grados y Títulos de la Universidad, la Directiva para el Otorgamiento de Grados y Títulos;

SE RESUELVE:

Aprobar e inscribir el proyecto de tesis titulado: *Factores maternos relacionados al estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en un Centro de Salud – Ate, 2018*, para que bajo la orientación de su asesora **MSc. MARY LUZ SOLÓRZANO APARICIO**, para que ejecute el proyecto de tesis presentado por **ANDREA SUE GODOY CUBA**, otorgándoles un plazo máximo de doce meses para la ejecución.

Regístrese, comuníquese y archívese.



Dr. Roussel Dulio Dávila Villavicencio
DECANO



M. Luis Felipe Segura Chávez
SECRETARIO ACADÉMICO



Una Institución Adventista

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

RESOLUCIÓN N° 2998-2019/UPEU-FCS-CF

Lima, Ñaña, 18 de diciembre de 2019

VISTO:

El expediente de **MELANY UZIEL AGUILAR MEDINA**, identificada con código universitario N° 201811076, de la Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión;

CONSIDERANDO:

Que la Universidad Peruana Unión tiene autonomía académica, administrativa y normativa, dentro del ámbito establecido por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad;

Que la **Facultad de Ciencias de la Salud** de la Universidad Peruana Unión, mediante sus reglamentos académicos y administrativos, ha establecido las formas y procedimientos para la declaratoria de expedito, la aprobación y obtención del Título Profesional;

Que **MELANY UZIEL AGUILAR MEDINA**, ha solicitado la designación del Asesor, encargado de orientar y asesorar el proceso correspondiente al proyecto y ejecución de la investigación;

De conformidad con la sesión del Consejo de la **Facultad de Ciencias de la Salud** de la Universidad Peruana Unión, celebrada el 18 de diciembre de 2019, y con las disposiciones establecidas por el Reglamento General de la Grados y Títulos de la Universidad, la Directiva para el Otorgamiento de Grados y Títulos;

SE RESUELVE:

Aprobar e inscribir el proyecto de tesis titulado: *Factores maternos relacionados al estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en un Centro de Salud – Ate, 2018*, para que bajo la orientación de su asesora **MSc. MARY LUZ SOLÓRZANO APARICIO**, para que ejecute el proyecto de tesis presentado por **MELANY UZIEL AGUILAR MEDINA**, otorgándoles un plazo máximo de doce meses para la ejecución.

Regístrese, comuníquese y archívese.



Dr. Rosal Dulio Dávila Villavicencio
DECANO



M. Luis Felipe Segura Chávez
SECRETARIO ACADÉMICO

CARGO



UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
Facultad ciencias de la salud

Año de lucha contra la corrupción e impunidad

Lima, Ñaña, 09 de marzo de 2020

OFICIO

Médico Cirujano
JOSÉ ELISEO BERNABLE VILLASANTE
Director General
Dirección de redes Integradas de Salud Lima Este
Presente.-



De nuestra consideración

Tenemos el agrado de dirigimos a usted para expresar nuestro saludo cordial y desear muchas bendiciones en las funciones que desempeña.

Referente al oficio N°685-2020 y a la constancia N°004-2020 para hacer la entrega del informe final de la tesis titulada "FACTORES MATERNOS ASOCIADOS AL ESTADO NUTRICIONAL DEL LACTANTE DE 6 A 24 MESES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE UN CENTRO DE SALUD DE LIMA ESTE, 2019" realizado por nosotras Lic. Andrea Sue Godoy Cuba y Lic. Melany Uziel Aguilar Medina para la optar por el título profesional de enfermería. Por lo que comunicamos que la investigación queda concluida.

Agradecidas por contar con su gentil ayuda en nuestra preparación profesional, hacemos propicia la oportunidad para hacerle llegar las muestras de nuestra especial estima y consideración.

Se adjunta tesis

Atentamente:

Lic. Andrea Sue Godoy Cuba

Lic. Melany Uziel Aguilar Medina



El Agustino, 26 FEB. 2020

OFICIO N° 689/2020 - DG- DMGS N° 286 / DIRIS - LE/MINSA

Dra.

KEILA ESTER MIRANDA LIMACHI

Directora Escuela Profesional de Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud

Universidad Peruana Unión - UPEU

Villa Unión - Naña Km19 de la Carretera Central, Lurigancho- Chosica

Teléfono: (01) 618-6300. Celular: 982908802

Presente:-

Asunto : Se emite Constancia de Autorización N°04 para la ejecución de proyecto de investigación.

Referencia : Exp. N° 05076 – 2020, OFICIO N° 491- 2019- DG- DMGS - N° 192 - DIRIS LE/MINSA, Exp. N° 02512 – 2020, OFICIO N° 2922 – 2019 DG - DMGS N° 1946 - DIRIS LE/MINSA y Exp. N° 25551 - 2019

De mi consideración:

Tengo a bien dirigirme a usted, para saludarla cordialmente, y a la vez hacer de su conocimiento en atención al documento de la referencia, a través del cual solicita la autorización para el desarrollo del estudio de investigación a cargo de las señoras Andrea Sue Godoy Cuba y Melary Uziel Aguilar Medina, egresadas de la Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión, quienes se encuentran desarrollando el proyecto de investigación "Factores maternos relacionados al estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en un Centro de Salud – Ato, 2019"; informarle que luego de la revisión del expediente cuenta con la aprobación del Comité de Investigación en Salud a mi cargo, se otorga la autorización correspondiente.

En tal sentido, se remite la **Constancia de Autorización N° 004 - 2020** para iniciar la ejecución del proyecto, asimismo informarle que debe enviar a esta dirección el informe de avance cada tres meses.

Es propicia la oportunidad para reiterarle las muestras de mi consideración y estima personal.

Atentamente,



Andrea Sue Godoy Cuba
DNI 73184367
cel 982908802
26-02-2020

JE DIVERSIFICACIÓN
Inglis
C.C. Archivo
Agusto Chirinos



CONSTANCIA N° 004 - 2020

AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Expediente N° 05076 – 2020, OFICIO N° 491- 2019 - DG- DMGS - N° 192 - DIRIS LE/MINSA, Expediente. N° 02512- 2020, OFICIO N° 2922- 2019 - DG- DMGS - N° 1946- DIRIS LE/MINSA y Expediente N° 25551 – 2019

El Director General de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este por medio de la presente deja constancia que las Srtas.

Bach. ANDREA SUE GODOY CUBA
Bach. MELANY UZIEL AGUILAR MEDINA

Investigadoras principales del Proyecto de Investigación "Factores maternos relacionados al estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en un Centro de Salud – Ate, 2019"; bachilleras de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Peruana Unión - UPeU para fines de ejecución del referido proyecto de investigación, por lo tanto, concluido el proceso correspondiente, con la aprobación del Comité de Investigación de la Dirección de Redes Integradas de Salud a mi cargo, se **AUTORIZA** el inicio del desarrollo del mismo, sujeto a las características que se indican en esta comunicación:

El desarrollo del proyecto de investigación se realizará en el ámbito de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este según lo establecido en el proyecto.

Así mismo, hacemos de su conocimiento, que es importante para nuestra institución contar con los informes de avance (cada tres meses) y el informe final, así como las conclusiones y recomendaciones del estudio para su consideración en el Análisis de la Situación de Salud de nuestra institución.

La presente tendrá una vigencia para el inicio del desarrollo del proyecto, de 30 días útiles contados a partir de la recepción de la misma, y una vigencia general hasta el 21 de febrero del 2021; no obstante la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este, podrá dejar sin efecto el desarrollo del proyecto de investigación, si las condiciones para la autorización del mismo se modificaran. Los trámites para su renovación, de ser necesario, deberán iniciarse 30 días previos a su vencimiento.

DIRECCIÓN GENERAL DE REDES INTEGRADAS DE SALUD
C/ Archivo

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE REGULACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
R.C. José Elvira Espinoza Valamonte
DIRECTORA GENERAL

El Agustino, 21 de febrero del 2020

www.minsa.gob.pe

Av. César Vallejo otda. 13
El Agustino, Lima 10, Perú
Tel. 3621354 - 3620765



PERU Ministerio de Salud

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

MINISTERIO DE SALUD

"Año de la Universalización de la Salud"
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"

OFICIO N°107-2020-MJ CSF-UBG ATE-DIRIS LE-MINSA

Señora Doctora,
Lic. Keila E. MIRANDA LIMACHI
Directora EP Enfermería
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Peruana Unión
Presente.

Asunto: Aceptación para que se realice el Proyecto de Elaboración de Tesis "Factores Maternos Relacionados al Estado Nutricional del Lactante de 6 a 24 meses atendidos en un Centro de Salud" en el Centro de Salud Fortaleza.

Ate, 28 de febrero del 2020

Mediante La presente me dirijo a usted para saludarlo muy cordialmente y a la vez alcanzar a su despacho la Aceptación para que se realice el Proyecto de Elaboración de Tesis "Factores Maternos Relacionados al Estado Nutricional del Lactante de 6 a 24 meses atendidos en un Centro de Salud" en el Centro de Salud Fortaleza.

Agradeciendo la atención al presente y sin otro particular, me suscribo de Ud. renovándole las muestras de estima y consideración personal.

Atentamente,

C/c archivo,

Av. Los Virreyes s/n Asc. Vlv. Fortaleza Ate Vitarte
Teléfono 3515375

MINISTERIO DE SALUD
C.S. FORTALEZA
DIRIS - LIMA 0278
Dr. JESUS HUAPAYA VILLEGAS
Médico Cirujano - CAP. 31880
MÉDICO JEFE



Anexo 2. Consentimiento Informado

Escuela de Enfermería – Universidad Peruana Unión



Carretera Central Km 19.5 Ñaña, Chosica

Estimada Usuaría del **Centro De Salud Fortaleza Lima - Ate**, estamos realizando una investigación titulada: **“Factores maternos asociados al estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este, 2019”**, que tiene por finalidad promover el conocimiento del estado nutricional de lactantes asociándolo a factores biológicos y socioeconómicos atribuidos a la madre. Antes de responder el cuestionario se le ha tenido que explicar lo siguiente: El propósito del estudio, riesgos, beneficios, confidencialidad, para finalmente pasar a la aceptación firmada del mismo.

Propósito del estudio

El presente estudio es un estudio de tipo correlacional, es decir, se tratará de relacionar factores maternos al estado nutricional estado nutricional del lactante a su cargo, sin ocasionar ningún tipo de manipulación. Estos datos permitirán tener información sobre esta situación, para poder realizar acciones a favor de la salud infantil y brindar medios a la madre de poder contrarrestar ciertos factores y poder optar por medidas que le permita fomentar un buen crecimiento y desarrollo en su hijo.

Riesgos

Como el estudio trata con cuestionarios plenamente identificados y no se hará otro tipo de evaluación, solamente se aplicarán encuestas, se considera que el estudio no representa riesgo para las participantes en la investigación, cualquier consulta

realizarlo a la Estudiante de Enfermería: Melany Uziel Aguilar Medina o Andrea Sue Godoy Cuba.

Beneficios

El estudio pretende identificar factores maternos que pueden influir perjudicando o beneficiando el estado nutricional en los lactantes a su cargo, pudiendo estos ayudar a neutralizar o potenciar dichos factores, sirviendo así para mejorar o mantener un buen crecimiento y desarrollo en sus hijos. Las participantes no recibirán ningún tipo de pago o incentivo financiero por su participación, la cual es libre y voluntaria, pudiendo retirarse en cualquier momento que lo desee.

Confidencialidad

Para efectos de investigación solamente la investigadora tendrá el acceso a la información del participante que son las usuarias del centro de salud Fortaleza – Ate, para efectos posteriores se procederá a identificar a cada participante a través del código ID, que será un número correlativo, el cual se ingresará a la base de datos para análisis posteriores.

Por lo tanto, yo _____,
manifiesto que he sido informada sobre el estudio y doy mi conformidad para realizármelo.

Firma _____

DNI _____

Fecha _____

Cuestionario dirigido a la madre, sobre “Factores maternos asociados al estado nutricional del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de lima este, 2019”

I. FACTORES MATERNOS: Marque con un "X" donde corresponda, solo una alternativa por pregunta.

1. Edad:

- a) 15 - 19 años
- b) 20 – 34 años
- c) 35 años a mas

2. Ocupación:

- a) Ama de casa
- b) Trabaja

3. ¿Quién se ocupa del cuidado del niño?

- a) Madre
- b) Familiar
- c) Niñera
- d) Guardería

4. ¿Qué grado de Instrucción tiene usted?

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

5. ¿Cuál es el ingreso económico mensual en su hogar?

- a) Menor de 930 soles
- b) De 930 a 1000 soles
- c) De 1001 a más soles

6. ¿Cuántos hijos tiene usted?

- a) 1 solo hijo
- b) 2 hijos
- c) De 3 a más hijos

Si usted respondió que tiene más de un hijo, responda la siguiente pregunta:

Fecha de nacimiento de su penúltimo hijo: _____

¿Diferencia de tiempo entre el nacimiento del penúltimo hijo y el embarazo del último?

- a) Sin espacio intergenésico
- b) Menor de 24 meses
- c) Mayor a 24 meses

FICHA DE REGISTRO Y EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA DEL NIÑO (A)

I. DATOS GENERALES DEL NIÑO O NIÑA:

Fecha de Nacimiento:

La edad del niño:

- a) 6 - 11 meses
- b) 12 – 24 meses

II. ESTADO NUTRICIONAL

Sexo:	M	F	Peso:	gr	Talla:	cm
--------------	---	---	--------------	----	---------------	----

Percentil de ubicación:

- ❖ P/T: _____
- ❖ P/E: _____
- ❖ T/E: _____

Tabla de clasificación

Puntos de corte	PESO PARA EDAD	PESO PARA TALLA	TALLA PARA EDAD
DS	Clasificación	Clasificación	Clasificación
> + 3	---	Obesidad	Muy alto
>+ 2	Sobrepeso	Sobrepeso	Alto
+2 a -2	Normal	Normal	Normal
< - 2 a -3	Desnutrición	Desnutrición	Talla baja
< - 3	Bajo peso severo	Desnutrición severa	Talla baja severa

III. HEMOGLOBINA

Resultado: _____

Clasificación	Hemoglobina
Normal	= o < 11 g/dl
Anemia Leve	10.0 a 10.9 g/dl.
Anemia Modera	7.0 a 9.9 g/dl
Anemia Severa	> a 7.0 g/dl.

Anexo 5. Validez del Instrumento

ESCUELA DE ENFERMERIA UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

Ítems	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Juez 7	Juez 8	Juez 9	Juez 10	P
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.0010
2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0.0098
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.0010
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.0010
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.0010
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.0010
7	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0.0439
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.0010
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.0010
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.0010
-	-										0.0617

Se ha considerado:

0: Si la respuesta es negativa.

1: Si la respuesta es positiva.

Excepto en las preguntas 7 y 8 que es inversa la codificación

$$P = 0.0617 / 10 = 0.00617$$

Si "P" es menor de 0.05 entonces la prueba es significativa, siendo el instrumento válido según la prueba binomial aplicada al juicio de experto **P= 0.00617**.

Anexo 6. Confiabilidad Del Instrumento

La medición de la confiabilidad del instrumento se realizó a través de la aplicación del coeficiente de correlación “Alfa de Cronbach”.

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Donde:

α : Coeficiente de Alfa de Cronbach

K: El número de ítems

S_i^2 : Sumatoria de varianzas de los Ítems

S_T^2 : Varianza de la suma de los Ítems

ESTADÍSTICOS DE CONFIABILIDAD

Alfa de Cronbach ^a	Nº de elementos
0.8	20

Tras la aplicación del instrumento para la medición de su confiabilidad en una muestra piloto de 20 madres, el puntaje calificativo del coeficiente de correlación fue de 0.8 dando como significado que el instrumento es **CONFIABLE**.

Anexo 7. Tablas

Tabla 18. *Estado nutricional (P/E) del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este*

Estado Nutricional (P/E)	n	%
Sobrepeso	7	7,5
Normal	84	90,3
Desnutrición	2	2,2
Total	93	100,0

En la tabla 18, se observa que del 100% de lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo, el 90,3% se encuentra con un estado nutricional normal, seguidamente el 7,5% de lactantes se encuentra con sobrepeso y solo el 2,2% de lactantes se encuentra en un estado de desnutrición.

Tabla 19. *Estado nutricional (T/E) del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este*

Estado Nutricional (T/E)	n	%
Alto	3	3,2
Normal	85	91,4
Talla baja	5	5,4
Total	93	100,0

En la tabla 19, se observa que del 100% de lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo, el 91,4% se encuentra con una talla normal, seguidamente el 5,4% de lactantes se encuentra talla baja y solo el 3,2% de lactantes se encuentra con una talla alta.

Tabla 20. Hemoglobina del lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima Este

Hemoglobina	n	%
Normal	61	65,6
Leve	25	26,9
Moderada	7	7,5
Total	93	100,0

En la tabla 20, se observa que del 100% de lactante de 6 a 24 meses atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo, el 65,6% se encuentra con una hemoglobina normal, seguidamente el 26,9% de lactantes se encuentra con anemia leve y solo el 7,5% de lactantes se encuentra con una anemia moderada.

Anexo 8. Base de datos

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U
SUJETO	Edad_madre	Ocupacion	cargo_niño	Estado_civil	Instrucción	Ingresos_Economicos	Paridad_materna	Espacio_intergenesico	Edad	sexo	P/T	P/E	T/E	Hemoglobina	Valor_Hemoglobina	Peso	Talla	Edad_niño	Fecha_Nacimiento	Fecha_datos
1	2	1	0	1	2	2	1	0	1	2	3	2	3	3	8.6	7.8	68	9 m	7/04/2019	7/12/2019
2	1	1	0	2	2	1	1	0	1	2	2	2	3	1	11.2	8.9	66.5	6 m	11/07/2019	11/01/2020
3	2	1	0	1	2	3	2	2	2	2	3	2	3	2	10	9.2	76	19 m	3/06/2018	20/12/2019
4	2	1	0	1	2	1	1	0	2	2	3	2	3	2	10.2	9.85	78.5	24 m	25/12/2017	26/12/2019
5	2	2	1	1	2	2	1	0	1	2	3	2	3	1	12.2	8.2	65	6 m	1/07/2019	6/12/2019
6	2	1	0	1	2	2	1	0	2	2	3	2	3	2	10.4	7.9	69	12 m	12/11/2018	29/11/2019
7	2	1	0	1	2	2	1	0	1	2	3	2	3	2	10.2	7.4	64	6 m	9/06/2019	14/12/2019
8	2	2	2	1	3	3	1	0	1	2	2	2	3	1	12.9	10.2	70.2	8 m	22/04/2019	8/01/2020
9	2	1	0	2	2	2	2	2	1	2	1	1	3	1	11.6	12.5	68	7 m	26/04/2019	29/11/2019
10	2	2	1	1	3	3	1	0	1	2	3	2	3	1	12.1	7	66	6 m	1/05/2019	4/11/2019
11	2	1	0	1	2	2	1	0	1	2	3	2	3	1	11.5	8.3	69	8 m	24/03/2019	23/12/2019
12	2	2	1	1	2	2	1	0	1	2	3	2	3	1	12	7.2	69.5	6 m	26/04/2019	4/11/2019
13	1	1	0	1	2	1	1	0	1	2	3	2	3	3	9.3	8	66	6m	4/04/2019	4/10/2019
14	2	2	1	1	3	3	2	2	2	1	3	2	3	1	11.8	10.3	78.5	13 m	3/12/2018	9/01/2020
15	2	1	0	1	2	2	1	0	1	1	3	2	3	2	10.3	8.4	70.5	9 m	30/03/2019	3/01/2020
16	2	2	3	1	2	3	2	2	1	1	3	2	3	1	11.7	10.2	71	8 m	1/05/2019	2/01/2020
17	2	1	0	1	2	1	2	2	1	1	3	3	4	1	12.2	5.49	61	6 m	28/05/2019	30/12/2019
18	2	1	0	1	2	2	1	0	1	1	3	2	3	2	10.8	8.3	67	7 m	7/06/2019	27/12/2019
19	1	1	0	1	3	2	1	0	2	1	3	2	3	2	10.2	9.4	73	13 m	28/11/2018	9/01/2020
20	2	1	0	1	2	2	1	0	1	1	3	2	3	2	10.3	8.2	70	6 m	9/05/2019	11/11/2019
21	2	1	0	1	3	3	2	2	1	2	3	2	3	1	11.5	8.1	65	7 m	5/06/2019	9/01/2020
22	2	1	0	1	1	1	2	2	1	1	3	2	3	2	10	7.2	65	6 m	13/06/2019	12/12/2019
23	2	2	1	2	3	2	2	2	1	2	3	2	3	1	11.7	8.6	70	8 m	30/04/2019	7/01/2020
24	2	1	0	1	2	3	1	0	1	1	3	2	3	2	10.9	9.6	73	8 m	1/05/2019	4/01/2020
25	2	1	0	1	2	2	1	0	1	1	3	2	3	2	10.9	7.9	66	6 m	2/04/2019	7/10/2019
26	2	1	0	2	2	2	1	0	1	1	3	2	3	2	10.6	9.2	69.3	6m	23/06/2019	23/12/2019
27	2	1	0	1	2	1	1	0	1	1	3	2	3	2	10.9	9.2	73	11 m	28/11/2018	22/11/2019
28	2	1	0	1	2	3	2	2	1	1	3	2	3	1	11.9	8.55	66	7 m	4/04/2019	1/11/2019
29	2	2	0	1	2	2	1	0	2	1	3	2	4	1	13.5	12.3	80	24 m	25/12/2017	23/12/2019
30	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	3	2	3	1	11.5	8.45	69	6 m	15/06/2019	11/01/2020
31	2	1	0	1	2	2	1	0	2	1	3	2	3	1	12.3	9.9	74	12 m	13/11/2018	20/12/2019
32	2	1	0	1	2	2	1	0	1	1	3	2	3	1	11.3	8.2	67	6 m	10/07/2019	11/01/2020
33	2	1	0	1	3	3	1	0	1	1	3	2	3	1	11	8.9	72.4	10 m	15/02/2019	2/10/2019
34	2	1	0	1	2	2	1	0	1	1	3	2	3	1	11.1	7.65	68.5	6 m	17/06/2019	3/01/2020
35	2	2	1	2	3	3	1	0	1	2	3	2	2	1	11.4	9	72.5	9m	2/05/2019	3/10/2019
36	2	1	0	1	2	2	1	0	2	1	3	2	3	1	12.1	9.5	76	12 m	20/11/2018	20/11/2019
37	2	2	2	1	1	3	1	0	1	2	3	2	3	1	13.8	8.8	70.5	11 m	27/12/2018	29/11/2019

SUJETO	Edad_madre	Ocupacion	cargo_niño	Estado_civil	Instrucción	Ingresos_Economicos	Paridad_materna	Espacio_intergenerico	Edad	sexo	P/T	P/E	T/E	Hemoglobina	Valor_Hemoglobina	Peso	Talla	Edad_niño	Fecha_Nacimiento	Fecha_datos
38	2	1	0	1	2	2	1	0	2	2	3	2	3	1	12	9.2	71	12 m	16/12/2018	17/12/2019
39	2	1	0	1	2	2	2	2	1	2	3	2	3	1	12	8.95	73	10 m	12/01/2019	12/11/2019
40	2	1	0	1	2	2	1	0	1	2	3	2	3	1	11.7	10.7	76	10 m	29/12/2018	6/11/2019
41	2	2	2	1	3	3	2	1	1	2	3	2	3	1	12.4	9.8	74	11m	7/11/2018	16/11/2019
42	2	1	0	2	2	2	1	0	1	1	3	2	3	1	11.1	10.2	71	7m	10/06/2019	10/01/2020
43	2	1	0	1	2	2	1	0	1	1	3	2	3	1	11.5	6.8	65	6m	22/05/2019	21/11/2019
44	2	1	0	1	2	2	1	0	2	2	3	2	4	1	11.5	8.1	69	15 m	30/09/2018	23/12/2019
45	2	1	0	1	2	3	1	0	1	1	3	2	3	1	12.2	10	74	11	20/01/2019	28/11/2019
46	2	2	3	2	2	3	2	1	1	1	3	2	4	2	10.2	7.4	64	6 m	14/05/2019	14/12/2019
47	2	1	0	1	2	1	2	2	2	2	3	2	3	2	10.4	7.9	79	11 m	12/11/2018	29/11/2019
48	2	1	0	1	2	2	1	0	1	1	3	2	3	1	11.2	8.3	65	6 m	13/06/2019	13/01/2020
49	3	2	3	2	2	3	2	2	1	2	3	2	3	1	11	8.9	72.5	7 m	15/02/2019	2/10/2019
50	2	2	3	1	2	2	2	1	1	2	3	2	3	1	12.2	8.9	69	7 m	7/06/2019	8/01/2020
51	2	1	0	1	2	2	2	2	1	1	3	2	3	1	12.8	8.5	68	6 m	10/07/2019	10/01/2020
52	2	2	1	2	3	3	1	0	2	2	3	2	3	2	13.4	13	88.3	24 m	24/12/2017	3/01/2020
53	2	1	0	1	2	3	1	0	2	2	3	2	3	2	10.3	11.55	83.5	11 m	20/11/2017	7/10/2019
54	2	2	1	1	3	3	1	0	1	1	3	2	3	1	13.1	8.1	70	6m	9/04/2019	23/10/2019
55	1	1	0	2	2	1	1	0	1	2	2	1	3	3	8.8	10.4	68.5	6 m	17/06/2019	27/12/2019
56	2	1	0	1	2	2	1	0	1	1	3	2	3	1	11.1	9.7	70	6 m	28/06/2019	6/01/2020
57	2	1	0	1	2	3	2	2	1	1	3	2	3	1	11.5	7.8	64.5	6 m	19/07/2019	20/12/2019
58	2	1	0	2	2	3	1	0	1	2	3	2	3	1	15.8	8.15	66	8 m	13/02/2019	24/10/2019
59	2	1	0	1	2	1	1	0	1	1	3	3	3	2	8.8	6.4	65	7 m	25/05/2019	2/01/2020
60	2	1	0	1	2	2	1	0	1	1	3	2	4	2	10.2	7	63	6m	25/06/2019	24/12/2019
61	2	1	0	1	2	1	2	2	2	2	2	2	3	1	12	10.1	68.5	11m	5/12/2018	20/11/2019
62	2	2	1	1	2	2	1	0	2	1	3	2	3	1	12.7	9.2	75	15 m	8/08/2018	22/11/2019
63	2	1	0	1	2	2	1	0	1	1	2	2	3	1	11	10.4	69.5	10 m	10/03/2019	13/01/2020
64	2	2	1	1	3	3	2	1	2	2	3	2	3	1	12.7	9.2	74.3	13 m	28/11/2018	14/01/2020
65	2	1	0	2	2	2	2	2	2	1	3	2	3	1	11.7	12	83.2	24 m	11/01/2018	11/01/2020
66	2	2	1	1	2	3	1	0	2	2	3	2	3	1	12.4	12.5	87	21 m	22/03/2018	14/01/2020
67	2	2	1	1	3	3	2	2	2	1	3	2	3	1	12.4	9.3	75	13 m	12/12/2018	10/01/2020
68	2	1	0	1	2	2	2	2	1	2	3	2	3	1	11	8.2	66.5	6 m	2/06/2019	13/01/2020
69	2	1	0	1	2	2	2	2	2	2	3	2	3	3	8.3	8.1	70	9 m	14/03/2019	14/01/2020
70	2	1	0	2	2	1	1	0	1	1	3	2	3	3	9.4	9.2	72.5	10 m	12/03/2019	14/01/2020
71	2	1	0	2	2	1	1	0	1	1	2	2	3	1	11.2	10.2	70	10 m	25/02/2019	14/01/2020
72	2	1	0	1	2	2	1	0	1	1	3	2	3	1	13	10.65	70.5	10 m	15/01/2019	14/01/2020
73	2	2	1	1	3	3	1	0	1	1	3	2	3	1	12.1	8.83	69	7 m	6/05/2019	14/01/2020

SUJETO	Edad_madre	Ocupacion	cargo_niño	Estado_civil	Instrucción	Ingresos_Economicos	Paridad_materna	Espacio_intergenesico	Edad	sexo	P/T	P/E	T/E	Hemoglobina	Valor_Hemoglobina	Peso	Talla	Edad_niño	Fecha_Nacimiento	Fecha_datos
73	2	2	1	1	3	3	1	0	1	1	3	2	3	1	12.1	8.83	69	7 m	6/05/2019	14/01/2020
74	2	1	0	1	2	2	1	0	2	1	3	2	3	2	10.7	10.15	75.5	14 m	21/10/2018	14/01/2020
75	2	2	2	1	2	2	1	0	1	2	3	2	3	1	11.5	8.95	69.5	9 m	29/03/2019	14/01/2020
76	1	1	0	1	2	1	1	0	1	2	3	2	3	1	11	9.2	71	9 m	6/04/2019	9/01/2020
77	2	1	0	1	3	1	1	0	1	1	3	2	3	1	12	10.1	75	10m	28/11/2018	11/10/2019
78	2	1	0	1	2	2	1	0	1	2	3	2	3	2	10.3	7	67.5	9m	19/03/2019	17/12/2019
79	3	2	0	2	2	3	1	0	2	2	3	2	2	1	13.1	10.6	81.4	22m	18/01/2019	14/12/2019
80	1	1	0	2	2	1	1	0	1	2	2	1	2	1	11.8	11.5	72	7m	28/03/2019	22/11/2019
81	2	2	3	1	2	2	1	0	1	1	2	1	3	1	11.3	12.2	73.5	8m	5/05/2019	9/01/2020
82	1	1	0	2	2	1	1	0	1	2	3	2	3	1	11.3	8	65.5	7m	13/02/2019	9/10/2019
83	1	1	0	1	2	3	1	0	1	1	3	2	3	1	11.7	9.5	69.5	8m	19/04/2019	18/11/2019
84	2	1	0	1	2	3	1	0	1	2	3	2	3	1	12.2	7.25	65	8m	25/03/2019	14/12/2019
85	1	1	0	2	2	2	1	0	1	2	2	1	3	1	11.2	10.1	69.5	7m	18/05/2019	18/12/2019
86	2	1	0	1	2	2	1	0	2	1	3	2	3	1	11	10.1	76	15m	5/08/2018	12/11/2019
87	1	1	0	1	2	2	1	0	1	1	3	2	3	1	12	9.2	72	7m	17/05/2019	17/12/2019
88	1	2	3	1	2	2	1	0	2	2	3	2	3	1	11.5	9.5	77.5	12m	27/10/2018	8/11/2019
89	1	1	0	1	2	1	1	0	2	1	3	2	3	2	10.5	11.85	84	18m	19/03/2018	15/10/2019
90	2	1	0	1	3	3	1	0	2	1	3	2	3	2	10	10.5	75	12m	9/11/2018	28/11/2019
91	1	2	3	1	2	2	1	0	2	2	3	1	2	1	11.8	12.2	82.5	18m	7/07/2018	7/01/2019
92	2	1	0	2	2	2	1	0	2	2	3	2	3	2	10	10.5	74.5	12m	16/11/2018	2/01/2020
93	2	2	3	2	3	3	1	0	2	1	3	2	3	2	10.6	10.15	78	14m	19/10/2018	13/01/2020
94	2	1	0	1	2	2	1	0	1	2	3	2	3	1	11	8.85	70	11m	15/12/2018	22/11/2019
95	2	1	0	1	3	2	1	0	1	2	3	2	3	1	13.4	8.7	69	10m	3/12/2018	3/10/2019
96	1	1	0	1	2	1	2	1	2	1	2	1	3	3	9.4	12.6	77.5	13m	29/10/2018	5/12/2019
97	2	1	0	1	2	2	1	0	2	1	3	2	3	2	10.4	11.25	81	14m	3/11/2018	3/01/2020
98	2	1	1	2	2	2	1	0	2	1	3	2	3	1	11.7	9.7	74	12m	15/12/2018	7/01/2020
99	2	1	0	1	2	1	1	0	2	1	3	2	4	1	11.5	10	76	21m	15/01/2018	22/10/2019
100	1	1	0	2	2	2	1	0	2	1	2	2	3	1	11.6	11.5	75	12m	27/10/2018	8/11/2019

Ilustración 1

Longitud/estatura para las Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

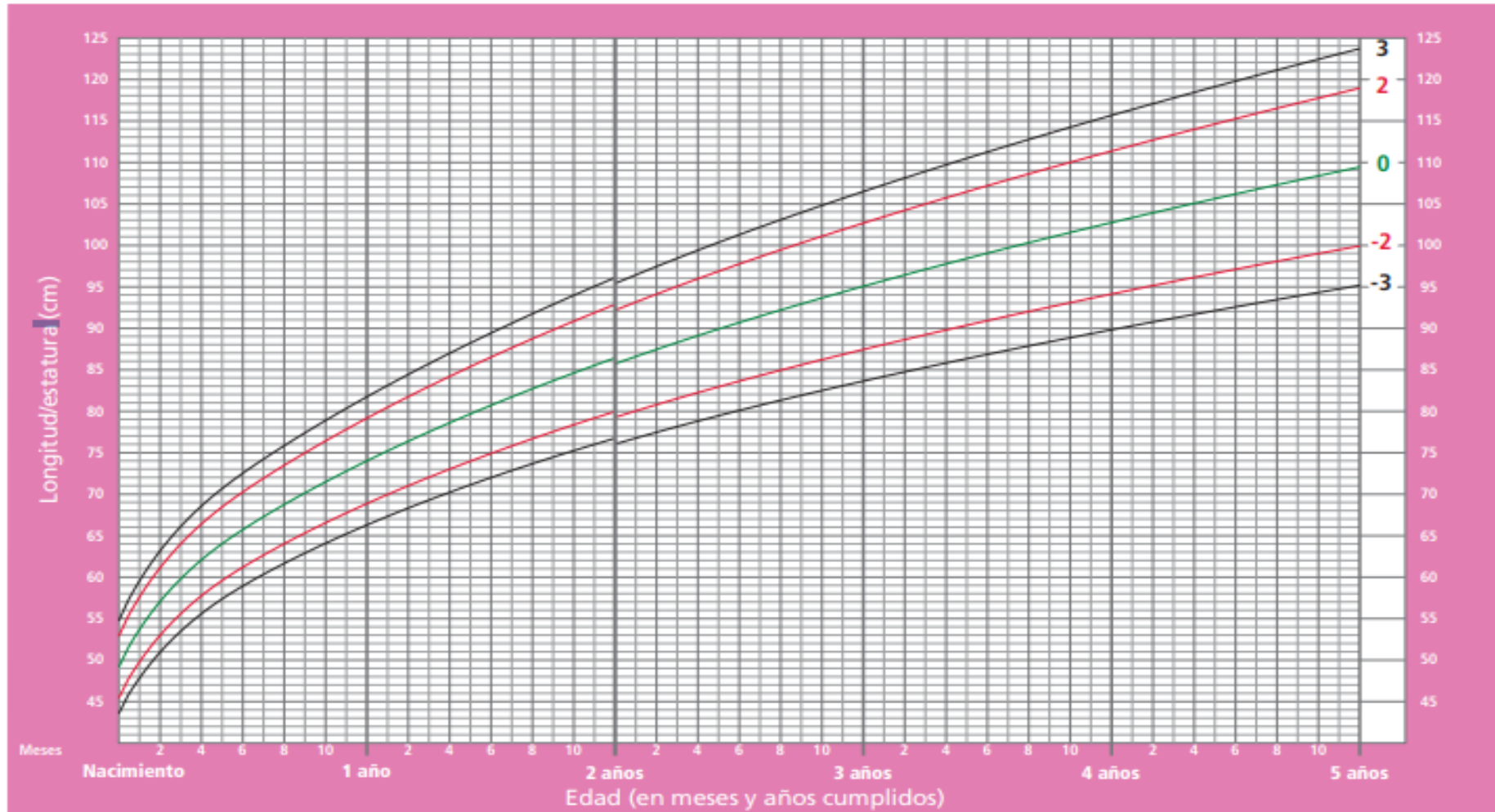
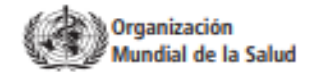


Ilustración 2

Longitud/estatura para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

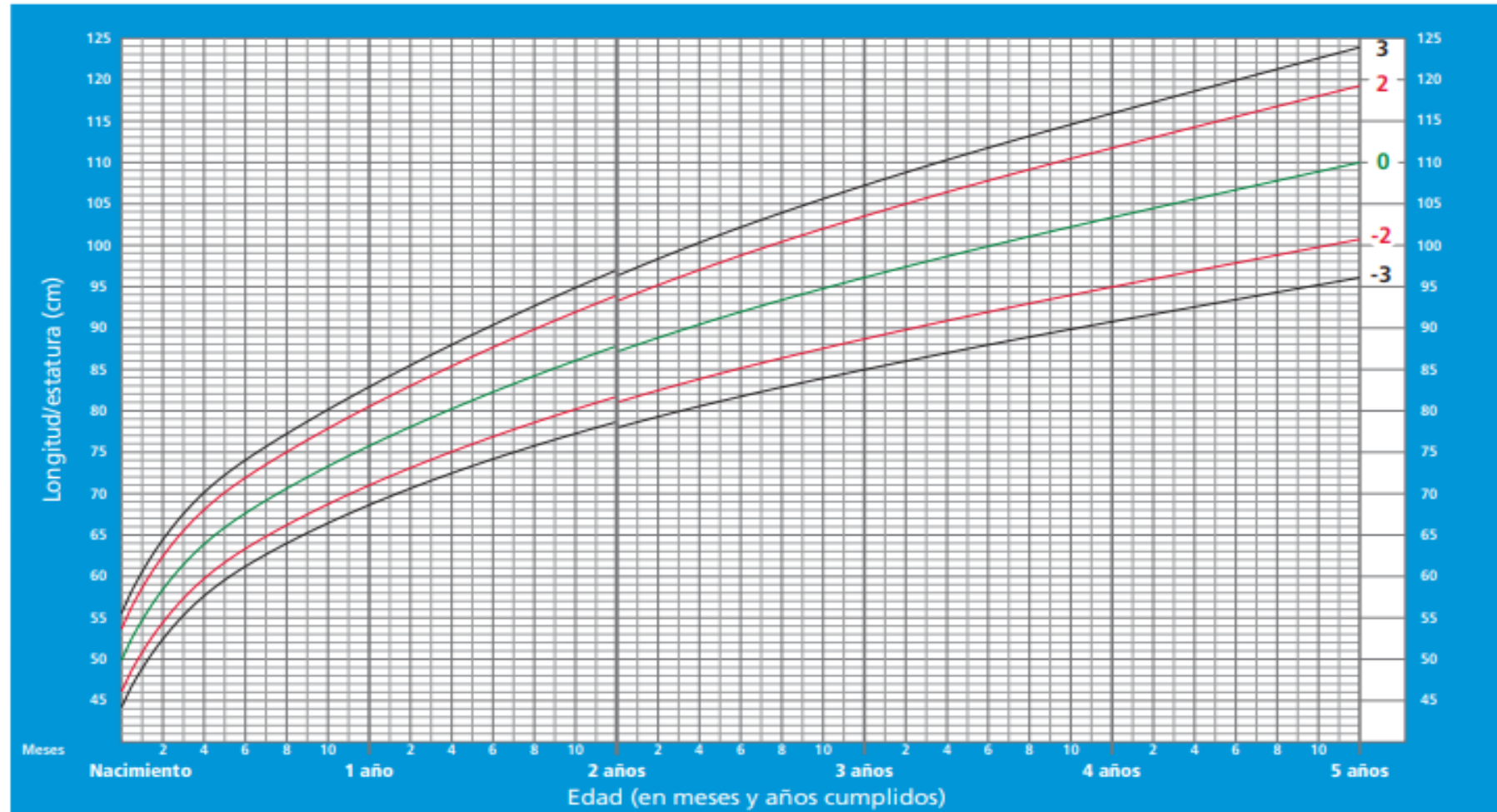
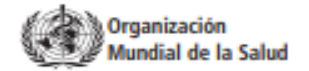


Ilustración 3

Peso para la edad Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

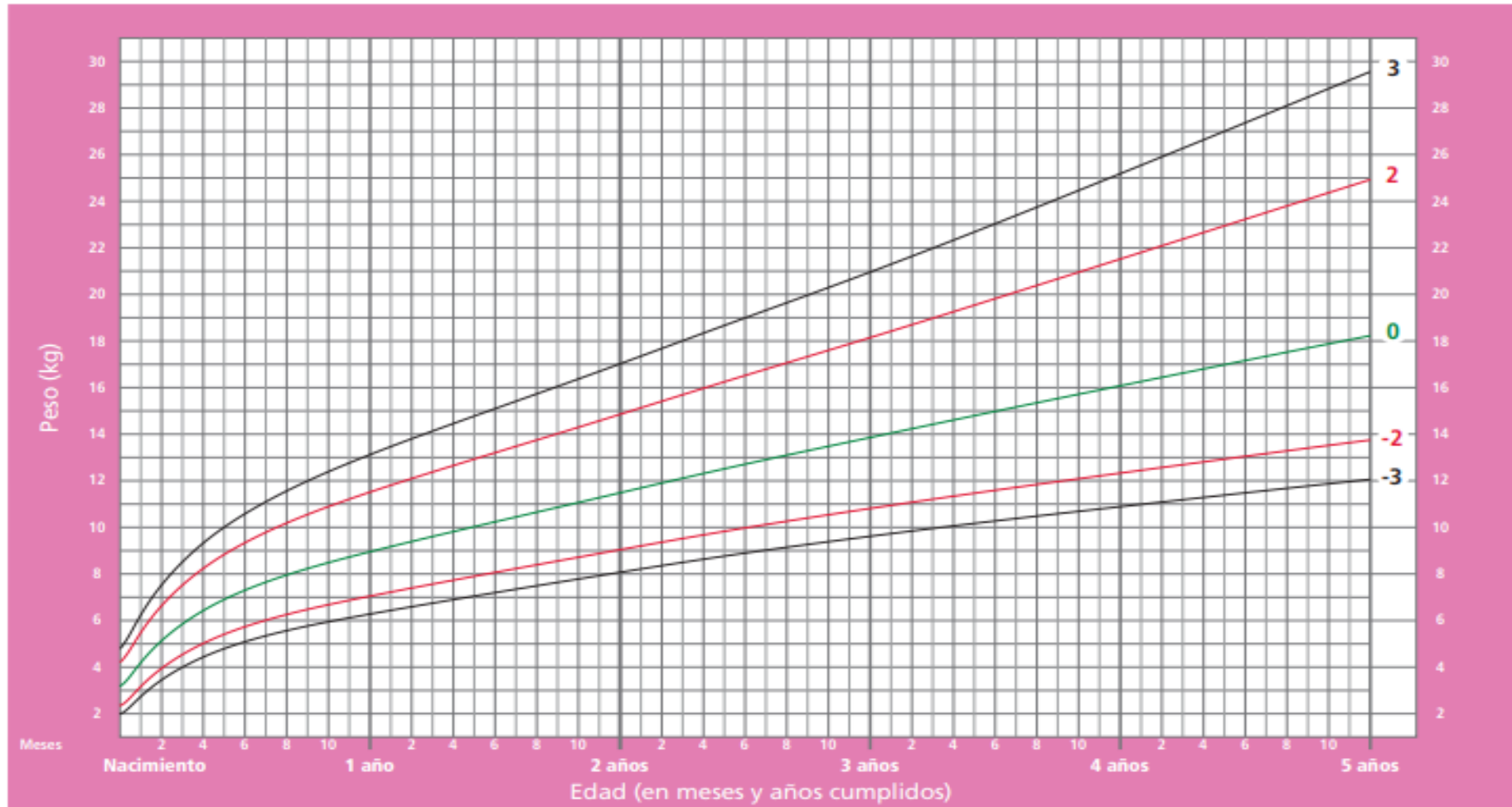
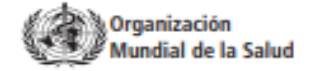


Ilustración 4

Peso para la edad Niños Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

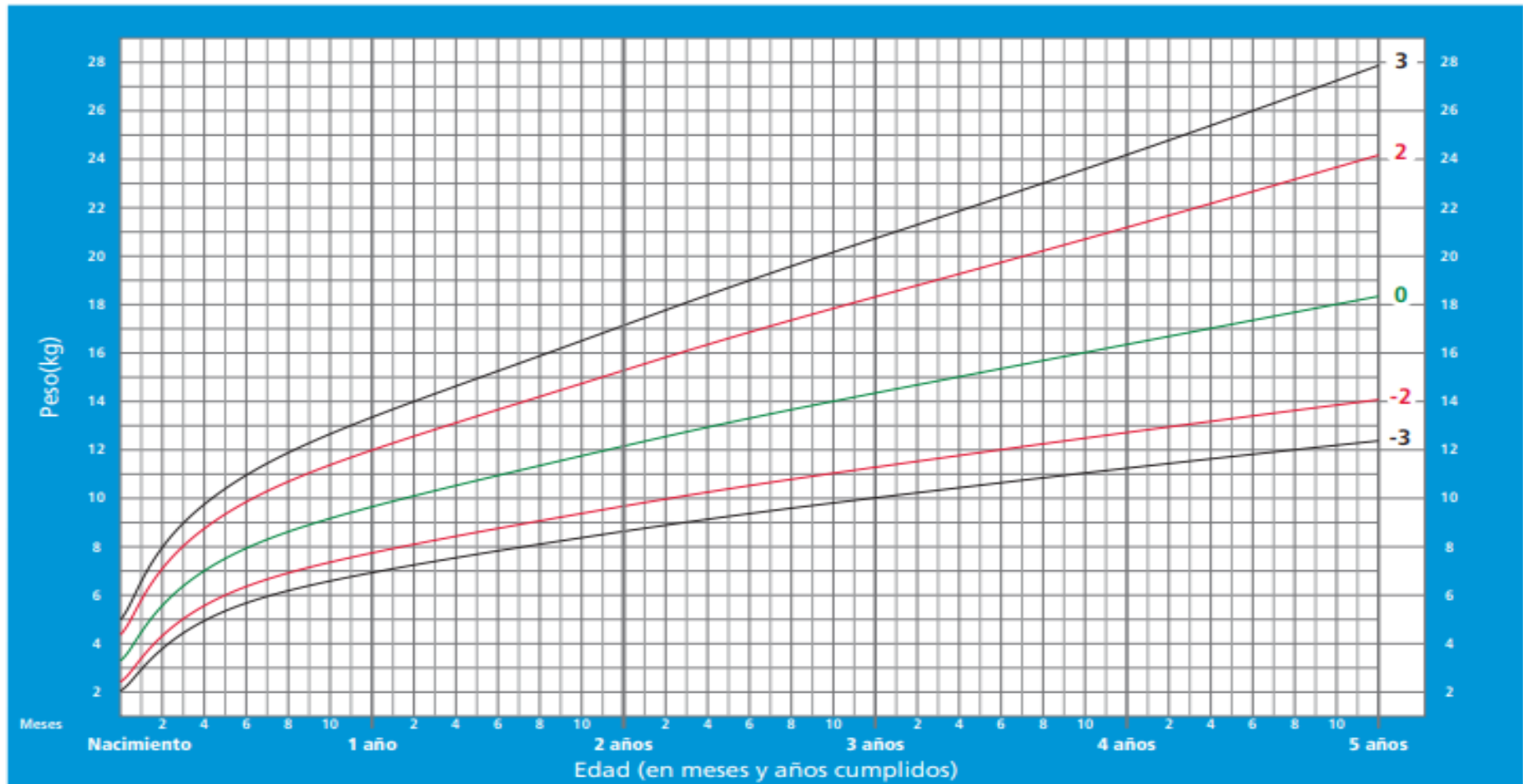
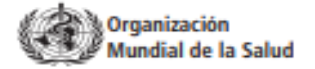


Ilustración 5

Peso para la longitud Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)

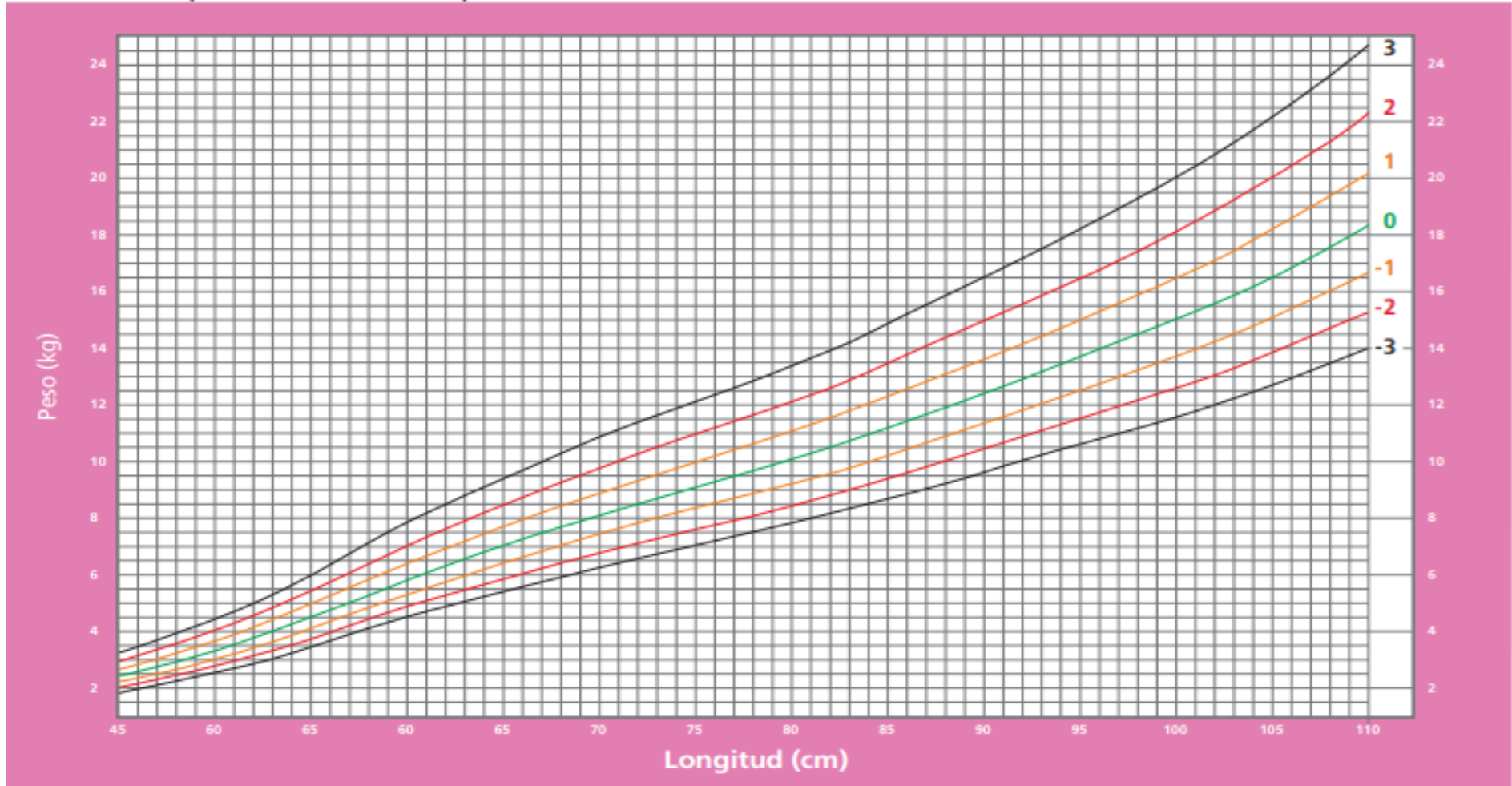
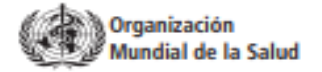


Ilustración 6

Peso para la longitud - Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)

