



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

**DETERMINANTES SOCIALES Y DESNUTRICIÓN GLOBAL EN NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS. PS. SOMATE ALTO – BELLAVISTA SULLANA. ENERO
– JUNIO 2017.**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTORA:

JHANNINA DEL PILAR MEDINA CHÁVEZ

ASESOR:

DR. JIMMY GARCIA CHUMACERO

LINEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD PERINATAL E INFANTIL

PIURA – PERÚ

2018

El Jurado encargado de evaluar la tesis presentada por don (ña) **MEDINA CHAVEZ JHANNINA DEL PILAR** cuyo título es:

DETERMINANTES SOCIALES Y DESNUTRICIÓN GLOBAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.PS. SOMATE ALTO-BELLAVISTA SULLANA .ENERO-JUNIO 2017

Reunido en la fecha, escuchó la sustentación y la resolución de preguntas por el estudiante, otorgándole el calificativo de: 16.....(número) Dieciseis.....(letras).

Piura.....08.....de 02.....del 2018..

.....
 PRESIDENTE

.....
 SECRETARIO

.....
 VOCAL

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------

DEDICATORIA

*A mi esposo Elmer Espirilla, por ser el apoyo incondicional en mi vida, que con su amor y respaldo me ayuda alcanzar mis objetivos

*A mi hijo Elmer Alejandro por ser la fuente de mi esfuerzo, motivación más grande para concluir con esta meta.

* A mis padres Gilver y Marleni por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mis expectativas, por los consejos, valores y principios que me han inculcado.

*A mis abuelos Luis (QEGPD) a pesar de nuestra distancia física siento que estás conmigo siempre, sé que este momento hubiera sido tan especial para ti como lo es para mí y a mi Petita por quererme y apoyarme siempre.

*A mis hermanos, Manuel, Zhusann, Karoll que con sus palabras me hacen sentir orgullosa de lo que soy y de los que les puedo enseñar y siempre estaré ahí para Ustedes

AGRADECIMIENTO

- 1.- A mi Padre Eterno por bendecirme la vida, por guiarme a lo largo de mi existencia, ser mi apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y debilidad.

- 2.- A la Universidad Cesar Vallejo por ser la institución que contribuyó en mi formación como profesional de la salud.

- 3.- A todos los docentes que con su sabiduría, conocimiento y apoyo motivaron a desarrollarme como persona y profesional.

- 4.- A mis amigos con todos los que compartí dentro y fuera de las aulas, aquellos amigos del colegio que se convierten en amigos de vida y aquellos que serán mis colegas.

- 5.- Este trabajo de investigación ha sido posible gracias a la colaboración y esfuerzo de un gran número de personas a las que dedico mi más sincero agradecimiento.

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo Jhannina Del Pilar Medina Chávez, con DNI N° 47166775 , a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de CIENCIAS MÉDICAS, Escuela de MEDICINA, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Asímismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Jhannina Del Pilar Medina Chávez

DNI: 47166775

Piura, 25 de Noviembre del 2018

PRESENTACIÓN

Señores miembros de Jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo presento ante ustedes la Tesis titulada **“DETERMINANTES SOCIALES Y DESNUTRICIÓN GLOBAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. PS. SOMATE ALTO – BELLAVISTA SULLANA. ENERO – JUNIO 2017”** La misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el título profesional de **MEDICO CIRUJANO**. Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

El Autor

ÍNDICE

	Pág.
Página del Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Indice	vii
Resumen	ix
Abstract	x
I. Introducción	11
1.1 Realidad problemática	11
1.2 Trabajos previos	13
1.3 Teorías relacionadas al tema	16
1.4 Formulación del problema	22
1.5 Justificación del estudio	23
1.6 Objetivos	24
II. Método	
2.1 Diseño de investigación	26
2.2 Variables, Operacionalización	26
2.3 Población y muestra	30

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos,	
Validez y confiabilidad	31
2.5 Métodos de análisis de datos	33
2.6 Aspectos éticos	33
III. Resultados	34
IV. Discusión	41
V. Conclusiones	44
VI. Recomendaciones	45
VII. Referencias bibliográficas	47
Anexos	52

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación de las determinantes sociales de la salud en la desnutrición global del niño menor de 5 años en el Puesto de Salud Somate Alto. Bellavista Sullana en el periodo Enero – Junio 2017

Metodología: Es un estudio multicéntrico comparativo, retrospectivo y transversal de determinantes sociales y desnutrición global en niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017.

Resultados: el 58% (n=29) son madres presentan entre 1 a 2 hijos, 58% (n=29) son niños que son desnutridos, mientras que el 42% (n=21) son niños que no han presentado desnutrición, 42% (n=21) no fueron desnutridos, seguido del 28% (n=14) quienes presentaron grado I de desnutrición, 98% (n=49) son niños que no presentaron prematuridad, 72% (n=36) son niños que no presentaron bajo peso al nacer, 44% (n=22) son los niños que presentaron controles CRED “CASI SIEMPRE”, 64% (n=32) son niños que recibieron lactancia exclusiva de 6 meses, 40% (n=20) son quienes presentaron como enfermedad frecuente Infecciones Respiratorias Agudas.

Conclusiones: Hay una asociación significativa entre el grupo etario, estado civil, grado de desnutrido, prematuridad, bajo peso al nacer y lactancia materna en niños menores de 5 años.

Palabras clave: Desnutrición, Waterlow, CRED, Factores asociados.

ABSTRACT

Objective: *To determine the association of the social determinants of health in the global malnutrition of children under 5 years of age in the Somate Alto Health Post. Bellavista Sullana in the period January - June 2017*

Methodology: *This is a cross-sectional, retrospective and cross-sectional study of social determinants and global malnutrition in children under 5 years of age. . Somate Alto - Bellavista Sullana. January - June 2017.*

Results: *58% (n = 29) are mothers have between 1 and 2 children, 58% (n = 29) are children who are malnourished, while 42% (n = 21) are children who have not presented malnutrition, 42% (n = 21) were not malnourished, followed by 28% (n = 14) who had grade I malnutrition, 98% (n = 49) are children who did not show prematurity, 72% (n = 36) are children who did not present low birth weight, 44% (n = 22) are children who presented CRED controls "ALMOST ALWAYS", 64% (n = 32) are children who received exclusive breastfeeding for 6 months, 40% (n = 20)) are those who presented as acute disease Acute Respiratory Infections.*

Conclusions: *There is a significant association between age group, marital status, degree of malnutrition, prematurity, low birth weight and breastfeeding in children under 5 years of age.*

Key words: *Malnutrition, Waterlow, CRED, Associated factors.*

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Realidad problemática

La desnutrición infantil es un obstáculo que impide que los individuos e incluso las sociedades desarrollen todo su potencial, los estragos que provoca la desnutrición que se padece en la infancia son los más lamentados por una sociedad, ya que en esta etapa el mayor impacto lo sufre el cerebro del niño. Los niños y niñas desnutridos tienen menos resistencia a las infecciones y más probabilidades de morir a causa de dolencias comunes de la infancia, como las enfermedades diarreicas y las infecciones de las vías respiratorias. Los estragos que provoca la desnutrición que se padece en la infancia son los más lamentados por una sociedad, ya que en esta etapa el mayor impacto lo sufre el cerebro del niño, en el que se producirían alteraciones metabólicas y estructurales irreversibles¹.

Se reconoce la enorme influencia de los condicionantes económicos, biológicos, ambientales, tecnológicos, políticos, etc., aquí nos interesamos por los de carácter más sociocultural. La alimentación de cualquier población puede determinarse por el nivel educativo, el empleo, el género y la edad, la diferenciación étnica, la cobertura social, las redes sociales de apoyo, el empoderamiento y la participación ciudadana, la cohesión social, etc., y se encuentra mediatizada por la conservación de tradiciones familiares o comunitarias (celebraciones, fiestas populares, actitudes hospitalarias, costumbres religiosas, tabúes...) por la publicidad y el marketing y por otros factores socioculturales².

Piura es una de las regiones que más alimentos aporta al Perú (por actividades relacionadas a la pesca, ganadería y agricultura); sin embargo, registra un alto índice de anemia y desnutrición crónica infantil. Casi el 36 % de los niños de 6 a 36 meses tiene anemia y un 20.3% de los niños menores de 5 años padece de desnutrición crónica, según el Endes 2015 del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Otro dato que preocupa es el bajo peso al nacer. En la región se dan con más frecuencia nacimientos con menos de 2.5 kilogramos. Entre el 2014 y 2015 el bajo peso al nacer pasó de 9.7 a 10.4%. Es decir, aumentó en 0.7%. Así, las

madres, al estar mal alimentadas, inician el embarazo con cifras baja de hemoglobina. Pero eso no es todo.

La desnutrición crónica en Piura provocó la muerte de 465 niños menores en el 2015. Las causas de muerte estuvieron relacionadas, en su mayoría, por bajo peso al nacer (392); por infecciones respiratorias relacionadas a la neumonía (50) y por infecciones parasitarias como la diarrea (23). El problema de la desnutrición crónica y anemia en Piura está relacionada con la falta de agua, malos hábitos alimenticios y creencias erróneas sobre la alimentación o sea que un componente de este problema está relacionado con la educación sanitaria de la población³.

Ciertos factores que contribuyen a la desnutrición crónica, es la alimentación inadecuada, la incidencia o prevalencia de enfermedades infecciosas, el bajo nivel de educativo y analfabetismo de la madre, afianzándose en mayor porcentaje en el área rural⁴.

Se considera como la alteración alimentaria más común de la niñez y la causa más frecuente de consulta de CRED. Las dificultades que va a presentar son retraso en su crecimiento, falta de vitaminas y minerales y eso podría conllevar a una mortalidad infantil y trastornos neurológicos como problemas para fijar la atención, seguir pautas de comportamiento o recordar la necesidad de realizar tareas, a menudo llevan a los niños al fracaso escolar, baja autoestima, inseguridad afectiva, baja tolerancia al esfuerzo y frustración, entre otros⁵.

En razón a los diversos aspectos expuestos anteriormente se propone ejecutar este estudio para poder conocer el nivel de desnutrición global en niños menores de cinco años que asisten al consultorio de CRED del Puesto De Salud “Somate Alto”, problema que causa desasosiego continuo en sus padres.

1.2 Trabajos previos

Vallejo-Solarte M E, Castro-Castro L M, Cerezo-Correa M P⁷. (2016) en un estudio realizado acerca del “Estado nutricional y determinantes sociales en niños entre 0 y 5 años de la comunidad de Yunguillo y de Red Unidos, Mocoa –

Colombia” tuvieron como objetivo establecer el estado nutricional de los niños de 0 a 5 años de la comunidad del Resguardo Yunguillo y de Red Unidos del municipio de Mocoa 2014 y su relación con los determinantes sociales realizando un estudio descriptivo correlacional con muestreo probabilístico para la población de Red Unidos y población total de Yuguinllo. Se aplicaron a los padres, dos cuestionarios adaptados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Colombia - ENSIN 2010 y de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud -ENDS 2010 y se diseñó un instrumento para el registro de las medidas antropométricas de los niños, su aplicación contó con el consentimiento informado teniendo como **resultados** la evaluación de 117 niños de Yunguillo y 122 de Red Unidos; encontrando desnutrición aguda 1,7% y 1,6%, desnutrición global 23,1% y 14,5%, retraso en la talla 43,6% y 24,2% y obesidad 12,8% y 9,7%, respectivamente. Se encontró relación entre el indicador talla/edad y nivel educativo del padre y la pertenencia a programa de alimentación complementaria y el indicador peso/ edad y el sexo. El acceso a servicios públicos, condiciones habitacionales, de educación y ocupación en ambos grupos son deficientes y llegando a las **conclusiones** de que los niños de ambas comunidades presentan problemas de malnutrición reflejados en los porcentajes elevados de desnutrición crónica, sobrepeso y desnutrición global. Se observaron diferencias estadísticas en el indicador talla para la edad al comparar los niños del grupo de Yunguillo y los de Red Unidos.

Torres Domínguez J A, Guarneros Soto N^o. (2016). Realizaron un estudio sobre el impacto de los determinantes sociales de la salud en una comunidad marginada teniendo como objetivo identificar y analizar los principales determinantes sociales de la salud en una comunidad marginada a través de un diagnóstico comunitario, en donde se aplicaron 105 cuestionarios y ocho entrevistas semi-estructuradas a jefas del hogar residentes de “El Ermitaño”, D.F. Los temas abarcados fueron aspectos socio-demográficos socioeconómicos, vivienda, ambiente, estilos de vida, condiciones y percepción de salud y necesidades sentidas. Se calcularon medidas de tendencia central para datos cuantitativos y se analizaron las entrevistas utilizando el software ATLAS.ti, obteniendo como resultado una colonia catalogada con grado de marginación alto. Nivel educativo de secundaria,

aún se presenta población sin escolaridad. La disposición de desechos es un tema recurrente debido a la ausencia de camiones recolectores; más del 50% de la localidad no cuenta con servicio de agua entubada. La colonia carece de centros de salud y el gasto de bolsillo asciende hasta \$250 pesos. Los principales problemas percibidos son las adicciones y las principales causas de morbilidad y mortalidad son crónico-degenerativas, teniendo como conclusión la identificación y análisis de los determinantes sociales de la salud son claves para emprender acciones. Éstas últimas beneficiarán a la sociedad al hacer visibles sus problemas al tomar en cuenta a los habitantes para su resolución.

Jasso Gutiérrez L, López Ortega M⁶ (2014) Un estudio “El impacto de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) en los niños” requiere ser analizado. Al evaluar los DSS en países desarrollados se observan amplias diferencias que deben ser analizadas. México, comparado con los países de la Organización por la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), muestra bajas calificaciones en la mayoría de los indicadores de bienestar infantil. Si bien nuestra posición internacional ha mejorado, aún revela importantes deficiencias. Destaca el impacto que los DSS tienen tanto en los ámbitos rurales como en los urbanos, en los que existen áreas de oportunidad para mejorar las condiciones de los niños. En el contexto Latinoamericano y del Caribe también existen algunos países con mejor desempeño que el nuestro. En México existen importantes diferencias en varios indicadores de bienestar infantil entre las entidades federativas, como la proporción de comunidades rurales y urbanas, la situación de la población infantil con discapacidad, la composición de las familias, el ejercicio del derecho a la identidad, las condiciones propias de la salud, la educación, la pobreza, la vivienda, el trabajo infantil y la regulación y protección del Estado sobre estos derechos. Por lo anterior, México requiere reforzar todas aquellas acciones que permitan, en el menor tiempo posible, lograr resultados más cercanos a los estándares del resto de los países de la OCDE. Para ello es indispensable una firme, estrecha y simultánea colaboración entre los sectores públicos, que incidan en las deficiencias en educación, vivienda, seguridad y condiciones sanitarias de las localidades, entre otras.

Barreto Bedoya P, Quino Ávila A¹¹. (2014). Un estudio sobre “Efectos de la desnutrición infantil sobre el desarrollo psicomotor”. Aún se evalúa la hipótesis acerca de la irreversibilidad del daño producido por la desnutrición; se desconoce el grado de desnutrición que provoca alteraciones psicomotrices; de ahí el objetivo de la presente revisión: Describir los efectos de la desnutrición sobre el desarrollo psicomotor. Para ello se realizó una exploración de artículos publicados desde 2007 hasta 2013, en español, inglés y portugués, en Proquest, Ovid, Cocraine, Medline, LILACS, en torno a la pregunta: ¿Cuáles son los efectos de la desnutrición infantil sobre el desarrollo psicomotor? Entre los resultados obtenidos, se encontró la presencia de los efectos en el aprendizaje, cambios morfofisiológicos, implicaciones en el crecimiento y desarrollo infantil, secuelas en el desarrollo psicomotor y consecuencias sobre funciones intelectuales y patrones de comportamiento. En esa medida, el ser humano con déficit energético y nutricional asociado a la desnutrición, puede presentar manifestaciones clínicas, caracterizadas por alteraciones en la morfología, fisiología, crecimiento y desarrollo corporal y del sistema nervioso

Arias M, Tarazona M, Lamus F, Granados C⁸. (2013) Realizó una investigación sobre Estado nutricional y determinantes sociales asociados en niños Arhuacos menores de 5 años de edad teniendo como objetivos la desinformación de la situación de las comunidades indígenas es un obstáculo para la aproximación a sus condiciones de salud, sin embargo es incuestionable el rol de la malnutrición en su morbimortalidad. El objetivo es realizar un acercamiento a los niveles de seguridad alimentaria, identificando sus determinantes sociales y la asociación con el estado nutricional de los niños menores de 5 años utilizando la metodología del estudio analítico transversal en una población arhuaca. Muestreo no probabilístico por conveniencia. La antropometría incluyó peso, talla y perímetro cefálico analizados mediante referentes OMS 2006 para el diagnóstico nutricional.

Los determinantes sociales se obtuvieron mediante un instrumento adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Consideraciones éticas correspondientes, llegando a resultados donde se evaluaron 169 niños y se

realizaron 132 encuestas. El retraso en la talla fue menos frecuente en niños menores de 6 meses ($p=0,03$); la desnutrición aguda fue mayor en quienes asistían primero al médico tradicional ($p=0,01$) y en cuyas madres no tienen escolaridad ($p=0,05$), esta última asociación se encontró también para obesidad ($p=0,00$) y en aquellos con factor de riesgo en el neurodesarrollo ($p=0,00$). El fenómeno de transición nutricional fue mayor en el género masculino ($p=0,03$), en niños con vacunación incompleta ($p=0,03$) y en cuyas madres tienen 4 o menos hijos ($p=0,00$), teniendo como conclusión generar estrategias de acción en desnutrición aguda y sobrepeso, promover planes de seguimiento de crecimiento de esta población y optimizarla comunicación entre medicina tradicional y occidental teniendo a las madres como actores principales.

Santos Padrón H¹⁰. (2013) realizó una investigación titulada: “Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas”, en donde se reconoció el vínculo entre los determinantes sociales y la situación de salud de las personas, aunque en las últimas tres décadas ha renacido el interés en estudiar esa relación. Aumentaron las publicaciones científicas cuyos contenidos se relacionaban con las desigualdades sociales en salud y su vigencia lo convierte en tema obligado para el campo de la Salud Pública, en donde el objetivo es revisar la información relevante sobre el tema de los determinantes y las desigualdades sociales en las políticas de salud, utilizaron una fuente de datos de revisión documental y bibliográfica on-line y en formato electrónico sobre el tema. Se utilizaron los descriptores determinantes sociales, desigualdad e inequidad en salud, para la búsqueda en los sitios y páginas web de instituciones y centros bien reconocidos, teniendo como breve recuento histórico acerca de las relaciones entre el estado de salud de las personas y sus condiciones sociales, así como, valoraciones y comentarios críticos sobre los enfoques utilizados por investigadores prestigiosos. Se resumieron los métodos utilizados para estudiar las desigualdades en salud y se ejemplificó, con la situación de estas investigaciones en México, obteniendo como conclusión procesos de investigación sobre los determinantes sociales, más abarcadores y sustentados en buenas evidencias. También, reconocer la utilidad de estas investigaciones para tomar decisiones, orientadas a solucionar

los problemas de salud con enfoques aproximativos a sus determinantes y no exclusivamente desde la atención médica.

Sobrino M, Gutiérrez C, Cunha A, Dávila M, Alarcón J¹² (2014) en el artículo científico sobre Desnutrición infantil en menores de cinco años en Perú: tendencias y factores determinantes en donde después de analizar indicadores nutricionales de menores de 5 años de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2011 y su evolución a partir de datos de las ENDES 2000, 2005 y 2008. Se estimaron las tendencias de desnutrición crónica (DC) (talla/edad \leq 2DS), de desnutrición aguda (DA) (peso/talla \leq 2DS) y de anemia. Se encontraron asociaciones con factores como sexo del niño, edad del niño, zona de residencia (urbana o rural), región de residencia, educación de la madre, quintil de riqueza, disponibilidad de red pública de agua, disponibilidad de cloacas, nivel de altitud, presencia de otros niños en el hogar, orden de los nacimientos, presencia de diarrea en los 15 días previos y presencia de tos en los 15 días previos. Obteniendo como resultados que la DA, la DC y la anemia en menores de 5 años peruanos han descendido entre 2000 y 2011. Tal disminución no ha sido homogénea para las tres afecciones, registrando descensos de 1,1% a 0,4% para DA, de 31,6% a 19,6% para DC y de 50,4% a 30,7% para anemia. Si bien los factores analizados se relacionaron con las prevalencias de estos tres padecimientos, al calcular las razones de probabilidades ajustadas se encontraron diferencias significativas para DC (educación de la madre, región de Sierra, altitud por encima de 2 500 msnm, presencia de dos o más hijos en el hogar y ser el tercer hijo o sucesivo) y para anemia (sexo del niño [más en varones], niños menores de 2 años, región Resto de costa y región Selva, altitud por encima de 2 500 msnm, disponibilidad de red pública de agua, disponibilidad de cloacas, presencia de dos o más hijos en el hogar y presencia de diarrea en los 15 días previos a la encuesta). Para DA se observaron diferencias según algunos factores, pero no resultaron significativas en el modelo ajustado. Y la conclusión es que en el período 2000–2011, Perú ha logrado disminuir sus tasas de DC, DA y de anemia. Las tasas de DA han descendido casi a un tercio, manteniéndose en cifras generales más bien bajas, y afecta en mayor medida a zonas y colectivos muy localizados del país. Sin embargo, las actuales

tasas de desnutrición crónica y de anemia siguen siendo muy altas, lo que constituye un verdadero desafío para las políticas públicas, al igual que sucede en otros países de la región. Para superar ese reto será necesario modificar el enfoque, dejando de concebir a la desnutrición infantil como un problema exclusivamente alimentario y haciendo hincapié en los factores determinantes asociados. Por último, en las comunidades más pobres se deberán incentivar y fortalecer iniciativas integrales e integradas.

Valencia Peña P¹³. (2013) “Estado nutricional de la población menor de 5 años adscrita al puesto de salud Aynaca. Perú – 2013”. Se plantea en el estudio que el estado nutricional de los niños está relacionado con el bienestar infantil y con su desarrollo cognitivo; un estado nutricional inadecuado tiene efectos adversos sobre la salud infantil. La malnutrición es un problema que se constituye en uno de los principales en el campo de la salud con repercusión social. El Perú tiene un gran problema con sus habitantes sobre todo en las áreas rurales y en las zonas marginales de las grandes ciudades. El puesto de Aynaca pertenece a la Microrred Huaura, Red Huaura -Oyon, DIRESA Lima. Se encuentra ubicado en la localidad de Aynaca del distrito de Ámbar. Es uno de los establecimientos más distantes de esta microrred, se encuentra en una distancia de 70 km de Huaura. No se encontraron registros exactos de la población adscrita al Puesto de Salud Aynaca, ni registros durante el año 2013. Este trabajo nos permite no sólo conocer el estado nutricional antropométrico infantil en un pueblo perteneciente al departamento de Lima, sino también conocer la situación de la población infantil. El objetivo general fue determinar el estado nutricional de la población menor de 5 años adscrito al Puesto de Salud de Aynaca en el 2013. Métodos: La Población estuvo constituida por niños menores de 5 años (desde los 0 meses hasta antes de cumplir los 60 meses) adscritos al puesto de salud Aynaca en el año 2013. Se obtuvo información de su edad, peso y talla, se recolectó en el instrumento de trabajo respectivo. Se analizó los datos sobre la valoración nutricional y la severidad de ésta, utilizando las tablas de la OMS y posteriormente acuerdo a la clasificación de la OMS, Waterlow-OPS, OMS utilizada por el MINSA según sexo y edad. Resultados: Del universo de 84 niños encontrados, se excluyeron cuatro (04) por no encontrarse

datos de peso ni de talla en los registros de CRED ni en su respectiva historia clínica durante el año 2013. De los 80 niños restantes que constituyen la población del estudio. La prevalencia de la desnutrición crónica de la población menor de 5 años adscrita al Puesto de Salud Aynaca según la clasificación de WaterlowOPS es de 28%, según Waterlow modificado de 17.5% y según OMSMINSA de 17.5%. La prevalencia de desnutrición aguda según la clasificación de Waterlow-OPS fue de 10%, según Waterlow modificado de 7.5% y según OMS-MINSA de 5%. La prevalencia de población eutrófica según la clasificación de Waterlow-OPS es de 55%, según 2 Waterlow modificado de 40% y según OMS-MINSA de 82.5%. La prevalencia de sobrepeso en según la clasificación de Waterlow-OPS fue de 25% y según OMS-MINSA de 8.75%. La prevalencia de obesidad según la clasificación de Waterlow-OPS fue de 10%, según Waterlow modificado de 20%. Conclusión: Los niños eutróficos prevalecen en todas las clasificaciones utilizadas en el presente estudio. Observando los resultados, existen diferencias al evaluar el estado nutricional de los niños menores de 5 años adscritos al Puesto de Aynaca, al utilizar las diferentes clasificaciones.

Pally Callisaya E, Mejía Salas H¹⁴. (2013) realizaron un artículo sobre Factores de riesgo para desnutrición aguda grave en niños menores de cinco años teniendo como objetivo 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, desde el 1 de Agosto al 31 de Diciembre de 2011 se admitieron 144 niños de un mes a menores de cinco años de edad, de los cuales 48 eran pacientes desnutridos graves (casos) y 96 niños eutrófico internados por otras entidades (dos controles por cada caso) en el lugar de unidades de manejo del desnutrido agudo grave: Hospital del Niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría” (La Paz); Hospital de Niños “Mario Ortiz Suarez” (Santa Cruz), Servicio de Pediatría del Hospital General “San Juan de Dios” (Oruro), donde los resultados son que los factores de riesgo para desnutrición grave encontrados en este estudio fueron: la edad del paciente de 12 a 23 meses de edad (OR 6,73); edad de la madre menor a 18 años (OR 3,95); actividad laboral de la madre (OR 2,21); presencia de niños menores de 5 años en el núcleo familiar además del paciente

(OR 2,6), llegando a la conclusión que para que se desarrolle desnutrición intervienen varios factores de riesgo inherentes al paciente, la madre y el ambiente.

Agüero Y, Cambillo E¹⁵. (2013) En un estudio acerca de: “Factores asociados con el estado nutricional de los niños y niñas en el Perú”. El objetivo del estudio fue identificar los factores asociados con el estado nutricional de los niños/niñas menores de 5 años en el Perú. Se consideró una muestra de 8103 niños/niñas menores de 5 años. Se ajustó un modelo MLG logit y se encontró que los factores significativamente asociados con la prevalencia de desnutrición crónica son el peso al nacer (OR:2,3; IC:1,8-2,8), la presencia de anemia severa (OR:2,3; IC:1,8-2,8), hogares pertenecientes a la zona rural (OR:1,1; IC:1,1-1,5), esta prevalencia se incrementa significativamente con el orden de nacimiento, la pobreza, juventud, bajo nivel de instrucción de la madre. La mayoría de los factores de riesgo identificados pueden ser controlados con la disminución de la pobreza, un adecuado control pre natal y una mejora de la calidad de vida y la educación de las madres, especialmente en la zona rural.

1.3. Teorías relacionadas al tema

Determinantes sociales de la salud

En 1989 el Instituto Canadiense de Investigación Avanzada CIAR, define los determinantes sociales de la salud como “El nombre colectivo asignado a los factores y a las condiciones que se cree que influyen en la salud. Un elemento crucial de esta definición es la noción de que estos factores determinantes no actúan aisladamente, sino que las interacciones complejas entre estos factores tienen una repercusión aún más profunda en la salud”¹⁶.

Los determinantes sociales de la salud no son un tema nuevo ya que de hecho, estas corrientes de pensamiento en salud, parten de los planteamientos de la medicina social europea del siglo XIX, que postulan que “la salud del pueblo es motivo de preocupación social, que las condiciones sociales y económicas tiene

relación en la salud y la enfermedad y que esta relación debería ser motivo de investigación científica”¹⁷

Con base en el espíritu de la justicia social, la Organización Mundial de la Salud (OMS) puso en marcha en el año 2005, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la salud (CDSS), la cual es una red mundial de instancias normativas, investigadores y organizaciones de la sociedad civil, que se creó con el fin de recabar datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones para ayudar a afrontar las causas sociales de la falta de salud y de las inequidades sanitarias evitables, así como promover un movimiento internacional para alcanzar este objetivo¹⁸. Según esta comisión los Determinantes Sociales de la Salud se definen como los determinantes estructurales y las condiciones de vida que son causa de buena parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país. Se trata en particular de: la distribución del poder; los ingresos, los bienes y servicios; las circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como su acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación; sus condiciones de trabajo y ocio; y el estado de su vivienda y entorno físico¹⁸.

La expresión “determinantes sociales” resume pues el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud¹⁸. En efecto, circunstancias como la pobreza, la inseguridad alimentaria, la exclusión y discriminación sociales, la mala calidad de la vivienda, las condiciones de falta de higiene en los primeros años de vida y la escasa calificación laboral constituyen factores determinantes de buena parte de las desigualdades que existen entre los países y en sus poblaciones, por lo que respecta al estado de salud, las enfermedades y la mortalidad de sus habitantes, ya que en cada país hay grandes diferencias sanitarias estrechamente ligadas al grado de desfavorecimiento social¹⁸. (OMS, 2009) A su vez las condiciones en que la gente vive y muere, están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas.

Con ello se determina que para mejorar la salud de las poblaciones más vulnerables del mundo y fomentar la equidad sanitaria se precisan nuevas

estrategias de acción que tengan en cuenta los factores sociales que influyen en la salud¹⁸. La Comisión se interesa por las «causas de las causas», los factores sociales que determinan el crecimiento, la vida, el trabajo y el envejecimiento de la población. Los determinantes que subyacen a las inequidades sanitarias están interconectados y, por consiguiente, es necesario abordarlos mediante políticas integrales e integradas, que respondan a los contextos específicos de cada país y cada región¹⁸.

En el informe final elaborado y presentado por esta comisión, se muestra una notable descripción de las desigualdades sociales, que con frecuencia es trivializado por las tradicionales visiones aferradas al modelo biomédico el cual se centra en los procesos físicos, tales como patología, bioquímica y fisiología de una enfermedad, sin considera el papel de factores sociales o de la subjetividad individual¹⁹.

Así mismo en el documento, la CDSS formula un conjunto de intervenciones para garantizar que se lleven a cabo las tres principales recomendaciones que hace para subsanar las desigualdades en salud en una generación, es decir 30 años²⁰. (CDSS, 2007).

Para la primera recomendación que es mejorar las condiciones de vida cotidianas propone: a) equidad desde el comienzo de la vida; b) entornos salubres para una población sana; acceso a una vivienda de calidad, acceso a agua salubre y a servicios de saneamiento, como derecho de todo ser humano; c) prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno; d) protección social a lo largo de la vida, en una perspectiva universal; y e) atención de salud universal. Para la segunda recomendación que es hacer frente a la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, las estrategias más relevantes que plantea son que la equidad sanitaria sea un criterio de evaluación de la actuación de los gobiernos; participación social en el gobierno, hacer de la equidad social un objetivo fundamental y medir los progresos realizados en un marco basado en los determinantes sociales²⁰.

Finalmente respecto a la tercera recomendación que es hacer medición y análisis del problema, se propone que haya sistemas de datos básicos de inequidades

sanitarias y de los determinantes sociales de la salud, y mecanismos que aseguren que los datos pueden ser interpretados y utilizados en la elaboración de políticas, sistemas y programas más eficaces y que haya sensibilización y formación en materia de determinantes sociales de la salud (CDSS, 2007)²⁰.

Es así como el informe tiene por fundamento el logro de la justicia social partiendo de un marco conceptual que define las inequidades en salud como diferencias sistemáticas, evitables e injustas entre grupos sociales, y busca explicarlas y establecer vías de intervención a través de un esquema de determinantes sociales estructurales e intermediarios que influye en la forma como cada grupo humano experimenta sus oportunidades de vida, enfermedad y muerte (Roman Vega Romero, 2009). Desde este enfoque, son los determinantes sociales estructurales los que en última instancia explican las inequidades en salud. Tal contexto tiene como fundamento la distribución desigual del poder, ingresos, bienes y servicios entre personas, y la estratificación de la sociedad según la ocupación, ingresos, género y etnia, que asigna a cada individuo una posición social la cual los expone de manera diferencial a los riesgos y los hace diferencialmente vulnerables a factores deletéreos para la salud²¹.

Determinantes sociales de la alimentación

La conducta alimentaria se define como el modo en que el individuo se comporta ante los alimentos al seleccionarlos, prepararlos y consumirlos. Los alimentos además de ser el vehículo para los nutrientes que necesita el organismo, tienen una dimensión cultural, es decir, también tienen un valor social y simbólico¹⁶.

Son muchos los factores que influyen en los hábitos alimentarios y que configuran el modelo de consumo alimentario de una determinada población, región o país. En general, pueden englobarse en dos grandes grupos: los que influyen en la disponibilidad de alimentos y los que influyen sobre la elección de alimentos¹⁶.

Los Factores que influyen en la disponibilidad de alimentos:

- a) Geográficos y climáticos: Las condiciones geográficas y climáticas en las que está enmarcada una población condicionan su agricultura, ganadería y pesca.
- b) Económicos: La estructura económica de un país y el nivel de renta per cápita de sus habitantes, así como las políticas alimentarias que se establezcan en dicho país, también influyen sobre la disponibilidad y el acceso a los alimentos¹⁶.
- c) Otros factores, como pueden ser su red de comunicaciones y sus intercambios comerciales, que por ejemplo en países en vías de desarrollo suelen presentar limitaciones¹⁶.

Factores que influyen sobre la elección de alimentos:

- a) Sociales y culturales: Los alimentos tienen una dimensión social y cultural muy marcada. En primer lugar, es obligado señalar que los hábitos alimentarios de un individuo se configuran, fundamentalmente en la infancia. Posteriormente, se reafirman en la adolescencia y va desarrollando y modificando a lo largo de la etapa adulta, según sean las circunstancias personales. Los hábitos alimentarios familiares, a su vez, esta ligados a los aspectos culturales de una determinada región o país, que tienen unas costumbres y tradiciones alimentarias propias (alimentos, recetas típicas, horarios de comida, comportamiento en la mesa, creencias religiosas e ideológicas, etc.)¹⁶.
- b) Individual: también son determinantes el nivel adquisitivo, el nivel de conocimiento sobre temas relacionados con la alimentación, las preferencias y aversiones alimentarias propias, etc.¹⁶

La desnutrición infantil y la pobreza y sus causales se encuentran asociadas y estas comprometen el progreso de los países. Conocer las determinantes sociales y económicas de la niñez que padece de bajo peso es necesario para crear escenarios propicios para el adecuado desarrollo de la primera infancia y de esta manera contribuir con la superación de la pobreza en el marco de sistemas sanitarios equitativos. Se realiza una descripción de las características socio-económicas y culturales de la población expresión de las determinantes sociales de la salud y un análisis de posibles asociaciones entre estas y la desnutrición en el niño menor de 5 años²²

Determinantes sociales de la salud:

Éstas se dividen en Los Determinantes estructurales e intermedios, los estructurales se refiere específicamente a aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente. Estos mecanismos configuran la salud de un grupo social en función de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. El adjetivo "estructural" recalca la jerarquía causal de los determinantes sociales en la generación de las inequidades sociales en materia de salud²³

- **Posición social.** Se ha demostrado que las mejoras en los ingresos y la educación guardan una relación cada vez más favorable con la salud. La ocupación también es pertinente para la salud, no solo por la exposición a riesgos específicos en el lugar de trabajo, sino también porque sitúa a las personas en la jerarquía social. Los datos estadísticos de salud revelan la influencia de este tipo de variable en las desigualdades de salud en los distintos niveles de agrupación ²³.
- **Género.** El género puede funcionar, junto con la posición social y el grupo étnico, como determinante estructural debido a la influencia fundamental que tiene en el establecimiento de jerarquías en la división del trabajo, la asignación de recursos y la distribución de beneficios. La división de las funciones según el sexo y el valor diferencial asignado a esas funciones se traducen en asimetrías sistemáticas en el acceso y control de recursos de protección social fundamentales como la educación, el empleo, los servicios de salud y la seguridad social²³.
- **Raza y grupo étnico.** La discriminación y la exclusión racial y étnica afectan todas las esferas de oportunidades a lo largo de la vida, incluidas las relacionadas con la salud. Dado que no es fácil conseguir datos desglosados por raza o grupo étnico, las pruebas actualizadas y empíricas sobre las consecuencias de la discriminación racial o étnica son fragmentarias y limitadas²³.

- Acceso a la educación. En 2010, la Región de las Américas en su conjunto tenía una tasa elevada de acceso universal a la enseñanza primaria, aunque había diferencias de un país a otro; mientras que el acceso a la educación preescolar era universal en algunos países, en otros era bajo (alrededor de 30%) y desigual. Además, hay diferencias pronunciadas entre las zonas urbanas y rurales, y en los grupos indígenas²³.
- Acceso al empleo. A medida que América Latina y el Caribe entran en un período caracterizado por una bonificación demográfica, la economía y el mercado de trabajo también cambian. El aumento de la población en edad de trabajar (personas de 15 a 64 años de edad) durante los últimos decenios y el aumento de la urbanización han repercutido sobre la economía y el mercado de trabajo de la Región, al igual que lo han hecho la globalización y la crisis económica de 2008. Los sectores que siempre habían sido fuertes, como el agrícola y el manufacturero, han empezado a decaer en la Región y la creación de trabajos se ha concentrado en el sector de servicios²³.

Determinantes intermedios

Los determinantes estructurales operan mediante los determinantes intermedios de la salud para producir resultados de salud. Los determinantes intermedios se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud²³.

Las principales categorías de determinantes intermedios de la salud son las circunstancias materiales, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales y biológicos, la cohesión social y el propio sistema de salud.

- Circunstancias materiales: calidad de la vivienda y del vecindario, posibilidades de consumo (medios financieros para adquirir alimentos saludables, ropa apropiada, etc.) y el entorno físico de trabajo.
- Circunstancias psicosociales: factores psicosociales de tensión, circunstancias de vida y relaciones estresantes, apoyo y redes sociales.

- Factores conductuales y biológicos: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, drogas y alcohol; los factores biológicos también incluyen los factores genéticos.
- Cohesión social: la existencia de confianza mutua y respeto entre los diversos grupos y sectores de la sociedad; contribuye a la manera en que las personas valoran su salud.
- Sistema de salud: exposición y vulnerabilidad a los factores de riesgo, acceso a los servicios y programas de salud para mediar las consecuencias de las enfermedades para la vida de las personas.²³
- Desnutrición infantil. La desnutrición es el resultado del consumo insuficiente de alimentos y de la aparición repetida de enfermedades infecciosas. La desnutrición puede ser crónica, aguda y desnutrición según peso para la edad. La desnutrición aguda: afecta el peso se expresa en la reducción del peso en función de la talla²⁴.

1.1.1. Desnutrición infantil.

La malnutrición es uno de los factores que más contribuye a la carga mundial de morbilidad, en la actualidad el mundo se enfrenta a una doble carga de malnutrición que incluye la desnutrición y la alimentación excesiva. Esta condición en cualquiera de sus formas presenta riesgos considerables para la salud humana, la desnutrición contribuye a cerca de un tercio de todas las muertes infantiles y las crecientes tasas de sobrepeso y obesidad en todo el mundo están asociadas a un aumento en las enfermedades crónicas como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes. Estas enfermedades están afectando con cifras crecientes a las personas pobres y las más vulnerables ²⁵

La desnutrición es el resultado fisiopatológico de una ingesta insuficiente de alimentos para cubrir los requerimientos de energía y nutrientes, también puede responder a procesos en los que la capacidad de absorción está disminuida o a

defectos metabólicos por una inadecuada utilización biológica de los nutrientes consumidos. Conlleva un trastorno de la composición corporal, por el aporte insuficiente de las necesidades del organismo, que se traduce en una disminución del compartimento graso y muscular que interfiere con la respuesta normal del huésped frente a la enfermedad y el tratamiento²⁶. El cuadro clínico de la desnutrición se relaciona, con la etiología, la cronicidad y el grado de desnutrición de cada individuo que la padece.

- **Antropometría** Para la realización de las mediciones antropométricas se consideraron las recomendaciones del documento de trabajo Proyecto de la Norma Técnica de Valoración Nutricional por Etapas de Vida, así como el manual de la Medición del Peso y la Talla del Instituto Nacional de Salud (Instituto Nacional de Salud, Documento de trabajo, Proyectos de Norma Técnica de Salud NTS MINS/INS-CENAN. V.01: Valoración Nutricional Antropométrica para la Etapa de Vida Niña y Niño. Ver cuadro siguiente²⁷.

Valores de referencia para la interpretación de los coeficientes Z en niños/as menores de 5 años de edad.

Valores referenciales de los coeficientes Z de talla/edad (T/E), peso/edad (P/E) y talla/edad (T/E) de niños y niñas < 5 año			
Diagnóstico	ZT/E	ZP/E	ZP/T
Desnutrición Crónica	< - 2	----	----
Desnutrición Global	----	< - 2	---
Desnutrición Aguda	----	----	< - 2
Sobrepeso	----	----	> 2

FUENTE: WHO Child Growth Standards. Department of Nutrition for Health and Development. Last modified on 27/09/2006.

- **Estado nutricional en niños menores de 5 años de edad.**

En todo el mundo hay 170 millones de niños con insuficiencia ponderal, de los que 3 millones morirán cada año como consecuencia de su escaso peso. Además la OMS calcula que en todo el mundo hay al menos 20 millones de niños menores de cinco años y más de mil millones de adultos con sobrepeso; al menos 300 millones de adultos son clínicamente obesos. Se considera a menudo que estos problemas no afectan por igual a ricos y pobres, pero en realidad ambos están cada vez más asociados a la pobreza. Este hecho se conoce como la doble carga de la malnutrición. Malnutrición, desnutrición y sobrealimentación: El término malnutrición se refiere a las carencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de energía, proteínas y/o otros nutrientes. Aunque el uso habitual del término «malnutrición» no suele tenerlo en cuenta, su significado incluye en realidad tanto la desnutrición como la sobrealimentación²⁸.

La OMS define como desnutrido a aquel niño que se encuentra por debajo de dos desviaciones estándar de la mediana de las curvas de referencia NCHS. Así tenemos que desnutrición aguda se define cuando el peso para la talla (P/T) es inferior a -2 DE de la mediana. En forma similar, el retardo del crecimiento o desnutrición crónica se define cuando la talla para la edad (T/E) es menor a -2DE de la mediana. Si a una serie de mediciones de la población de referencia se colocan en forma ordenada y los datos se dividen en cien partes iguales, a cada uno de ellos se le denomina percentiles. El percentil 50 corresponde a la mediana. El percentil 3 está muy próximo a -2DE, y todo niño/a por debajo de este corte debería considerarse desnutrido²⁹.

La prevalencia de desnutrición infantil es una de las expresiones de la inequidad en los países en vías de desarrollo e implica un déficit para el futuro de la niñez y de una Nación. Las estrategias más importantes en materia de nutrición son aquellas relacionadas con los alimentos, la salud, la lactancia materna, la educación, el agua y el saneamiento³⁰.

Según la UNICEF, la desnutrición es una emergencia silenciosa e invisible y por lo mismo muy grave; que cobra un precio muy alto en los niños y sus familias y que es resultado de un gran número de causas entre las que podemos destacar la carencia de alimentos debido a la pobreza, las infecciones comunes en los niños y niñas en los primeros años de vida, como las enfermedades diarreicas agudas (EDAs) y las infecciones respiratorias agudas (IRAs), pero, también tiene relación con los conductas o prácticas de salud de las madres, tales como su comportamiento con respecto a la lactancia exclusiva, la ablactancia, la higiene y el tratamiento de las EDAs y de las IRAs. Estos comportamientos y prácticas a su vez son producto de un escaso acceso a la información y a los servicios de salud, a su bajo nivel de instrucción, y a que residen en lugares de baja densidad poblacional donde la atención que reciben de parte del Estado es muy deficiente¹⁵.

Al abordar los problemas de la desnutrición y la anemia en los primeros años de la vida, es necesario hacer referencia también a los factores determinantes de la salud, en especial a aquellos de carácter social. Estos determinantes, como la seguridad en el hogar, la atención en salud, la preparación del cuidador o cuidadora y la salubridad de la comunidad, tienen una influencia decisiva³¹, observándose su estrecha vinculación con la pobreza³², una situación que en América Latina y el Caribe sigue siendo uno de los desafíos más importantes. Y si bien la DA ha descendido en el último tiempo, constituye un asunto pendiente en la agenda de muchos países de la región^{33,34}.

1.4. Formulación del problema

¿Cuál es la relación de las determinantes sociales de la salud y la desnutrición global en el niño menor de 5 años en el Puesto de Salud Somate Alto. Bellavista Sullana en el periodo Enero – Junio 2017?

1.5. Justificación de estudio

La desnutrición en los niños menores de 5 años es un problema social plenamente identificado, el gobierno ha establecido políticas sociales destinando presupuesto y recursos para revertir el mismo pero las políticas sociales que no logren cambios de comportamiento dejan de ser eficaces ante cualquier

problema que se dirija y en este caso las preferencias alimentarias de las poblaciones, forman parte de un fenómeno denominado transición alimentaria. La información, la educación y la publicidad también pueden considerarse como factores ambientales y de un modo u otro moldean la demanda del público. Lamentablemente, la información de salud pública sobre el régimen alimentario y la nutrición todavía es limitada en nuestro medio y llega sólo a grupos pequeños, mientras que la información en forma de publicidad aparece como el principal mecanismo “educativo”, con consecuencias negativas en el régimen alimentario y la salud. Ese es el caso de los niños, a quienes se están dirigiendo grandes esfuerzos de comercialización de alimentos¹⁸.

El cambio de comportamiento no es solo una cuestión de responsabilidad personal ya que este puede ser influenciado por factores ambientales. La dinámica entre las circunstancias sociales y culturales hace parte de una gran influencia en los hábitos alimentarios, de modo que deben abordarse para generar fácilmente opciones saludables. Es por eso que la identificación de los determinantes sociales de la alimentación es de vital importancia al brindar una visión de los factores propios de la comunidad. Con ello se ha de comprender de qué forma los determinantes sociales de la población, influye en el comportamiento y actitudes que las personas, familias y comunidades toman frente a la alimentación. Este conocimiento es pertinente en el área de nutrición pública, ya que con ello es posible para los entes locales y zonales correspondientes, planear y establecer las acciones que en pro de la seguridad alimentaria de la localidad, corrijan, modifiquen o fortalezcan los aspectos a los cuales se les atribuyan las características alimentarias y nutricionales de la población, con énfasis en la promoción y prevención para mitigar los condiciones que pueden llevar a un estado de malnutrición de la comunidad¹⁶.

Es importante reiterar que las primeras etapas de la vida son esenciales para el desarrollo infantil. El cerebro sufre grandes e importantes transformaciones en diferentes momentos de su desarrollo inicial y en algunos casos de manera simultánea. Situaciones adversas, por pequeñas que sean,

suelen alterar este proceso repercutiendo sobre el progreso adecuado del infante. Factores como los psicosociales, los biológicos, hereditarios y medioambientales pueden intervenir en este proceso 22,35. Esta situación descrita refleja la magnitud de la necesidad e importancia de intervenir en la primera infancia de manera oportuna y eficiente por los niveles de desnutrición infantil observados y la representatividad de este grupo etario dentro del total de la población, específicamente en nuestra población objeto de estudio caracterizada por su alta vulnerabilidad.

Un problema tan global como es la desnutrición infantil, además de afectar el estado de salud de los más pequeños de por vida, inhibir su desarrollo cognitivo e incluso incrementar el riesgo de muerte en los menores de cinco años; esto no solo afecta a la salud individual y familiar sino que supone un impacto económico para el gobierno y compromete el desarrollo social³⁶.

Las consecuencias que provoca la desnutrición que se padece en la infancia son los más lamentados por una sociedad, la desnutrición infantil no es sólo un problema de falta de alimentos, es un conflicto social más profundo, que debe ser tenido en cuenta a la hora de brindar soluciones ³⁰.

Con el presente estudio se pretende establecer la relación de los determinantes sociales de la salud y la desnutrición global en menores de 5 años en la población donde predominan las condiciones de vida desfavorable de un Centro de Salud marginal y rural que se expresan en los indicadores socioeconómicos y de salud.

El conocimiento de los determinantes sociales de la salud que afectan este grupo de población vulnerable se constituye en una herramienta útil para orientar el diseño de políticas, programas y estrategias articuladas que mejoren la situación de salud de esta población y disminuyan el porcentaje de niños con desnutrición en esta población.

1.6. Objetivos

1.6.1. GENERAL

Determinar la asociación de las detrminantes sociales de la salud en la desnutrición global del niño menor de 5 años en el Puesto de Salud Somate Alto. Bellavista Sullana en el periodo Enero – Junio 2017.

1.6.2. ESPECIFICOS

1. Determinar la prevalencia y grado de desnutrición en la población menor de 5 años atendida en el Puesto de Salud de Somate Alto
2. Determinar los antecedentes obstétricos de la madre y características de la atención del niño desnutridos atendidos en el P. Salud Somate Alto.
3. Identificar las determinantes sociales en las familias con niños desnutridos atendidos en el P. Salud Somate Alto.
4. Establecer la asociación entre las Determinantes sociales de la salud y la desnutrición en niños menores de 5 años atendidos en el P. salud Somate Alto.

II. MÉTODO

2.1 Diseño de investigación.

Es un estudio no experimental.

Es una investigación aplicada, cuantitativa y descriptiva correlacional de corte transversal

2.2. Variables. Operacionalización

Variable	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición	Criterio de Medición	Técnicas e Instrumentos
Prevalencia de desnutrición	Estado nutricional	Peso inferior para la edad	Cualitativa dicotómica	Si No	Ficha Registro de Datos
	Grado de desnutrición		Cuantitativa Numérica Discontinua	I Grado II Grado III Grado	
Antecedentes obstetricos de la madre y características de la atención del niño	De la madre	Edad de la madre en años cumplidos	Cuantitativa Numérica Continua	No.de años	
		Estado Civil Situación de la relación con la pareja	Cualitativa Nominal Politómica	Soltera Casada Viuda Divorciada Conviviente	
		Numero de Hijos	Cuantitativa Numérica Discontinua	Hijos ____	
	Del Niño	Edad del niño en meses y años cumplidos	Cuantitativa Numérica Continua	No. de meses y años	
		Prematuridad parto antes de las 37 sem gestación	Cualitativa Nominal Dicotómica	SI NO	
		Bajo peso al nacer < 2,500 gramos	Cualitativa Nominal Dicotómica	SI NO	
		Asite a consultas de Crecimiento y Desarrollo	Cualitativa Nominal Politómica	Siempre Casi siempre A veces Nunca	
		Lactancia Materna periodo que recibio	Cuantitativa Numérica	Nunca Menos de 6 m Exclusiva 6 m.	

			Continua	7 – 12 meses 13 – 18 m 19 – 24 m Mas de 24 m	
		Enfermedades frecuentes (ultimo 6 meses)	Cualitativa Nominal Politómica	EDA IRAS Parasitismo Intestinal Otras	
Detemrinantes sociales en las familias	Lugar de residencia	Procedencia. Área o lugar donde reside de forma permanente	Nominal Politómica	Urbano Urbano Marginal Rural	
	Escolaridad de la madre	Últimos estudios terminados de educación general que ha aprobado	Ordinal Politómica	No sabe leer Primario Secundario Sup. Tecnológico Sup. Universitario	
	Ocupación	Actividad que desempeña la madre socialmente	Cualitativa Nominal Politómica	Profesional Trabajadora Estudiante Ama de casa Informal Desocupada	
	Ingreso económico familiar	Ingreso económico mensual de la familia en Soles	Cuantitativa continua	< 850 850 -1500 1,501 – 2,000 Mas 2,000	
		Abastecimiento de agua segura para uso y consumo humano.	Nominal Politómica	Siempre Horas al día Días en semanas Ninguna	
		Fuentes de agua para consumo de la	Nominal Politómica	Red púb. dentro de la vivienda	

	Saneamiento básico - Agua	población		Red púb. fuera de la vivienda pero dentro de la edificación Pilón de uso público Río Acequia o manantial Pozo Cisternas Otro	
	Seguro de salud	Es una forma de proteger a la población en los gastos del cuidado de la salud.	Nominal Politémica	SIS Seguridad social Seguros privados Ninguno	

2.3. Población y muestra

Población. La población estuvo conformada por 50 niños menores de 5 años con diagnóstico de Desnutrición de cualquier grado atendido en Puesto de salud Somate Alto – Bellavista Sullana en el periodo Enero – Junio 2017.

Unidad de Investigación. Son los niños menores de 5 años con desnutrición global y las madres de ellos que cumplan con los criterios de Inclusión en el estudio

2.4. Técnica e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

2.4.1 Técnica

Para realizar la medición de las variables de nuestro estudio hemos seleccionado el método de recolección de datos de Observación, la técnica es la observación no participante y el instrumento diseñado es una Ficha registro de datos que se aplicará a las Historias clínicas de los niños el cual cumple con los objetivos y propósitos de nuestro estudio:

La Ficha confeccionada aborda los datos de las variables:

- Prevalencia de la desnutrición en la población seleccionada
- Antecedentes obstétricos de la madre y características de la atención del niño
- a) Las Determinantes sociales en las familias estudiadas.

Fuente de datos son las Historias clínicas de los niños desnutridos del Puesto de Salud Somate Alto

2.4.2 Instrumentos

El instrumento o Ficha de recolección de datos diseñado consta de 18 ítems de respuestas cerradas dicotómicas o politómicas que se corresponden con los objetivos de nuestro estudio y están distribuidas de la siguiente forma (Ver Anexo No. 1):

- Prevalencia de desnutrición consta de 2 ítems.

- Los antecedentes obstetricos de la madre y características de la atención del niño tiene 8 Items o preguntas
- Determinantes sociales de las familias de los niños desnutridos seleccionados con 7 items

2.5. Metodo de análisis de datos

La recolección de los datos se realizó aplicando la ficha de Registro de datos a las historias clínicas. La investigadora aplico el instrumentos a la poblacion seleccionada: La revisión de la totalidad de las fichas o planillas, para garantizar que esten completas todos los items y calidad de la información

Procesamiento de la información: las planillas depuradas y validadas fueron procesadas mediante el software SPSS 21 versión 21 en español para Windows. Los resultados se realizaran mediante el uso de tablas y/o gráficos en el programa

Se realizó el análisis descriptivo de la información del indicador de desnutrición global, contenida en el estudio a través del cálculo de medidas de frecuencia y utilizando la hoja electrónica excel. Estos resultados serán presentados en tablas y gráficos. Se utilizarán tablas de doble entrada para registrar posibles relaciones entre variables.

Para el análisis descriptivo de las variables cualitativas se estimaron frecuencias absolutas y relativas (%). Para las variables cuantitativas se estimaron medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (desviación estándar).

2.5.3. Análisis de los datos

Se realizó el análisis bivariado de las variables de la desnutrición global y las determinantes sociales se empleará la prueba χ^2 (prueba Chi cuadrado) para observar la asociación entre las variables determinantes sociales exploradas y la situación nutricional del niño con un nivel de significancia de $p < 0.05$

2.6. Aspectos éticos

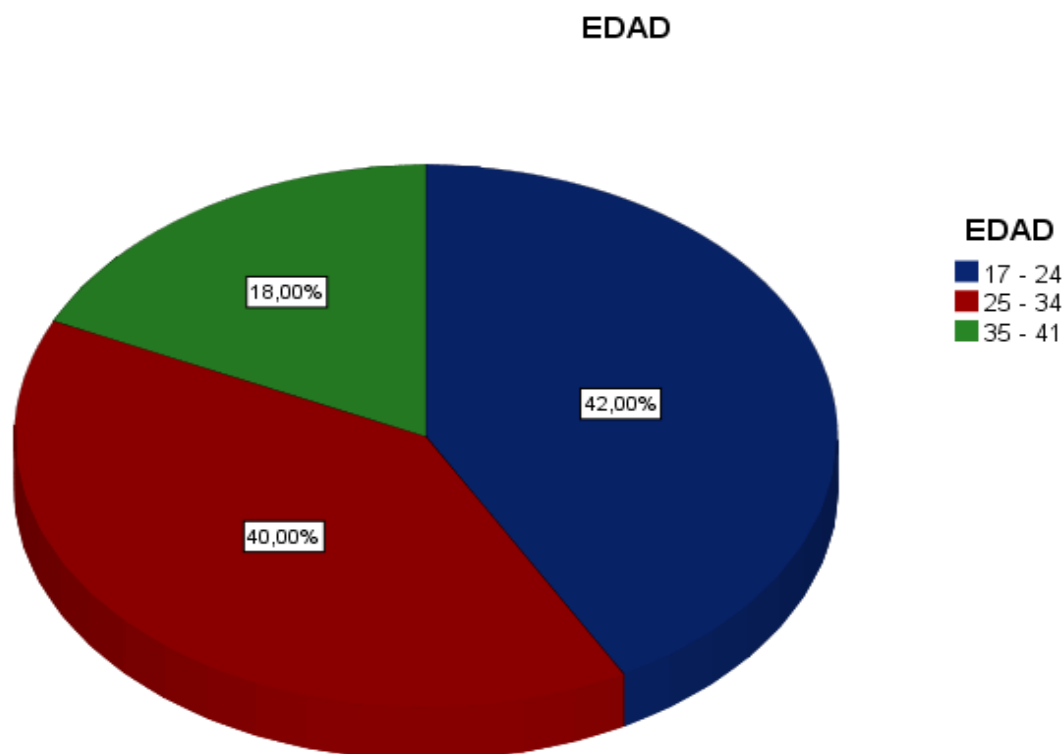
El estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Investigación y Ética de la Universidad César Vallejo - Piura.

En esta investigación se tuvo presente el rigor ético que se requiere en cualquier investigación relacionado con personas y se debe cumplir con los principios básicos de Bioética:

- a) Principio de Beneficencia. Expresado en la utilidad y beneficios de los resultados del estudio para comprender como las determinantes sociales y los antecedentes obstetricos de la madre y el niño repercuten en la desnutrición global de los niños menores de 5 años y los aportes brindados por la investigación pueda contribuir a realizar intervenciones en salud y pueda prevenir y mitigar los daños de este grupo de población.
- b) El principio de No maleficencia en nuestro estudio no está presente ningún daño pues es un estudio observacional y recabamos los datos de documentos (historia clínica) no realizamos procedimientos ni intervenimos no teniendo afectaciones físicas ni mentales
- c) Principio de Autonomía, No procede pues solo trabajamos las historias clínicas de los niños con desnutrición global.
- d) Confidencialidad. Hacemos uso del mismo ya que los datos obtenidos en nuestro estudio solo lo utilizaremos con rigor y fines científicos en la investigación

III. RESULTADOS

Gráfico N°1: Distribución según grupo etario de las madres de niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017.



Fuente: Datos obtenidos aplicación de los instrumentos de medición a madres de niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017

En el gráfico 1 se observa que, de un total de 50 madres de niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017, un 42% (n=21) son madres que pertenecen al grupo etario entre los 17 a 24 años de edad, seguido del 40% (n=20) madres quienes pertenecen al grupo etario de 25 a 34 años, luego se encuentra el grupo etario perteneciente al personal médico entre los 35 y 41 años con un 18% (n=9).

Cabe mencionar que en el presente estudio según los datos recolectados no se encontró ningún médico de emergencia menor de 17 años, ni las personas mayores de 41 años.

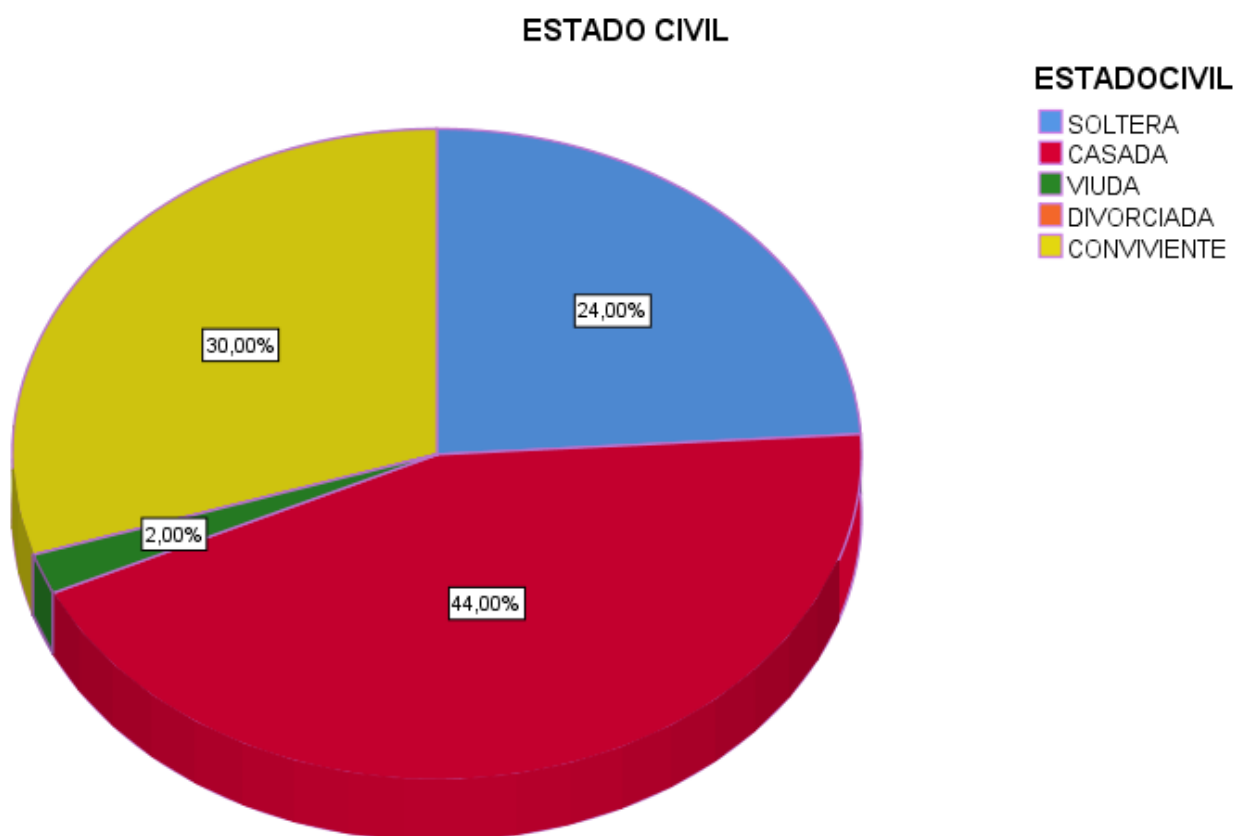
Tal como se muestra en el gráfico N°1 y se corrobora según los datos establecidos según las frecuencias mencionadas en la tabla.

Cuadro No 01

		EDAD			
		Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	17 - 24	21	42,0	42,0	42,0
	25 - 34	20	40,0	40,0	82,0
	35 - 41	9	18,0	18,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Fuente: Datos obtenidos aplicación de los instrumentos de medición a madres de niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017.

Gráfico N°2: Distribución según estado civil de las madres de niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017.



Fuente: Datos obtenidos aplicación de los instrumentos de medición a madres de niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017.

En el gráfico 2 se observa que, 50 madres de niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017, un 44% (n=22) son madres presentan estado civil de casadas, seguido del 30% (n=15) quienes son madres que presentan estado civil de convivientes, luego se encuentra las que presentan un estado civil de solteras con un 24% (n=12) y solo un 2% que es quien se encuentra viuda.

Tal como se muestra en el gráfico N°2 y se corrobora según los datos establecidos según las frecuencias mencionadas en la tabla.

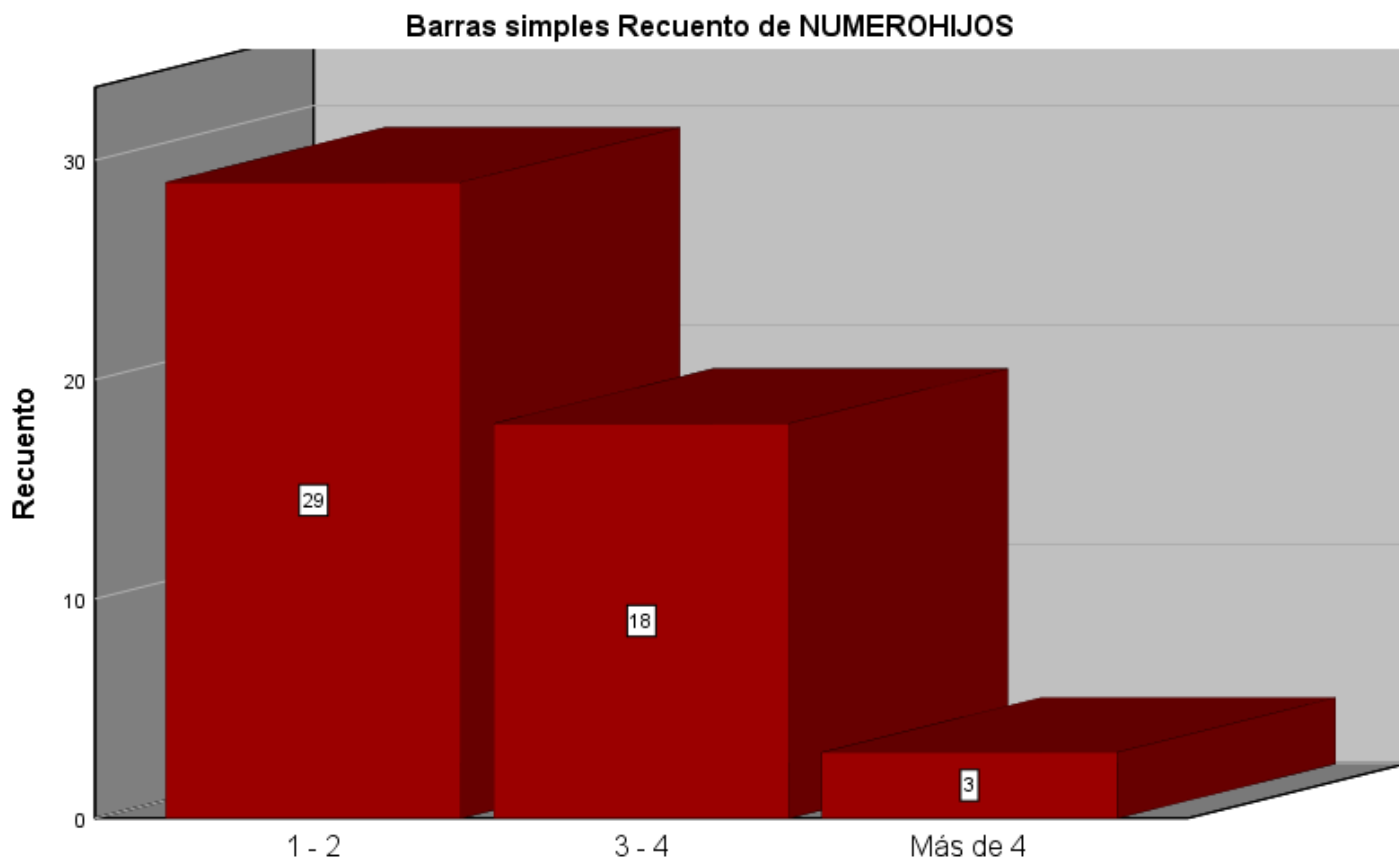
Cuadro No 02

Cuadro cruzado ESTADOCIVIL*EDAD

		EDAD			Total	
		17 - 24	25 - 34	35 - 41		
ESTADOCIVIL	SOLTERA	Recuento	7	5	0	12
		% dentro de ESTADOCIVIL	58,3%	41,7%	0,0%	100,0%
		% dentro de EDAD	33,3%	25,0%	0,0%	24,0%
		% del total	14,0%	10,0%	0,0%	24,0%
	CASADA	Recuento	4	10	8	22
		% dentro de ESTADOCIVIL	18,2%	45,5%	36,4%	100,0%
		% dentro de EDAD	19,0%	50,0%	88,9%	44,0%
		% del total	8,0%	20,0%	16,0%	44,0%
	VIUDA	Recuento	0	0	1	1
		% dentro de ESTADOCIVIL	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de EDAD	0,0%	0,0%	11,1%	2,0%
		% del total	0,0%	0,0%	2,0%	2,0%
	CONVIVIENTE	Recuento	10	5	0	15
		% dentro de ESTADOCIVIL	66,7%	33,3%	0,0%	100,0%
		% dentro de EDAD	47,6%	25,0%	0,0%	30,0%
		% del total	20,0%	10,0%	0,0%	30,0%
Total	Recuento	21	20	9	50	
	% dentro de ESTADOCIVIL	42,0%	40,0%	18,0%	100,0%	
	% dentro de EDAD	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	42,0%	40,0%	18,0%	100,0%	

Fuente: Datos obtenidos aplicación de los instrumentos de medición a madres de niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017

Gráfico N°3: Distribución según número de hijos de las madres de niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017.



Fuente: Datos obtenidos aplicación de los instrumentos de medición a madres de niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017.

En el gráfico 3 se observa que, 50 madres de niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017, un 58% (n=29) son madres presentan entre 1 a 2 hijos, seguido del 36% (n=18) quienes son madres que manifiestan tener entre 3 a 4 hijos) y solo un 6% (n=3) que es quienes manifiestan tener más de 4 hijos.

Tal como se muestra en el gráfico N°3 y se corrobora según los datos establecidos según las frecuencias mencionadas en la tabla.

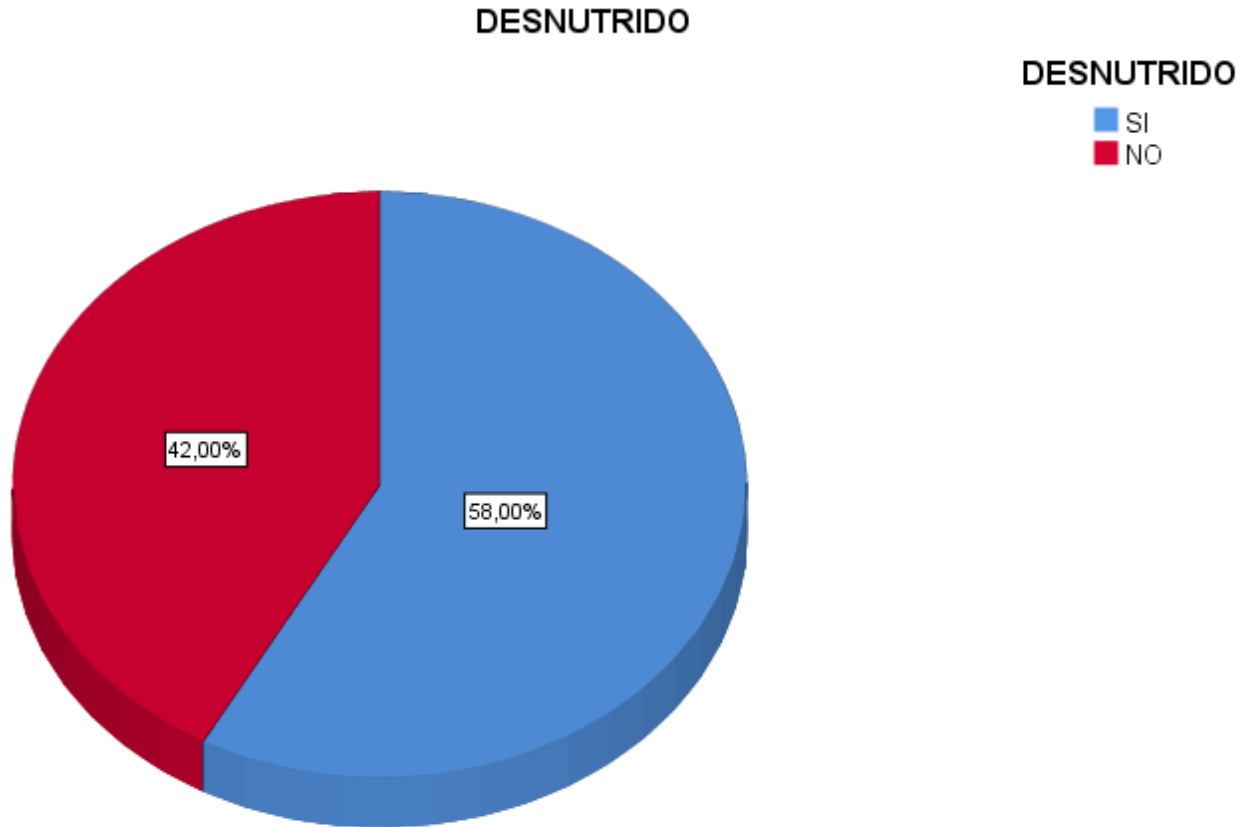
Cuadro No 03

Cuadro cruzada NUMEROHIJOS*EDAD

		EDAD			Total	
		17 - 24	25 - 34	35 - 41		
NUMEROHIJOS	1 - 2	Recuento	21	7	1	29
		% dentro de NUMEROHIJOS	72,4%	24,1%	3,4%	100,0%
		% dentro de EDAD	100,0%	35,0%	11,1%	58,0%
		% del total	42,0%	14,0%	2,0%	58,0%
	3 - 4	Recuento	0	13	5	18
		% dentro de NUMEROHIJOS	0,0%	72,2%	27,8%	100,0%
		% dentro de EDAD	0,0%	65,0%	55,6%	36,0%
		% del total	0,0%	26,0%	10,0%	36,0%
	Más de 4	Recuento	0	0	3	3
		% dentro de NUMEROHIJOS	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de EDAD	0,0%	0,0%	33,3%	6,0%
		% del total	0,0%	0,0%	6,0%	6,0%
Total	Recuento	21	20	9	50	
	% dentro de NUMEROHIJOS	42,0%	40,0%	18,0%	100,0%	
	% dentro de EDAD	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	42,0%	40,0%	18,0%	100,0%	

Fuente: Datos obtenidos aplicación de los instrumentos de medición a madres de niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017

Gráfico N°4: Distribución según número de desnutridos niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017.



Fuente: Datos obtenidos aplicación de los instrumentos de medición a niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017.

En el gráfico 4 se observa que, 50 niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017, un 58% (n=29) son niños que son desnutridos, mientras que el 42% (n=21) son niños que no han presentado desnutrición.

Tal como se muestra en el gráfico N°4 y se corrobora según los datos establecidos según las frecuencias mencionadas en la tabla.

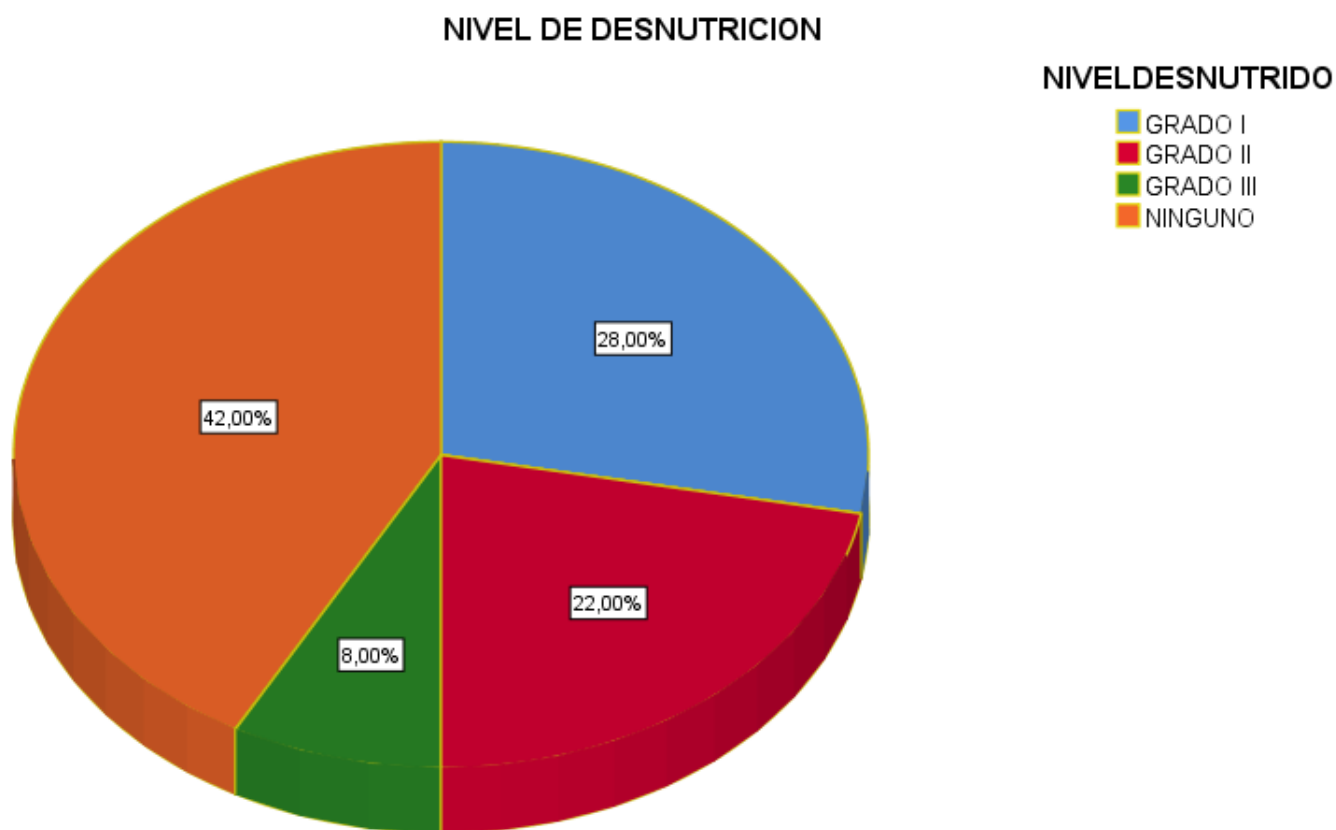
Cuadro No 4

Cuadro cruzada DESNUTRIDO*EDAD

		EDAD			Total	
		17 - 24	25 - 34	35 - 41		
DESNUTRIDO	SI	Recuento	16	11	2	29
		% dentro de DESNUTRIDO	55,2%	37,9%	6,9%	100,0%
		% dentro de EDAD	76,2%	55,0%	22,2%	58,0%
		% del total	32,0%	22,0%	4,0%	58,0%
	NO	Recuento	5	9	7	21
		% dentro de DESNUTRIDO	23,8%	42,9%	33,3%	100,0%
		% dentro de EDAD	23,8%	45,0%	77,8%	42,0%
		% del total	10,0%	18,0%	14,0%	42,0%
Total	Recuento	21	20	9	50	
	% dentro de DESNUTRIDO	42,0%	40,0%	18,0%	100,0%	
	% dentro de EDAD	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	42,0%	40,0%	18,0%	100,0%	

Fuente: Datos obtenidos aplicación de los instrumentos de medición a madres de niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017

Gráfico N°5: Distribución según nivel de desnutricion de niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017.



Fuente: Datos obtenidos aplicación de los instrumentos de medición a madres de niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017.

En el gráfico 5 se observa que, 50 niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017, un 42% (n=21) no fueron desnutridos, seguido del 28% (n=14) quienes presentaron grado I de desnutrición, luego se encuentra quienes presentaron grado II de desnutrición con un 22% (n=11) y solo un 8% (n=4) que es quienes presentaron grado III.

Tal como se muestra en el gráfico N°5 y se corrobora según los datos establecidos según las frecuencias mencionadas en la tabla.

Cuadro No. 5

Cuadro cruzada NIVELDESNUTRIDO*EDAD

		EDAD			Total	
		17 - 24	25 - 34	35 - 41		
NIVELDESNUTRIDO	GRADO I	Recuento	8	4	2	14
		% dentro de NIVELDESNUTRIDO	57,1%	28,6%	14,3%	100,0%
		% dentro de EDAD	38,1%	20,0%	22,2%	28,0%
		% del total	16,0%	8,0%	4,0%	28,0%
	GRADO II	Recuento	6	5	0	11
		% dentro de NIVELDESNUTRIDO	54,5%	45,5%	0,0%	100,0%
		% dentro de EDAD	28,6%	25,0%	0,0%	22,0%
		% del total	12,0%	10,0%	0,0%	22,0%
	GRADO III	Recuento	2	2	0	4
		% dentro de NIVELDESNUTRIDO	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de EDAD	9,5%	10,0%	0,0%	8,0%
		% del total	4,0%	4,0%	0,0%	8,0%
	NINGUNO	Recuento	5	9	7	21
		% dentro de NIVELDESNUTRIDO	23,8%	42,9%	33,3%	100,0%
		% dentro de EDAD	23,8%	45,0%	77,8%	42,0%
		% del total	10,0%	18,0%	14,0%	42,0%
Total	Recuento	21	20	9	50	
	% dentro de NIVELDESNUTRIDO	42,0%	40,0%	18,0%	100,0%	
	% dentro de EDAD	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	42,0%	40,0%	18,0%	100,0%	

Fuente: Datos obtenidos aplicación de los instrumentos de medición a madres de niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017

Gráfico N°6: Distribución según prematuridad de los niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017.



Fuente: Datos obtenidos aplicación de los instrumentos de medición a madres de niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017.

En el gráfico 6 se observa que, 50 madres de niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017, un 98% (n=49) son niños que no presentaron prematuridad, y solo un 2% que es quien presentó prematuridad.

Tal como se muestra en el gráfico N°6 y se corrobora según los datos establecidos según las frecuencias mencionadas en la tabla.

Cuadro No. 06

Cuadro cruzada PREMATURO*EDAD

		EDAD				
		17 - 24	25 - 34	35 - 41	Total	
PREMATURO	SI	Recuento	0	1	0	1
		% dentro de PREMATURO	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de EDAD	0,0%	5,0%	0,0%	2,0%
		% del total	0,0%	2,0%	0,0%	2,0%
	NO	Recuento	21	19	9	49
		% dentro de PREMATURO	42,9%	38,8%	18,4%	100,0%
		% dentro de EDAD	100,0%	95,0%	100,0%	98,0%
		% del total	42,0%	38,0%	18,0%	98,0%
Total	Recuento	21	20	9	50	
	% dentro de PREMATURO	42,0%	40,0%	18,0%	100,0%	
	% dentro de EDAD	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	42,0%	40,0%	18,0%	100,0%	

Fuente: Datos obtenidos aplicación de los instrumentos de medición a madres de niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017

**Gráfico N°7: Distribución según bajo peso al nacer de los niños menores de 5 años.
Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017.**



Fuente: Datos obtenidos aplicación de los instrumentos de medición a madres de niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017.

En el gráfico 7 se observa que, 50 madres de niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017, un 72% (n=36) son niños que no presentaron bajo peso al nacer, y solo un 28% (n=14) que es quienes presentaron bajo peso al nacer.

Tal como se muestra en el gráfico N°7 y se corrobora según los datos establecidos según las frecuencias mencionadas en la tabla.

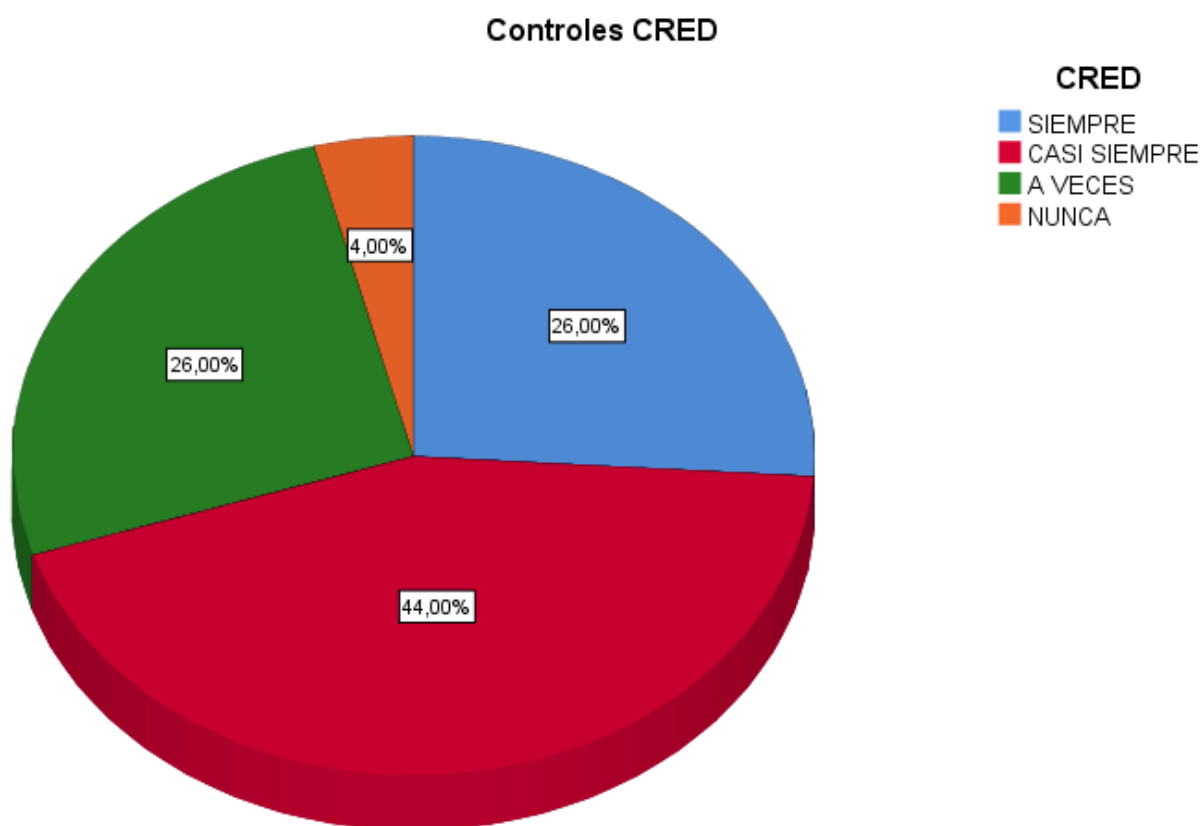
Cuadro No. 07

Tabla cruzada BAJOPESOALNACER*EDAD

			EDAD			Total
			17 - 24	25 - 34	35 - 41	
BAJOPESOALNACER	SI	Recuento	9	5	0	14
		% dentro de BAJOPESOALNACER	64,3%	35,7%	0,0%	100,0%
		% dentro de EDAD	42,9%	25,0%	0,0%	28,0%
		% del total	18,0%	10,0%	0,0%	28,0%
	NO	Recuento	12	15	9	36
		% dentro de BAJOPESOALNACER	33,3%	41,7%	25,0%	100,0%
		% dentro de EDAD	57,1%	75,0%	100,0%	72,0%
		% del total	24,0%	30,0%	18,0%	72,0%
Total	Recuento	21	20	9	50	
	% dentro de BAJOPESOALNACER	42,0%	40,0%	18,0%	100,0%	
	% dentro de EDAD	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	42,0%	40,0%	18,0%	100,0%	

Fuente: Datos obtenidos aplicación de los instrumentos de medición a madres de niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017

Gráfico N°8: Distribución según controles CRED de los niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017.



Fuente: Datos obtenidos aplicación de los instrumentos de medición a niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017.

En el gráfico 8 se observa que, 50 madres de niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017, un 44% (n=22) son los niños que presentaron controles CRED “CASI SIEMPRE”, seguido del 26% (n=15) quienes presentaron control CRED “SIEMPRE”, de la misma forma otro 26% presento control “A VECES” y solo un 4% NUNCA presento control CRED.

Tal como se muestra en el gráfico N°8 y se corrobora según los datos establecidos según las frecuencias mencionadas en la tabla.

Cuadro No 8

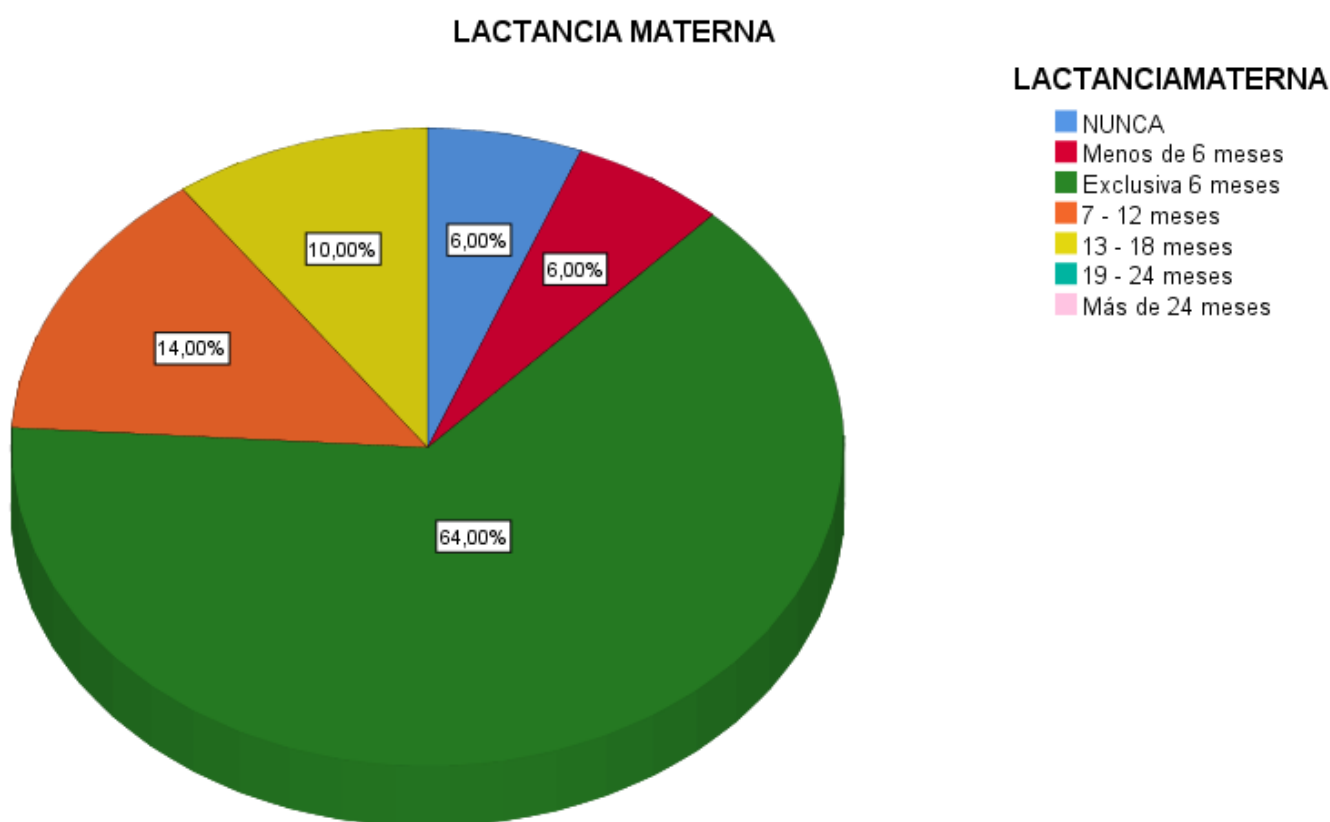
Cuadro cruzada CRED*DESNUTRIDO

			DESNUTRIDO		Total
			SI	NO	
CRED	SIEMPRE	Recuento	7	6	13
		% dentro de CRED	53,8%	46,2%	100,0%
		% dentro de DESNUTRIDO	24,1%	28,6%	26,0%
		% del total	14,0%	12,0%	26,0%
	CASI SIEMPRE	Recuento	11	11	22
		% dentro de CRED	50,0%	50,0%	100,0%
		% dentro de DESNUTRIDO	37,9%	52,4%	44,0%
		% del total	22,0%	22,0%	44,0%
	A VECES	Recuento	10	3	13
		% dentro de CRED	76,9%	23,1%	100,0%
		% dentro de DESNUTRIDO	34,5%	14,3%	26,0%
		% del total	20,0%	6,0%	26,0%
	NUNCA	Recuento	1	1	2
		% dentro de CRED	50,0%	50,0%	100,0%
		% dentro de DESNUTRIDO	3,4%	4,8%	4,0%
		% del total	2,0%	2,0%	4,0%
Total	Recuento	29	21	50	
	% dentro de CRED	58,0%	42,0%	100,0%	
	% dentro de DESNUTRIDO	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	58,0%	42,0%	100,0%	

Fuente: Datos obtenidos aplicación de los instrumentos de medición a madres de niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017

Gráfico N°9: Distribución según lactancia materna de los niños menores de 5 años.

Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017.



Fuente: Datos obtenidos aplicación de los instrumentos de medición a niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017.

En el gráfico 9 se observa que, 50 niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017, un 64% (n=32) son niños que recibieron lactancia exclusiva de 6 meses, seguido del 14% (n=7) quienes recibieron lactancia de 7 a 12 meses, luego se encuentran quienes presentaron lactancia de 13 a 18 meses mientras que el 6% (n=3) son quienes presentaron lactancia por un periodo menor de 6 meses y otro 6% que nunca presentaron lactancia materna.

Tal como se muestra en el gráfico N°9 y se corrobora según los datos establecidos según las frecuencias mencionadas en la tabla.

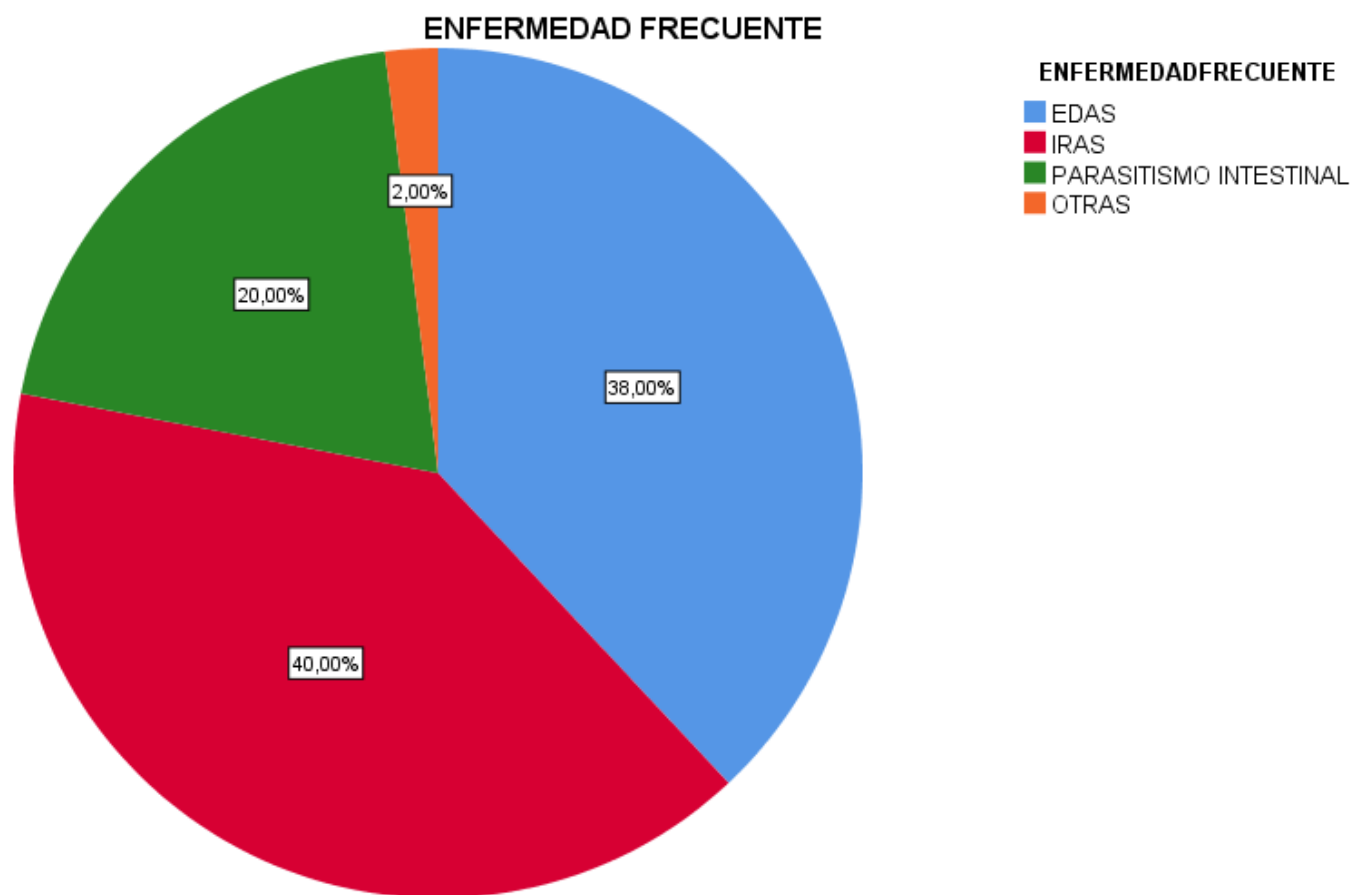
Cuadro No 09

Cuadro cruzada LACTANCIAMATERNA*DESNUTRIDO

		DESNUTRIDO		Total	
		SI	NO		
LACTANCIAMATERNA	NUNCA	Recuento	1	2	3
		% dentro de LACTANCIAMATERNA	33,3%	66,7%	100,0%
		% dentro de DESNUTRIDO	3,4%	9,5%	6,0%
		% del total	2,0%	4,0%	6,0%
	Menos de 6 meses	Recuento	3	0	3
		% dentro de LACTANCIAMATERNA	100,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de DESNUTRIDO	10,3%	0,0%	6,0%
		% del total	6,0%	0,0%	6,0%
	Exclusiva 6 meses	Recuento	17	15	32
		% dentro de LACTANCIAMATERNA	53,1%	46,9%	100,0%
		% dentro de DESNUTRIDO	58,6%	71,4%	64,0%
		% del total	34,0%	30,0%	64,0%
	7 - 12 meses	Recuento	5	2	7
		% dentro de LACTANCIAMATERNA	71,4%	28,6%	100,0%
		% dentro de DESNUTRIDO	17,2%	9,5%	14,0%
		% del total	10,0%	4,0%	14,0%
	13 - 18 meses	Recuento	3	2	5
		% dentro de LACTANCIAMATERNA	60,0%	40,0%	100,0%
		% dentro de DESNUTRIDO	10,3%	9,5%	10,0%
		% del total	6,0%	4,0%	10,0%
Total	Recuento	29	21	50	
	% dentro de LACTANCIAMATERNA	58,0%	42,0%	100,0%	
	% dentro de DESNUTRIDO	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	58,0%	42,0%	100,0%	

Fuente: Datos obtenidos aplicación de los instrumentos de medición a madres de niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017

Gráfico N°10: Distribución según enfermedad frecuente de los niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017.



Fuente: Datos obtenidos aplicación de los instrumentos de medición a niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017.

En el gráfico 10 se observa que, 50 niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017, un 40% (n=20) son quienes presentaron como enfermedad frecuente Infecciones Respiratorias Agudas, seguido del 38% (n=19) quienes presentaron Enfermedades Diarreicas Agudas, luego se encuentra los que presentaron Parasitismo Intestinal con un 20% (n=10) y solo un 2% que es quien presento otras enfermedades frecuentes.

Tal como se muestra en el gráfico N°10 y se corrobora según los datos establecidos según las frecuencias mencionadas en la tabla.

Cuadro No 10

Cuadro cruzada ENFERMEDAD FRECUENTE*DESNUTRIDO

		DESNUTRIDO		Total	
		SI	NO		
ENFERMEDAD FRECUENTE	EDAS	Recuento	19	0	19
		% dentro de ENFERMEDAD FRECUENTE	100,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de DESNUTRIDO	65,5%	0,0%	38,0%
		% del total	38,0%	0,0%	38,0%
	IRAS	Recuento	8	12	20
		% dentro de ENFERMEDAD FRECUENTE	40,0%	60,0%	100,0%
		% dentro de DESNUTRIDO	27,6%	57,1%	40,0%
		% del total	16,0%	24,0%	40,0%
	PARASITISMO INTESTINAL	Recuento	1	9	10
		% dentro de ENFERMEDAD FRECUENTE	10,0%	90,0%	100,0%
		% dentro de DESNUTRIDO	3,4%	42,9%	20,0%
		% del total	2,0%	18,0%	20,0%
	OTRAS	Recuento	1	0	1
		% dentro de ENFERMEDAD FRECUENTE	100,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de DESNUTRIDO	3,4%	0,0%	2,0%
		% del total	2,0%	0,0%	2,0%
Total	Recuento	29	21	50	
	% dentro de ENFERMEDAD FRECUENTE	58,0%	42,0%	100,0%	
	% dentro de DESNUTRIDO	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	58,0%	42,0%	100,0%	

Fuente: Datos obtenidos aplicación de los instrumentos de medición a madres de niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017

Gráfico N°11: Distribución según lugar de residencia de las madres de niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017.



Fuente: Datos obtenidos aplicación de los instrumentos de medición a madres de niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017.

En el gráfico 11 se observa que, 50 madres de niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017, un 98% (n=49) son madres pertenecen al sector rural como lugar de residencia y solo un 2% que es quien pertenece al sector urbano marginal.

Tal como se muestra en el gráfico N°11 y se corrobora según los datos establecidos según las frecuencias mencionadas en la tabla.

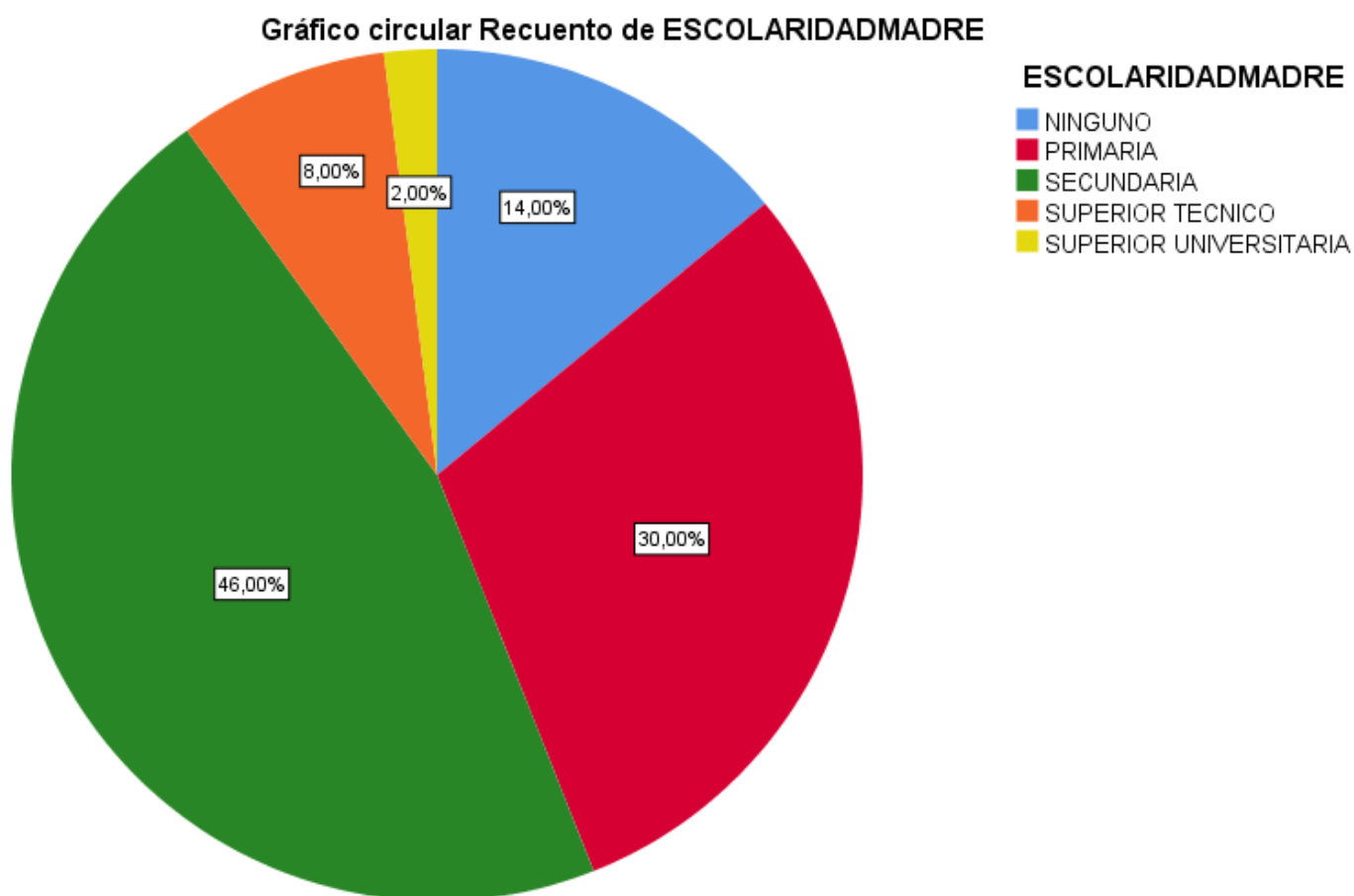
Cuadro No. 11

Cuadro cruzada LUGARRESIDENCIA*DESNUTRIDO

		DESNUTRIDO		Total	
		SI	NO		
LUGARRESIDENCIA	URBANO MARGINAL	Recuento	0	1	1
		% dentro de LUGARRESIDENCIA	0,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de DESNUTRIDO	0,0%	4,8%	2,0%
		% del total	0,0%	2,0%	2,0%
	RURAL	Recuento	29	20	49
		% dentro de LUGARRESIDENCIA	59,2%	40,8%	100,0%
		% dentro de DESNUTRIDO	100,0%	95,2%	98,0%
		% del total	58,0%	40,0%	98,0%
Total	Recuento	29	21	50	
	% dentro de LUGARRESIDENCIA	58,0%	42,0%	100,0%	
	% dentro de DESNUTRIDO	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	58,0%	42,0%	100,0%	

Fuente: Datos obtenidos aplicación de los instrumentos de medición a madres de niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017

Gráfico N°12: Distribución según nivel de escolaridad de las madres de niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017.



Fuente: Datos obtenidos aplicación de los instrumentos de medición a madres de niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017.

En el gráfico 12 se observa que, 50 madres de niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017, un 46% (n=23) son madres que presentan nivel secundaria, seguido del 30% (n=15) quienes son madres que presentan nivel primaria, luego se encuentra las que no presentan ningún nivel educativo con un 14% (n=7), mientras que el 8% (n=4) son quienes presentan nivel superior técnico y solo un 2% que es quien presenta nivel superior universitario.

Tal como se muestra en el gráfico N°12 y se corrobora según los datos establecidos según las frecuencias mencionadas en la tabla.

Cuadro No 12

Cuadro cruzada ESCOLARIDADMADRE*DESNUTRIDO

		DESNUTRIDO		Total	
		SI	NO		
ESCOLARIDADMADRE	NINGUNO	Recuento	7	0	7
		% dentro de ESCOLARIDADMADRE	100,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de DESNUTRIDO	24,1%	0,0%	14,0%
		% del total	14,0%	0,0%	14,0%
	PRIMARIA	Recuento	12	3	15
		% dentro de ESCOLARIDADMADRE	80,0%	20,0%	100,0%
		% dentro de DESNUTRIDO	41,4%	14,3%	30,0%
		% del total	24,0%	6,0%	30,0%
	SECUNDARIA	Recuento	10	13	23
		% dentro de ESCOLARIDADMADRE	43,5%	56,5%	100,0%
		% dentro de DESNUTRIDO	34,5%	61,9%	46,0%
		% del total	20,0%	26,0%	46,0%
	SUPERIOR TECNICO	Recuento	0	4	4
		% dentro de ESCOLARIDADMADRE	0,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de DESNUTRIDO	0,0%	19,0%	8,0%
		% del total	0,0%	8,0%	8,0%
	SUPERIOR UNIVERSITARIA	Recuento	0	1	1
		% dentro de ESCOLARIDADMADRE	0,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de DESNUTRIDO	0,0%	4,8%	2,0%
		% del total	0,0%	2,0%	2,0%
Total	Recuento	29	21	50	
	% dentro de ESCOLARIDADMADRE	58,0%	42,0%	100,0%	
	% dentro de DESNUTRIDO	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	58,0%	42,0%	100,0%	

Fuente: Datos obtenidos aplicación de los instrumentos de medición a madres de niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017

IV. DISCUSIÓN

Los factores asociados a determinantes sociales y desnutrición global en niños menores de 5 años es un estudio realizado para poder establecer cuáles son las características más frecuentes que se presenten en este caso, así como las posibles causas que sean determinantes tanto sociales como asociados a la desnutrición global que pueden presentar los niños menores de 5 años y las consecuencias que estas pueden traer en su crecimiento y desarrollo, no solo en el aspecto físico sino psicológico.

En nuestro informe encontramos que el estudio de determinantes sociales y desnutrición global en niños menores de 5 años presentan varios factores que se asocian, muy similares a lo manifestado por **Torres Domínguez J A, Guarneros Soto N (9)** quien reporta una relación directa con varias variables como vivienda, ambiente, estilo de vida, condiciones de vida, condiciones y percepción de la salud. Esto puede tener su explicación en que nuestro hospital es centro de atención de bajos recursos, con un poco educación sobre prevención de desnutrición en ese nosocomio, por lo cual hace que su frecuencia sea significativa y representativa y por ende indique los valores referenciales de estudios nacionales e internacionales, lo que nos puede brindar resultados con validez externa.

Con respecto a la relación que presentan diferentes factores asociados a determinantes sociales y desnutrición global en niños menores de 5 años, hemos llegado a observar que los resultados son muy variados dependiendo de la subvariable a estudiar, siendo así que de un total de 50 madres de niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017, un 42% (n=21) son madres que pertenecen al grupo etario entre los 17 a 24 años de edad, seguido del 40% (n=20) madres quienes pertenecen al grupo etario de 25 a 34 años, luego se encuentra el grupo etario perteneciente al personal médico entre los 35 y 41 años con un 18% (n=9), esto es similar a los resultados encontrados por **Pally Callisaya E, Mejía Salas H (14)**, quien indica que en su estudio el grupo de mayor frecuencia fueron las madres menores de 18 años.

Al evaluar el estado civil se observa que, de un total de 50 madres de niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017, un 44% (n=22)

son madres presentan estado civil de casadas, seguido del 30% (n=15) quienes son madres que presentan estado civil de convivientes, luego se encuentra las que presentan un estado civil de solteras con un 24% (n=12) y solo un 2% que es quien se encuentra viuda, este resultado difiere al encontrado en el estudio realizado por **Faustina Ruiz Collazos (37)**, quien indica que la mayor frecuencia se encuentra en las mujeres convivientes al momento de la entrevista.

Al valorar el número de hijos, de un total de 50 madres de niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017, un 58% (n=29) son madres presentan entre 1 a 2 hijos, seguido del 36% (n=18) quienes son madres que manifiestan tener entre 3 a 4 hijos) y solo un 6% (n=3) que es quienes manifiestan tener más de 4 hijos, este resultado es similar al encontrado por Faustina Ruiz Collazos (37), quien indica que el 62% de su estudio fueron quienes manifestaron tener de 1 a 2 hijos.

En cuanto al nivel educativo de las madres, de un total de 50 madres de niños menores de 5 años. Ps. Somate Alto – Bellavista Sullana. Enero – Junio 2017, un 46% (n=23) son madres que presentan nivel secundaria, seguido del 30% (n=15) quienes son madres que presentan nivel primaria, luego se encuentra las que no presentan ningún nivel educativo con un 14% (n=7), mientras que el 8% (n=4) son quienes presentan nivel superior técnico y solo un 2% que es quien presenta nivel superior universitario, este resultado presenta similitud con lo establecido por Faustina Ruiz Collazos (37), quien manifiesta la mayor frecuencia en cuanto al nivel educativo de las madres fue el nivel secundario.

V. CONCLUSIONES

- En el siguiente estudio se encontró una prevalencia del 58% (n=29) son niños que son desnutridos, mientras que el 42% (n=21) son niños que no han presentado desnutrición, sin embargo según el nivel de desnutrición encontramos que un 42% (n=21) no fueron desnutridos, seguido del 28% (n=14) quienes presentaron grado I de desnutrición, luego se encuentra quienes presentaron grado II de desnutrición con un 22% (n=11) y solo un 8% (n=4) que es quienes presentaron grado III.
- Los valores obtenidos de acuerdo a los antecedentes obstétricos de la madre y características de la atención del niño desnutridos de nuestro estudio, donde nos indica que el 58% (n=29) son madres presentan entre 1 a 2 hijos, 58% (n=29) son niños que son desnutridos, mientras que el 42% (n=21) son niños que no han presentado desnutrición, 42% (n=21) no fueron desnutridos, seguido del 28% (n=14) quienes presentaron grado I de desnutrición, 98% (n=49) son niños que no presentaron prematuridad, 72% (n=36) son niños que no presentaron bajo peso al nacer, 44% (n=22) son los niños que presentaron controles CRED “CASI SIEMPRE”, 64% (n=32) son niños que recibieron lactancia exclusiva de 6 meses, 40% (n=20) son quienes presentaron como enfermedad frecuente Infecciones Respiratorias Agudas.
- Los valores obtenidos de acuerdo a los determinantes sociales en las familias con niños desnutridos atendidos en el P. Salud Somate Alto de nuestro estudio, donde nos indica que el 98% (n=49) son madres pertenecen al sector rural como lugar de residencia y solo un 2% que es quien pertenece al sector urbano marginal, 42% (n=21) son madres que pertenecen al grupo etario entre los 17 a 24 años de edad, 44% (n=22) son madres presentan estado civil de casadas, 58% (n=29) son madres presentan entre 1 a 2 hijos.

- Los valores obtenidos de acuerdo a los determinantes sociales en las familias con niños desnutridos atendidos en el P. Salud Somate Alto de nuestro estudio, donde nos indica que el 98% (n=49) son madres pertenecen al sector rural como lugar de residencia y solo un 2% que es quien pertenece al sector urbano marginal, 42% (n=21) son madres que pertenecen al grupo etario entre los 17 a 24 años de edad, 44% (n=22) son madres presentan estado civil de casadas, 58% (n=29) son madres presentan entre 1 a 2 hijos.

VI. RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar estudios en otras poblaciones similares, en otros nosocomios y entidades de salud privadas, buscando la asociación entre otras variables, para lograr encontrar relaciones que se puedan extrapolar, y motivar a futuras investigaciones que puedan enriquecer los manejos oportunos de desnutrición global en niños menores de 5 años.
- Asimismo, estas investigaciones ayudarán a implementar, en los hospitales públicos y clínicas privadas, protocolos de manejo y atención de manera eficiente, de esta manera, disminuir la desnutrición global en niños menores de 5 años.
- También, se recomienda informar a los médicos respecto al estudio, dando a conocer los beneficios de un manejo oportuno de esta enfermedad con tendencia mundial, para poder hacer por medio de ellos tomar conciencia en los padres sobre el cuidado de los hijos para la prevención de esta patología.
- Por último, publicar los resultados de estudio, en revistas indexadas a bases de datos de alto impacto, en el ámbito de determinantes sociales y desnutrición global en niños menores de 5 años, dar a conocer este estudio que motive a investigaciones posteriores de gran impacto.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ortiz, A, & Serra, L. (2007). Desnutrición infantil en el mundo: ¿sentimiento de culpa o de vergüenza? Acta Científica Estudiantil 2007; 5(3):109-114. Piura Perú 201 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/estudiantil/ace-2007/ace073c.pdf>ⁱ
2. Jiménez-Benítez D, Rodríguez-Martín A, Jiménez-Rodríguez R. Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica. Nutr. Hosp 2010;(Supl. 3)25:18-25 ISSN (Versión papel): 0212-161. ISSN (Versión electrónica): 1699-5198. CODEN NUHOEQ. S.V.R. 318. Barcelona. España 2010.ⁱⁱ
3. León J. Piura se enfrenta a altos índices de desnutrición y anemia infantil. La Republica 26 Dic 2016. Perú. (On line) Revisado 30 de Nov. 2017. Disponible en: <http://larepublica.pe/sociedad/1001727-piura-se-enfrenta-a-altos-indices-de-desnutricion-y-anemia-infantil>
4. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES. Lima Peru – 2015 (On lines) disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/desnutricion-cronica-infantil-en-ninas-y-ninos-menores-de-cinco-anos-disminuyo-en-31-puntos-porcentuales-8963/>.
5. Luna Guerrero B. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en niños menores de 3 años del Centro de Salud Ex Fundo Naranjal 2013. Universidad mayor d eSan Marcos. Tesis por titulo de especialista en enfermeria de Salud Publica. Lima Peru 2014.

6. Jasso-Gutiérrez L, López Ortega M. El impacto de los Determinantes Sociales de la Salud en los niños. 1665-1146 © 2013 Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 2014
7. Vallejo-Solarte M E, Castro-Castro L M, Cerezo-Correa M P. Estado nutricional y determinantes sociales en niños entre 0 y 5 años de la comunidad de Yunguillo y de Red Unidos, Mocoa – Colombia. 2016. Rev Uni. Salud. 2016; 18(1):113-125.
8. Arias M, Tarazona M, Lamus F, Granados C. Estado nutricional y determinantes sociales asociados en niños Arhuacos menores de 5 años de edad. Rev. salud pública. 15 (4): 565-576, Colombia 2013.
9. Torres Domínguez, J A; Guaneros Soto, N. El impacto de los determinantes sociales de la salud en una comunidad marginada Horizonte Sanitario, vol. 15, núm. 1, 2016 Universidad Juárez Autónoma de Tabasco Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457845341004>
10. Santos Padrón H. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México. 2013. (On line). Revisado 28 – Nov 2017. Disponible en: [www.http://revsa.lud.sld.cu](http://www.revsa.lud.sld.cu)
11. Barreto Bedoya P, Quino Ávila A. Efectos de la desnutrición infantil sobre el desarrollo psicomotor. Revista Criterios- 21 (1)- rev.crit.- pp. 225 - 244 ISSN: 0121-8670, ISSN Electrónico: 2256-1161, Universidad Mariana, San Juan de Pasto, Nariño, Colombia, 2014.
12. Sobrino M, Gutiérrez C, Cunha AJ, Dávila M, Alarcón J. Desnutrición infantil en menores de cinco años en Perú: tendencias y factores determinantes. Rev Panam Salud Publica. 2014;35(2):104–12.
13. Valencia Peña P. Estado nutricional de la población menor de 5 años adscrita al puesto de salud Aynaca. Perú – 2013. Tesis Facultad de medicina Universidad Mayor de San Marcos. Lima 2016. (On line) Revisado 28 de Nov. 2017. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3580/1/Valencia_pp.pdf.
14. Pally Callisaya E, Mejía Salas H. Factores de riesgo para desnutrición aguda grave en niños menores de cinco años. Rev Soc Bol Ped 2012; 51 (2): 90-6:la Paz Bolivia 2012.

15. Agüero Y, Cambillo E. Factores asociados con el estado nutricional de los niños y niñas en el Perú. PESQUIMAT, Revista de la F.C.M. de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos Vol. XV N°1, pp. 38-47, Lima - Perú, Marzo 2013.
16. Morris Murcia M M. Identificación de los Determinantes Sociales de la Alimentación en un Grupo de familias pertenecientes a los estratos 1, 2 y 3 de la localidad de Fontibón. Colombia 2010. Tesis de Especialista de Nutrición de la Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Ciencias. Bogotá, D. C. diciembre de 2010
17. Rosen, G. De la policía médica a la medicina social, (México: Siglo XXI editores) México 1985
18. OMS. Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud subsanan salud
19. Jarillo, E, López, O y Mendoza, J M. La formación de recursos humanos en Salud Pública en México. En: Vásquez D., Cuevas L. y Crocker R. (Coords.) La formación de personal de salud en México. México 2005. (México: OPS/PROCORHUS), pp. 239-265
20. Informe final de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud Ginebra Suiza 2008
21. Vega Romero, Román. (2009). Informe Comisión Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(16), 7-11. (On line) Revisado Diciembre 02, 2017, Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272009000100001&lng=en&tlng=es.
22. Ducuara Mora P E. Determinantes socio-económicas de la desnutrición global infantil en la localidad de ciudad bolívar (Bogotá, Colombia) en el año 2011. Tesis de Grado para optar al Título de Magister en Administración de Salud. Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Bogotá Colombia. 2012.
23. OPS/OMS. Determinantes e inequidades en salud. Capitulo 2. Washington Dc. 2012 (On line) Revisado 21 Dic. 2017. Disponible en: www.paho.org/salud-en-las-americas.../index.php?...id...determinants

24. UNICEF Dominican Republic. Salud y Desnutrición infantil (On line) Revisado 1 Dic. 2018. Disponible en:
https://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10172.htm
25. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Diez datos sobre la nutrición. Febrero de 2012. <http://www.who.int/features/factfiles/nutrition/es/>
26. WANDEN-Berghe, Camilo y Culebras. (2010). Conceptos y definiciones de la desnutrición iberoamericana. Nutrición Hospitalaria. Suplemento n.3
27. MINSA. Estado nutricional en el Perú. Componente nutricional ENAHO – CENAN Julio 2009 - Junio 2010. (On Line) Revisado 2 Dic. 2017. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1843.pdf>
28. Organización Mundial de la Salud. Patrones de crecimiento infantil de la OMS. Nota descriptiva N° 4.
29. INEI. EHAS: J Santisteban. Lima, Perú. 2001 Notas del curso de Nutrición, Clase 7: Evaluación del Estado Nutricional, Enlace Hispanoamericano de Salud. Enlace <http://www.upch.edu.pe/ehas/pediatrica/nutricion/Clase%20401.htm>.
30. UNICEF. Análisis de la situación nutricional de los niños menores de cinco años en Paraguay a partir de la encuesta de ingresos y gastos y de condiciones de vida 2011-2012. (On line) Revisado 1 Dic 2017. Disponible en *<https://www.medbox.org/analisis-de-la-situacion-nutricional-de-los-niños>*.
31. Beltrán A, Seinfeld J. Identificando estrategias efectivas para combatir la desnutrición infantil en el Perú. Apuntes Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. 2011; 38(69):7–54.
32. Blakely T, Hales S, Kieft S, Wilson N, Woodward A. The global distribution of risk factors by poverty level. Bull World Health Organ. 2005;83(2):118–26.
33. Lutter CK, Chaparro CM. La desnutrición en lactantes y niños pequeños en América Latina y el Caribe: Alcanzando los objetivos de desarrollo del milenio. Washington D.C.: OPS; 2008.
34. Lutter CK, Daelmans BMEG, De Onis M, Kothari MT, Ruel MT, Arimond M, et al. Undernutrition, poor feeding practices, and low coverage of key nutrition interventions. Pediatrics. 2011; 128(6):e1418-27.
35. Grantham-McGregor, S., Cheung, Y. B., Cueto, S., Glewwe, P., Richter, L., Strupp, B., & Int Child Dev Steering, G. (2007). Child development in developing

countries 1 - Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*, 369(9555), 60-70. doi: 10.1016/s0140-6736(07)60032-4

36. González Castañeda E J. Situación de la desnutrición global y Los determinantes sociales de la Salud en población menor de cinco Años del departamento de Boyacá, 2012. Tesis para obtener grado de Magister Salud Publica. Universidad Nacional de Colombia – 2014.
37. Faustina Ruiz Collazos. Factores sociodemográficos asociados a Desnutrición en niños de dos a cinco años de edad puesto de salud túpac amaru ate vitarte, 2014. Tesis para obtener grado profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Ricardo Palma – 2014.

VIII. ANEXOS:

ANEXO No. 1 “DETERMINANTES SOCIALES Y DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. PS. SOMATE ALTO – BELLAVISTA SULLANA. ENERO – JUNIO 2017”

FICHA REGISTRO DE DATOS No. 1

I. PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN.

1. Es desnutrido

SI

NO

2. Grado desnutrición.

GRADO I

GRADO II

GRADO III

II. ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE LA MADRE Y CARACTERISTICAS DE LA ATENCIÓN DEL NIÑO

De la madre

3. Edad de la Madre _____ años

4. Estado Civil.

Soltera Divorciada

Casada Conviviente

Viuda

5. Numero de Hijos. _____

A. Del niño

6. Parto Prematuridad (antes de las 37 sem gestación)

SI

NO

7. Bajo peso al nacer (Menos de 2,500 gramos).

SI

NO

8. Asite a consultas de Crecimiento y Desarrollo

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Nunca

9. Lactancia Materna

- Nunca
- Menos de 6 m.
- Exclusiva 6 m.
- 7 – 12 meses
- 13 – 18 m
- 19 – 24 m
- Mas de 24 m

10. Enfermedades frecuentes que ha tenido (ultimo 6 meses)

- EDA
- IRAS
- Parasitismo Intestinal
- Otras. Cual _____

III. DETERMINANTES SOCIALES EN LAS FAMILIAS

11. Lugar de Residencia: Donde usted habitualmente vive es un área:

- Urbano:
- Urbano marginal
- Rural

12. Escolaridad de la madre. Ultimo grado escolar vencido

- Ninguno
- Primaria
- Secundaria
- Superior tecnico
- Superior universitario

13. Ocupación laboral

- Profesional
- Empleada
- Trabajo informal
- Estudiante
- Ama de casa
- Desempleada

14. Ingreso económico familiar

- < 850
- 850 -1500
- 1,501 – 2,000
- Mas 2,000

15. Seguro de salud

- SIS
- Seguridad social - ESSALUD
- Seguros privados
- Ninguno

C. Saneamiento Basico

16. Abastecimiento de agua segura para uso y consumo humano.

- Siempre
- Horas al día
- Días en semanas
- Ninguna

17. Fuentes de agua para consumo de la población en las viviendas

- Red púb. dentro de la vivienda
- Red púb. fuera de la vivienda pero dentro de la edificación
- Pílon de uso público
- Río
- Acequia o manantial
- Pozo
- Cisternas
- Otro

Realizado por: _____

Fecha: _____

“DETERMINANTES SOCIALES Y DESNUTRICIÓN GLOBAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS . PS. SOMATE ALTO – BELLAVISTA SULLANA. ENERO – JUNIO 2017

FICHA DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO: GUÍA DE PAUTAS

Indicadores	Criterios	Deficiente 0 - 20				Regular 21 - 40				Buena 41 - 60				Muy Buena 61 - 80				Excelente 81 - 100				OBSERVACIONES
		0	6	11	16	21	26	31	36	41	46	51	56	61	66	71	76	81	86	91	96	
ASPECTOS DE VALIDACION		5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
1. Claridad	Esta formulado con un lenguaje apropiado																					
2. Objetividad	Esta expresado en conductas observables																					
3. Actualidad	Adecuado al enfoque teórico abordado en																					

	la investigación																			
4.Organización	Existe una organización lógica entre sus ítems																			
5.Suficiencia	Comprende los aspectos necesarios en cantidad y calidad.																			
6.Intencionalidad	Adecuado para valorar las dimensiones del tema de la investigación																			
7.Consistencia	Basado en aspectos teóricos-científicos de la investigación																			
8.Coherencia	Tiene relación entre las variables e indicadores																			
9.Metodología	La estrategia responde a la																			

ANEXO No. 3 CARTA DE SOLICITUD PARA REALIZAR EL ESTUDIO

**Director P. Salud
Samote Alto – Bellavista
Sullana**

De mi mayor consideración:

Aprovecho la ocasión de saludarlo cordialmente y por este medio le informo que estoy realizando un Proyecto de Investigación para presentar mi Tesis para optar por el Título de Médico Cirujano en la Escuela de Medicina Humana de la Universidad Cesar Vallejo de Piura el tema seleccionado: **DETERMINANTES SOCIALES Y DESNUTRICIÓN GLOBAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS. PS. SOMATE ALTO – BELLAVISTA SULLANA. ENERO – JUNIO 2017** por lo que solicitamos su autorización para tener acceso a los registros de la consulta de CRED y a las historias clínicas y extraer los datos necesarios para nuestro estudio.

Con la seguridad de contar con su apoyo le reitero a usted mis mayores consideraciones.

Atentamente.

JHANNINA DEL PILAR MEDINA CHAVEZ
DNI.47166775

30%

INDICE DE SIMILITUD

33%

FUENTES DE INTERNET

7%

PUBLICACIONES

18%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

www.scribd.com

Fuente de Internet

5%

2

www.medicc.org

Fuente de Internet

3%

3

revistas.uap.edu.pe

Fuente de Internet

3%

4

Submitted to Universidad Cesar Vallejo

Trabajo del estudiante

3%

5

www.revistabiomedica.org

Fuente de Internet

2%

6

www.cesni.org.ar

Fuente de Internet

2%

7

www.sightandlife.org

Fuente de Internet

2%

8

uaeh.redalyc.org

Fuente de Internet

2%

9

ateneo.unmsm.edu.pe

Fuente de Internet

2%



UNICV (UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO) - PIURA
 DR. EDGAR RAZÁN RAMÍREZ
 Coordinador de la Escuela de Medicina
 UNICV - Piura



ACTA DE ORIGINALIDAD

Código : F07-PP-PR-02.02
Versión : 09
Fecha : 23-03-2018
Página : 1 de 1

Yo,

EDGAR RICARDO BAZAN PALOMINO docente de la Facultad De Ciencias Médicas y Escuela Profesional de Medicina de la Universidad César Vallejo- Piura (precisar filial o sede), revisor (a) de la tesis titulada

“DETERMINANTES SOCIALES Y DESNUTRICIÓN GLOBAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.PS. SOMATE ALTO-BELLAVISTA SULLANA .ENERO-JUNIO 2017” del (de la) estudiante **JHANNINA DEL PILAR MEDINA CHAVEZ** constato que la investigación tiene un índice de similitud de 30 % verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El/la suscrito (a) analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Piura, 07 de febrero de 2019



Dr. Edgar R. Bazán Palomino
Director de la Escuela de Medicina
UCV - PIURA

Firma

Edgar Ricardo Bazán Palomino

DNI N° 18890663

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable del SGC	Aprobó	Vicerrectorado de Investigación
---------	----------------------------	--------	---------------------	--------	---------------------------------



**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE
TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL
UCV**

Código : F08-PP-PR-02.02
Versión : 07
Fecha : 31-03-2017
Página : 1 de 1

JHANNINA DEL PILAR MEDINA CHAVEZ identificada con DNI N° 47166775, egresado de la Escuela Profesional de Medicina de la Universidad César Vallejo, autorizo (X), No autorizo () la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado **DETERMINANTES SOCIALES Y DESNUTRICIÓN GLOBAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.PS. SOMATE ALTO-BELLAVISTA SULLANA .ENERO-JUNIO 2017;** en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....

FIRMA

DNI: 47166775

FECHA: 08 de Febrero del 2019

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI)
"César Acuña Peralta"

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)

Jhannina Del Pilar Medina Chavez

D.N.I. : 47166775

Domicilio : Condominio Los Parques de Piura Torre P , Departamento
103

Móvil: 945358539

E-mail : Jhanninamch@hotmail.com

IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

Tesis de Pregrado

Facultad : Ciencias Medicas

Escuela : Medicina

Carrera : Medicina

Título : Medico Cirujano

Tesis de Post Grado

Maestría

Grado :

Mención :

Doctorado

2. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

Jhannina Del Pilar Medina Chavez

Título de la tesis:

"Determinantes Sociales y Desnutrición Global en Niños Menores de 5
años.PS. SOMATE ALTO – BELLAVISTA-SULLANA. ENERO-JUNIO 2017

Año de publicación :2019

3. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,

Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

No autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

Firma :

Fecha:

...07/02/2019





UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

JHANNINA DEL PILAR MEDINA CHAVEZ

INFORME TITULADO:

DETERMINANTES SOCIALES Y DESNUTRICIÓN GLOBAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.PS. SOMATE ALTO-BELLAVISTA SULLANA .ENERO-JUNIO 2017

PARA OBTENER EL GRADO O TÍTULO DE:

MEDICO CIRUJANO

SUSTENTADO EN FECHA: 08/02/2019

NOTA O MENCIÓN: DIECISEIS (16)



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO - PIURA

Dr. EDGAR SAZANI PALOMINO
Coordinador de la Escuela de Medicina
1601 - Piura

FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN