

Participación familiar en la práctica de las medidas preventivas contra la desnutrición infantil

Hernán Tafur Coronel



Instituto Latinoamericano de Altos Estudios

**Participación familiar en
la práctica de las medidas
preventivas contra la
desnutrición infantil**

INSTITUTO
LATINOAMERICANO
DE ALTOS ESTUDIOS

Hernán Tafur Coronel

[tafurcoronelh@gmail.com]

Licenciado en Enfermería por la Universidad Nacional de Cajamarca, con maestría en Salud Pública y doctorado en Salud. Durante su ejercicio profesional ha estado avocado a resolver problemas de salud en el primer nivel de atención a través de la formulación, ejecución y gestión de proyectos sociales, productivos y de salud colectiva con la cooperación internacional como trabajador y directivo de la ONG IINCAP Jorge Basadre. Se desempeñó como sub-gerente de Asuntos Poblacionales en el Gobierno Regional de Cajamarca (2011 - 2013); Ha sido consultor en Monitoreo Social del Ministerio de Economía y Finanzas (2014); Director Sub-Regional de salud Chota (2015 - 2017). En la actualidad es sub-coordinador del Departamento de Ciencias de Enfermería y director del Instituto de Investigación de Desarrollo Social y docente ordinario en Universidad Nacional Autónoma de Chota.

**Participación familiar en
la práctica de las medidas
preventivas contra la
desnutrición infantil**

Hernán Tafur Coronel

INSTITUTO
LATINOAMERICANO
DE ALTOS ESTUDIOS

Queda prohibida la reproducción por cualquier medio físico o digital de toda o una parte de esta obra sin permiso expreso del Instituto Latinoamericano de Altos Estudios –ILAE–.

Publicación sometida a evaluación de pares académicos (*Peer Review Double Blinded*).

Esta publicación está bajo la licencia Creative Commons Reconocimiento - NoComercial - SinObraDerivada 3.0 Unported License.



ISBN 978-958-53460-4-8

© Hernán Tafur Coronel, 2021
© Instituto Latinoamericano de Altos Estudios –ILAE–, 2021

Derechos patrimoniales exclusivos de publicación y distribución de la obra
Cra. 18 # 39A-46, Teusquillo, Bogotá, Colombia
PBX: (571) 232-3705, FAX (571) 323 2181
www.ilae.edu.co

Diseño de carátula y composición: Harold Rodríguez Alba
Edición electrónica: Editorial Milla Ltda. (571) 702 1144
editorialmilla@telmex.net.co

Imagen de cubierta: extracto de *Labourers at a Table, Thüringen*,
por Otto Edmund Guenther, óleo sobre lienzo, 1875,
Museo Wiesbaden, Alemania

Editado en Colombia
Published in Colombia

Contenido

AGRADECIMIENTOS	9
RESUMEN	11
INTRODUCCIÓN	13
CAPÍTULO PRIMERO	
EL PROBLEMA Y SU IMPORTANCIA	17
I. Pregunta de investigación	19
II. Objetivos de investigación	19
A. Objetivo general	19
B. Objetivos específicos	19
CAPÍTULO SEGUNDO	
MARCO TEÓRICO	21
I. Concepto de familia	22
A. Perspectiva teórica de la familia como interacción, sistema y construcción social	27
II. Concepto de ruralidad	28
III. Concepto de desnutrición	31
CAPÍTULO TERCERO	
METODOLOGÍA	35
I. Tipo de investigación	35
II. Diseño de investigación	36
III. Método de investigación	36
IV. Definición de las variables	36
V. Población, muestra, unidad de análisis y unidades de observación	37
A. Población	37
B. Muestra	37
C. Criterios de inclusión	38
D. Criterios de exclusión	39
E. Unidad de análisis	39
VI. Técnicas e instrumentos de recopilación de datos	39

CAPÍTULO CUARTO

ANÁLISIS DE RESULTADOS	41
I. Sistematización y análisis de datos	41
II. Contratación de hipótesis	56
III. Discusión de los resultados	57
IV. Propuesta de intervención para mejorar el nivel de participación de los integrantes de la familia en la práctica de las medidas preventivas contra la desnutrición infantil	65
Conclusiones	70
Recomendaciones	71

BIBLIOGRAFÍA	73
---------------------	----

ANEXOS	83
---------------	----

Índice de tablas

TABLA 1.	Distribución de los integrantes de la familia que participan en la prevención de la desnutrición infantil de los niños menores de cinco años de las familias rurales del distrito de Chota	41
TABLA 2.	Estado nutricional de los niños menores de cinco años según indicador peso/edad de las familias rurales del distrito de Chota	42
TABLA 3.	Estado nutricional de los niños menores de cinco años según indicador talla/edad de las familias rurales del distrito de Chota	42
TABLA 4.	Integrantes de la familia que participan en las prácticas preventivas y estado nutricional de los niños menores de cinco años de las familias rurales del distrito de Chota	42
TABLA 5.	Integrantes de la familia que participan en la práctica preventiva de alimentación de los niños menores de cinco años de las familias rurales del distrito de Chota	43
TABLA 6.	Integrantes de la familia que participan en la práctica preventiva de Control de Crecimiento y Desarrollo -cred- de los niños menores de cinco años de las familias rurales del distrito de Chota	44
TABLA 7.	Integrantes de la familia que participan en la práctica preventiva de estimulación temprana de los niños menores de cinco años de las familias rurales del distrito de Chota	45
TABLA 8.	Integrantes de la familia que participan en la práctica preventiva de consumo de agua segura de los niños menores de cinco años de las familias rurales del distrito de Chota	46
TABLA 9.	Integrantes de la familia que participan en la práctica preventiva del lavado de manos en momentos claves de los niños menores de cinco años de las familias rurales del distrito de Chota	47
TABLA 10.	Práctica de lactancia materna exclusiva y estado nutricional según peso/edad	48
TABLA 11.	Práctica de lactancia materna exclusiva y estado nutricional según talla/edad	49
TABLA 12.	Responsabilidades y decisiones activas en la práctica familiar de las medidas preventivas para combatir la desnutrición en los niños menores de cinco años	50

TABLA 13.	Responsabilidades y decisiones conscientes en la práctica familiar de las medidas preventivas para combatir la desnutrición en los niños menores de cinco años	50
TABLA 14.	Responsabilidades y decisiones libres en la práctica familiar de las medidas preventivas para combatir la desnutrición en los niños menores de cinco años	51
TABLA 15.	Responsabilidades y decisiones organizadas en la práctica familiar de las medidas preventivas para combatir la desnutrición en los niños menores de cinco años	51
TABLA 16.	Participación de los integrantes de la familia en la implementación de las medidas preventivas para combatir la desnutrición de los niños menores de cinco años	52
TABLA 17.	Nivel de participación de la madre en las medidas preventivas para combatir la desnutrición de los niños menores de cinco años	52
TABLA 18.	Nivel de participación de la madre y el padre en las medidas preventivas para combatir la desnutrición de los niños menores de cinco años	53
TABLA 19.	Nivel de participación de la madre, el padre y los hijos en las medidas preventivas para combatir la desnutrición de los niños menores de cinco años	54
TABLA 20.	Nivel de participación de todos los integrantes de la familia en las medidas preventivas para combatir la desnutrición de los niños menores de cinco años	55

Agradecimientos

- A la doctora MARINA ESTRADA PÉREZ, quien con su dirección, enseñanza y competencias permitió el desarrollo de esta investigación.
- A las familias de la zona rural de Chota, Cajamarca, con niños menores de cinco años, por su participación voluntaria en la investigación y las enseñanzas recogidas.

Resumen

Esta investigación tuvo como objetivo analizar la participación familiar en la prevención de la desnutrición infantil en las familias rurales del distrito de Chota, ubicado en el departamento de Cajamarca - Perú. Desde el enfoque cuantitativo, se realizó un estudio transversal de diseño correlacional y no experimental. De esta manera, se seleccionaron de manera aleatoria 300 unidades familiares, donde uno o varios de sus miembros eran niños menores de cinco años. Se utilizó la entrevista como técnica y el cuestionario como instrumento de recolección de datos (con una buena confiabilidad). Los resultados hallados mostraron que fue alta la participación de los integrantes de las familias (padre, madre e hijo) en la alimentación y en la asistencia al establecimiento de salud -EESS- para el Control de Crecimiento y Desarrollo -CRED- de los niños menores de cinco años, mientras que en el área de estimulación temprana se observó una participación media de la familia. Respecto al estado nutricional de los menores, se encontró que menos del 50% presenta desnutrición crónica. A su vez, en la implementación de las medidas preventivas, la madre participó con mayor frecuencia en la alimentación y en el control CRED. Respecto a la medida preventiva de la lactancia materna exclusiva, el estudio reveló que solo el 9% de los niños la recibieron y que aquellos donde la lactancia materna exclusiva fue interrumpida a más temprana edad, presentaron mayor riesgo de sufrir desnutrición crónica (42%). Por último, se concluyó que, a mayor participación consciente, libre y organizada por parte de los integrantes de la familia, se implementará mejor la práctica de medidas preventivas contra la desnutrición infantil.

Introducción

En la actualidad, la desnutrición en menores de cinco años sigue siendo un problema de salud pública, puesto que incrementa la morbimortalidad a nivel mundial, ocasionando tanto daños físicos como un deterioro de la capacidad cognitiva del niño. Este último se encuentra tipificado como síndrome de deterioro del desarrollo, el cual toma en cuenta los retrasos motores e intelectuales (cambios en la conducta), una disminuida capacidad de inmuno-competencias, entre otros¹.

Para medir los daños físicos ocasionados por la desnutrición aguda, se emplearon índices antropométricos: peso para la talla, talla para la edad y peso para la edad, los cuales muestran un desbalance físico, considerando la pérdida en la masa corporal debido a un inconveniente agudo de enfermedad infecciosa o de una mengua de la ingesta calórica. El déficit de éste último, deviene en desnutrición crónica, implicando un crecimiento inferior en términos de tiempo. Si el problema no se trata, se agudizará conduciendo a una desnutrición global, aunque resulta impreciso para investigaciones poblacionales².

En el caso de la anemia ferropénica, en su mayoría desarrollada en la niñez, se ve incrementada por la continua desaparición de los suministros de hierro, más aún en los primeros meses de vida, así como por malas dietas e infecciones. En lo que respecta a su prevención, existen diferentes maneras de tratarla, la más común es la ingesta de alimentos altos en contenido de hierro y otros que aumenten su absorción³. Sobre el particular, SOBRINO *et al.* apuntan que:

La prevalencia global de anemia es de 24,8% y está asociada a una mayor morbimortalidad en edades pediátricas, puesto que gestan-

-
- 1 ROBERT E. BLACK, CESAR G. VICTORA, SUSAN P. WALKER, ZULFI QAR A. BHUTTA, PARUL CHRISTIAN, MERCEDES DE ONIS, MAJID EZZATI, SALLY GRANTHAM-MCGREGOR, JOANNE KATZ, REYNALDO MARTORELL y RICARDO UAUY. “Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries”, en *The Lancet*, vol. 382, n.º 9.890, 2013, pp. 427 a 451, disponible en [http://pdgmi.org/wp-content/uploads/2016/10/Black_Maternal_and_child_undernutrition_and_overweight_in.pdf].
 - 2 MERCEDES DE ONIS, CUTBERTO GARZA, ADELHEID W. ONYANGO y REYNALDO MARTORELL (Eds.). “Who child growth standards”, en *Acta Pediátrica*, vol. 95, suplemento 450, 2006, pp. 96 a 101, disponible en [https://www.who.int/childgrowth/standards/Acta_95_S450.pdf?ua=1].
 - 3 YARLINI BALARAJAN, USHA RAMAKRISHNAN, EMRE ÖZALTIN, ANURAJ H. SHANKAR y S. V. SUBRAMANIAN. “Anaemia in low-income and middle-income countries”, en *The Lancet*, vol. 378, n.º 9.809, 2011, pp. 2.123 a 2.135, disponible en [<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.1023.2792&rep=rep1&type=pdf>].

tes y niños son los grupos más vulnerables. Para los menores de cuatro años, registra tasas del 20,1% y 39,0% en países desarrollados y países en desarrollo, respectivamente. Entre 30% y 80% de los niños de países en desarrollo son anémicos alrededor del año de vida, con tasas de prevalencia de 78,9% en niños de seis a 35 meses en India y 35,3% en Argentina [...] En Perú la prevalencia de la anemia se manifestó en 43,2%⁴.

Así pues, al tratar sobre las vicisitudes de la desnutrición y la anemia en los primeros años de vida, resulta conveniente mencionar los factores específicos que influyen en la salud, en especial, los que adquieren un carácter social, como lo son: la seguridad en el hogar, la atención en salud, la salubridad de la comunidad, entre otros; de ahí que estos presentan una inmediata relación con la pobreza, un panorama que en Latinoamérica y el Caribe es uno de los retos más importantes. Y si bien es cierto que la desnutrición aguda disminuyó en los últimos años, todavía constituye un tema pendiente en la agenda de los países de la región⁵.

Por lo tanto, este libro de investigación presenta un análisis de los aspectos relacionados a la desnutrición infantil y a la participación familiar, bajo el soporte de un marco teórico consistente. Por ello, se realizó una revisión documental sobre los antecedentes que hicieron posible tomar en cuenta perspectivas acerca del tema desde un contexto nacional, llegando al plano de lo regional y desarrollando un lazo con lo local, en este caso, con la ciudad de Chota ubicada en el departamento de Cajamarca - Perú, donde se encuentra la población de estudio.

A continuación, se establece un discurso escrito basado en el marco teórico, aquel que hace posible la sustentación científica de las categorías presentadas de manera clara y objetiva, recogiendo los constructos de familia, ruralidad y desnutrición. Luego de ello, se desarrolla el problema y los objetivos de investigación, los cuales proponen brindar alternativas al tema de la desnutrición infantil en niños menores de cinco años, así como la justificación que resalta la relevancia de investigar dicho tema.

4 MANUEL SOBRINO, CÉSAR GUTIÉRREZ, ANTONIO J. CUNHA, MIGUEL DÁVILA y JORGE ALARCÓN. "Desnutrición infantil en menores de cinco años en Perú: tendencias y factores determinantes", en *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 35, n.º 2, 2014, disponible en [<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2014.v35n2/104-112/>], p. 105.

5 CHESA K. LUTTER y CAMILA M. CHAPARRO. *La desnutrición en lactantes y niños pequeños en América Latina y el Caribe: alcanzando los objetivos de desarrollo del milenio*, Washington, Organización Panamericana de la Salud, 2008, disponible en [<https://iris.paho.org/handle/10665.2/18642>].

A partir del enfoque cuantitativo, se aplicó un estudio transversal de diseño correlacional y no experimental, de modo que se dispusieron los resultados que hicieron posible la observación de las características de la participación familiar en la prevención de la desnutrición infantil de las comunidades rurales de la ciudad de Chota del departamento de Cajamarca - Perú, llevando a cabo un análisis de datos que explica el fenómeno estudiado.

Por último, se presentan las conclusiones del estudio realizado con las ventajas dadas para el ámbito académico y las proyecciones que se brindan como potenciales caminos para desplegar estrategias que hagan posible solucionar la problemática referida a nivel nacional.

El problema y su importancia

Según datos recabados por la UNICEF⁶, cerca de 200 millones de niños menores de cinco años sufren desnutrición crónica a nivel mundial. Un 90% vive en Asia y África, donde las tasas son muy elevadas: 40% y 36% respectivamente. En América Latina y el Caribe, la situación de la desnutrición crónica fue de 24,5% en 1990, reduciéndose a 11,6% en 2015.

En Perú, la desnutrición crónica infantil presenta una tendencia general a la disminución, pues de 13,1% en 2016, pasó a 12,9% en 2017; no obstante, en el caso específico de la región Cajamarca, ocurrió lo contrario: de 26% en el año 2016 tuvo un ligero incremento a 26,6% para el siguiente año⁷. Así también, en la provincia de Chota

6 WENDY WISBAUM. *La desnutrición infantil: causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento*, Madrid, España, UNICEF, 2011, disponible en [https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/Informe_La_desnutricion_infantil.pdf].

7 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. *Evolución de los Indicadores de Programas Presupuestales, 2011-2017*, Lima, Perú, INEI, 2018, disponible en [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1515/libro.pdf].

ubicada en Cajamarca, según el Sistema de Información del Estado Nutricional⁸ de la Dirección Subregional de Salud de Chota, en 2016, la desnutrición crónica infantil representó el 30,4%, mientras que en el distrito representó el 26,8%.

De acuerdo con los datos aportados por el Ministerio de Agricultura y Riego⁹, la desnutrición infantil está condicionada por determinantes expresados como factores sociales y de desarrollo asociados con la pobreza y con brechas de inequidad, con costumbres y prácticas de alimentación, estilos de vida (algunos ancestrales) adquiridos por el acelerado proceso de urbanización y, de otro lado, por causas directas como desnutrición materna, alimentación inadecuada e infecciones repetidas.

Para prevenir la desnutrición infantil, el Estado peruano viene implementando programas sociales como el Programa de Transferencias Condicionadas, el Programa Integral de Nutrición - PIN-, el Programa Articulado Nutricional -PAN- y el Programa de Salud Materno Neonatal, donde se desarrollan intervenciones preventivas que contribuyen con la reducción del problema.

En el contexto local, estos programas sociales y presupuestales consideran a la familia como usuarios o beneficiarios, limitando su participación solo a la recepción de productos (bienes y servicios) y a seguir orientaciones del personal de salud, es decir, se da la colaboración como un medio y no como un fin que permita un estado permanente de mejora. Además, si bien la desnutrición infantil se está reduciendo, los programas sociales resultan ser muy costosos para el Estado, por lo que no existen muchos.

De esta manera, se debe partir del precepto que nadie puede ser responsable del cuidado de la salud si no es la propia familia, por ello es necesario que se proporcione la información necesaria, se generen espacios de participación y acceso a la educación para que, con sus propios recursos, aun cuando estos sean escasos, las familias puedan resolver este problema de salud que es la desnutrición infantil.

8 SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL. *Dirección Subregional de Salud Chota*, Lima, Perú, Instituto Nacional de Salud, 2016, disponible en [<https://repositorio.ins.gob.pe/bitstream/handle/INS/748/BOLETIN-2005-jul-agost-186-191.pdf?sequence=1&isAllowed=y>].

9 MINISTERIO DE AGRICULTURA Y RIEGO. *Estrategia nacional de seguridad alimentaria y nutricional 2013-2021*, Lima, Perú, MINAGRI, 2013, disponible en [<https://www.minagri.gob.pe/portal/download/pdf/seguridad-alimentaria/estrategia-nacional-2013-2021.pdf>].

I. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel y las características de la participación familiar en la práctica de las medidas preventivas y su relación con la desnutrición infantil en las familias rurales del distrito de Chota, ubicado en el departamento de Cajamarca - Perú?

II. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

A. *Objetivo general*

Analizar la participación de los integrantes de la familia en la práctica de medidas preventivas contra la desnutrición infantil en las familias rurales del distrito de Chota.

B. *Objetivos específicos*

- Determinar el nivel de participación de los integrantes de la familia en la práctica de las medidas preventivas contra la desnutrición infantil.
- Caracterizar la participación familiar en la práctica de las medidas preventivas contra la desnutrición infantil.
- Determinar el estado nutricional de los niños y niñas menores de cinco años de las familias rurales.
- Establecer la relación entre la participación de los integrantes de la familia en la práctica de las medidas preventivas y la desnutrición infantil.
- Elaborar una propuesta para incrementar la participación de los integrantes de la familia en la práctica de las medidas preventivas contra la desnutrición infantil.

CAPÍTULO SEGUNDO

Marco teórico

El concepto de familia puede estimarse como tradicional, pues incluye consideraciones históricas y filosóficas, así como consideraciones de orden moral y religioso. Por ejemplo, desde el paradigma estructural-funcionalista, se considera que la familia cumple un papel central para el funcionamiento de la sociedad y la estabilidad de las instituciones. Además, se afirma que la progresiva nuclearización de la familia está asociada al proceso de modernización de las sociedades. Por lo tanto, la organización de este tipo de familia se sustentaría en una clara diferenciación entre los sexos: el hombre debería ser el proveedor económico de la familia por medio de su inserción en el mercado de trabajo, en tanto que la mujer se encargaría de los aspectos reproductivos y del cuidado doméstico.

En cuanto al concepto de participación familiar en la salud, este ha evolucionado de manera paralela a las transformaciones de las políticas gubernamentales y a los sistemas de salud establecidos por dichas políticas. Durante mucho tiempo, la participación de la familia fue definida a partir de su vertiente comunitaria, sin considerar su dimensión individual. En la década de los años 1970, era considerada como la sensibilización de la población que permitía aumentar su receptividad y habilidad para responder a los programas de desarrollo, así

como el estímulo de iniciativas locales para la contribución voluntaria de la comunidad a un programa público, sin que ejerza ningún control sobre este. Luego, se destaca el papel de la comunidad en la formulación, implementación y utilización de los servicios de salud, pero esta perspectiva no refleja de forma clara la interacción de la familia con el sistema de salud, donde podría esperarse una acción independiente de la comunidad¹⁰.

I. CONCEPTO DE FAMILIA

La familia es un grupo social conformado por personas unidas por vínculos de consanguinidad, afinidad o adopción, que interactúan en función de su propia organización en cuanto la atención de las necesidades básicas, económicas y sociales de sus integrantes. Así mismo, es el primer espacio de transmisión de normas y valores que contribuyen a la formación de identidades personales.

Se debe reconocer que, hace algún tiempo, la reestructuración de las familias es un hecho, pues han modificado sus diseños, tipos y composición interna dentro de la sociedad actual. En ese sentido, es urgente que se actualicen los conceptos utilizados para definirlos, y, de esa forma, señalar la variedad de esta institución imprescindible en la sociedad. Por este motivo, queda clara la pertinencia de discutir la evolución y las modificaciones que ha tenido la conceptualización de la familia y la manera en cómo se ha estado presentando ante las transformaciones sociales.

Ahora bien, vale destacar un primer punto de vista primigenio respecto al término familia, para ello, a continuación se muestra la definición etimológica (palabra proveniente del latín) que dice lo siguiente:

Grupo de siervos y esclavos patrimonio del líder de la *gens*, al mismo tiempo derivado de *famulus*, “siervo, esclavo”. El concepto expandió su campo semántico con el fin de in-

10 RAMÓN SERGIO GEORGE QUINTERO, RAFAEL LABORÍ RUIZ, MARIANELA NOA LEGRÁ Y NORIS NICOT MARTÍNEZ. “Intersectorialidad y participación comunitaria: paradigma de la salud pública en Cuba”, en *Revista de Información Científica*, vol. 96, n.º 3, 2017, pp. 527 a 538, disponible en [<https://www.medigraphic.com/pdfs/revinfcie/ric-2017/ric173s.pdf>].

cluir también a la esposa e hijo del *pater familias*, a quien legalmente pertenecían, hasta que terminó reemplazando a *gens*¹¹.

El concepto de familia, según la definición expuesta, menciona a un jefe y a sus esclavos, y se trata de una unidad donde únicamente el patriarca crea los lineamientos a seguir. Como se aprecia, el término en su origen no tomó en cuenta a la mujer como líder de esa unidad, ni mucho menos consideró la idea del matriarcado. A su vez, se infiere a partir de lo anterior, que la familia crea un organismo mediador que imposibilita el matrimonio entre parientes próximos. Del mismo modo, se hace notoria la clasificación de los roles de género en referencia a las actividades de sustento, tanto como una jerarquización, donde el hombre adulto es el jefe de la familia.

Por otro lado, desde una óptica antropológica, respecto al abordaje de la familia que toma en cuenta el parentesco, GONZALBO manifestó que:

Por medio de la antropología (la familia) [...] ha sido objeto de estudio al servicio de otros fines. La estructura y la dinámica de la familia se han estudiado como elementos insustituibles para alcanzar explicaciones de modificaciones sociales, de fenómenos de adaptación y de resistencia cultural¹².

Así pues, el establecimiento del parentesco es necesario para proceder con la investigación de la familia, para que de esta manera se puedan detectar sus modificaciones y transformaciones como adaptaciones a lo largo del tiempo, de forma parecida al matrimonio, que es una constante abordada análoga a la familia, en lo que respecta al parentesco.

A su vez, se debe integrar el concepto de demografía en el estudio de la familia, el cual identifica estadísticamente las clases de familia, la cantidad de individuos que la componen, sus características y el devenir de la vida familiar, desde la elaboración abstracta de la unidad

11 ENCICLOPEDIA BRITÁNICA. *La familia, conceptos, tipos y evolución*, 2009, disponible en [https://www.academia.edu/35340027/LA_FAMILIA_CONCEPTO_TIPOS_Y_EVOLUCI%C3%93N], p. 2.

12 PILAR GONZALBO AIZPURU. *Historia de la familia*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, 1993, p. 8.

doméstica. Por ello, los estudios demográficos presentan como objetivo anudar los fenómenos y movimientos sociales que resuenan en la familia.

La unidad doméstica es comprendida como un espacio geométrico o esfera social conformada por un grupo de individuos que distribuyen un lugar específico donde habitar y un presupuesto. El constructo referido hace referencia a la dimensión espacial donde las personas elaboran redes de lazos que manifiestan una infraestructura en lo social y en lo familiar.

Además, siguiendo el punto de vista antropológico ya expuesto, se añade que la familia es la institución soporte de toda sociedad humana, la cual brinda significado a sus miembros y, al mismo tiempo, los anticipa a potenciales situaciones problemáticas¹³. Por tal razón:

La familia es el determinante primario del destino de una persona. Proporciona el tono psicológico, el primer entorno cultural; es el criterio primario para establecer la posición social de una persona joven. La familia, construida como está sobre genes compartidos, es también la depositaria de los detalles culturales compartidos, y de la confianza mutua¹⁴.

Esta definición adquiere mayor sentido al vincularla con lo afirmado por CASTELLAN¹⁵, quien señala que la familia es un conjunto de personas, unidas mediante lazos de sangre, que habitan en el mismo hogar. La familia, según esta propuesta, es vista como una reunión de individuos enlazada por vínculos de parentesco, transmisora de tradición, y, por tanto, de las diversas maneras de memoria familiar, donde se producirá la consideración de ciertas actitudes y el desmerecimiento de otras.

-
- 13 RODOLFO TUIRÁN y VANIA SALLES. “Vida familiar y democratización de los espacios privados”, en *Fermentum*, año 007, n.º 19, 1997, disponible en [<http://www.saber.ula.ve/handle/123456789/33839>].
 - 14 PAUL BOHANNAN. *Para raros nosotros. Introducción a la antropología cultural*, España, Akal, 1996, p. 72.
 - 15 YVONNE CASTELLAN. *La familia*, México, Fondo de Cultura Económica, 1982.

Es así que, desde la óptica antropológica y sociológica, la familia es vista como la institución más importante en referencia a las sociedades humanas. Esta idea ha ido cediendo y ampliándose un poco debido a que en la actualidad existen otro tipo de instituciones que cumplen con parte del rol que en cierto momento era exclusivamente dado a la familia, donde las modificaciones surgidas en las sociedades modernas han abierto paso a nuevas formas de establecimientos de núcleos cercanos¹⁶.

Si bien la familia no es la única institución que cobija y regula a un grupo nuclear, se puede afirmar que esta es una organización exclusiva, que conforma una unidad básica social, donde los individuos pertenecientes a ella crean, recrean, conocen y comunican símbolos, tradiciones, valores y tipos de conducta. La familia, por tanto, cuenta con la particularidad de endoculturizar y proteger a sus integrantes a través de los vínculos de parentesco no solo sanguíneo, sino de cualquier tipo¹⁷.

Por medio de esta definición, se pone de manifiesto que la familia tiene la finalidad de guiar a los individuos que la conforman, para hacer frente al medio en el cual se desempeñarán social y culturalmente, ante consideraciones políticas, económicas, religiosas, entre otras. De lo anterior resulta que:

A medida que pasa el tiempo, la familia pasa de manera progresiva por las distintas etapas del ciclo de vida (noviazgo, primeros años de matrimonio, paternidad, madurez y ancianidad), ante lo cual aparece el requerimiento de modificar, de la misma manera, la configuración de las relaciones familiares¹⁸.

16 REYNALDO GUTIÉRREZ CAPULÍN, KAREN YAMILE DÍAZ OTERO y ROSA PATRICIA ROMÁN REYES. “El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica”, en *Ciencia Ergo Sum*, vol. 23, n.º 3, 2016, pp. 1 a 17, disponible en [<https://www.redalyc.org/jatsRepo/104/10448076002/10448076002.pdf>].

17 MARÍA LUISA VELASCO CAMPOS y JULIÁN SINIBALDI GÓMEZ. *Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias)*, México, Editorial El Manual Moderno, 2001.

18 *Ibid.*, p. 15.

Al mencionar a la familia y sus cambios, BARBAGLI, citado por ESTEINOU, afirma que existen tres dimensiones para lograr alcanzar la realidad de la vida familiar por medio del análisis de su estructura y vínculos internos, las cuales son:

La primera comprende al grupo de personas que viven bajo el mismo techo, la amplitud y composición de este agregado de corresidentes, las reglas con las cuales este se forma, se transforma y se divide. La segunda dimensión incluye las relaciones de autoridad y de afecto al interior de este grupo de corresidentes, los modos a través de los cuales estos interactúan y se tratan las emociones y los sentimientos que prueban el uno con el otro. La tercera se refiere a las relaciones existentes entre grupos distintos de corresidentes que tengan lazos de parentesco, la frecuencia con la cual estos se ven, se ayudan, elaboran y persiguen estrategias comunes para acrecentar, o al menos para conservar sus recursos económicos, su poder, su prestigio¹⁹.

De modo que, desde esta óptica, se señalan las distintas dinámicas sociales que impactan en los lazos y la simbolización de la familia frente a la sociedad, las cuales varían, lo que hace posible comportarse de maneras diversas, haciendo mención de que la familia ya no puede ser vista únicamente como aquella dada por el matrimonio entre individuos de distintos sexos, sino de otros tipos: familias con padres o madres homosexuales, familias monoparentales, familias sin hijos, familias adoptantes, entre otras. En ese sentido, la familia moderna puede ser tomada como una manera de organización para la gestión de la cotidianidad²⁰, por lo que integra las estructuras internas que permiten la interacción social del individuo y su calidad de vida. Por ende, la familia es un ámbito de contacto que, como tal, permite crear sentido y socializa interpretaciones disponibles dentro de ese marco²¹.

19 BARBAGLI, cit. en ROSARIO ESTEINOU. *El surgimiento de la familia nuclear en México*, México, Centro de Investigaciones y Estudios en Antropología Social, 2004, p. 100.

20 ROSARIO ESTEINOU. *Familias de sectores medios: perfiles organizativos y socioculturales*, México, Centro de Investigaciones y Estudios en Antropología Social, 1996.

21 Ídem.

A. Perspectiva teórica de la familia como interacción, sistema y construcción social

ITURRIETA²² determina que la familia propiamente dicha ha sido motivo de diversas investigaciones e intervenciones a lo largo de los años, de manera que existen múltiples textos que la aborda desde diferentes perspectivas. No obstante, una de las perspectivas más comunes es la teórica, en donde se basan principalmente en la familia vista como interacción, como sistema y como construcción social, cada una de ellas constituidas por diversas teorías.

– *Corriente interaccionista*: esta perspectiva determina que “las personas, sea cual sea su origen, ideología, género o filiación, interactúan unas con otras conformando una red de interacciones que modela la conducta tanto individual como colectiva, para el logro de las metas propuestas”²³. Así mismo, las teorías que determinan la familia como interacción son el interaccionismo simbólico que centra su mirada en la identidad y rol familiar, la teoría del conflicto que centra su mirada en la naturaleza conflictiva de la familia y la teoría del intercambio que centra su mirada en las interrelaciones familiares como costos y recompensas.

– *Corriente sistémica*: esta corriente teórica determina que los patrones sociales (pautas de conducta, prohibiciones, valores, normas, etc.) son fundamentales para alcanzar el buen funcionamiento de la sociedad, de manera que le permita mantenerse en equilibrio. Por consiguiente, “las funciones básicas de las familias son la reproducción biológica y la transmisión a los nuevos miembros de las pautas culturales válidas para la sociedad en que se están desarrollando”²⁴. Del mismo modo, las teorías que determinan la familia como sistema son la teoría del desarrollo familiar que centra su análisis en el ciclo vital de la familia, la teoría de sistemas que aplican sus principios al estudio de la misma

22 SANDRA ITURRIETA OLIVARES. “Perspectivas teóricas de las familias: como interacción, como sistemas y como construcción social”, en *Conflictos familiares. ¿Cómo resolverlos?*, Antofagasta, Chile, Universidad Católica del Norte, 2001.

23 *Ibid.*, p. 4.

24 ITURRIETA OLIVARES. “Perspectivas teóricas de las familias: como interacción, como sistemas y como construcción social”, *cit.*, p. 32.

y la ecología del desarrollo humano que aboga por la visión de la familia como ecosistema.

– *Corriente construccionista*: las teorías que determinan la familia como construcción social son la fenomenología y la construcción social de la realidad que centran su mirada en la cotidiana construcción de la realidad familiar por medio del discurso, y el pensamiento crítico que centra su mirada en la construcción social del género (mujeres y hombres) en la familia y en la sociedad.

II. CONCEPTO DE RURALIDAD

El concepto de ruralidad se ha relacionado con tres constantes: poca densidad demográfica, preferencia por la agricultura de una localidad y presencia de algunos aspectos culturales, distintos a los de las zonas urbanas²⁵. De esa manera, el estudio dado por FAIGUENBAUM *et al.*²⁶, en el cual realizó una equivalencia de las acepciones de “rural” empleadas en diversos países, evidenció que no existe una sola definición, sino variaciones relevantes entre ellas, bien porque se prefieren aspectos estadísticos o geográficos o porque los límites cuantitativos varían según el país.

En muchos países, se tiende a definir el constructo mencionado en contraposición a lo que no es calificado de urbano; sin embargo, el factor demográfico es el más empleado para diferenciarlos²⁷. En

25 LUIS LLAMBÍ INSUA y EDELMIRA PÉREZ CORREA. “Nuevas ruralidades y viejos campesinismos. Agenda para una nueva sociología rural latinoamericana”, en *Cuadernos de Desarrollo Rural*, n.º 59, 2007, pp. 37 a 61, disponible en [<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/desarrolloRural/article/view/1215>].

26 SERGIO FAIGUENBAUM, MARTINE DIRVEN, RAFAEL ECHEVERRI PERICO, CRISTINA SABALAIN, ADRIÁN RODRÍGUEZ, DAVID CANDIA BAEZA y CAROLINA PEÑA. *Definiciones oficiales de “rural” y/o “urbano” en el mundo*, Santiago de Chile, Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2011, disponible en [https://otu.opp.gub.uy/sites/default/files/docsBiblioteca/Cepal_hacia%20una%20nueva%20definici%C3%B3n%20de%20lo%20rural_o.pdf].

27 MARÍA TERESA MATIJASEVIC y ALEXANDER RUIZ SILVA. “La construcción social de lo rural”, en *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*, n.º 5, 2013, pp. 24 a 41.

Latinoamérica, desde la década de los años 1960, se comenzaron a emplear medidas productivas y demográficas con el fin de diferenciar el espacio rural del urbano.

Por tal, con respecto a los criterios característicos de cada país latinoamericano, se conocía la ruralidad como un ambiente con escasa población, cuyo cimiento económico recaía en las actividades primarias, donde el estilo de vida era monótono y distinto; a saber, diferente de la urbanidad²⁸.

En la última década del siglo XX, así como lo propuso MATHEY²⁹, aparecieron los enfoques de “multifuncionalidad de la agricultura” en el viejo continente y “nueva ruralidad” en América Latina. Ambos enfoques estudiaron el impacto del desarrollo de la globalización en los diversos espacios, sobresaliendo la presencia de distintas manifestaciones, tales como la propagación de prácticas no agropecuarias, de industria y comercio en zonas rurales; la expansión de labores no agrícolas de residentes en el espacio rural y el aumento de la cantidad de personas en ejercicios agroindustriales que habitan en el medio rural, tomando en cuenta la agricultura en asociación con la industria siempre y cuando se revalore lo rural como naturaleza y estilo de vida. Es decir, la actividad agropecuaria tradicional perdió importancia en el espacio rural³⁰.

Este nuevo escenario, configurado en la modernidad, hizo más difícil la tarea de comprender a la ruralidad. Por consiguiente, ha aparecido un interés especial en la indagación sobre las implicancias provenientes de los intensos cambios surgidos en el modelo de producción agropecuaria, pues muchas de estas modificaciones conllevaron a la expulsión de productores, el mantenimiento de la pobreza en unos y la expansión en otros, estos últimos pudieron incrementar sus ingresos debido a que lograron posicionarse en el sector empresarial. En ese sentido, para la recuperación de una ruralidad competitiva se estima la implementación de un sistema agrario novedoso, orientado a partir de la tecnología, con una mirada al exterior, buscando el fortalecimiento del sector público y los modelos de distribución de la riqueza³¹.

28 HUGH D. CLOUT. *Geografía rural*, Barcelona, España, Oikos-Tau, 1976.

29 DANIELA MATHEY. *Métodos e indicadores para la estimación de la pobreza rural en la Argentina*. Documento de Trabajo n.º 35, Buenos Aires, Argentina, Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria, 2007, pp. 1 a 32, disponible en [https://inta.gob.ar/sites/default/files/script-tmp-dt_35.pdf].

30 Ídem.

31 CARLA GRAS. “Cambio agrario y nueva ruralidad: caleidoscopio de la ex-

Una vez que esta ruralidad contemporánea ha quedado definida, se puede apreciar con mayor profundidad la complejidad de un medio, donde la falta de igualdades y acceso a los recursos crea una brecha de pobreza entre sus habitantes. Así pues, en el caso de las familias rurales catalogadas como pobres, los procesos de crecimiento y desarrollo infantil son factores importantes en lo que respecta a la relevancia del medio social, económico y político del que forman parte³². Tal como lo entiende STINSON³³, el área de residencia deja una huella indeleble en el crecimiento infantil y así lo enseñan las distinciones entre menores residentes en zonas rurales pobres y zonas urbanas en desarrollo, las cuales, a su vez, permiten notar la heterogeneidad en los modos de vida³⁴.

Se presume que, en el siglo XIX, un porcentaje ínfimo de la población global habitaba zonas urbanas. Dos siglos después, la población de estas zonas aumentó y pasó a conformar alrededor de la mitad de la cantidad de personas a nivel mundial. El incremento acelerado de la densidad poblacional dio paso a la aglomeración y a fallas en el saneamiento, lo que ocasionó la veloz diseminación de enfermedades infecciosas, aspectos que se reflejaron en los índices de falta de salubridad y mortalidad y que, a nivel histórico, habían sido más elevados en zonas urbanas que en rurales³⁵.

Este panorama cambió al modificarse las normas de salud pública, luego de instaurada la aparente riqueza económica, y se dio pase al mejoramiento de las condiciones del desarrollo infantil con mayor énfasis en las zonas urbanas³⁶. En este escenario, el espacio rural se determinó como de menor calidad ambiental para el crecimiento in-

pansión sojera en la región pampeana”, *Trabajo y Sociedad*, vol. 15, n.º 18, 2012, pp. 7 a 24, disponible en [<https://www.unse.edu.ar/trabajosociedad/18%20GRAS%20Expansion%20Sojera.pdf>].

- 32 BARRY BOGIN y JAMES LOUCKY. “Plasticity, political economy, and physical growth status of Guatemala Maya children living in the United States”, en *American Journal of Physical Anthropology*, vol. 102, n.º 1, 1997, pp. 17 a 32.
- 33 SARA STINSON. “Growth variation: biological and cultural factors”, en SARA STINSON, BARRY BOGIN y DENNIS O’ROURKE (Eds.). *Human biology: an evolutionary and biocultural perspective*, Nueva Jersey, John Wiley & Sons, 2000, pp. 587 a 635.
- 34 MARIE T. RUEL. “Urbanization in Latin America: constraints and opportunities for child feeding and care”, en *Food and Nutrition Bulletin*, vol. 21, n.º 1, 2000, pp. 12 a 24.
- 35 STINSON. “Growth variation: biological and cultural factors”, cit.
- 36 RUEL. “Urbanization in Latin America: constraints and opportunities for child feeding and care”, cit.

fantil. Sobre el particular, la Organización Panamericana de la Salud³⁷ detectó que, entre los causantes de las desigualdades en salud para la región latinoamericana, se hallan las diferencias relevantes entre las poblaciones residentes en zonas urbanas y rurales. En líneas generales, si bien es cierto que cada nación es un abanico de situaciones, localidades y comunidades, se puede apreciar que para las poblaciones rurales se manifiesta una desproporción vinculada a la provisión de agua, saneamiento y la operatividad de los centros de salud.

III. CONCEPTO DE DESNUTRICIÓN

La desnutrición puede entenderse como consecuencia de la ingesta insuficiente de alimento y está vinculada a la aparición de enfermedades infecciosas, además toma en cuenta el peso corporal y la estatura de la persona. A este respecto, WANDEN, CAMILO y CULEBRAS indican que 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 en los que existe una inadecuada utilización biológica de los nutrientes consumidos. Conlleva a un trastorno de la composición corporal, consecutiva al aporte insuficiente respecto a las necesidades del organismo, que se traduce frecuentemente por disminución del comportamiento graso y muscular y que interfiere con la respuesta normal del huésped frente a la enfermedad y el tratamiento. Se detecta clínicamente por signos y síntomas físicos, medidas antropométricas y pruebas bioquímicas³⁸.

37 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Determinantes e inequidades en salud. Salud en las Américas*, Wasington D. C., OPS, 2012, disponible en [http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=165&lang=es].

38 CARMINA WANDEN-BERGHE, MARÍA ERMELINDA CAMILO y JESÚS CULEBRAS. "Conceptos y definiciones de la desnutrición iberoamericana", en *Nutrición Hospitalaria*, vol. 25, suplemento 3, 2010, disponible en [https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v25s3/01_articulo_01.pdf], p. 6.

En cuanto a la realidad peruana, se tiene que Huancavelica es una de las regiones más pobres del país, número que es ligeramente superado por Cajamarca³⁹. En ese sentido, los niveles de desnutrición crónica infantil son los más elevados, obteniendo la primera posición entre las 25 regiones existentes con 33,4% de incidencia⁴⁰. De modo que se debe definir la desnutrición crónica, la cual es un tipo de la ya mencionada desnutrición, por ello se afirma que:

Hace referencia a los procesos carenciales nutricionales que afectan a los niños. Aunque los estudios poblacionales sobre desnutrición infantil suelen estar referidos a la población menor de cinco años, siempre se debe especificar en ellos el grupo de edad al que se hace referencia, o bien si son lactantes, preescolares, escolares o adolescentes⁴¹.

De lo visto hasta el momento, se tiene que la desnutrición es un problema de salud pública que sigue estando presente en la actualidad, sobre todo en países en vías de desarrollo por las dificultades que presentan como el sostenimiento económico y el limitado manejo de recursos. Las cifras arrojan que aproximadamente 795 millones de personas se encuentran desnutridas, siendo 90 millones el número de niños menores de cinco años que presentan este problema⁴².

De acuerdo con las definiciones vistas hasta el momento, se suma una más establecida por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura⁴³, según este organismo de carácter

39 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA. *Perú: perfil de pobreza por dominios geográficos 2004-2014*, Lima, Perú, INEI, 2015, disponible en [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1306/index.html].

40 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA. *Perú: encuesta demográfica y de salud familiar 2016 nacional y regional*, Lima, Perú, INEI, 2017, disponible en [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html].

41 WANDEN-BERGHE, CAMILO y CULEBRAS. “Conceptos y definiciones de la desnutrición iberoamericana”, cit., p. 6.

42 ANDREA DÍEZ NAVARRO y MARÍA DOLORES MARRODÁN. *La desnutrición infantil en el mundo: herramientas para su diagnóstico*, Buenos Aires, Argentina, Ediciones Didot, 2017.

43 ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y LA AGRICULTURA. *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el*

global, la desnutrición es el resultado del insuficiente consumo de alimentos, donde la insuficiencia se entiende tanto en términos cuantitativos como cualitativos, porque una persona desnutrida no solo es sinónimo de una menor talla y/o peso, sino de un bajo desarrollo cognoscitivo.

La desnutrición puede iniciarse con el feto en el vientre de la madre, es por eso necesario ayudar y orientar a las futuras madres en lo referente a su alimentación e ingesta de suplementos como enzimas, ácidos grasos, aminoácidos, entre otros, que permitan el desarrollo y alumbramiento del niño con estatura y peso adecuados. De no cumplirse esta disposición, se pone en riesgo la calidad del desarrollo de los menores e incluso el deceso en los primeros cinco años de vida.

El contar con una población infantil desnutrida trasciende la esfera social y de salud, afectando la estabilidad económica de los países que presentan tasas elevadas, debido a que en el futuro esos niños serán personas que no estarán en la disposición de desarrollarse de forma plena ni física ni mentalmente, generando un peso para la población económicamente activa -PEA- del respectivo país, así como gastos en medicamentos y asistencia médica.

De allí la relevancia de combatirla, no solo cuando se detecte, sino también de manera preventiva, lo cual se relaciona con educar a la población indistintamente de la edad que presente, aunque con más énfasis en las futuras madres, otorgándoles asistencia en los distintos centros de salud, con recursos que provienen de los gobiernos de cada país y demás organismos internacionales que priorizan la lucha contra la desnutrición infantil.

CAPÍTULO TERCERO

Metodología

La desnutrición afecta la capacidad intelectual y cognitiva del niño, disminuye su rendimiento escolar y el aprendizaje de habilidades para la vida. Limita, por tanto, su capacidad para convertirse en un adulto que pueda contribuir, a través de su evolución personal y profesional, al progreso de su comunidad y del país. Por ello, cuando la desnutrición se perpetúa de generación en generación, se convierte en un serio obstáculo para el desarrollo y su sostenibilidad.

I. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación fue de tipo analítico-relacional que, mediante un enfoque cuantitativo, buscó la asociación o correlación entre las variables de estudio, utilizando el método de análisis, es decir, se descompuso el objeto de estudio en sus distintos elementos para llegar a un conocimiento más especializado. Por ende, se pudo describir, analizar y asociar la participación familiar en la prevención de la desnutrición infantil en niños menores de cinco *años*.

II. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño que se empleó durante el proceso de investigación fue el no experimental de corte transversal, pues se trata de una investigación donde no se manipulan las variables con intención, es decir, se observaron los fenómenos en su contexto natural con el fin de analizarlos y estudiarlos, además se realizó la recolección de datos en un solo momento.

Así mismo, el diseño fue correlacional porque se analizó la relación entre las dos variables significativas del objeto de estudio; esto es, se describió el tipo de correlación existente entre la variable independiente “participación familiar en la práctica de las medidas preventivas” y la variable dependiente “desnutrición infantil”, para ello se empleó la prueba estadística de chi-cuadrado.

III. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El método utilizado en la investigación fue el hipotético-deductivo, consistente en emitir hipótesis acerca de las posibles soluciones al problema planteado. Además, la investigación se basó en los números para analizar y comprobar información y datos, buscando especificar y delimitar la correlación de las variables.

IV. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

- *Variable independiente:* participación de la familia en la práctica de medidas preventivas.
- *Variable dependiente:* desnutrición infantil.

V. POBLACIÓN, MUESTRA, UNIDAD DE ANÁLISIS Y UNIDADES DE OBSERVACIÓN

A. Población

La población estuvo constituida por 4.371 familias del ámbito rural que albergaron niños menores de cinco años en el distrito de Chota, ubicado en el departamento de Cajamarca - Perú.

B. Muestra

Se estableció el marco muestral a partir de la identificación y enumeración de las unidades muestrales, conformadas por cada una de las familias rurales, donde había presencia de niños menores de cinco años.

El tamaño muestral se determinó utilizando la siguiente fórmula:

$$n_o = \frac{Z_{\alpha/2}^2 pq}{e^2}$$

Donde:

- Z = 1,96 con un nivel de confianza del 95%.
- p = probabilidad de encontrar una familia con niños menores de cinco años del ámbito rural del distrito de Chota.
- q = probabilidad de no encontrar una familia con niños menores de cinco años del ámbito rural del distrito de Chota.
- e = 5%, es el margen de error.

Reemplazando los datos en la fórmula:

$$n_o = \frac{Z_{\alpha/2}^2 pq}{e^2} = \frac{1,96^2 \times 0,7 \times 0,3}{0,05^2} = 322,6$$

Observación: los valores de “p” y “q” fueron obtenidos a partir de una encuesta piloto aplicada antes del cálculo de la muestra. Como se conoce la población de familias de niños menores de cinco años del

ámbito rural del distrito de Chota ($N = 4.371$), se aplica el factor de corrección finita:

$$n = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o}{N}}$$

Donde:

$$\begin{aligned} N &= 4.371, \text{ es la población de estudio.} \\ n_o &= 322,6 \text{ es el tamaño de la muestra hallada sin ajuste.} \end{aligned}$$

Reemplazando los datos en la fórmula:

$$n = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o}{N}} = \frac{322,6}{1 + \frac{322,6}{4.371}} = 300,0$$

Por lo tanto, se determinó que el tamaño muestral es igual a 300.

C. Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión considerados para la investigación fueron:

- Familias que tengan necesariamente la presencia de la madre.
- Familias con niños menores de cinco años de comunidades rurales del distrito de Chota.
- Familias con niños menores de cinco años de las comunidades rurales del distrito de Chota que participan espontánea y voluntariamente en la investigación.

D. Criterios de exclusión

Se definen los siguientes criterios de exclusión:

- Familias que no tienen niños menores de cinco años.
- Niños menores de cinco años que presentan alguna enfermedad, distinta a la desnutrición, en el proceso de la investigación.

E. Unidad de análisis

La unidad de análisis está compuesta por cada una de las familias (padre, madre, hermanos mayores y abuelos) de los niños menores de cinco años del ámbito rural del distrito de Chota. Para el estudio se consideró utilizar un muestreo estratificado con asignación proporcional, de acuerdo con la población, por cada una de las comunidades que se describen a continuación y a las cuales se les asignó un tamaño muestral respecto a su proporción.

VI. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOPIACIÓN DE DATOS

La técnica e instrumentos utilizados son las herramientas que permitieron recabar información y datos, por ello, esta parte instrumental de la metodología es fundamental para el desarrollo de la investigación.

En el caso de la técnica de recolección de datos, se utilizó la encuesta a través de la cual se aplicaron los instrumentos, previa información sobre los objetivos y aceptación de las familias a participar en el trabajo de investigación.

En cuanto a los instrumentos, se utilizaron cuatro cuestionarios para medir la participación de las familias con niños menores de cinco años en la aplicación de las prácticas preventivas contra la desnutrición infantil. El primer cuestionario se aplicó a la madre de la familia (66 ítems); el segundo, al padre de familia (65 ítems); el tercero, al hermano mayor de 14 años (65 ítems) y el cuarto, a los abuelos (65 ítems). Así mismo, se utilizó la escala de Likert (1: Nunca lo hago, 2: Lo hago ocasionalmente, 3: Lo hago frecuentemente y 4: Siempre lo hago) para la medición de cada uno de los ítems de los cuestionarios suministrados a los familiares.

La estructura de estos cuestionarios constó, en la primera parte, de los siguientes datos generales: nombre del caserío, número de integrantes de la familia, edad del niño, sexo, estado nutricional actual del niño según carné del crecimiento y desarrollo. En la segunda parte, se recabaron los siguientes aspectos relacionados a la prevención de la desnutrición: lactancia materna exclusiva, alimentación del niño y hábitos de higiene, además se realizaron preguntas respecto a las enfermedades diarreicas agudas (ver Anexo 5).

Cabe precisar que en la aplicación de estos cuestionarios no existe un punto de corte que pueda utilizarse de manera general en todos los grupos; por el contrario, se recomienda identificar el punto de corte por cada grupo poblacional específico.

Por otro lado, en el caso de la identificación de las medidas preventivas que utilizan las familias con niños menores de cinco años, se realizaron cuatro cuestionarios más, los cuales fueron aplicados a la madre (16 preguntas), al padre (14 preguntas), al hermano mayor de 14 años y a los abuelos.

Tanto la participación familiar y la prevención de la desnutrición aplicadas al hermano mayor de 14 años y a los abuelos, quienes viven junto con el menor de cinco años, constan de 65 ítems para cada uno, a través de los cuales se ha evaluado: responsabilidades y decisiones activas, responsabilidades y decisiones consientes, responsabilidades y decisiones libres, responsabilidades y decisiones organizadas. Estos ítems se midieron a través de las escalas: (1) Nunca lo hago, (2) A veces lo hago, (3) Lo hago frecuentemente y (4) Siempre lo hago.

Por último, la validez y la confiabilidad de los instrumentos utilizados se aseguraron aplicando el coeficiente del alfa de Cronbach.

CAPÍTULO CUARTO

Análisis de resultados

I. SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

TABLA 1. Distribución de los integrantes de la familia que participan en la prevención de la desnutrición infantil de los niños menores de cinco años de las familias rurales del distrito de Chota

Integrantes de la familia	N.º	%
Madre	300	44,4
Padre	265	39,3
Hijo mayor de 14 años	50	7,4
Abuelos	60	8,9
Total	675	100,0

La Tabla 1 muestra a los integrantes de la familia que participan en la prevención de la desnutrición, donde se observa que es la madre quien se hace cargo de esta responsabilidad (44,4%), seguida del padre (39,3%) y los hijos mayores de 14 años (7,4%).

TABLA 2. Estado nutricional de los niños menores de cinco años según indicador peso/edad de las familias rurales del distrito de Chota

Estado nutricional según indicador peso/edad	N.º	%
Normal	114	38,0
Riesgo	98	32,7
Desnutrición global	88	29,3
Total	300	100,0

La Tabla 2 muestra el estado nutricional de los niños menores de cinco años de las familias que forman parte de la investigación, según el indicador peso/edad. El 29,3% presenta desnutrición global, el 32,7% se encuentra en riesgo y un 38% presenta un estado nutricional normal.

TABLA 3. Estado nutricional de los niños menores de cinco años según indicador talla/edad de las familias rurales del distrito de Chota

Estado nutricional según indicador talla/edad	N.º	%
Normal	94	31,3
Riesgo	104	34,7
Desnutrición crónica	102	34,0
Total	300	100,0

En la Tabla 3 se observa que el 34% de los niños menores de cinco años se encuentran con desnutrición crónica, el 34,7% en riesgo y el 31,3% presentan un estado nutricional normal.

TABLA 4. Integrantes de la familia que participan en las prácticas preventivas y estado nutricional de los niños menores de cinco años de las familias rurales del distrito de Chota

Integrantes de la familia que participan en las medidas preventivas		Estado nutricional según talla/edad			Total
		Normal	Riesgo	Desnutrición crónica	
Madre	N.º	94	104	102	300
	%	13,9	15,4	15,1	44,4

Madre y padre	N.º	86	96	83	265
	%	12,7	14,2	12,3	39,3
Madre, padre e hijos	N.º	18	19	13	50
	%	2,7	2,8	1,9	7,4
Madre, padre, hijos y abuelos	N.º	23	17	20	60
	%	3,4	2,5	3,0	8,9
Total	N.º	221	236	218	675
	%	32,7	35,0	32,3	100,0

La Tabla 4 muestra que cuando participan la mayoría de los miembros de la familia (madre, padre e hijo) en la implementación de las medidas preventivas, la desnutrición crónica se expresa en un 1,9%, mientras que cuando participa solo la madre se registra un 15,1%, aumentando el riesgo de desnutrición en un 15,4%.

Se encontró una relación estadística significativa, siendo el valor de $\text{Chi}^2 = 2,920$ y el de $P = 0,0026$. Por tanto, las variables están relacionadas de manera directa, es decir, la participación de los integrantes de la familia en la prevención de la desnutrición se relaciona con el estado nutricional.

TABLA 5. Integrantes de la familia que participan en la práctica preventiva de alimentación de los niños menores de cinco años de las familias rurales del distrito de Chota

Integrantes de la familia	Práctica preventiva de alimentación		Total	
	No participa	Sí participa		
Madre	N.º	55	245	300
	%	8,1	36,3	44,4
Madre y padre	N.º	28	237	265
	%	4,1	35,1	39,3
Madre, padre e hijos	N.º	23	27	50
	%	3,4	4,0	7,4
Madre, padre, hijos y abuelos	N.º	12	48	60
	%	1,8	7,1	8,9
Total	N.º	118	557	675
	%	17,5	82,5	100,0

Según la Tabla 5, la participación de los integrantes de la familia en la práctica preventiva de alimentación en su mayoría es realizada por la madre (36,3%) y en menor medida (4%) por los otros integrantes (mamá, papá e hijos mayores de 14 años).

Se encontró una relación estadística significativa en los valores de $\text{Chi}^2 = 37,390$ y de $P = 0,016$, lo que indica que las variables están relacionadas de manera directa, es decir, la participación de los integrantes de la familia en la práctica preventiva de alimentación se relaciona con la desnutrición. En consecuencia, esta práctica es un condicionante significativo del estadonutricional de los niños menores de cinco años.

TABLA 6. Integrantes de la familia que participan en la práctica preventiva de Control de Crecimiento y Desarrollo -CRED- de los niños menores de cinco años de las familias rurales del distrito de Chota

Integrantes de la familia		Práctica preventiva de control CRED		Total
		No participa	Sí participa	
Madre	N.º	21	279	300
	%	3,1	41,3	44,4
Madre y padre	N.º	31	234	265
	%	4,6	34,7	39,3
Madre, padre e hijos	N.º	21	29	50
	%	3,1	4,3	7,4
Madre, padre, hijos y abuelos	N.º	7	53	60
	%	1,0	7,9	8,9
Total	N.º	80	595	675
	%	11,9	88,1	100,0

Según la Tabla 6, la práctica preventiva de la asistencia al Control de Crecimiento y Desarrollo -CRED- en el establecimiento de salud es realizada por la madre (41,3%). Se encontró una relación estadística significativa en los valores de $\text{Chi}^2 = 50,268$ y de $P = 0,0016$, lo cual indica que las variables están directamente relacionadas, es decir, la participación de los integrantes de la familia en la práctica preventiva

del Control de Crecimiento y Desarrollo se relaciona con la prevención de la desnutrición.

TABLA 7. Integrantes de la familia que participan en la práctica preventiva de estimulación temprana de los niños menores de cinco años de las familias rurales del distrito de Chota

Integrantes de la familia		Práctica preventiva de estimulación temprana		Total
		No participa	Sí participa	
Madre	N.º	98	202	300
	%	14,5	29,9	44,4
Madre y padre	N.º	79	186	265
	%	11,7	27,6	39,3
Madre, padre e hijos	N.º	24	26	50
	%	3,6	3,9	7,4
Madre, padre, hijos y abuelos	N.º	15	45	60
	%	2,2	6,7	8,9
Total	N.º	216	459	675
	%	32,0	68,0	100,0

Según la Tabla 7, la práctica preventiva de estimulación temprana es realizada por la madre y el padre (29,9% y 27,6%, respectivamente). Se encontró una relación estadística significativa en los valores de $\text{Chi}^2 = 7,878$ y de $P = 0,049$, lo que indica que las variables están relacionadas de manera directa. Por tanto, la participación de los integrantes de la familia en la medida preventiva de estimulación se relaciona con la prevención de la desnutrición.

TABLA 8. Integrantes de la familia que participan en la práctica preventiva de consumo de agua segura de los niños menores de cinco años de las familias rurales del distrito de Chota

Integrantes de la familia		Práctica preventiva de consumo de agua de agua segura		Total
		No participa	Sí participa	
Madre	N.º	98	202	300
	%	14,5	29,9	44,4
Madre y padre	N.º	79	186	265
	%	11,7	27,6	39,3
Madre, padre e hijos	N.º	24	26	50
	%	3,6	3,9	7,4
Madre, padre, hijos y abuelos	N.º	15	45	60
	%	2,2	6,7	8,9
Total	N.º	216	459	675
	%	32,0	68,0	100,0

Según la Tabla 8, la práctica de consumo de agua segura es realizada en su mayoría por la madre (29,9%), por lo que se encontró una relación estadística significativa en los valores de $\text{Chi}^2 = 7,878$ y de $P = 0,049$, lo cual indica que las variables están directamente relacionadas. Por tanto, la participación de los integrantes de la familia en la medida preventiva del consumo de agua segura se relaciona con la prevención de la desnutrición. Debido a lo anterior, se puede afirmar, hasta con un 95% de certeza, que esta práctica es un condicionante significativo del estado nutricional de los niños menores de cinco años.

TABLA 9. Integrantes de la familia que participan en la práctica preventiva del lavado de manos en momentos claves de los niños menores de cinco años de las familias rurales del distrito de Chota

Integrantes de la familia		Lavado de manos en momentos claves		Total
		No participa	Sí participa	
Madre	N.º	98	202	300
	%	14,5	29,9	44,4
Madre y padre	N.º	79	186	265
	%	11,7	27,6	39,3
Madre, padre e hijos	N.º	24	26	50
	%	3,6	3,9	7,4
Madre, padre, hijos y abuelos	N.º	15	45	60
	%	2,2	6,7	8,9
Total	N.º	216	459	675
	%	32,0	68,0	100,0

La Tabla 9 señala que la práctica de lavado de manos en los momentos críticos es realizada en su mayoría por la madre (29,9%), encontrándose relación estadística significativa en los valores de $\text{Chi}^2 = 7,878$ y de $P = 0,049$, lo que indica que las variables están relacionadas de manera directa. Por lo tanto, la participación de los integrantes de la familia en las medidas preventivas del consumo de agua segura se relaciona con la prevención de la desnutrición. Debido a lo anterior, se puede afirmar, hasta con un 95% de certeza, que esta práctica es un condicionante significativo del estado nutricional de los niños menores de cinco años.

TABLA 10. Práctica de lactancia materna exclusiva y estado nutricional según peso/edad

Meses que recibió solamente lactancia materna		Estado nutricional según peso/edad			Total
		Normal	Riesgo	Desnutrición global	
Primer mes	N.º	12	18	33	63
	%	4,0	6,0	11,0	21,0
Segundo mes	N.º	15	23	13	51
	%	5,0	7,7	4,3	17,0
Tercer mes	N.º	18	15	13	46
	%	6,0	5,0	4,3	15,3
Cuarto mes	N.º	17	20	10	47
	%	5,7	6,7	3,3	15,7
Quinto mes	N.º	25	10	10	45
	%	8,3	3,3	3,3	15,0
Sexto mes	N.º	27	12	9	48
	%	9,0	4,0	3,0	16,0
Total	N.º	114	98	88	300
	%	38,0	32,7	29,3	100,0

Según la Tabla 10, los niños que recibieron lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida tienen menos riesgo de sufrir desnutrición y presentar desnutrición global (4% y 3%, respectivamente), mientras que para los niños que la recibieron solo por un mes, el riesgo de desnutrición y desnutrición global es alta (6% y 11%, respectivamente). Se encontró, además, una relación estadística significativa en los valores de $\text{Chi}^2 = 36,700$ y de $P = 0,002$, lo cual indica que las variables están directamente relacionadas y, por ende, la práctica de la lactancia materna exclusiva se relaciona con el estado nutricional según peso/edad. Debido a lo anterior, se puede afirmar, hasta con un 95% de certeza, que esta práctica es condicionante significativo del estado nutricional de los niños menores de cinco años.

TABLA 11. Práctica de lactancia materna exclusiva y estado nutricional según talla/edad

Meses que recibió solamente lactancia materna		Estado nutricional (talla/edad)			Total
		Normal	Riesgo	Desnutrición crónica	
Primer mes	N.º	6	27	30	63
	%	2,0	9,0	10,0	21,0
Segundo mes	N.º	8	25	18	51
	%	2,7	8,3	6,0	17,0
Tercer mes	N.º	12	16	18	46
	%	4,0	5,3	6,0	15,3
Cuarto mes	N.º	18	13	16	47
	%	6,0	4,3	5,3	15,7
Quinto mes	N.º	20	13	12	45
	%	6,7	4,3	4,0	15,0
Sexto mes	N.º	30	10	8	48
	%	10,0	3,3	2,7	16,0
Total	N.º	94	104	102	300
	%	31,3	34,7	34,0	100,0

Según la Tabla 11, para los niños que recibieron lactancia materna exclusiva solos por un mes, el riesgo y la desnutrición crónica se incrementan en 9% y 10%, respectivamente; mientras que los niños que la recibieron por seis meses disminuyen el riesgo y la desnutrición crónica en 3,3% y 2,7%, respectivamente. Así mismo, se encontró una relación estadística significativa en los valores de $\text{Chi}^2 = 48,800$ y $P = 0,001$, lo cual indica que las variables están directamente relacionadas. Por tanto, la práctica de la lactancia materna exclusiva se relaciona con el estado nutricional según talla/edad. Debido a lo anterior, se puede afirmar, hasta con un 95% de certeza, que esta práctica es condicionante significativo del estado nutricional de los niños menores de cinco años.

TABLA 12. Responsabilidades y decisiones activas en la práctica familiar de las medidas preventivas para combatir la desnutrición en los niños menores de cinco años

Característica: responsabilidades y decisiones activas		Integrantes de la familia				Total
		Madre	Padre	Hijo mayor de 14 años	Abuelos	
Bajo	N.º	98	265	50	60	473
	%	14,5	39,3	7,4	8,9	70,1
Alto	N.º	202	0	0	0	202
	%	29,9	0,0	0,0	0,0	29,9
Total	N.º	300	265	50	60	675
	%	44,4	39,3	7,4	8,9	100,0

En la Tabla 12 se muestra una de las características de la participación familiar para combatir la desnutrición de los niños menores de cinco años, observándose que la madre tiene una alta participación con decisiones activas con un 29,9%, mientras que los hijos mayores de 14 años tienen una baja participación con un 7,4%.

TABLA 13. Responsabilidades y decisiones conscientes en la práctica familiar de las medidas preventivas para combatir la desnutrición en los niños menores de cinco años

Responsabilidades y decisiones conscientes		Integrantes de la familia				Total
		Madre	Padre	Hijo mayor de 14 años	Abuelos	
Bajo	N.º	177	265	50	60	552
	%	26,2	39,3	7,4	8,9	81,8
Alto	N.º	123	0	0	0	123
	%	18,2	0,0	0,0	0,0	18,2
Total	N.º	300	265	50	60	675
	%	44,4	39,3	7,4	8,9	100,0

La Tabla 13 muestra que el 18,2% de las madres tienen una alta participación de manera consciente en la práctica de las medidas preventivas contra la desnutrición en sus familias, mientras que los padres tienen una baja participación con un 39,3% respecto del total.

TABLA 14. Responsabilidades y decisiones libres en la práctica familiar de las medidas preventivas para combatir la desnutrición en los niños menores de cinco años

Responsabilidades y decisiones libres		Integrantes de la familia				Total
		Madre	Padre	Hijo mayor de 14 años	Abuelos	
Bajo	N.º	140	125	34	30	329
	%	20,7	18,5	5,0	4,4	48,7
Alto	N.º	160	140	16	30	346
	%	23,7	20,7	2,4	4,4	51,3
Total	N.º	300	265	50	60	675
	%	44,4	39,3	7,4	8,9	100,0

En la tabla 14 se muestra que la participación de la madre en la práctica de las medidas preventivas contra la desnutrición de los niños menores de cinco años se caracteriza por ser libre con un 23,7%.

TABLA 15. Responsabilidades y decisiones organizadas en la práctica familiar de las medidas preventivas para combatir la desnutrición en los niños menores de cinco años

Responsabilidades y decisiones organizadas		Integrantes de la familia				Total
		Madre	Padre	Hijo mayor de 14 años	Abuelos	
Bajo	N.º	33	32	24	15	104
	%	4,9	4,7	3,6	2,2	15,4
Alto	N.º	267	233	26	45	571
	%	39,6	34,5	3,9	6,7	84,6
Total	N.º	300	265	50	60	675
	%	44,4	39,3	7,4	8,9	100,0

Según la Tabla 15, una de las características de la participación familiar para combatir la desnutrición en los niños menores de cinco años es que la madre tiene una alta participación con decisiones organizadas (39,6%), mientras que los abuelos tienen una baja participación (2,2%).

TABLA 16. Participación de los integrantes de la familia en la implementación de las medidas preventivas para combatir la desnutrición de los niños menores de cinco años

Participación familiar		Integrantes de la familia				Total
		Madre	Padre	Hijo mayor de 14 años	Abuelos	
Bajo	N.º	22	15	16	5	58
	%	3,3	2,2	2,4	0,7	8,6
Alto	N.º	278	250	34	55	617
	%	41,2	37,0	5,0	8,1	91,4
Total	N.º	300	265	50	60	675
	%	44,4	39,3	7,4	8,9	100,0

La Tabla 16 muestra el nivel de participación de los integrantes de la familia en la implementación de las medidas preventivas para combatir la desnutrición, observándose que la madre cuenta con una participación alta en las responsabilidades y decisiones activas, consientes, libres y organizadas con un 41,2% en comparación con el resto de integrantes de la familia.

Por otro lado, se encontró una relación estadística significativa de la que resultan los valores de $\text{Chi}^2 = 38,391$ y de $P = 0,00$, lo cual indica que las variables están relacionadas de forma directa. Por tanto, la participación de los miembros de la familia es fundamental para conservar un buen estado nutricional en los niños menores de cinco años.

TABLA 17. Nivel de participación de la madre en las medidas preventivas para combatir la desnutrición de los niños menores de cinco años

Medidas preventivas		Nivel de participación de la madre			Total
		Baja 0 - 24	Media 25 - 74	Alta 75 - 100	
Asistencia para CRED	N.º	11	24	54	89
	%	3,7	8,0	18,0	29,7
Alimentación	N.º	10	36	73	119
	%	3,3	12,0	24,3	39,7

Lavado de manos	N.º	5	18	16	39
	%	1,7	6,0	5,3	13,0
Consumo de agua	N.º	12	14	10	36
	%	4,0	4,7	3,3	12,0
Estimulación temprana	N.º	4	5	8	17
	%	1,3	1,7	2,7	5,7
Total	N.º	42	97	161	300
	%	14,0	32,3	53,7	100,0

La Tabla 17 muestra el nivel de participación de la madre en las siguientes medidas preventivas: asistencia al establecimiento de salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo -CRED-, alimentación, lavado de manos, consumo de agua segura y estimulación temprana; donde se observa que la participación de la madre en la alimentación (24,3%) y su asistencia al establecimiento de salud para el CRED (18%) son altas. Por otro lado, la medida preventiva de estimulación es baja con un 1,3%. Así mismo, se encontró una relación estadística significativa, siendo los valores de $\text{Chi}^2 = 25,283$ y $P = 0,001$, estos indican que las variables están directamente relacionadas, por lo que, a mayor nivel de participación de la madre, más efectivas serán las medidas preventivas aplicadas para combatir la desnutrición de los niños menores de cinco años.

TABLA 18. Nivel de participación de la madre y el padre en las medidas preventivas para combatir la desnutrición de los niños menores de cinco años

Medidas preventivas		Nivel de participación de la madre y el padre			Total
		Baja 0 - 24	Media 25 - 74	Alta 75 - 100	
CRED	N.º	4	18	10	32
	%	1,5	6,8	3,8	12,1
Alimentación	N.º	5	21	8	34
	%	1,9	7,9	3,0	12,8
Lavado de manos	N.º	6	16	28	50
	%	2,3	6,0	10,6	18,9

Consumo de agua segura	N.º	8	15	36	59
	%	3,0	5,7	13,6	22,3
Estimulación temprana	N.º	10	14	66	90
	%	3,8	5,3	24,9	34,0
Total	N.º	33	84	148	265
	%	12,5	31,7	55,8	100,0

La Tabla 18 muestra el nivel de participación de dos integrantes de la familia, el padre y la madre, donde se observa que ambos tienen una alta participación en las medidas preventivas: estimulación temprana y consumo de agua segura, con 24,9% y 13,6% respectivamente por cada medida. Además, se encontró una relación estadística significativa en los valores de $\text{Chi}^2 = 39,285$ y de $P = 0,003$, estos indican que las variables están relacionadas de manera directa, por lo que los niveles de participación de la madre y el padre se relacionan estrechamente con las medidas preventivas aplicadas para combatir la desnutrición de los niños menores de cinco años.

TABLA 19. Nivel de participación de la madre, el padre y los hijos en las medidas preventivas para combatir la desnutrición de los niños menores de cinco años

Medidas preventivas		Nivel de participación madre, padre, hijo			Total
		Baja 0 - 24	Media 25 - 74	Alta 75 - 100	
CRED	N.º	2	2	1	5
	%	4,0	4,0	2,0	10,0
Alimentación	N.º	1	3	5	9
	%	2,0	6,0	10,0	18,0
Lavado de manos	N.º	3	1	7	11
	%	6,0	2,0	14,0	22,0
Consumo de agua	N.º	5	2	0	7
	%	10,0	4,0	0,0	14,0
Estimulación temprana	N.º	1	3	14	18
	%	2,0	6,0	28,0	36,0
Total	N.º	12	11	27	50
	%	24,0	22,0	54,0	100,0

La Tabla 19 muestra que la participación de los tres integrantes de la familia (papá, mamá e hijo mayor de 14 años) es alta en las siguientes medidas preventivas: estimulación temprana con 28% y lavado de manos con 14%. Así mismo, se encontró relación estadística significativa en los valores de $\text{Chi}^2 = 19,711$ y de $P = 0,011$, lo cual indica que las variables están directamente relacionadas. Por tanto, los niveles de participación de la madre, el padre y el hijo mayor de 14 años se relacionan con las medidas preventivas aplicadas para combatir la desnutrición de los niños menores de cinco años.

TABLA 20. Nivel de participación de todos los integrantes de la familia en las medidas preventivas para combatir la desnutrición de los niños menores de cinco años

Medidas preventivas		Niveles de participación de todos los integrantes			Total
		Baja 0 - 24	Media 25 - 74	Alta 75 - 100	
CRED	N.º	1	2	16	19
	%	1,4	2,9	23,2	27,5
Alimentación	N.º	2	1	21	24
	%	2,9	1,4	30,4	34,8
Lavado de manos	N.º	1	2	6	9
	%	1,4	2,9	8,7	13,0
Consumo de agua	N.º	1	5	4	10
	%	1,4	7,2	5,8	14,5
Estimulación temprana	N.º	2	2	3	7
	%	2,9	2,9	4,3	10,1
Total	N.º	7	12	50	69
	%	10,1	17,4	72,5	100,0

En la Tabla 20 se observa que la participación de todos los integrantes de la familia (mamá, papá, hijo y abuelos) es alta en las siguientes medidas preventivas: alimentación con 30,4% y asistencia al control del CRED en el establecimiento de salud con 23,2%, mientras que las medidas preventivas de lavado de manos en los momentos críticos y consumo de agua son bajas con tan solo 1,4% para ambas prácticas. Además, se encontró una relación estadística significativa en los valores de $\text{Chi}^2 = 15,995$ y de $P = 0,0025$, los cuales indican que las variables están directamente relacionadas. De lo anterior, se desprende

que los niveles de participación de todos los integrantes de la familia se relacionan de manera estrecha con la efectividad de las medidas preventivas para combatir la desnutrición de los niños menores de cinco años.

II. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

- Si NS (nivel de significancia) = $P < 0,05$, se acepta la hipótesis de investigación H_1 ; existe una asociación significativa entre la participación en la práctica de las medidas preventivas de los integrantes de la familia y la desnutrición infantil, y se rechaza la hipótesis nula (H_0). Caso contrario se acepta H_0 .

Al contrastar la hipótesis se encontró una relación estadística significativa entre la participación de los integrantes de la familia en las prácticas preventivas y el estado nutricional de los niños menores de cinco años ($p = 0,0026$). Del mismo modo, se halló una relación estadística significativa entre la participación de los integrantes de la familia en las medidas preventivas de alimentación y el Control del Crecimiento y Desarrollo para la prevención de la desnutrición ($p = 0,0016$).

Por otro lado, se encontró que la práctica de lactancia materna exclusiva se relaciona con el estado nutricional según peso/edad ($p = 0,0002$) y talla/edad ($p = 0,001$). Al mismo tiempo, la participación de los miembros de la familia se relaciona con las características de la participación responsable y decisiones activas, conscientes y organizadas ($p = 0,001$) y responsabilidades y decisiones libres ($p = 0,041$).

También los niveles de participación de la madre y el padre se relacionan con las medidas preventivas de la desnutrición ($p = 0,003$), si se toma en cuenta a la madre, padre e hijos mayores de 14 años, también se relacionan con las medidas preventivas de la desnutrición ($p = 0,011$). Por último, si se incluyen a todos los integrantes de la familia, tomando en cuenta a los abuelos, todos ellos se relacionan con las medidas preventivas de la desnutrición ($p = 0,042$).

La contrastación de la hipótesis permite notar que, a mayor nivel de participación de los integrantes de la familia de manera activa, consciente, libre y organizada en la implementación de las medidas preventivas, se reducirá la desnutrición infantil de los menores de cinco años. Por consiguiente, lo anterior deviene en una relación sig-

nificativa, la cual es pertinente para establecer medidas eficaces para combatir dicha problemática.

III. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La desnutrición crónica en el crecimiento del niño es considerada como un problema social y de salud pública. En Perú, según los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar -ENDES- del primer trimestre del 2018, existe una tendencia a la disminución del nivel de la desnutrición crónica en el país, pues esta pasó de 13,1% a 12,2% a nivel nacional y en la zona rural, se redujo en 6,7 puntos porcentuales, de 32,3% a 25,6% en el mismo periodo⁴⁴.

En la región Cajamarca, el comportamiento de la desnutrición crónica, según los informes de ENDES en los periodos desde el año 2000 hasta el 2017, se registró de la siguiente manera: año 2000 con 50%, 2007 con 46,6%, 2009 con 39,8%, 2010 con 40,5%, 2011 con 37,6%, 2012 con 36,1% y 2017 con 26,6%, porcentajes que se han mantenido relativamente constantes durante los últimos 17 años. Por consiguiente, Cajamarca se ubica en el segundo lugar a nivel nacional en presentar una mayor tasa de desnutrición crónica, con cifras que están por encima del promedio nacional (12,2%).

En la provincia de Chota, ubicada en la región Cajamarca, según el Sistema de Información del Estado Nutricional -SIEN- de la Dirección Subregional de Salud Chota, para el año 2016, la desnutrición crónica infantil representó el 30,4%, mientras que, como distrito, esta fue de 26,8%⁴⁵.

Se debe recalcar que la desnutrición crónica infantil incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad, a la vez que dificulta el crecimiento físico y el desarrollo cognoscitivo durante la niñez temprana, reduciendo la capacidad del trabajo intelectual del niño, hecho que trae como consecuencia a largo plazo la pérdida progresiva de la productividad económica de los individuos.

A partir de la situación actual descrita, esta investigación tiene como principal objetivo analizar el nivel y características de la par-

44 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA. *Evolución de los Indicadores de Programas Presupuestales, 2011-2017*, cit.

45 WISBAUM. *La desnutrición infantil: causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento*, cit.

ticipación familiar en las prácticas preventivas contra la desnutrición infantil en el distrito de Chota (zona rural), para que de esta manera los resultados de la investigación contribuyan al diseño de políticas y programas que permitan incrementar la participación de la familia en la implementación de las medidas preventivas contra la desnutrición infantil y, por ende, disminuir la presencia de esta última.

Así pues, según los resultados hallados en el estudio, la madre participa con mayor frecuencia (44,4%) en la implementación de las medidas preventivas contra la desnutrición infantil como la alimentación, el control del crecimiento y desarrollo, la estimulación temprana, el consumo de agua segura y el lavado de manos, entre otros, debido a que es ella la que asume la mayor responsabilidad del cuidado de los niños en el hogar. Además, los programas sociales tradicionales promovían solo la participación de la madre por esta misma consideración, donde se relegaba la participación del padre a un segundo plano, hecho que condiciona a la madre a asumir toda la responsabilidad del cuidado de los niños y su bienestar.

No obstante, se evidencia la participación del padre, quien, si bien no tiene un rol protagónico, sí apoya en la ejecución de las medidas preventivas para combatir la desnutrición, pues participó en la implementación de estas prácticas en un 39,3%. Este índice es importante porque el niño tiene un cuidado compartido, donde ambos jefes de familia se preocupan por su nutrición y salud. Ratificando lo establecido por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables⁴⁶, se ha modificado la participación por género tanto en el campo laboral como en el doméstico y, por ende, las responsabilidades que asumen hombres y mujeres al interior del hogar.

Por otro lado, se observa que la participación de todos los integrantes (madre, padre, hijos mayores de 14 años y abuelos) es menor, tan solo en un 6%, hecho que no facilita la implementación adecuada de las medidas preventivas contra la desnutrición crónica y no permite asumir dicho problema como una responsabilidad familiar. Estos resultados se relacionan con la investigación sobre procesos organiza-

tivos y de participación realizada por ARENAS, PAULO y LÓPEZ⁴⁷, quienes concluyen que los programas de nutrición infantil tienen mayores posibilidades de éxito en la medida que logren involucrar a toda la familia en la resolución del referido problema.

En ese sentido, los niños de las familias en las que solamente participan las madres para la implementación de las medidas que buscan combatir la desnutrición crónica tienden a incrementar sus posibilidades de adquirirla en un 15,1%, mientras que cuando colaboran todos los miembros de la familia esta disminuye a un 3% y el riesgo de adquirirla es menor en un 2,5%. Por consiguiente, es importante contar con aspectos vinculados al grado de información de todos los familiares que participan en las medidas para combatir la desnutrición infantil, pues el desconocimiento de las consecuencias de esta enfermedad permite que no apliquen las medidas de forma adecuada o simplemente no las apliquen. De este modo, el nivel sociocultural resulta determinante en las familias y en la comunidad, pues si las familias son educadas sobre temas de salud pública y toman conciencia de los daños que estas enfermedades pueden ocasionar en los niños, los programas preventivos se aplicarían con mayor participación de todos los miembros de la familia.

En la investigación realizada también se observa con un porcentaje mínimo de 3,9% la participación conjunta de la madre, el padre y los hijos mayores de 14 años. Estos resultados se relacionan con las conclusiones obtenidas del estudio sobre familia, roles y violencia de género realizado por el Instituto de Opinión Pública⁴⁸, donde se destaca que las diferencias de género en la realización de tareas domésticas no solo implican tiempos diferentes, sino también tipos de actividades diferenciadas. De la misma manera, al consultar cuál de los cónyuges realiza las actividades dentro del hogar o si se reparten dichas actividades, se obtuvo como respuesta mayoritaria que son las mujeres quienes se encargan de ese tipo de labores.

47 LUZ ARENAS MONREAL, ALFREDO PAULO MAYA y HUMBERTO E. LÓPEZ GONZÁLEZ. "Educación popular y nutrición infantil: experiencia de trabajo con mujeres en una zona rural de México", en *Revista de Saúde Pública*, vol. 33, n.º 2, 1999, pp. 113 a 121, disponible en [<https://www.scielo.org/pdf/rsp/1999.v33n2/113-121>].

48 INSTITUTO DE OPINIÓN PÚBLICA. *Familia, roles de género y violencia de género*, 2014, Lima, Perú, Pontificia Universidad Católica del Perú, disponible en [http://repositorio.pucp.edu.pe/index/bitstream/handle/123456789/36496/IOP_1212_01_R_4.pdf?sequence=1].

Así mismo, los resultados obtenidos en esta investigación se relacionan con un estudio realizado en las comunidades rurales de Lima sobre las estrategias empleadas por las madres en el proceso de alimentación en niños de seis a 24 meses, donde se resalta que las mujeres multíparas actúan de una forma más activa, responsable y afectiva durante la comida, mientras que las primíparas se desenvuelven de manera autoritaria cuando el niño rechaza los alimentos⁴⁹.

En lo que respecta a la lactancia materna exclusiva y el estado nutricional según el indicador peso/edad, los resultados de la investigación muestran que los infantes que la recibieron a partir del segundo mes presentan mayor riesgo de sufrir desnutrición (11%), a diferencia de los que la recibieron desde el primer mes (7,7%), pero más importante es que la lactancia materna exclusiva se realice durante los seis primeros meses de vida del niño, pues el riesgo de desnutrición disminuye a 4% y la desnutrición global a 3%.

Según el estudio realizado por VELÁSQUEZ *et al.*⁵⁰, donde el 89,6% de los niños recibieron lactancia materna y el 89,1% de los infantes entre los seis y ocho meses de edad tuvieron alimentación complementaria, se determinó que es significativo establecer una línea de base sobre la cual se diseñaron estrategias que permitieron mejorar las prácticas de cuidado infantil en la población objetivo, tomando en cuenta los beneficios de la lactancia materna en el crecimiento y desarrollo de los niños. Por el contrario, para el caso de esta investigación, se muestra un descenso alarmante de la lactancia materna exclusiva en la zona de estudio (distrito de Chota) con 16%, siendo esta sustituida por caldos y leche de vaca, pues las madres indican que interrumpieron la lactancia debido a la poca cantidad de leche que

49 GANDY DOLORES MALDONADO, DORIS DELGADO PÉREZ y HILARY CREED KANASHIRO. “Estrategias empleadas por las madres durante el proceso de alimentación en niños de 6 a 24 meses de dos comunidades rurales de Lima, Perú”, en *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, vol. 32, n.º 3, 2015, pp. 440 a 448, disponible en [<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v32n3/ao5v32n3.pdf>].

50 JOSÉ ENRIQUE VELÁSQUEZ HURTADO, LUCÍA SOLÍS ALCEDO, WALTER EDUARDO VIGO VALDEZ, ÁNGEL MARTÍN ROSAS AGUIRRE, PAULINA GIUSTI HUNDSKOPF, PAUL ALFARO FERNÁNDEZ y HENRY CABRERA ARREDONDO. “Evaluación de las prácticas de cuidado materno infantil en áreas con pobreza extrema del Perú, 2012”, en *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, vol. 31, n.º 2, 2014, pp. 243 a 253, disponible en [<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v31n2/ao8v31n2.pdf>].

producen; por ende, la disminución de esta conllevó a un aumento de la morbilidad infantil. En este punto cabe resaltar que, según la evaluación de los indicadores de los Programas Presupuestales 2011 - 2017, la lactancia materna exclusiva ha disminuido de manera general en el territorio peruano, por ejemplo, en el año 2016 disminuyó en 69,8%, cifra que tuvo un progreso mínimo a 64,2% para el año 2017⁵¹.

Para años anteriores la situación era diferente, pues según INEI⁵², durante el 2013, la mayoría de madres alimentaban a los menores de seis meses con leche materna, porcentualmente un 73,4%, siendo esta práctica mayor en zonas rurales (83,3%) que en urbanas (67,8%). También la lactancia materna en el área rural se consolidó de 82,9% a 83,3%, mientras que en el área urbana se recuperó de 60,6% a 67,8%. Según el área de residencia, la duración promedio de la lactancia exclusiva fue mayor entre niños del área rural (5,2 meses) respecto al área urbana (3,7 meses). Así mismo, fue mayor en la sierra y en la selva (5,1 y 4,5 meses, respectivamente) respecto a la costa y a Lima Metropolitana (3,1 y 3,9 meses, respectivamente). Por departamentos se registró de la siguiente manera: Apurímac (6,7 meses), Huánuco (6,2 meses), Cusco (5,5 meses) y Áncash y Amazonas (5,4 meses cada uno), los cuales presentaron el mayor tiempo promedio de duración de la lactancia materna exclusiva⁵³. Según el director general de promoción de la salud del Ministerio de Salud del Perú, esta práctica arrojó promedios nacionales que debían conservar una tendencia a la mejora en los años posteriores. No obstante, en la actualidad, las cifras sobre lactancia materna exclusiva están lejos del valor ideal que sería de 80% a más.

Si se analiza la evolución de la lactancia materna exclusiva en Perú en los últimos diez años, se evidencia la importancia de la implementación correcta de programas educativos gubernamentales sobre esta práctica de alimentación en infantes, así como la promoción de lacta-

51 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. *Perú: indicadores de resultados de los programas presupuestales, 2013 - 2018. Encuesta demográfica y de salud familiar*, Lima, Perú, Ministerio de Economía y Finanzas, 2019, disponible en [https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2018/ppr_2013_2018/Indicadores%20de%20Resultados%20de%20los%20Programas%20Presupuestales_ENDES_2018.pdf].

52 Ídem.

53 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. *Evolución de los Indicadores de Programas Presupuestales, 2011-2017*, cit.

rios en las zonas urbanas y rurales, para que este tipo de alimentación tan importante no disminuya, sino, por el contrario, aumente.

La lactancia materna exclusiva proporcionada al bebé en los primeros seis meses de vida y su constancia durante los dos primeros años acompañada de otros alimentos determina un óptimo régimen alimenticio para conseguir una buena salud del menor. Según las recomendaciones del Ministerio de Salud, la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la leche materna cuenta con nutrientes esenciales para el óptimo crecimiento y desarrollo tanto físico como mental del infante, además que sus propiedades incluyen el ámbito emocional debido a que posibilita un lazo afectivo entre madre e hijo.

En Perú, en especial en las grandes ciudades como Lima Metropolitana, hay una preocupante disminución de la lactancia materna exclusiva y su reemplazo por fórmulas de leche artificial. Cabe resaltar que casi la mitad de niños que nacen cada año en el país no acceden a la lactancia materna en la primera hora de vida, a pesar de que es considerada fundamental para su salud y desarrollo. Así pues, INEI⁵⁴ indicó que solo el 55,6% a nivel nacional de los recién nacidos es alimentado con leche materna desde su primera hora de vida. Sin embargo, por área de residencia, fue mayor el porcentaje en el área rural alcanzando el 67,6% y según departamentos los menores porcentajes se presentaron en Lima 43,9%, Ica 45,0% y Arequipa 45,6% debido a la reincorporación de la mujer en el ámbito laboral, el incumplimiento de las normas que defienden su derecho a dar de lactar, así como el incremento de la publicidad de sucedáneos de la leche materna.

En el caso de la región Cajamarca, las madres que dan de lactar indicaron que el tiempo de duración es de cuatro a seis meses. En ese sentido, es imprescindible que la promoción de la lactancia materna exclusiva comience desde el embarazo en las consultas prenatales, intensificándose en los últimos meses de gestación, pues esta práctica en conjunto con otras medidas familiares exploradas en este estudio permite combatir la desnutrición en los niños menores de cinco años.

De ese modo, en las tablas desarrolladas a lo largo de esta investigación, entre las que se examinan las características de la participación familiar en la práctica de las medidas preventivas contra la

desnutrición en los niños y niñas menores de cinco años en las zonas rurales (distrito de Chota), se registró que el 29,9% de las madres tuvieron una activa participación, mientras que la participación conjunta del padre y la madre fue de 39,3%. Con relación a la participación de manera consciente, la que cuenta con un mayor porcentaje es la madre con un 18,2%. Además, la participación organizada es alta con un 39,6% llevada a cabo por la madre y con un 2,2% por los abuelos.

Los resultados consignados permiten señalar que la participación de la madre se caracteriza por ser activa, consciente, libre y organizada, es decir, está presente en las fases de diagnóstico, planificación, ejecución, control y evaluación, tomando conciencia del problema de la desnutrición y transformándolo en una necesidad a resolver. Mientras que el padre, los hijos mayores de 14 años y los abuelos tienen una participación baja debido a que asumen otros roles y responsabilidades, además no acceden a información pertinente y presentan poca utilización de los servicios de salud respecto al crecimiento y desarrollo del infante.

Estos resultados reflejan la manera en que se concibe el problema al interior del hogar, es así que la participación familiar no debe significar una disolución de la responsabilidad individual, al contrario, se debe fomentar el interés y el compromiso de cada sujeto en cuanto a la implementación adecuada de las medidas preventivas contra la desnutrición.

Así mismo, mediante el estudio se dieron a conocer dos tipos posibles de participación comunitaria: una individual-familiar y una colectiva. La primera es una acción dada por una persona o grupo familiar con intereses comunes. En este caso la relación entre la actividad ejecutada y los beneficios obtenidos es directa y no se comparten de manera inmediata con otros grupos familiares, por lo que no se da una participación colectiva.

Siendo el caso en estudio un tipo de participación individual-familiar para prevenir y combatir la desnutrición infantil se requiere de la cooperación y el compartir de responsabilidades, pues cada uno de los integrantes de la familia juega un rol fundamental para aumentar las oportunidades de lograr que la desnutrición infantil no afecte el bienestar, la salud y el desarrollo de los integrantes más pequeños.

La prevención de la desnutrición infantil en la actualidad se está abordando de lo general a lo particular, es decir, las organizaciones públicas y privadas están asumiendo la responsabilidad de prevenir esta enfermedad, considerando a la familia solo como usuaria o bene-

ficiaria de un servicio, es decir, entendiendo la participación familiar como un medio y no como un fin en sí misma. Esta perspectiva debe cambiar, puesto que el alcance de los objetivos de los programas debe ser incentivado desde el núcleo familiar y los miembros de la familia deben ser conscientes que el éxito de dichos programas depende de ellos y que estos son en favor de su propio beneficio.

Las enfermedades suelen anclarse en acontecimientos estresantes en el seno de la familia relacionados con los estilos de vida, el apoyo familiar y la alta preocupación en el cuidado de la salud de sus miembros, lo cual influye de forma positiva o negativa en el desarrollo y/o evolución de la enfermedad. De todo esto se desprende que tanto la salud como la enfermedad no son acontecimientos individuales que le competen tan solo a la persona que los padece, sino que son acontecimientos colectivos que afectan al conjunto familiar.

En relación al nivel de participación de los integrantes de la familia en la implementación de las medidas preventivas para combatir la desnutrición infantil, el estudio indicó que en su mayoría las madres de familia tuvieron una alta participación en la alimentación de sus hijos menores (24,3%), en la asistencia al establecimiento de salud para el control del crecimiento y desarrollo (18%) y en la práctica de lavado de manos en los momentos críticos (5,3%), mientras que su participación no resulta favorable en el consumo de agua segura y la estimulación temprana. En lo referido a los padres se resalta un nivel alto en la estimulación temprana (24,9%), en el consumo de agua segura y lavado de manos (13,6% y 10,6%, respectivamente), lo que no sucede con las medidas preventivas de asistencia al control CRED que es baja (1,5%).

Los resultados del nivel de participación de todos los integrantes de la familia (padre, madre, hijos menores de 14 años y abuelos) en las prácticas de las medidas preventivas contra la desnutrición indicaron que se fomenta la alimentación en 34,8%, la asistencia al control de crecimiento y desarrollo con 23,2% y con una baja participación en la práctica de lavado de manos en los momentos críticos y consumo de agua segura (1,4%).

Los resultados globales revelaron que la participación en la implementación de las medidas preventivas contra la desnutrición de los niños menores de cinco años y en otras tareas del hogar referidas a la atención de la familia es porcentualmente mayor en la madre. Si bien los resultados muestran que la participación en el cuidado del bienestar de la familia es realizada en la mayoría de casos por la madre, estas

actividades corresponden a todos los miembros de la familia y deben ser llevadas a cabo en cooperación y coordinación bajo la supervisión de ambos padres, salvo circunstancias excepcionales. Por lo tanto, es muy importante la participación conjunta de los miembros de la familia en las medidas preventivas contra la desnutrición, así como en la ejecución de las tareas del hogar, entre otros aspectos. En ese sentido, toda acción emprendida para mejorar el bienestar familiar será favorable para el crecimiento y desarrollo de los menores, además del fortalecimiento emocional entre padres e hijos, permitiendo el adecuado establecimiento de relaciones sociales.

IV. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA MEJORAR EL NIVEL DE PARTICIPACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA EN LA PRÁCTICA DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA LA DESNUTRICIÓN INFANTIL

– Justificación de la propuesta

La desnutrición infantil en el país se ha venido abordando desde el externo, con acciones multisectoriales, intergubernamentales, que promueven intervenciones efectivas para lograr reducirlo. Considerando a la familia como un medio y receptor de los servicios ofrecidos por los servicios de salud y programas sociales.

La propuesta que se propone es incrementar los niveles de participación familiar para la implementación efectiva de las intervenciones preventivas dirigidas a reducir la desnutrición crónica, para el cual se necesita que todos los integrantes de la familia sean conscientes de la magnitud del problema.

Las medidas preventivas serán eficaces, sostenibles, legítimas y replicables en la medida que todos los integrantes de la familia sean conscientes del problema y sea abordado como un problema eminentemente familiar por el cual se tienen que agotar los recursos existentes en la familia y mejorar la utilización de los que provienen del externo, es decir, de los programas sociales del Gobierno central, regional y local.

Las familias de la zona rural se caracterizan por demandar servicios curativos y de rehabilitación, es decir, acuden a buscar servicios de salud cuando sienten dolor o algún malestar y el problema de la

desnutrición no se manifiesta con dolor por lo que esto hace que sea una enfermedad invisible para los integrantes de la familia, acarreado indiferencia y poca participación de los integrantes para evitarlo en el contexto más inmediato que es la familia.

El problema de la desnutrición es determinado mediante la evaluación antropométrica del niño en los servicios de salud, a donde acude solo la madre quien recibe los resultados y que casi nunca socializa los resultados al interior de la familia.

– *Teoría que sustenta la propuesta*

La teoría que sustenta la intervención es la teoría de la acción y el modelo de creencias de salud.

En la teoría de la acción existen dos grandes corrientes: las que dicen que la gente actúa por las circunstancias, por la situación y las que dicen que la gente actúa por sus valores o por sus creencias.

Para la propuesta, se inclina por la que sostiene que lo fundamental son los valores, que la situación tiene poca importancia, que lo más importante es lo que el hombre cree, lo que el individuo piensa, son sus hábitos, sus creencias. Porque si las personas creen en algo o tiene conciencia de algo, actuarán de acuerdo a ello. Y si la explicación del comportamiento se centra entonces en las circunstancias internas del individuo, lo más importante es la educación, porque nada hacemos con cambiar las circunstancias si no cambiamos a las personas.

El modelo de creencias en salud –MCS–, se basa en tres premisas: la creencia o percepción de que un determinado problema es importante o suficientemente grave como para tenerlo en consideración; la creencia o percepción de que se es vulnerable a ese problema y la creencia o percepción de que la acción a tomar producirá un beneficio a un coste personal aceptable.

De acuerdo con el MCS, la concurrencia simultánea de estos tres factores favorece la adopción de determinados patrones de conducta, que serían en este caso conducentes a la práctica de las medidas preventivas contra la desnutrición infantil. La aceptación de esta hipótesis implica que es la percepción individual la que determina el comportamiento, y no el ambiente en el que vive y se desarrolla el individuo.

– Metodología utilizada

Para que los integrantes de la familia mejoren su nivel de participación deben trabajar con una metodología activa y participativa y, por ello, el aprendizaje será constructivista. El trabajo a través del constructivismo potencia a la familia una autonomía progresiva y le da un papel protagonista en la construcción de sus propios conocimientos.

– Estrategias didácticas

Se refiere a un sistema de planificación aplicable a un conjunto articulado de acciones para llegar a una meta. La estrategia a utilizar es la pedagogía de proyectos (método de proyectos los integrantes de la familia aplican o construyen sus aprendizajes a través de la realización de un proyecto, en el cual planifican, ejecutan y evalúan una serie de actividades con el objetivo de resolver o prevenir el problema de la desnutrición infantil).

– Pasos en el proceso

Fase I: Diagnóstico para la identificación del problema.

El primer paso en la elaboración de un proyecto es la identificación del problema que se pretende abordar (desnutrición infantil).

Fase II: Planificación y organización

La planificación implica dos procesos: la planificación del proyecto mismo y la planificación didáctica.

La planificación del proyecto se la realiza de manera participativa con todos los integrantes de la familia, definiendo:

- ¿Por qué? y ¿para qué? del proyecto
- Objetivo del proyecto
- Actividades a realizar (medidas preventivas)
- Recursos
- Cronograma y lugar
- Responsables (integrantes de la familia)

Por su parte, el trabajador de la salud elaborará la planificación didáctica, en la que definirá las competencias y saberes que los integrantes de la familia desarrollarán durante el proyecto y qué tipo de andamiajes, apoyos, ayudas (lecturas, preguntas, formas de organización, orientaciones, etc.) necesitarán del facilitador en el proceso.

Fase III: Ejecución

Consiste en la realización de las actividades planificadas (medidas preventivas) por los integrantes de la familia con apoyo y mediación del personal de salud. Es la fase en la que la familia pone en juego todos los recursos en la solución de la desnutrición infantil.

Fase IV: Evaluación

- La evaluación deberá permitir valorar los logros y dificultades en cada fase de la realización del proyecto y en relación al logro del objetivo propuesto.
- Se evaluará la pertinencia de las actividades, recursos, participación de los integrantes de la familia, calidad y suficiencia de los apoyos recibidos, etc.

– *Técnica didáctica*

- Diálogo
- Elaboración de tarjetas
- Lluvia de ideas
- Trabajo de campo

– *Concreción de la propuesta*

En este apartado se ofrecerán diferentes técnicas y actividades para la implicación de las familias estableciendo una propuesta de intervención que ayude a lograr una participación activa, libre, consiente y organizada. Con las actividades formuladas buscamos que los padres y las madres (y por qué no, otros familiares) estén inmersos en los procesos de la prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

No obstante, si no se aprenden a usar todas las estrategias que se disponen, dicha participación se basará en un proceso monótono e incluso aburrido para las familias. Así, con esta intervención se pretende dinamizar dicha participación y potenciar a su máximo nivel las relaciones entre trabajador de salud y familias.

Se quiere lograr una implicación más real, es decir, dejar atrás la idea de que la familia participe sólo para ayudar y como acompañamiento, para que el trabajador de salud se encuentre menos agobiados o para aliviar el trabajo cuando estos se encuentran desbordados, para procurar verlos como parte clave del sistema de salud.

A través de esta propuesta, se busca potenciar la participación de las familias en todo el proceso preventivo y promocional de la salud.

En los servicios de salud y los programas sociales, es común realizar reuniones grupales y masivas en los que asisten con mayor frecuencia las madres para recibir información sobre las medidas preventivas contra la desnutrición. Por otra parte, se ha podido observar cómo muchas de estas reuniones se convertían en meras charlas de los trabajadores de salud a las familias, sin dar cabida a ningún tipo de preguntas, debate o discusión por parte de los padres y las madres.

– *Beneficios que aportará la propuesta*

- Movilizar recursos internos y externos para prevenir las enfermedades y promocionar la salud.
- Generar corresponsabilidad en el cuidado de la salud de los individuos, familias y comunidad.
- Mejorar la eficacia y eficiencia de las medidas preventivas contra la desnutrición infantil en el contexto más inmediato del niño.
- Optimizar los recursos orientados a la lucha contra la desnutrición.
- Reducir las tasas de morbilidad y mortalidad infantil.

CONCLUSIONES

Los roles asumidos por los miembros de la familia son diferentes, las madres por lo general se dedican al cuidado diario de los hijos; en cambio, los padres se preocupan más por el aspecto laboral, en proveer el aporte económico para el mantenimiento de la familia.

La medida preventiva de la lactancia materna exclusiva contra la desnutrición está descendiendo de forma alarmante, pues este trabajo de investigación dio a conocer que solo una mínima parte de los niños recibió este beneficio durante sus primeros meses de vida, siendo sustituida por otro tipo de líquidos como agua de hierbas, leches artificiales, leche de vaca, caldos y sopas. Al momento de relacionar la lactancia materna con el estado alimenticio de los menores, se demostró que a más temprana edad se los alimente de esta forma, los infantes tienen menor riesgo de padecer desnutrición crónica.

También se halló que cuando participan todos los miembros de la familia en la implementación de las medidas preventivas contra la desnutrición, el riesgo disminuye; en cambio, cuando esta responsabilidad es exclusiva de un solo individuo, se incrementa el riesgo de que los niños menores de cinco años padezcan de desnutrición. Además, otro aspecto que se detectó es que la intervención de las madres se caracteriza por ser activa, consciente, libre y organizada; es decir, ellas colaboran en las fases de diagnóstico, planificación, ejecución, control y evaluación de las medidas preventivas. Ello implica un mayor compromiso voluntario, manteniendo su autonomía y reduciendo la dependencia de los servicios de salud.

En relación con el nivel de participación, la madre de familia alcanzó un nivel alto en la implementación de las medidas preventivas para combatir la desnutrición como la asistencia al Control del Crecimiento y Desarrollo -CRED-, la alimentación de los niños y la práctica de lavado de manos; a diferencia de lo sucedido con el resto de integrantes que presentan una participación de media a baja.

Al contrastar la hipótesis se comprobó una relación estadísticamente significativa entre la prevención de la desnutrición y la participación de la familia, de modo que se determinó que, a mayor participación consciente, libre y organizada por parte de los integrantes de la familia, se podrán llevar a cabo estrategias preventivas de mayor impacto que permitan reducir la desnutrición en niños menores de cinco años.

RECOMENDACIONES

Al Gobierno regional:

- Abordar el problema de la desnutrición infantil en el contexto más inmediato del niño que es la familia.
- Adecuar los servicios de salud del primer nivel de atención, para la planificación, ejecución y evaluación de las medidas preventivas de la desnutrición infantil garantizando la participación del mayor número de integrantes de la familia.
- Protocolizar las intervenciones orientadas a reducir la desnutrición infantil en la familia para incrementar la participación de los integrantes de la familia.

A la Universidad Nacional de Cajamarca - Escuela de Postgrado:

- Promover investigaciones que ayuden a entender los diferentes cambios que han sufrido la familia y su influencia en el cuidado de la salud individual, familiar y colectiva.
- Establecer convenios con los gobiernos sub nacionales, regionales y locales para poner a disposición los resultados de las investigaciones para que se conviertan en políticas y proyectos que ayuden a resolver los problemas sociales que enfrenta la región.

BIBLIOGRAFÍA

- ARENAS MONREAL, LUZ; ALFREDO PAULO MAYA y HUMBERTO E. LÓPEZ GONZÁLEZ. “Educación popular y nutrición infantil: experiencia de trabajo con mujeres en una zona rural de México”, en *Revista de Saúde Pública*, vol. 33, n.º 2, 1999, pp. 113 a 121, disponible en [<https://www.scielosp.org/pdf/rsp/1999.v33n2/113-121>].
- ASCORRA, PAULA. “Desafíos y proyecciones para los estudios sociales”, en *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, vol. 11, n.º 1, 2012, pp. 1 a 7, disponible en [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So718-69242012000100001].
- BALARAJAN, YARLINI; USHA RAMAKRISHNAN, EMRE ÖZALTIN, ANURAJ H. SHANKAR y S. V. SUBRAMANIAN. “Anaemia in low-income and middle-income countries”, en *The Lancet*, vol. 378, n.º 9.809, 2011, pp. 2.123 a 2.135, disponible en [<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.1023.2792&rep=rep1&type=pdf>].
- BLACK, ROBERT E.; LINDSAY H. ALLEN, ZULFIQAR A. BHUTTA, LAURA E. CAULFIELD, MERCEDES DE ONIS, MAJID EZZATI, COLIN MATHERS y JUAN RIVERA. “Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences”, en *The Lancet*, vol. 371, n.º 9.608, 2008, pp. 243 a 260, disponible en [<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673607616900>].
- BLACK, ROBERT E.; CESAR G. VICTORA, SUSAN P. WALKER, ZULFIQAR A. BHUTTA, PARUL CHRISTIAN, MERCEDES DE ONIS, MAJID EZZATI, SALLY GRANTHAM-MCGREGOR, JOANNE KATZ, REYNALDO MARTORELL y RICARDO UAUY. “Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries”, en *The Lancet*, vol. 382, n.º 9.890, 2013, pp. 427 a 451, disponible en [http://pdgmi.org/wp-content/uploads/2016/10/Black_Maternal_and_child_undernutrition_and_overweight_in.pdf].

- BOGIN, BARRY y JAMES LOUCKY. “Plasticity, political economy, and physical growth status of Guatemala Maya children living in the United States”, en *American Journal of Physical Anthropology*, vol. 102, n.º 1, 1997, pp. 17 a 32.
- BOHANNAN, PAUL. *Para raros nosotros. Introducción a la antropología cultural*, España, Akal, 1996.
- BRICEÑO LEÓN, ROBERTO. “Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria”, en *Cuadernos de Salud Pública*, vol. 12, n.º 1, 1996, pp. 7 a 30, disponible en [<https://www.scielo.br/pdf/csp/v12n1/1594g.pdf>].
- CASTELLAN, YVONNE. *La familia*, México, Fondo de Cultura Económica, 1982.
- CLOUT, HUGH D. *Geografía rural*, Barcelona, España, Oikos-Tau, 1976.
- CONGRESO DE LA REPÚBLICA. *Ley 28452. Ley de fortalecimiento de la familia*, Lima, Perú, 27 de mayo de 2005, disponible en [https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diff/normatividad_nacional_general/5_Ley_de_Fortalecimiento_a_la_Familia.pdf].
- CROCKER SAGASTUME, RENÉ; CLAUDIA HUNOT ALEXANDER, LUZ ELENA MORENOGASPAR, PRISCILA LÓPEZ TORRES y MERCEDES GONZÁLEZ GUTIÉRREZ. “Epistemologías y paradigmas de los campos disciplinares de la nutrición y los alimentos en la formación de nutriólogos. Análisis y propuestas para el desarrollo curricular”, en *Revista de Educación y Desarrollo*, n.º 21, 2012, pp. 49 a 57, disponible en [http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/21/021_RED_completa_verfinal.pdf#page=50].
- DE ONIS, MERCEDES; CUTBERTO GARZA, ADELHEID W. ONYANGO Y REYNALDO MARTORELL (Eds.). “Who child growth standards”, en *Acta Pediátrica*, vol. 95, suplemento 450, 2006, pp. 96 a 101, disponible en [https://www.who.int/childgrowth/standards/Acta_95_S450.pdf?ua=1].

- DÍEZ NAVARRO, ANDREA y MARÍA DOLORES MARRODÁN. *La desnutrición infantil en el mundo: herramientas para su diagnóstico*, Buenos Aires, Argentina, Ediciones Didot, 2017.
- DOLORES MALDONADO, GANDY; DORIS DELGADO PÉREZ y HILARY CREED KANASHIRO. “Estrategias empleadas por las madres durante el proceso de alimentación en niños de 6 a 24 meses de dos comunidades rurales de Lima, Perú”, en *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, vol. 32, n.º 3, 2015, pp. 440 a 448, disponible en [<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v32n3/a05v32n3.pdf>].
- ENCICLOPEDIA BRITÁNICA. *La familia, conceptos, tipos y evolución*, 2009, disponible en [https://www.academia.edu/35340027/LA_FAMILIA_CONCEPTO_TIPOS_Y_EVOLUCI%C3%93N].
- ESTEINOU, ROSARIO. *Familias de sectores medios: perfiles organizativos y socioculturales*, México, Centro de Investigaciones y Estudios en Antropología Social, 1996.
- ESTEINOU, ROSARIO. *El surgimiento de la familia nuclear en México*, México, Centro de Investigaciones y Estudios en Antropología Social, 2004.
- FAIGUENBAUM, SERGIO; MARTINE DIRVEN, RAFAEL ECHEVERRI PERICO, CRISTINA SABALAIN, ADRIÁN RODRÍGUEZ, DAVID CANDIA BAEZA y CAROLINA PEÑA. *Definiciones oficiales de “rural” y/o “urbano” en el mundo*, Santiago de Chile, Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2011, disponible en [https://otu.opp.gub.uy/sites/default/files/docsBiblioteca/Cepal_hacia%20una%20nueva%20definici%C3%B3n%20de%20lo%20rural_o.pdf].
- FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. *Estado mundial de la Infancia 2012: niños en un mundo digital*, Nueva York, UNICEF, 2017, disponible en [<https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/estado-mundial-infancia-2017.pdf>].
- GONZALBO AIZPURU, PILAR. *Historia de la familia*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, 1993.

GRAS, CARLA. “Cambio agrario y nueva ruralidad: caleidoscopio de la expansión sojera en la región pampeana”, *Trabajo y Sociedad*, vol. 15, n.º 18, 2012, pp. 7 a 24, disponible en [<https://www.unse.edu.ar/trabajosociedad/18%20GRAS%20Expansion%20Sojera.pdf>].

GUTIÉRREZ CAPULÍN, REYNALDO; KAREN YAMILE DÍAZ OTERO y ROSA PATRICIA ROMÁN REYES. “El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica”, en *Ciencia Ergo Sum*, vol. 23, n.º 3, 2016, pp. 1 a 17, disponible en [<https://www.redalyc.org/jatsRepo/104/10448076002/10448076002.pdf>].

INSTITUTO DE OPINIÓN PÚBLICA. *Familia, roles de género y violencia de género*, 2014, Lima, Perú, Pontificia Universidad Católica del Perú, disponible en [http://repositorio.pucp.edu.pe/index/bitstream/handle/123456789/36496/IOP_1212_01_R_4.pdf?sequence=1].

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. *Tipos y ciclos de vida de los hogares, 2007*, Lima, Perú, INEI, 2010, disponible en [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0870/libro.pdf].

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA. *Perú: perfil de pobreza por dominios geográficos 2004-2014*, Lima, Perú, INEI, 2015, disponible en [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1306/index.html].

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA. *Perú: encuesta demográfica y de salud familiar 2016 nacional y regional*, Lima, Perú, INEI, 2017, disponible en [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html].

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA. *Evolución de los Indicadores de Programas Presupuestales, 2011-2017*, Lima, Perú, INEI, 2018, disponible en [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1515/libro.pdf].

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Perú: *indicadores de resultados de los programas presupuestales, 2013 - 2018. Encuesta demográfica y de salud familiar*, Lima, Perú, Ministerio de Economía y Finanzas, 2019, disponible en [https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2018/ppr_2013_2018/Indicadores%20de%20Resultados%20de%20los%20Programas%20Presupuestales_ENDES_2018.pdf].
- ITURRIETA OLIVARES, SANDRA. “Perspectivas teóricas de las familias: como interacción, como sistemas y como construcción social”, en *Conflictos familiares. ¿Cómo resolverlos?*, Antofagasta, Chile, Universidad Católica del Norte, 2001.
- JÁUREGUI CÁRDENAS, JOCELYNN LISSET. “Componente crecimiento y desarrollo: significado para las madres de niños de 1 a 4 años del AAHH Nueva Unión, Comas” (tesis de pregrado), Lima, Perú, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2009, disponible en [<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/514>].
- LLAMBÍ INSUA, LUIS y EDELMIRA PÉREZ CORREA. “Nuevas ruralidades y viejos campesinismos. Agenda para una nueva sociología rural latinoamericana”, en *Cuadernos de Desarrollo Rural*, n.º 59, 2007, pp. 37 a 61, disponible en [<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/desarrolloRural/article/view/1215>].
- LUTTER, CHESSA K. y CAMILA M. CHAPARRO. *La desnutrición en lactantes y niños pequeños en América Latina y el Caribe: alcanzando los objetivos de desarrollo del milenio*, Washington, Organización Panamericana de la Salud, 2008, disponible en [<https://iris.paho.org/handle/10665.2/18642>].
- LUTTER, CHESSA K.; BERNADETTE DAELMANS, MERCEDES DE ONIS, MONIKA KOTHARI, MARIE T. RUEL, MARY ARIMOND, MEGAN DEITCHLER, KATHRYN G. DEWEY, MONIKA BLÖSSNER y ELAINE BORGHI. “Undernutrition, por feeding practices, and low coverage of key nutrition interventions”, en *Pediatrics*, vol. 128, n.º 6, 2011, pp. 1.418 a 1.427.

- MATHEY, DANIELA. *Métodos e indicadores para la estimación de la pobreza rural en la Argentina. Documento de Trabajo n.º 35*, Buenos Aires, Argentina, Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria, 2007, pp. 1 a 32, disponible en [https://inta.gob.ar/sites/default/files/script-tmp-dt_35.pdf].
- MATIASEVIC, MARÍA TERESA y ALEXANDER RUIZ SILVA. “La construcción social de lo rural”, en *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social*, n.º 5, 2013, pp. 24 a 41.
- MINISTERIO DE AGRICULTURA Y RIEGO. *Estrategia nacional de seguridad alimentaria y nutricional 2013-2021*, Lima, Perú, MINAGRI, 2013, disponible en [<https://www.minagri.gob.pe/portal/download/pdf/seguridad-alimentaria/estrategia-nacional-2013-2021.pdf>].
- MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL. *Estrategia nacional de desarrollo e inclusión social, incluir para crecer*, Lima, Perú, MIDIS, 2013, disponible en [https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/pe_1157.pdf].
- MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES. *Plan Estratégico Multisectorial Multianual*, Lima, Perú, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2013.
- MINISTERIO DE SALUD. *Programa de familias y viviendas saludables*, Lima, Perú, MINSA, 2006.
- MORETA COLCHA, HENRY ESTALIN; CONNIE ROCÍO VALLEJO VÁSQUEZ, CRISTINA ESTEFANÍA CHILUIZA VILLACIS y ELIZABETH YOLANDA REVELO HIDALGO. “Desnutrición en niños menores de 5 años: complicaciones y manejo a nivel mundial y en Ecuador”, en *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, vol. 3, n.º 1, 2019, pp. 345 a 361, disponible en [<https://recimundo.com/index.php/es/article/view/374>].
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y LA AGRICULTURA. *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Fomentando la resiliencia climática en aras de la seguridad alimentaria y la nutrición*, Roma, Italia, FAO, 2018, disponible en [<http://www.fao.org/3/I9553ES/i9553es.pdf>].

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *La familia y la salud*, Wasington D. C., OPS, 2003, disponible en [<https://iris.paho.org/handle/10665.2/7482>].
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Determinantes e inequidades en salud. Salud en las Américas*, Wasington D. C., OPS, 2012, disponible en [http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=165&lang=es].
- ORTIZ ANDRELLUCCHI, ADRIANA; LUIS PEÑA QUINTANA; ABEL ALBINO BEÑACAR, FERNANDO RAFAEL MONCKEBERG BARROS y LLUÍS SERRA MAJEM. “Desnutrición infantil, salud y pobreza: intervención desde un programa integral”, en *Nutricion Hospitalaria*, vol. 21, n.º 4, 2006, pp. 533 a 541, disponible en [<http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v21n4/original8.pdf>].
- POLO CALDERÓN, EDUARDO GUSTAVO. “La desnutrición en niños menores de cinco años que acuden a consultas en hospitales” (tesis de maestría), Tumbes, Perú, Universidad Nacional de Tumbes, 2018, disponible en [<http://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/UNITUMBES/591/POLO+CALDERON+EDUARDO+GUSTAVO.pdf?sequence=1>].
- QUINTERO, RAMÓN SERGIO GEORGE; RAFAEL LABORÍ RUIZ, MARIANELA NOA LEGRÁ y NORIS NICOT MARTÍNEZ. “Intersectorialidad y participacion comunitaria: paradigma de la salud pública en Cuba”, en *Revista de Información Científica*, vol. 96, n.º 3, 2017, pp. 527 a 538, disponible en [<https://www.medigraphic.com/pdfs/revinfcie/ric-2017/ric173s.pdf>].
- RUEL, MARIE T. “Urbanization in Latin America: constraints and opportunities for child feeding and care”, en *Food and Nutrition Bulletin*, vol. 21, n.º 1, 2000, pp. 12 a 24.

- SABALAIN, CRISTINA. “El concepto de ‘rural’ en los países de la región”, en MARTINE DIRVEN, RAFAEL ECHEVERRI PERICO, CRISTINA SABALAIN, ADRIÁN RODRÍGUEZ, DAVID CANDIA BAEZA, CAROLINA PEÑA y SERGIO FAIGUENBAUM. *Hacia una nueva definición de “rural” con fines estadísticos en América Latina*, Santiago de Chile, Naciones Unidas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2011, pp. 21 a 29, disponible en [https://otu.opp.gub.uy/sites/default/files/docsBiblioteca/Cepal_hacia%20una%20nueva%20definici%C3%B3n%20de%20lo%20rural_o.pdf].
- SÁNCHEZ ABANTO, JOSÉ. “Evolución de la desnutrición crónica en menores de cinco años en el Perú”, en *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, vol. 29, n.º 3, 2012, pp. 402 a 405, disponible en [<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n3/a18v29n3.pdf>].
- SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL. *Dirección Subregional de Salud Chota*, Lima, Perú, Instituto Nacional de Salud, 2016, disponible en [<https://repositorio.ins.gob.pe/bitstream/handle/INS/748/BOLETIN-2005-jul-agost-186-191.pdf?sequence=1&isAllowed=y>].
- SOBRINO, MANUEL; CÉSAR GUTIÉRREZ, ANTONIO J. CUNHA, MIGUEL DÁVILA y JORGE ALARCÓN. “Desnutrición infantil en menores de cinco años en Perú: tendencias y factores determinantes”, en *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 35, n.º 2, 2014, pp. 104 a 112, disponible en [<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2014.v35n2/104-112/>].
- STINSON, SARA. “Growth variation: biological and cultural factors”, en SARA STINSON, BARRY BOGIN y DENNIS O’ROURKE (Eds.). *Human biology: an evolutionary and biocultural perspective*, Nueva Jersey, John Wiley & Sons, 2000, pp. 587 a 635.
- TUIRÁN, RODOLFO y VANIA SALLES. “Vida familiar y democratización de los espacios privados”, en *Fermentum*, año 007, n.º 19, 1997, disponible en [<http://www.saber.ula.ve/handle/123456789/33839>].

- VÁZQUEZ NAVARRETE, MARÍA LUISA; E. SIQUEIRA, I. KRUIZE, A. DA SILVA e I. LEITE, I. “Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina”, en *Gaceta Sanitaria*, vol. 16, n.º 1, 2002, pp. 30 a 38, disponible en [<https://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v16n1/original3.pdf>].
- VELASCO CAMPOS, MARÍA LUISA y JULIÁN SINIBALDI GÓMEZ. *Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias)*, México, Editorial El Manual Moderno, 2001.
- VELÁSQUEZ HURTADO, JOSÉ ENRIQUE; LUCÍA SOLÍS ALCEDO, WALTER EDUARDO VIGO VALDEZ, ÁNGEL MARTÍN ROSAS AGUIRRE, PAULINA GIUSTI HUNDSKOPF, PAUL ALFARO FERNÁNDEZ y HENRY CABRERA ARREDONDO. “Evaluación de las prácticas de cuidado materno infantil en áreas con pobreza extrema del Perú, 2012”, en *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, vol. 31, n.º 2, 2014, pp. 243 a 253, disponible en [<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v31n2/ao8v31n2.pdf>].
- WANDEN-BERGHE, CARMINA; MARÍA ERMELINDA CAMILO y JESÚS CULEBRAS. “Conceptos y definiciones de la desnutrición iberoamericana”, en *Nutrición Hospitalaria*, vol. 25, suplemento 3, 2010, pp. 1 a 9, disponible en [https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v25s3/01_articulo_01.pdf].
- WISBAUM, WENDY. *La desnutrición infantil: causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento*, Madrid, España, UNICEF, 2011, disponible en [https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/Informe_La_desnutricion_infantil.pdf].

ANEXO 1

Escala de medición de la participación familiar en la prevención de la desnutrición aplicada a la madre de familia

Ítem	Nunca lo hago (1)	Lo hago ocasionalmente (2)	Lo hago frecuentemente (3)	Siempre lo hago (4)
Responsabilidades y desiciones activas				
Lleva a su hijo al Control del Crecimiento y Desarrollo –CRED– al establecimiento de salud.				
Lee las citas para el control que programa el establecimiento de salud.				
Cuando pesan a su hijo usted coloca la calzoneta o la cuneta.				
Retira la ropa de su hijo cuando lo pesan.				
Acude con su hijo en la fecha que es citada al establecimiento de salud.				
Carga a su hijo y lo coloca en la balanza.				
Retira de la balanza a su hijo.				
Usted se coloca debajo de la balanza para coger al niño y que este no se mueva.				
Revisa el carné de crecimiento y desarrollo de su hijo.				
Asigna un lugar y un horario para que su hijo se alimente.				

Asiste a las reuniones programadas por el establecimiento de salud.				
Cuando miden o tallan a su hijo, retira los zapatos, ropa y prendas del pelo.				
Retira la ropa de su hijo para que lo tallen.				
Coge de las manos a su hijo cuando lo tallan o miden.				
Coge de la cabeza a su hijo cuando lo miden o tallan.				
Se informa del peso y la talla de su hijo.				
Conversa con el trabajador de salud sobre el estado nutricional de su hijo.				
Pregunta al trabajador de salud sobre cómo cuidar a su hijo.				
Pide que le muestren los resultados del control de su hijo.				
Lleva el carné del niño cuando le toca su control en el establecimiento de salud.				
Pide que le grafiquen el peso y la talla en la tarjeta de su niño.				
Observa la gráfica del peso y la talla en el carné.				
Responsabilidades y desiciones conscientes				
Toma conocimiento del estado nutricional de su hijo.				
Se informa de los daños que ocurre cuando su hijo presenta desnutrición.				
Cuando su hijo está desnutrido compra vitaminas.				
Visita más seguido el establecimiento de salud cuando su hijo está desnutrido.				

Quando su hijo está desnutrido, le ofrece más veces la comida.				
Conversa del estado nutricional de su hijo.				
Busca soluciones para combatir la desnutrición.				
Brinda cinco comidas a más durante el día a su hijo.				
Aplasta y pica la comida para ofrecerla a su hijo.				
Mezcla las comidas (cereales, tubérculos, menestras, carnes, verduras).				
Ofrece carnes o productos lácteos y derivados todos los días a su hijo.				
Ofrece a su hijo leche de vaca por lo menos tres vasos al día.				
Ayuda al niño para que este coma.				
Responsabilidades y decisiones libres				
Lleva a su hijo al control para saber cómo está su peso y talla.				
Lleva a su hijo al control para que el trabajador del establecimiento de salud no se moleste.				
Lleva a su hijo al control para que le den la papilla y la canasta de alimentos.				
Lleva a su hijo al control para que no salga de los programas.				
Lleva a su hijo al control para que lo atiendan cuando se enferma.				
La visita el trabajador de salud para llevar al control a su hijo.				

Le hacen recordar para llevar a su hijo al Control del Crecimiento y Desarrollo.				
Su hijo recibe o recibió solo leche de pecho.				
Brindó agua de hierbas a su hijo en los primeros seis meses.				
Decide qué comidas debe recibir su hijo.				
Sirve la comida primeramente al niño.				
Comparte el mismo plato de comida y cuchara con su hijo.				
Corta las uñas de su hijo.				
Responsabilidades y desiciones organizadas				
Lleva a su hijo con usted cuando salen de casa (por pastoreo, cuando hay peones, otros trabajos).				
Deja preparada comida en casa cuando deja al niño al cuidado de otro familiar.				
Decide llevar a su control al niño.				
Lleva comida para el niño cuando sale de casa.				
Juega con su hijo.				
Elabora juguetes para su niño.				
Se distribuye las tareas para cuidar al niño.				
Cuando el niño está con desnutrición, se fija metas para resolver el problema.				
Se lava las manos después de ir al baño o letrina.				
Se lava las manos antes de preparar los alimentos.				
Se lava las manos antes de dar de comer a su hijo.				
Se lava las manos después de cambiar los pañales.				

Lava las manos de su hijo cuando este va a comer.				
Lava las manos de su hijo después que este utiliza la letrina.				
Le da agua hervida a su hijo.				
Cuida a su hijo cuando está enfermo.				
Le da hierro a su hijo.				

ANEXO 2

Escala de medición de la participación familiar y de la prevención de la desnutrición aplicada al padre de familia

Ítem	Nunca lo hago (1)	Lo hago ocasionalmente (2)	Lo hago frecuentemente (3)	Siempre lo hago (4)
Responsabilidades y desiciones activas				
Lleva a su hijo al Control del Crecimiento y Desarrollo –CRED– al establecimiento de salud.				
Lee las citas para el control que programa el establecimiento de salud.				
Cuando pesan a su hijo usted coloca la calzoneta o la cuneta				
Retira la ropa de su hijo cuando lo pesan.				
Acude con su hijo en la fecha que es citada al establecimiento de salud.				
Carga a su hijo y lo coloca en la balanza.				
Retira de la balanza a su hijo.				

Usted se coloca debajo de la balanza para coger al niño y que este no se mueva.				
Revisa el carné de crecimiento y desarrollo de su hijo.				
Asigna un lugar y un horario para que su hijo se alimente.				
Asiste a las reuniones programadas por el establecimiento de salud.				
Cuando miden o tallan a su hijo, retira los zapatos, ropa y prendas del pelo.				
Retira la ropa de su hijo para que lo tallen.				
Coge de las manos a su hijo cuando lo tallan o miden.				
Coge de la cabeza a su hijo cuando lo miden o tallan.				
Se informa del peso y la talla de su hijo.				
Conversa con el trabajador de salud sobre el estado nutricional de su hijo.				
Pregunta al trabajador de salud sobre cómo cuidar a su hijo.				
Pide que le muestren los resultados del control de su hijo.				
Lleva el carné del niño cuando le toca su control en el establecimiento de salud.				
Pide que le grafiquen el peso y la talla en la tarjeta de su niño.				
Observa la gráfica del peso y la talla en el carné.				
Toma conocimiento del estado nutricional de su hijo.				
Se informa de los daños que ocurre cuando su hijo presenta desnutrición.				

Quando su hijo está desnutrido compra vitaminas.				
Visita más seguido el establecimiento de salud cuando su hijo está desnutrido.				
Quando su hijo está desnutrido, le ofrece más veces la comida.				
Conversa del estado nutricional de su hijo.				
Busca soluciones para combatir la desnutrición.				
Brinda cinco comidas a más durante el día a su hijo.				
Aplasta y pica la comida para ofrecerla a su hijo.				
Mezcla las comidas (cereales, tubérculos, menestras, carnes, verduras).				
Ofrece carnes o productos lácteos y derivados todos los días a su hijo.				
Ofrece a su hijo leche de vaca por lo menos tres vasos al día.				
Ayuda al niño para que este coma.				
Responsabilidades y decisiones libres				
Lleva a su hijo al control para que el trabajador del establecimiento de salud no se moleste.				
Lleva a su hijo al control para que le den la papilla y la canasta de alimentos.				
Lleva a su hijo al control para que no salga de los programas.				
Lleva a su hijo al control para que lo atiendan cuando se enferma.				

La visita el trabajador de salud para llevar al control a su hijo.				
Le hacen recordar para llevar a su hijo al Control del Crecimiento y Desarrollo.				
Su hijo recibe o recibió solo leche de pecho.				
Brindó agua de hierbas a su hijo en los primeros seis meses.				
Decide qué comidas debe recibir su hijo.				
Sirve la comida primeramente al niño.				
Comparte el mismo plato de comida y cuchara con su hijo.				
Corta las uñas de su hijo.				
Responsabilidades y desiciones organizadas				
Lleva a su hijo con usted cuando salen de casa (por pastoreo, cuando hay peones, otros trabajos).				
Deja preparada comida en casa cuando deja al niño al cuidado de otro familiar.				
Decide llevar a su control al niño.				
Lleva comida para el niño cuando sale de casa.				
Juega con su hijo.				
Elabora juguetes para su niño.				
Se distribuye las tareas para cuidar al niño.				
Cuando el niño está con desnutrición, se fija metas para resolver el problema.				
Se lava las manos después de ir al baño o letrina.				
Se lava las manos antes de preparar los alimentos.				

Se lava las manos antes de dar de comer a su hijo.				
Se lava las manos después de cambiar los pañales.				
Lava las manos de su hijo cuando este va a comer.				
Lava las manos de su hijo después que este utiliza la letrina.				
Le da agua hervida a su hijo.				
Cuida a su hijo cuando está enfermo.				
Le da hierro a su hijo.				
Toma conocimiento del estado nutricional de su hijo.				

ANEXO 3

Escala de medición de la participación familiar y la prevención de la desnutrición aplicada a hermano mayor de 14 años que permanece en casa

Ítem	Nunca lo hago (1)	Lo hago ocasionalmente (2)	Lo hago frecuentemente (3)	Siempre lo hago (4)
Responsabilidades y decisiones activas				
Llevas a tu hermano al Control del Crecimiento y Desarrollo al establecimiento de salud.				
Lees las citas para el control que programa el establecimiento de salud.				
Cuando pesan a tu hermano lo colocas en la calzoneta o la cuneta.				
Retiras la ropa de tu hermano cuando lo pesan.				
Acudes con tu hermano en la fecha que te cita el establecimiento de salud.				

Carga a su hermano y lo colocas en la balanza.				
Retiras de la balanza a tu hermano.				
Te colocas debajo de la balanza para cogerlo y que no se mueva.				
Revisas el carné de crecimiento y desarrollo de tu hermano.				
Le asignas un lugar y un horario para que tu hermano se alimente.				
Asistes a las reuniones programadas por el establecimiento de salud.				
Cuando miden o tallan a tu hermano, le retiras los zapatos, ropas y prendas del pelo.				
Retiras la ropa de tu hermano para que lo tallen.				
Coges de las manos a tu hermano para que lo tallen o midan.				
Coges de la cabeza de tu hermano cuando lo miden o tallan.				
Te informas del peso y la talla de tu hermano.				
Conversas con el trabajador de salud sobre el estado nutricional de tu hermano.				
Preguntas al trabajador de salud sobre cómo cuidar a tu hermano.				
Pides que te muestren los resultados del Control del Crecimiento.				
Llevas el carné al puesto de salud cuando le toca su control a tu hermano.				
Pides que te grafiquen el peso y la talla en la tarjeta.				

Observas la gráfica del peso y la talla en el carné.				
Responsabilidades y decisiones conscientes				
Tomas conocimiento del estado nutricional de tu hermano.				
Te informas de los daños que ocurren cuando se desnutre tu hermano.				
Cuando tu hermano está desnutrido compran vitaminas.				
Visitás más seguido el establecimiento de salud cuando tu hermano está desnutrido.				
Cuando tu hermano está desnutrido, le ofreces más veces la comida.				
Conversas del estado nutricional de tu hermano.				
Buscas soluciones para combatir la desnutrición de tu hermano.				
Brindas cinco comidas a más a tu hermano.				
Aplastas y picas la comida para ofrecerla a tu hermano.				
Mezcla las comidas (cereales, tubérculos, menestra, carnes y verduras) para tu hermano.				
Le das carnes o productos lácteos y derivados a tu hermano/a todos los días.				
Le das a tu hermano leche de vaca por lo menos tres vasos al día.				
Ayudas a tu hermano a comer.				
Responsabilidades y decisiones libres				
Llevas a tu hermano a su control para saber cómo está su peso y talla.				

Llevas a tu hermano al control para que el trabajador del puesto de salud no se moleste.				
Llevas a tu hermano al control para que te den la papilla y la canasta de alimentos.				
Llevas a tu hermano al control para que no salga de los programas.				
Llevas a tu hermano al control para que lo atiendan cuando se enferma.				
Para llevar al control a tu hermano, te visita el trabajador de salud.				
Te hacen recordar para llevar a tu hermano al Control del Crecimiento y Desarrollo.				
Tu hermano recibe o recibió solo leche de pecho.				
Brindaste aguas de hierbas a tu hermano en los primeros seis meses.				
Decides qué comidas debe recibir tu hermano.				
Sirves la comida primeramente a tu hermano.				
Compartes el mismo plato de comida y cuchara con tu hermano.				
Le cortas las uñas a tu hermano.				
Responsabilidades y desiciones organizadas				
Llevas a tu hermano cuando sales de casa (por pastoreo, cuando hay peones, otros trabajos).				
Dejas preparada la comida en casa cuando dejas a tu hermano al cuidado de otro familiar.				

Decides llevar al control a tu hermano.				
Llevas comida cuando sales de casa junto con tu hermano.				
Juegas con tu hermano.				
Elaboras juguetes para tu hermano.				
Te distribuyes las tareas para cuidar a tu hermano.				
Cuando tu hermano está con desnutrición te fijas metas para resolver el problema.				
Te lavas las manos después de ir al baño o letrina.				
Te lavas las manos antes de preparar los alimentos.				
Te lavas las manos antes de dar de comer a tu hermano.				
Te lavas las manos después de cambiar los pañales.				
Lavas las manos de tu hermano cuando este va a comer.				
Lavas las manos de tu hermano después de que utiliza la letrina.				
Le das agua hervida a tu hermano.				
Cuidas a tu hermano cuando está enfermo.				
Le das hierro a tu hermano.				

ANEXO 4

Escala de medición de la participación familiar y la prevención de la desnutrición aplicada a los abuelos que viven junto con el niño

Ítem	Nunca lo hago (1)	Lo hago ocasionalmente (2)	Lo hago frecuentemente (3)	Siempre lo hago (4)
Responsabilidades y desiciones activas				
Lleva a su nieto al Control del Crecimiento y Desarrollo al establecimiento de salud.				
Lee las citas para el control que programa el establecimiento de salud.				
Cuando pesan a su nieto lo coloca en la calzoneta o la cuneta.				
Retira la ropa de su nieto cuando lo pesan.				
Acude con su nieto en la fecha que lo cita el puesto de salud.				
Carga a su nieto y lo coloca en la balanza.				
Retira de la balanza a tu nieto.				
Se coloca debajo de la balanza para cogerlo y que no se mueva.				
Revisa el carné de crecimiento y desarrollo.				
Asigna un lugar y un horario para que su nieto se alimente.				
Asiste a las reuniones programadas por el establecimiento de salud.				
Cuando miden o tallan a su nieto retira los zapatos, ropa y prendas del pelo.				

Retira la ropa para que tallen a su nieto.				
Coge de las manos a su nieto para que lo tallen o midan.				
Coge de la cabeza a su nieto cuando lo miden o tallan.				
Se informa del peso y la talla de su nieto.				
Conversa con el trabajador de salud sobre el estado nutricional de su nieto.				
Pregunta al trabajador de salud sobre cómo cuidar a su nieto.				
Pide que le muestren los resultados del control.				
Lleva el carné cuando le toca el control a su nieto en el establecimiento de salud.				
Pide que le grafiquen el peso y la talla en la tarjeta.				
Observa la gráfica del peso y la talla en el carné.				
Responsabilidades y decisiones conscientes				
Toma conocimiento del estado nutricional de su nieto.				
Se informa de los daños que ocurren cuando su nieto se desnutre.				
Cuando su nieto está desnutrido compra vitaminas.				
Visita más seguido el establecimiento de salud cuando su nieto está desnutrido.				
Cuando su nieto está desnutrido le ofrece más veces la comida.				
Conversa del estado nutricional de su nieto.				

Busca soluciones para combatir la desnutrición de su nieto.				
Brinda usted cinco comidas a más a su nieto.				
Aplasta y pica la comida para ofrecerla a su nieto.				
Mezcla las comidas (cereales, tubérculos, menestra, carnes y verduras)				
Ofrece carnes o productos lácteos y derivados todos los días a su nieto.				
Ofrece a su nieto leche de vaca por lo menos tres vasos al día.				
Usted ayuda a su nieto a comer.				
Responsabilidades y decisiones libres				
Lleva a su nieto al control para saber cómo está su peso y talla.				
Lleva a su nieto al control para que el trabajador del puesto de salud no se moleste.				
Lleva a su nieto al control para que le den la papilla y la canasta de alimentos.				
Lleva a su nieto al control para que no salga de los programas.				
Lleva a su nieto al control para que lo atiendan cuando se enferme.				
Para llevar al control a su nieto, lo debe visitar el trabajador de salud.				
Le hacen recordar para llevar a su nieto al control de crecimiento y desarrollo.				
Su nieto recibe o recibió solo leche de pecho.				

Brindó aguas de hierbas a su nieta en los primeros seis meses.				
Decide que comidas debe recibir su nieto.				
Sirve la comida primeramente a su nieto.				
Comparte el mismo plato de comida y cuchara con su nieto.				
Corta las uñas de su nieto.				
Responsabilidades y desiciones organizadas				
Lleva a su nieto cuando salen de casa (por pastoreo, cuando hay peones, otros trabajos).				
Deja preparada la comida en casa cuando deja a su nieto con un familiar.				
Decide llevar a su nieto al control.				
Lleva comida para su nieto cuando sale de casa.				
Juega con su nieto.				
Elabora juguetes para su nieto.				
Se distribuye las tareas para cuidarlo.				
Cuando su nieto está con desnutrición, se fija metas para resolver el problema.				
Se lava las manos después de ir al baño o letrina.				
Se lava las manos antes de preparar los alimentos.				
Se lava las manos antes de dar de comer a su nieto.				
Se lava las manos después de cambiar los pañales.				
Lava las manos de su nieto cuando va a comer.				
Lava las manos de su nieto después que utiliza la letrina.				

Le da agua hervida a su nieto.				
Cuida a su nieto cuando está enfermo.				
Le da hierro a su nieto.				

ANEXO 5

Adaptación del cuestionario sobre participación familiar y prevención de la desnutrición infantil en el distrito de Chota

Nombre del caserío:

Número de integrantes de la familia:

Edad del niño:

Sexo: (M) (F)

Estado nutricional actual del niño/niña según carné del crecimiento y desarrollo

P/E = a) Normal b) riesgo c) desnutrición global

T/E = a) Normal b) Riesgo c) desnutrición crónica

ANEXO 6***Lactancia materna exclusiva, aplicada a madres con niños entre seis a 18 meses***

¿Le dio pecho (leche materna) a su hijo/a	Sí:1 No: 2
Durante los primeros 6 meses, ¿le dio algo de tomar diferente a la leche materna?	Sí:1 No:2 No sabe/no responde: ... 3
¿Durante cuántos meses le dio solamente pecho (leche materna)?	Meses: No sabe/no responde: 3

ANEXO 7

Alimentación del niño de seis meses a cinco años

Cuénteme que le dio de comer ayer a su hijo/a desde que se levantó hasta que se acostó (mencionar para cada tiempo de comida)					
Cod	Tiempo de comida (anote en cada línea las preparaciones mencionadas para cada tiempo de comida. Luego circule el código correspondiente)	Preparaciones líquidas	Preparaciones semisólidas	Alimentos sólidos	Calidad
		1. Agüitas/ mates 2. Cocimientos 3. Caldos/ sopas 4. Otras leches (vaca, tarro) 5. Avena 6. Otro	1. Mazamorra 2. Papillas instantáneas 3. Puré/ aplastados 4. Segundo 5. Verduras 6. Otro	1. Fruta 2. Tubérculo cocido 3. Cereal cocido (arroz) 4. Pan 5. Maíz cocido 6. Otro	1. Carnes rojas / blancas 2. Pescado/atún 3. Derivados lácteos (yogur, queso, quesillo) 4. Huevos 5. Menestras (lenteja, arveja, frejol, habas) 6. Otros
1	Desayuno (antes de las 8 am) Anote el nombre de la preparación	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
2	Media mañana (11. am) Anote el nombre de la preparación	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
3	Almuerzo (de 11 am a 1 pm) Anote el nombre de la preparación	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
4	Media tarde (de 2 pm a 4 pm) Anote el nombre de la preparación	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6

5	Cena (de 4 pm a 7 pm) Anote el nombre de la preparación	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
6	Noche (de 7 pm hasta antes del siguiente desayuno) Anote el nombre de la preparación	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6

ANEXO 8

Hábitos de higiene

5	Lavado de manos de la madre	Después de ir al baño o letrina 1	Antes de dar de comer a sus hijos ... 3	En otros momentos: 5
	Usted ¿En qué momento acostumbra a lavarse las manos?	Antes de preparar los alimentos: 2	Después de cambiar los pañales o limpiarlos: ... 4	No se lava: 6
6	Lavados de manos del niño de seis meses a cinco años	Después de ir al baño o letrina 1	Después de jugar: 3	No se lava:
	Usted ¿En qué momento acostumbra a lavar las manos de su hijo?	Antes de comer ... 2	En otros momentos: 4	
7	Consumo de agua segura del niño de uno a cinco años.	Hervida: 1	Cruda: 3	
	El agua que consume su hijo es:	Clorada: 2		

ANEXO 9

Preguntas para las familias con niños menores de cinco años

Enfermedad diarreaica aguda			
8	Tuvo diarrea su hijo/a en el último mes	Sí: 1	
		No: 2	
No sabe/no responde:3			
Durante el episodio diarreico			
9	Solo para niños menores de cinco meses.	Sí:1	Ya no toma pecho: 3
	Durante la diarrea continuó dándole pecho (leche materna)	No: 2	Nunca le dio pecho: 4
10	Solo para niños de seis meses a cinco años.	Más veces: 1	Igual: 3 solo pecho:5
	Durante la diarrea le dio de comer más veces, menos veces o igual número de veces al día que de costumbre.	Menos veces: 2	Aún no le da de comer: 4 No sabe/no responde: ... 6
11	Solo para niños de seis meses a cinco años.	Más cantidad:1	Igual cantidad: 3 solo pecho:5
	¿Durante la diarrea, le dio usted más cantidad, menos cantidad o la misma cantidad de comida que cuando estaba sano?	Menos cantidad: ... 2	Aún no le da de comer: 4 No sabe/no responde: ...6
12	Solo para niños de seis meses a cinco años.	Más espesa: ... 1	Igual : 3 solo pecho:5
	¿Durante la diarrea, le dio usted la comida más espesa, menos espesa o igual que de costumbre?	Menos espesa: ... 2	Aún no le da de comer: 4 No sabe/no responde: ... 6
Del episodio de diarrea			
13	Solo para niños menores de cinco meses.	Si: 1	Ya no toma pecho: 3
	Durante la diarrea continuó dándole pecho (leche materna).	No: 2	Nunca le dio pecho: 4

14	Solo para niños de seis meses a cinco años.	más veces:1	Igual: 3	Solo pecho:5
	Durante la diarrea le dio de comer más veces, menos veces o igual número de veces al día que de costumbre.	Menos veces:2	Aún no le da de comer: 4	No sabe/no responde: ... 6
15	Solo para niños de seis meses a cinco años.	Más cantidad: 1	Igual cantidad: ... 3	solo pecho:5
	¿Durante la diarrea, le dio usted más cantidad, menos cantidad o la misma cantidad de comida que cuando estaba sanito?	Menos cantidad: 2	Aún no le da de comer: 4	No sabe/no responde: ... 6
16	Solo para niños de seis meses a cinco años.	Más espesa: 1	Igual : 3	Solo pecho:5
	¿Durante la diarrea, le dio usted la comida más espesa, menos espesa o igual que de costumbre?	Menos espesa: ... 2	Aún no le da de comer: 4	No sabe/no responde: ... 6



Editado por el Instituto Latinoamericano de Altos Estudios –ILAE–,
en junio de 2021

Se compuso en caracteres Minion Pro de 11 y 9 ptos.

Bogotá, Colombia