

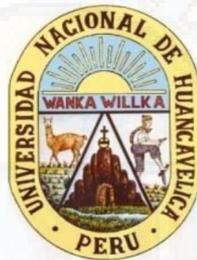
“Año de la Universalización de la Salud”

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA

(CREADA POR LEY N°25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



TESIS

Características personales y familiares de los niños del anexo de Chahuapuquio, San Ramón, Junín 2020.

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: SALUD DE LA POBLACIÓN
INDÍGENA Y GRUPOS VULNERABLES**

PRESENTADO POR: Espinoza Quintana, Cinthia

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

**HUANCVELICA – PERÚ
2020**

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huancavelica a los dieciséis días del mes de diciembre a las 8:00 horas del año 2020 se reunieron los miembros del jurado evaluador de la sustentación de tesis del (la) egresado(a):

ESPINOZA QUINTANA, CINTHIA

Siendo los jurados evaluadores:

Presidente : Mg. Tula Susana GUERRA OLIVARES
Secretario : Dra. Jenny MENDOZA VILCAHUAMAN
Vocal : Dra. Rossibel Juana MUÑOZ DE LA TORRE

Para calificar la sustentación de la tesis titulada:

CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y FAMILIARES DE LOS NIÑOS DEL ANEXO DE CHALHUAPUQUIO, SAN RAMÓN, JUNIN 2020.

Concluida la sustentación de forma síncrona, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° ° 387-2020-D-FCS-R-UNH, concluyendo a las 8:40 horas. Acto seguido, el presidente del jurado evaluador informa al o los sustentantes que suspendan la conectividad para deliberar sobre los resultados de la sustentación llegando al calificativo de: APROBADO por UNANIMIDAD.

Observaciones:

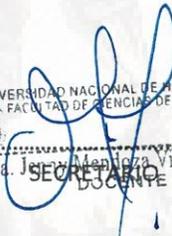
.....
.....
.....

Ciudad de Huancavelica, 16 de diciembre del 2020

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
DECANA

.....
PRESIDENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Dra. Jenny MENDOZA VILCAHUAMAN
SECRETARIO
DOCENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD


.....
Dra. Rossibel J. Muñoz De la Torre
VOCAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO

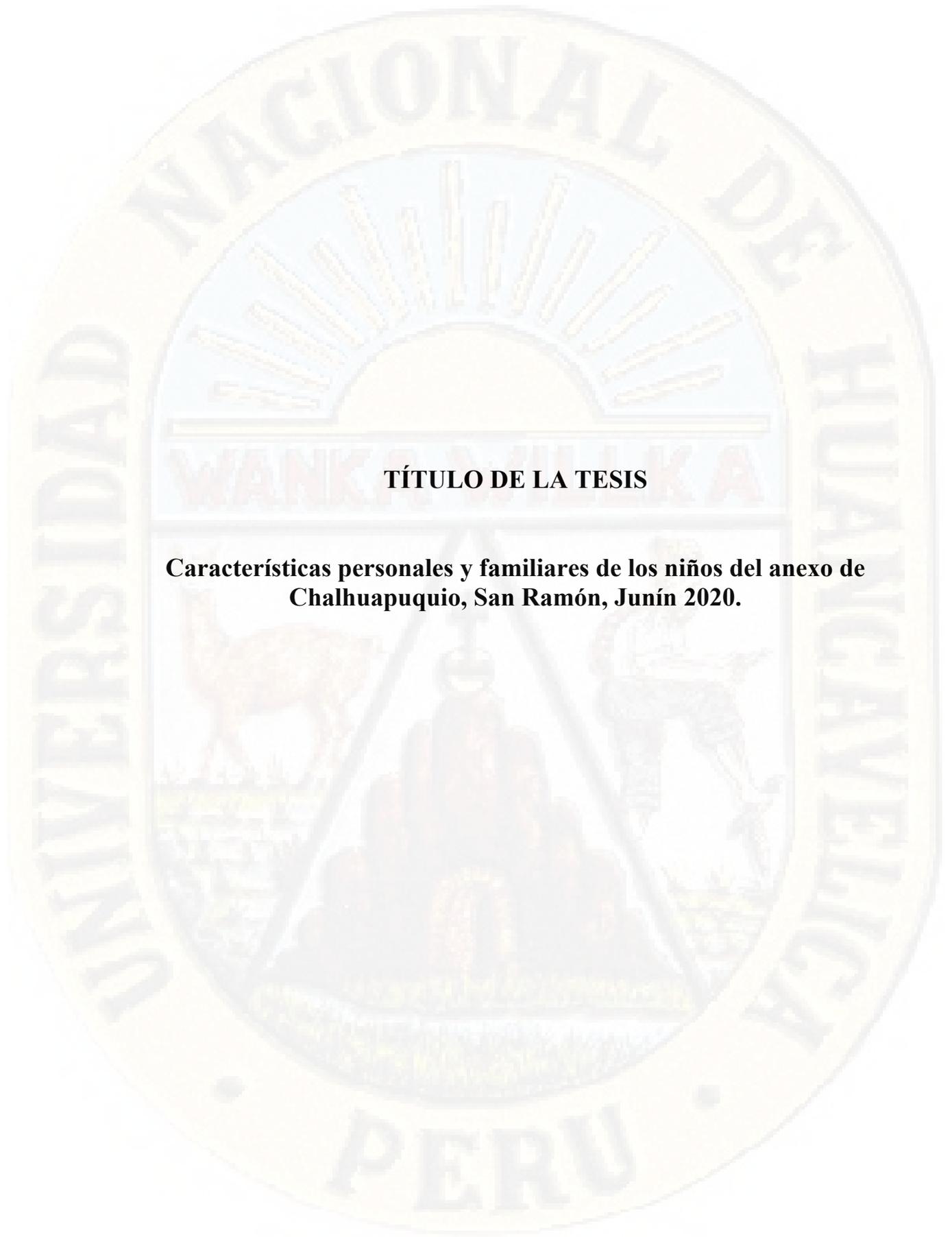
Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
DECANA
VºBº DECANA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA
DOCENTE

Dra. Jenny MENDOZA VILCAHUAMAN
SECRETARIA
DOCENTE

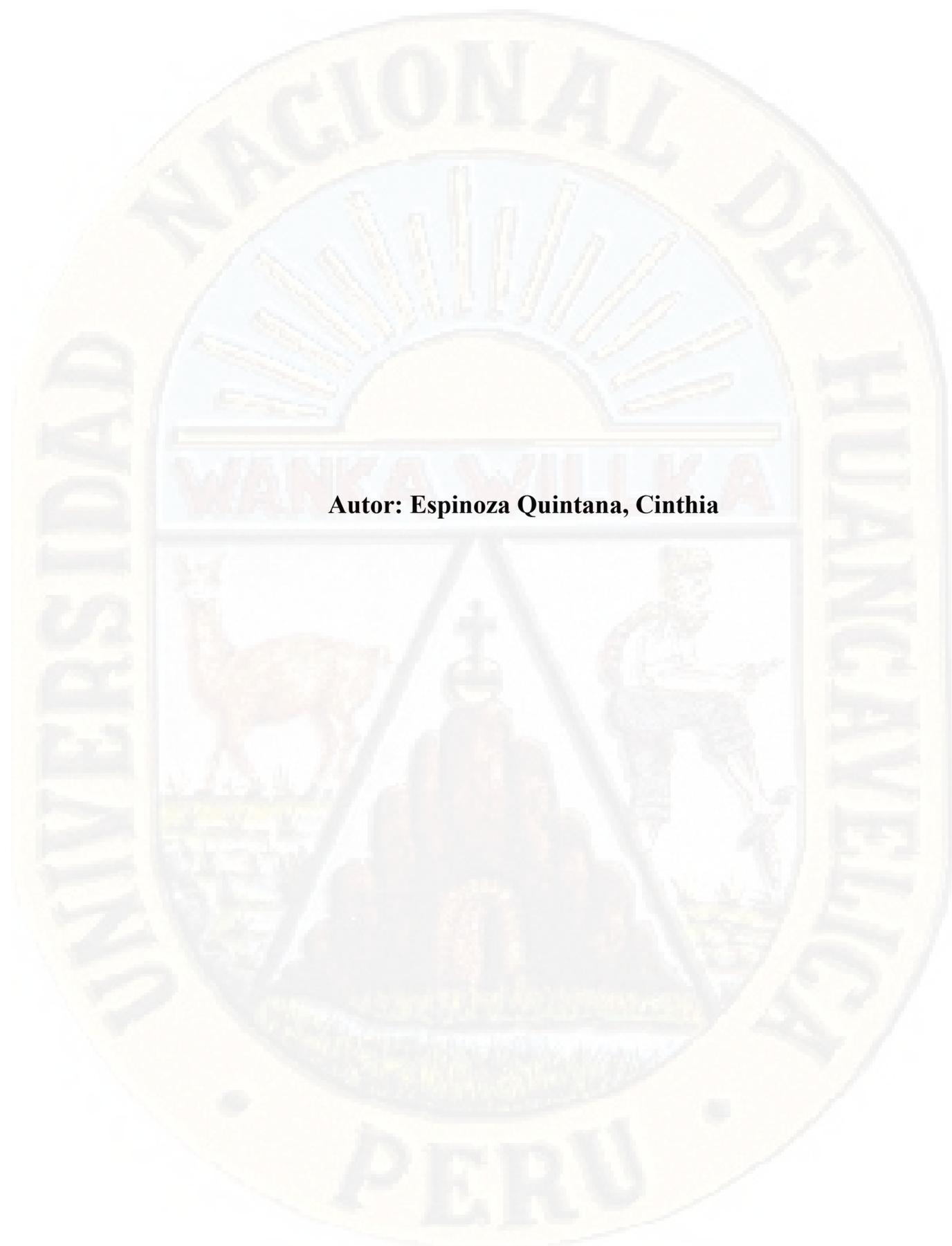
Acta de sustentación



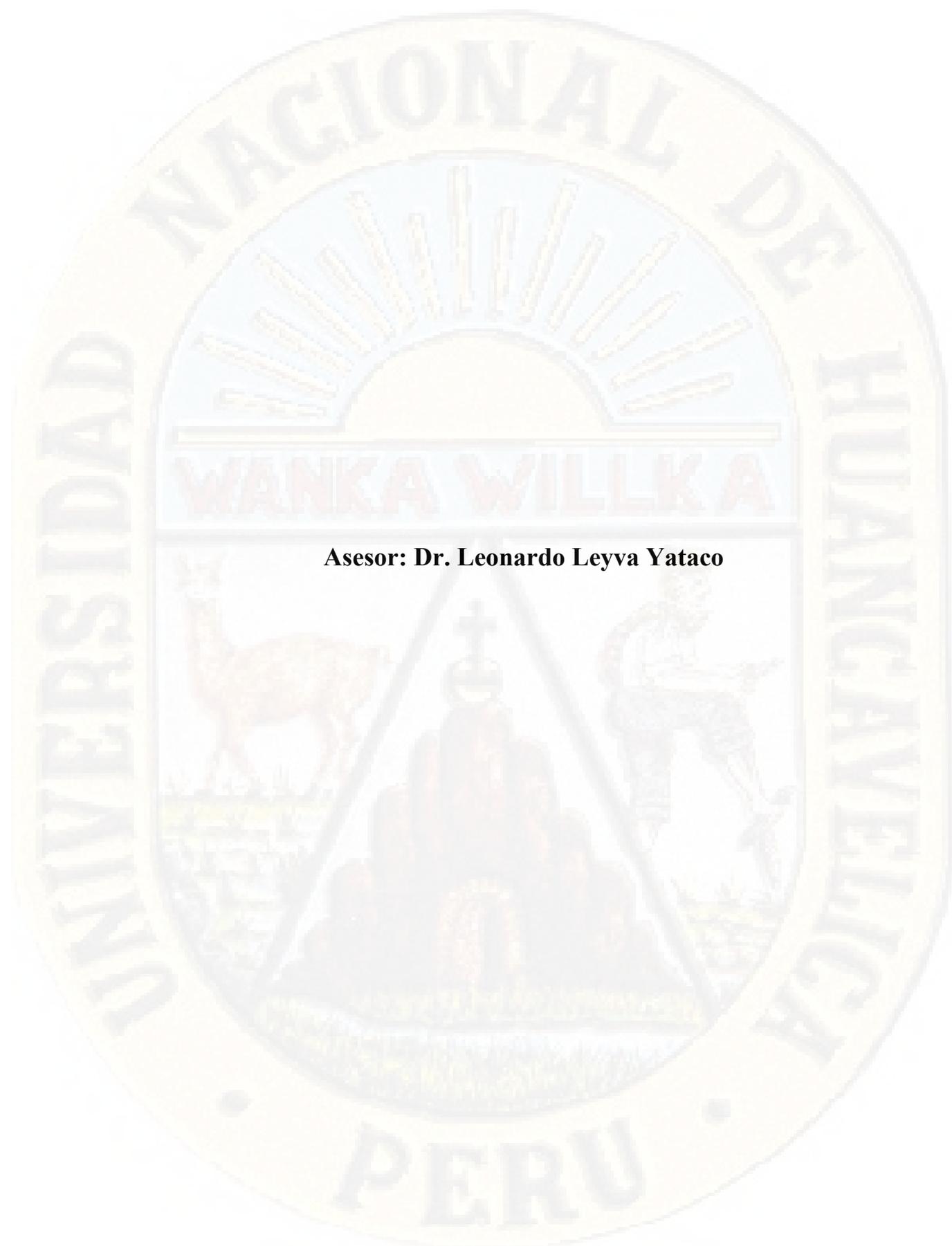


TÍTULO DE LA TESIS

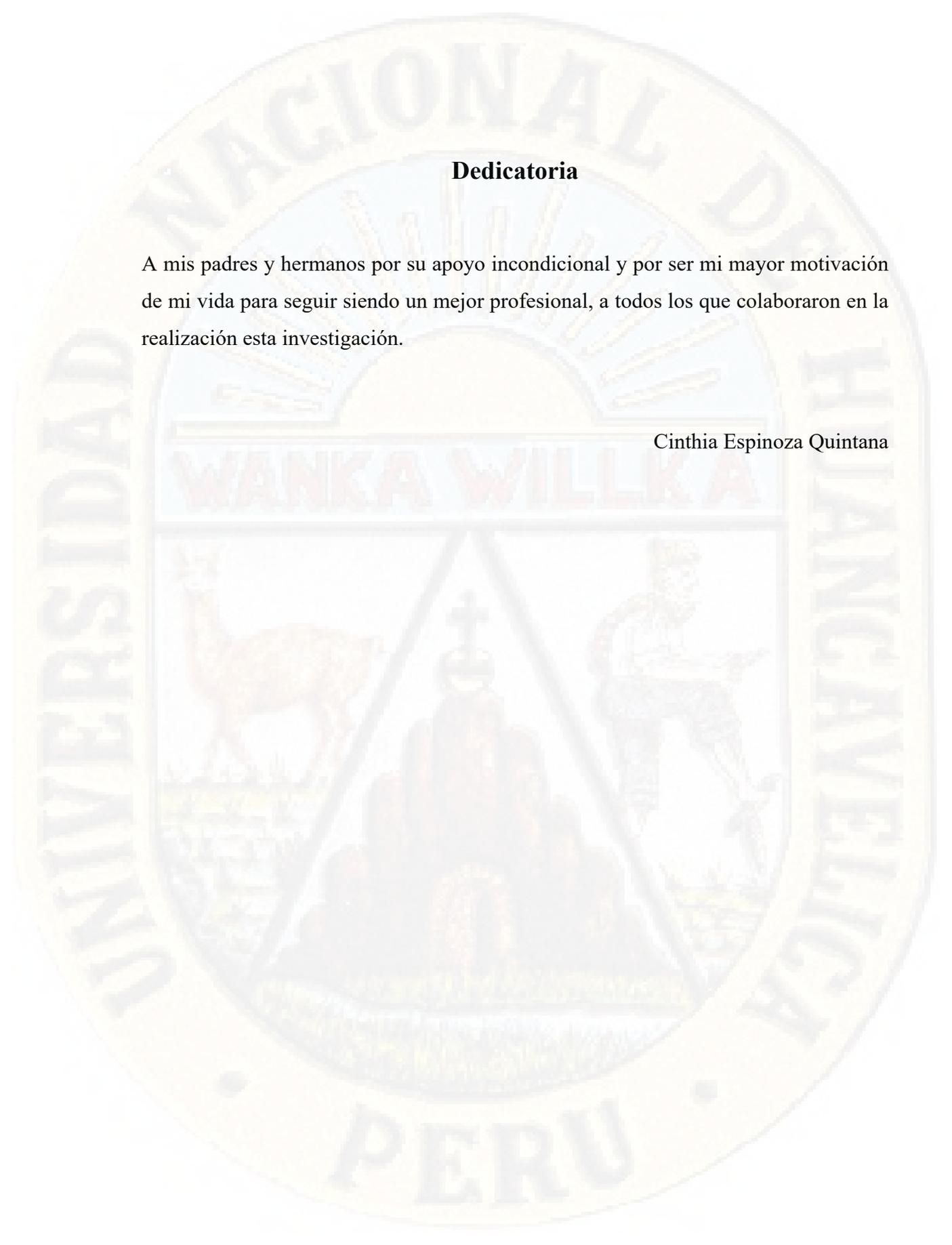
Características personales y familiares de los niños del anexo de Chahuapuquio, San Ramón, Junín 2020.



Autor: Espinoza Quintana, Cinthia



Asesor: Dr. Leonardo Leyva Yataco



Dedicatoria

A mis padres y hermanos por su apoyo incondicional y por ser mi mayor motivación de mi vida para seguir siendo un mejor profesional, a todos los que colaboraron en la realización esta investigación.

Cinthia Espinoza Quintana

Agradecimiento

A Dios por darme la oportunidad de crecer profesionalmente y permitir ser constante para lograr mis objetivos y a la Universidad Nacional de Huancavelica - Facultad de Ciencias de la Salud, quien me acogió y me dio la oportunidad de mejorar mis competencias y lograr la especialidad en Salud Familiar y Comunitaria

Al Dr. Leonardo Leyva, por el apoyo en la contribución de sus sabios conocimientos y su experiencia para realizar esta investigación.

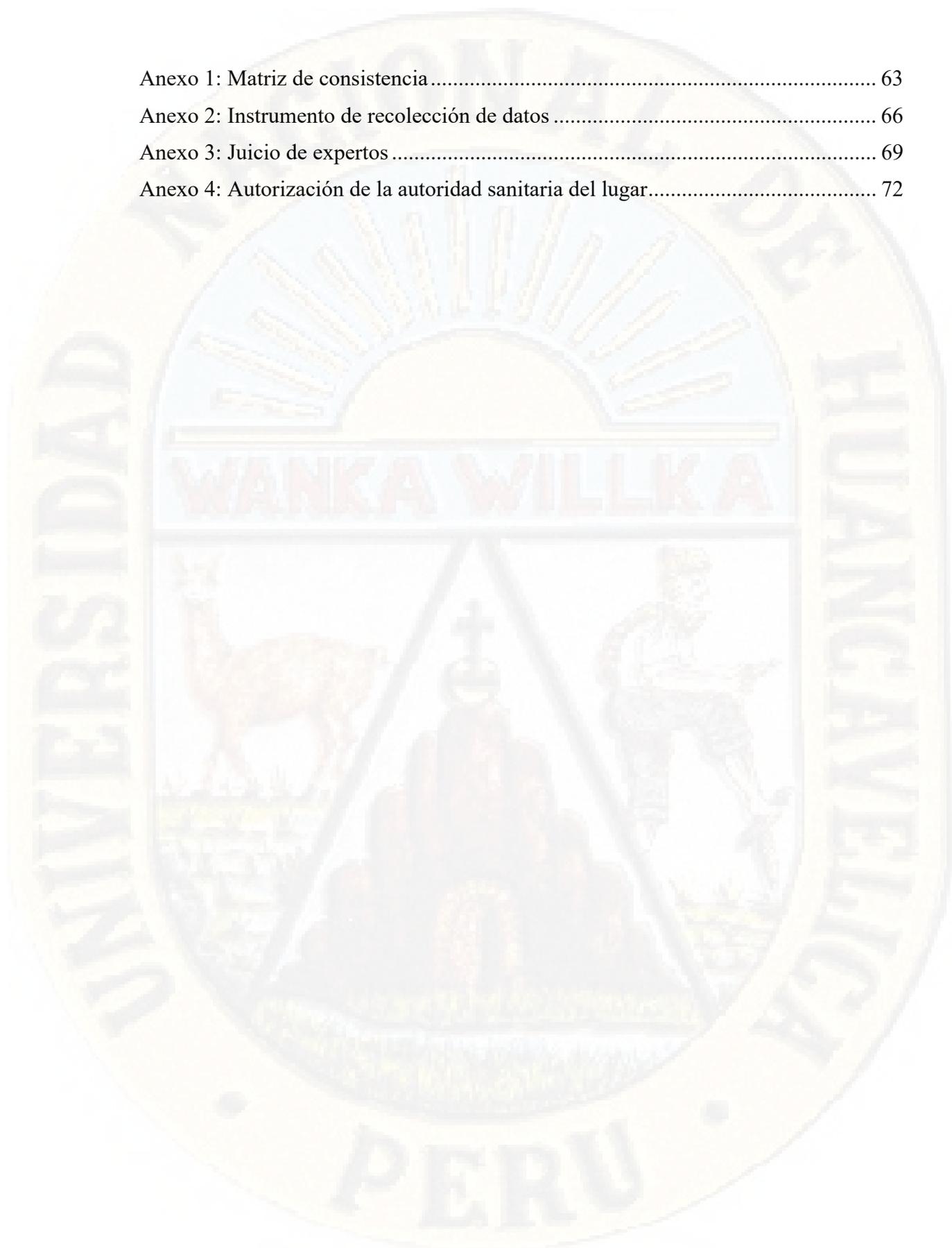
A toda mi familia por el amor la confianza y la motivación para culminar esta etapa en mi vida profesional.

Cinthia Espinoza Quintana

Índice

Dedicatoria	vi
Agradecimiento	vii
Índice.....	viii
Índice de tablas.....	x
Resumen.....	xi
Abstract	xii
Introducción	xiii
CAPÍTULO I	
EL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del problema.....	15
1.2. Formulación del problema	17
1.3. Objetivos de la investigación	17
1.4. Justificación	18
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación	20
2.2. Bases teóricas	25
2.3. Definición de términos.....	41
2.4. Identificación de variables	42
2.5. Operacionalización de variables	43
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Tipo de investigación	44
3.2. Nivel de investigación.....	44
3.3. Métodos de investigación.....	44
3.4. Diseño de investigación	45
3.5. Población, muestra y muestreo	45
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	46
3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	46
CAPÍTULO IV	
PRESENTACION DE RESULTADOS	
4.1. Presentación e interpretación de datos	47
4.2. Discusión de resultados.....	52
Conclusiones	56
Recomendaciones.....	57
Referencias bibliográficas.....	58
Anexos:	62

Anexo 1: Matriz de consistencia.....	63
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos	66
Anexo 3: Juicio de expertos	69
Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar.....	72



Índice de tablas

Tabla 1.	Características personales de los niños del anexo de Chahuapuquio, San Ramón, Junín 2020.	47
Tabla 2.	Morbilidades en los niños del anexo de Chahuapuquio, San Ramón, Junín 2020.	48
Tabla 3.	Características del jefe de familia en los niños del anexo de Chahuapuquio, San Ramón, Junín 2020.	49
Tabla 4.	Características familiares de los niños del anexo de Chahuapuquio, San Ramón, Junín 2020.	50

Resumen

Objetivo. Determinar las características personales y familiares de los niños del anexo de Chaluapuquio del distrito de San Ramón, Junín 2020. **Método.** La investigación fue de corte transversal, observacional de nivel descriptivo. Utilizo el método inductivo, su diseño fue descriptivo. La población fueron todos los niños del anexo de Chaluapuquio del distrito de San Ramón, registrados en la institución educativa y establecimiento de salud del ámbito jurisdiccional en el 2020; que según registros fueron 50 niños. El estudio fue censal. La técnica fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. **Resultados.** El 22% (11) tuvieron de 1 a 5 años, el 78% (39) tuvieron más de 5 años, el 50% (25) fueron niñas. El 82% (41) fueron beneficiarios de Qali Warma, el 12% (6) del Vaso de Leche y el 6% (3) no fueron beneficiarios de ningún programa. El 62% (31) tuvieron alguna morbilidad. En los niños de 1 a 5 años; el 36,4% (4) tuvieron desnutrición crónica, el 36,4% (4) anemia y el 9,1% (1) infección respiratoria aguda. En los niños mayores de 5 años; el 61,5% (24) tuvieron anemia, el 33,3% (13) sobrepeso, el 5,1% (2) parasitosis intestinal, el 2,6% (1) obesidad y el 2,6% (1) enfermedad diarreica aguda. El jefe de familia fue el padre en un 62% (31) y la madre en un 38% (19). El 14% (7) de los jefes de familia no tuvieron nivel de instrucción, el 30% (15) tuvieron primaria incompleta, el 14% (7) primaria completa, el 24% (12) secundaria incompleta, el 14% (7) secundaria completa y el 4% (2) educación superior completa. El 66% (33) fueron convivientes, el 22% (11) casados y el 12% (6) solteros. El 40% (20) de los niños tuvieron familias nucleares, el 30% (15) familias reconstituidas, el 14% (7) familias monoparentales y el 16% (8) familias ampliadas. El 34% (17) tuvieron tres integrantes por familia, el 46% (23) cuatro a cinco integrantes por familia y el 20% (10) seis a mas integrantes por familia. El 30% (15) tuvieron en sus viviendas pisos de madera y el 70% (35) pisos de cemento. El 74% (37) tuvieron letrinas y el 26% (13) pozo séptico. El 100% (50) eliminaban sus residuos sólidos a través de carro recolector, tuvieron abastecimiento de agua de ríos y/o manantiales, y consumían tres comidas por día. El 24% (12) de las familias tuvieron un ingreso familiar menor o igual a 300 soles, el 54% (27) un ingreso familiar de 301 a 600 soles, el 14% (7) un ingreso familiar de 601 a 900 soles y 8% (4) un ingreso familiar de 901 a 1000 soles. **Conclusiones.** La mitad de los niños fueron de sexo femenino, beneficiarios de Qali Warma, Vaso de Leche, la mayoría con morbilidad como la anemia, desnutrición, sobrepeso e infecciones agudas, los jefes de familia fueron varones, convivientes de bajo nivel educativo. Las familias en su mayoría fueron nucleares o reconstituida en condiciones de pobreza con ingresos económicos escasos.

Palabras clave: Características de los niños, características familiares, inequidades en los niños, morbilidad en los niños.

Abstract

Objective. Determine the personal and family characteristics of the children of the Chalhupiquio annex of the San Ramón district, Junín 2020. **Method.** The research was cross-sectional, observational at a descriptive level. I use the inductive method, its design was descriptive. The population was all the children of the Chalhupiquio annex of the San Ramón district, registered in the educational institution and health establishment of the jurisdictional scope in 2020; that according to records were 50 children. The study was census. The technique was the survey and the instrument the questionnaire. **Results.** 22% (11) were between 1 and 5 years old, 78% (39) were over 5 years old, 50% (25) were girls. 82% (41) were beneficiaries of Qali Warma, 12% (6) of Vaso de Leche and 6% (3) were not beneficiaries of any program. 62% (31) had some morbidity. In children from 1 to 5 years; 36.4% (4) had chronic malnutrition, 36.4% (4) anemia, and 9.1% (1) acute respiratory infection. In children older than 5 years; 61.5% (24) had anemia, 33.3% (13) were overweight, 5.1% (2) intestinal parasitosis, 2.6% (1) obesity and 2.6% (1) acute diarrheal disease. The head of the family was the father in 62% (31) and the mother in 38% (19). 14% (7) of the heads of families had no level of education, 30% (15) had incomplete primary school, 14% (7) completed primary, 24% (12) incomplete secondary, 14% (7) complete secondary education and 4% (2) complete higher education. 66% (33) were cohabiting, 22% (11) were married and 12% (6) were single. 40% (20) of the children had nuclear families, 30% (15) reconstituted families, 14% (7) single-parent families and 16% (8) extended families. 34% (17) had three members per family, 46% (23) had four to five members per family and 20% (10) had six or more members per family. 30% (15) had wooden floors in their homes and 70% (35) cement floors. 74% (37) had latrines and 26% (13) had a septic tank. 100% (50) eliminated their solid waste through a collection car, had a water supply from rivers and / or springs, and consumed three meals per day. 24% (12) of the families had a family income less than or equal to 300 soles, 54% (27) a family income of 301 to 600 soles, 14% (7) a family income of 601 to 900 soles and 8% (4) a family income of 901 to 1000 soles. **Conclusions.** Half of the children were female, beneficiaries of Qali Warma, Vaso de Leche, the majority with morbidity such as anemia, malnutrition, overweight and acute infections, the heads of the family were male, cohabiting with low educational level. The majority of families were nuclear or reconstituted in conditions of poverty with little economic income.

Keywords: Child characteristics, family characteristics, inequities in children, morbidity in children.

Introducción

La Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y UNICEF, encontraron que uno de cada cinco niños de esta región es extremadamente pobre y afecta a más de 32 millones de ellos; en las zonas rurales, tres de cada cuatro niños viven en pobreza, mientras que, en las zonas urbanas, uno de cada tres está en esta situación; por otra parte, 2,3 millones de niños tienen bajo peso para la edad y 8,8 millones están afectados por desnutrición crónica (1, 2).

Cuatro de cada 10 niños de zonas rurales se enfrentan a privaciones vinculadas con las inadecuadas condiciones de las viviendas que habitan; en la región de Latinoamérica, el problema de saneamiento es más frecuente que el de acceso al agua potable: el 9,4% de los niños (16,8 millones) sufre privaciones graves al respecto porque no cuenta con un sistema de drenaje por alcantarillado, lo que contamina su entorno inmediato; otro 16,3% sufre privaciones moderadas, ya que los mecanismos para la eliminación de desechos son inadecuados (2). Aproximadamente 22 millones de niños se ven afectados, ya sea en forma moderada o grave, por un deficiente acceso al agua potable; respecto de las privaciones asociadas con la habitabilidad de la vivienda (1, 2).

Las familias de los niños frecuentemente son nucleares, en su mayoría se integran por dos hijos, dos de cada diez son familias ampliadas; la tendencia indica un constante crecimiento de este tipo de familia debido a que cada vez hay mayor presencia de hogares encabezados por mujeres (3, 4). En el Perú, la anemia y la desnutrición son percibidas como los mayores problemas que afectan a los niños; un 19% tienen limitado acceso a servicios básicos como agua potable y saneamiento (5).

En Lima la población señala a la violencia contra la infancia como el mayor problema que afecta a los niños en un 33%, seguido de la anemia y la desnutrición en un 27%; en el interior del país el orden se invierte: la anemia y la desnutrición son señalados como los mayores problemas para la infancia en un 33%, y en segundo lugar la violencia contra la infancia en un 26% (5). Según ENDES 2014, una de cada cuatro

viviendas a nivel nacional (24,3%) no cuenta con una fuente segura de agua, ni de saneamiento. En las zonas rurales este déficit alcanza el 37,5%, el doble de las zonas urbanas (5).

En la región Junín, específicamente en el anexo de Chahuapucquio del distrito de San Ramón; no hay estudios sobre lo mencionado; situación que motivó a estudiar las características personales y familiares de estos niños; los resultados de este estudio nos permitirán conocer y caracterizar esta situación según el contexto en el que vive el niño(a) y sus familias, con la finalidad de implementar acciones estratégicas para responder a las necesidades inmediatas de los niños en implementar mejoras en los determinantes de la salud.

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

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

En un estudio reciente realizado por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y UNICEF, se encontró que uno de cada cinco niños de esta región es extremadamente pobre, flagelo que afecta a más de 32 millones de ellos, y uno de cada tres en situación de pobreza extrema se ve afectado en más de un derecho fundamental; en las zonas rurales, tres de cada cuatro niños viven en pobreza, mientras que en las zonas urbanas, uno de cada tres está en esta situación; por otra parte, 2,3 millones de niños tienen bajo peso para la edad y 8,8 millones están afectados por desnutrición crónica (1, 2).

Cuatro de cada 10 niños de zonas rurales se enfrentan a privaciones vinculadas con las inadecuadas condiciones de las viviendas que habitan; en la región de Latinoamérica, el problema de saneamiento es más frecuente que el de acceso al agua potable: el 9,4% de los niños (16,8 millones) sufre privaciones graves al respecto porque no cuenta con un sistema de drenaje por alcantarillado, lo que contamina su entorno inmediato; otro 16,3% sufre privaciones moderadas, ya que los mecanismos para la eliminación de desechos son inadecuados (2).

En total, los niños con privaciones, sean graves o moderadas, suman poco más de 46 millones en la región; por otra parte, 22 millones se ven afectados, ya sea en forma moderada o grave, por un deficiente acceso al agua potable; respecto de las privaciones asociadas con la habitabilidad de la vivienda, 11,1 millones de niños se ven afectados de forma severa y 32,1 millones de forma moderada por las condiciones inadecuadas de esta (1, 2).

Las familias de los niños frecuentemente son nucleares, en su mayoría se integran por dos hijos, dos de cada diez son familias ampliadas; la tendencia

indica un constante crecimiento de este tipo de familia debido a que cada vez hay mayor presencia de hogares encabezados por mujeres (3, 4). Los cambios en el tamaño, la estructura y la organización, especialmente los vinculados a la incorporación de las mujeres al mundo laboral y el incremento de la migración, entre otros, han impactado en las familias, tanto en la cotidianidad como en su construcción sociocultural (3, 4).

En el Perú, la anemia y la desnutrición son percibidas como los mayores problemas que afectan a los niños; un 19% tienen limitado acceso a servicios básicos como agua potable y saneamiento; este es uno de los mayores problemas de los niños; también se señala la mala calidad de la educación en un 13% y falta de cunas y servicios de atención para los niños menores de 3 años en un 7% (5).

En Lima la población señala a la violencia contra la infancia como el mayor problema que afecta a los niños en un 33%, seguido de la anemia y la desnutrición en un 27%; en el interior del país el orden se invierte: la anemia y la desnutrición son señalados como los mayores problemas para la infancia en un 33%, y en segundo lugar la violencia contra la infancia en un 26% (5). Según ENDES 2014, una de cada cuatro viviendas a nivel nacional (24,3%) no cuenta con una fuente segura de agua, ni de saneamiento. En las zonas rurales este déficit alcanza el 37,5%, el doble de las zonas urbanas (5).

En las zonas rurales la anemia y la desnutrición se presentan en mayor proporción y son considerados por la población como el problema más grave de la infancia; a nivel nacional, hay más de un millón de niños menores de 5 años con anemia y más de 400 mil con desnutrición crónica; la desnutrición en los niños menores de 5 años es 14,6%; la anemia en niños menores de 5 años es 35,6% (5).

Muchos niños de países en desarrollo no alcanzan a realizar todas sus potencialidades porque sus familias son muy pobres; no cuentan con una

nutrición y unos cuidados adecuados, y sus oportunidades de aprender son limitadas (6).

En la región Junín, específicamente en anexo de chahuapuquio del distrito de San Ramon; no hay estudios sobre lo mencionado; situación que motivó a estudiar las características personales y familiares de los niños en el anexo de chahuapuquio, lugar donde existen diversas inequidades, con problemas de necesidades básicas insatisfechas; los resultados de este estudio nos permitirán conocer y caracterizar esta situación según el contexto en el que vive el niño(a) y sus familias, con la finalidad de implementar acciones estratégicas para responder a las necesidades inmediatas de los niños en implementar mejoras en las determinantes de la salud del niño(a).

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las características personales y familiares de los niños del anexo de Chahuapuquio del distrito de San Ramón, Junín 2020?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características personales de los niños del anexo de Chahuapuquio del distrito de San Ramón, Junín 2020?
- ¿Cuáles son las características del jefe de familia de los niños del anexo de Chahuapuquio del distrito de San Ramón, Junín 2020?
- ¿Cuáles son las características familiares de los niños del anexo de Chahuapuquio del distrito de San Ramón, Junín 2020?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar las características personales y familiares de los niños del anexo de Chahuapuquio del distrito de San Ramón, Junín 2020.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las características personales de los niños del anexo de Chalhupuquio del distrito de San Ramón, Junín 2020.
- Identificar las características del jefe de familia de los niños del anexo de Chalhupuquio del distrito de San Ramón, Junín 2020.
- Identificar las características familiares de los niños del anexo de Chalhupuquio del distrito de San Ramón, Junín 2020.

1.4. Justificación

Las inequidades existentes en una misma población, ya sea a nivel local, estatal o de un país, propician que ciertos grupos de la población tengan menor acceso a la educación formal, a trabajos seguros, a una adecuada remuneración; además, nacen y viven en condiciones de desventaja (7). En el caso de la salud, estas desventajas propician que se presenten enfermedades y muerte en mayor proporción que el resto de la población que se encuentra en condiciones más favorables (7). Esta asociación está identificada a través del ciclo de la vida y, paradójicamente a lo que se pensaba hace algunas décadas, las inequidades sociales y en salud existen aún en países desarrollados o "ricos"; independientemente de que cuenten con sistemas universales de educación y salud, estos contrastes permanecen y, en algunos casos, van en aumento (1, 7)

En las zonas rurales la anemia y la desnutrición se presentan en mayor proporción y son considerados por la población como el problema más grave de la infancia; a nivel nacional, hay más de un millón de niños menores de 5 años con anemia y más de 400 mil con desnutrición crónica; la desnutrición en los niños menores de 5 años es 14,6%; la anemia en niños menores de 5 años es 35,6% (5).

En la región Junín, específicamente en anexo de chalhupuquio del distrito de San Ramon; no hay estudios sobre lo mencionado; situación que motivó a estudiar las características personales y familiares de los niños en el anexo de

chalhuapuquio, lugar donde existen diversas inequidades, con problemas de necesidades básicas insatisfechas.

Los resultados y su interpretación adecuada permitirán conocer las características personales y familiares de la niñez en el contexto del anexo de Chalhuapuquio; así como las morbilidades mas frecuentes; esto contribuirá a integrar procedimientos que permitan el bienestar de la niñez con una intervención integral; orientar las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades de una manera eficaz y eficiente; proponer medidas de educación y capacitación en salud familiar y comunitaria.

El análisis contextual permitirá tomar decisiones para implementar estrategias integrales en salud del niño con involucramiento familiar y comunitario; a fin de contribuir a cambiar las determinantes de la salud para el bienestar familiar y de la niñez.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

Álvarez et al (8), realizaron una investigación en la niñez con el propósito de examinar la prevalencia de sobrepeso, obesidad, niveles de actividad física y de autoestima de la población infantil centroamericana, comparándoles según sexo y país; este estudio comparativo transversal de muestra probabilística aleatoria por conglomerados evaluó 5291 estudiantes matriculados en cuarto, quinto y sexto grado, de los cuales 52,3% fueron niñas y 47,7% niños, pertenecientes a 73 centros educativos de Guatemala, Honduras, El Salvador, Costa Rica, Nicaragua y Panamá, con una edad promedio de $10,90 \pm 1,13$. En todos los países se realizó la medición del peso y la talla para el cálculo del índice de masa corporal, se aplicó el cuestionario de actividad física para niños y niñas mayores (PAQ-C) y el cuestionario LAWSEQ para la medición del nivel de autoestima; los resultados de esta investigación mostraron una prevalencia de sobrepeso y obesidad del 25%, un nivel de actividad física bajo en un 35,1% y una baja autoestima en el 44,3%; asimismo, al determinar el efecto del país de procedencia y del género sobre el índice de masa corporal, nivel de actividad física y autoestima, controlando la edad como una covariable, se encontró que El Salvador presentó el mayor promedio de índice de masa corporal y el menor nivel de actividad física junto a Honduras y Panamá.

Cardona et al (9), estudiaron la salud indígena en el siglo XXI; con el objetivo de determinar la prevalencia de parasitismo intestinal, desnutrición y anemia, y su asociación con condiciones de vida, en niños emberá-chamí de Colombia; materiales y métodos: estudio descriptivo transversal y prospectivo con 184 niños; se aplicó una encuesta sobre condiciones de vida y se realizaron mediciones antropométricas, hemograma, ferritina y parásitos intestinales por los métodos directo y de concentración formol-éter; los datos se analizaron en SPSS 21, Anthro y Anthro plus, con frecuencias, medidas de resumen, chi cuadrado de Pearson, exacta de Fisher, U de Mann Whitney y t Student; resultados: el 76% tienen viviendas con piso de cemento, 53% alcantarillado y 26% pozo séptico; el hacinamiento domiciliario afecta a 35% de las familias, la mediana de los ingresos monetarios familiares mensuales fue US\$ 133 (48% del salario mínimo mensual); se halló ferropenia en 2%, anemia en 13%, desnutrición global o en riesgo de desarrollarla 17%, desnutrición crónica 8% y en riesgo de desnutrición crónica 21%; la prevalencia de parasitismo intestinal fue de 93,5%, la prevalencia de parásitos patógenos fue 83,4% siendo mayor en niños con desnutrición global y crónica, cefalea y con dolor abdominal; conclusiones: este estudio contribuye a los objetivos plasmados en Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas; el resguardo presenta altas prevalencias de parásitos intestinales, anemia y desnutrición y sus principales factores de riesgo, lo que evidencia la necesidad de mejorar programas de educación, atención en salud, control y seguimiento, dadas las graves consecuencias de estas infecciones y enfermedades en la salud individual y colectiva.

2.1.2. Nivel nacional

Peñaloza (10), investigo las características de las familias de los niños con el objetivo de determinar las características de la familia

del niño menor de cinco años atendido en el Hospital San Martín de Pangoa, 2018; la metodología utilizada fue una investigación de tipo descriptivo, observacional, prospectivo de corte transversal; los métodos aplicados fueron el inductivo y observacional cuyo nivel y diseño de investigación fue descriptivo; se trabajó con todas las familias del niño menor de cinco años, que se atendieron en el Hospital en los meses de diciembre y enero 2019, siendo un total de 101 familias, se utilizó dos técnicas la encuesta con su instrumento el cuestionario y la ficha de observación aplicados en el consultorio del Hospital luego en visitas domiciliarias; luego los datos se procesaron en el paquete estadístico Spss versión 22 para calcular las frecuencias; los resultados hallados fueron: las características de la familia del niño menor de cinco años son de tipo extensiva (40,6%), es decir viven con padres, hermanos y abuelos; las madres de familia son adultas el 50,5%; con el grado de instrucción secundaria el 60,4%, de estado civil conviviente; amas de casa el 52,5%, con tres hijos el 81,1%, con dos niños menores de cinco años en casa el 96%; entre las características sanitarias de la familia del niño menor de cinco años se halló que sus paredes de la vivienda son de adobe del 65,4%, piso de tierra el 64,4%, techo de calamina (35,6%) y estera y palos (31,7%), además que utilizaban gas el 51,5%, agua no segura el 33,7%, usaban letrinas el 62,4%, en cuanto a disposición de residuos sólidos no cuenta con tachos el 52,5%, no separa los residuos el 51,5%, estos residuos eran eliminados en carro recolector el 47,5% y campo abierto el 46,5%; no cuentan con desagüe el 53,5% y crían animales como gato, cuy y perro pero no hubo convivencia con el animal en el 71,3%; en conclusión, las características de las familias del niño menor de cinco años, es extensiva, en su mayoría dos son menores de cinco años y las características sanitarias son diversas pues no cuenta con tachos para los residuos sólidos y aún hay carencia de agua segura para consumo como la falta de desagüe.

Díaz et al (11), estudiaron el desarrollo infantil en zonas pobres de Perú; con el objetivo de mostrar la influencia de varios factores socioeconómicos en el desarrollo motor y del lenguaje de los niños menores de 5 años a partir del estudio de línea de base realizado en el marco del Programa Conjunto de Infancia, Seguridad Alimentaria y Nutrición, implementado por cinco agencias de Naciones Unidas en 65 distritos de los departamentos de Loreto, Ayacucho, Huancavelica y Apurímac de Perú; en cuanto a los métodos se aplicaron modelos de regresión logística dicotómica para estimar la probabilidad de adquisición de los hitos motores y del lenguaje, y modelos de regresión polinomial para estimar el último hito y el número de hitos alcanzados; se analizó la influencia de la educación de la madre, la ubicación de la vivienda (urbana o rural) y las necesidades básicas insatisfechas, sobre la diferencia entre el resultado alcanzado y el esperado para la edad; se encontró que los niños de áreas rurales, hijos de madres con baja escolaridad y pertenecientes a hogares con necesidades básicas insatisfechas exhiben valores más bajos en las dos áreas del desarrollo; el retraso se incrementa al aumentar el número de condiciones de riesgo; en conclusión la evaluación del desarrollo y el acompañamiento a las familias en el proceso de crianza de los niños debe ser priorizado por los sistemas de salud y los programas sociales, Los instrumentos utilizados han sido sensibles a tres criterios de validación.

Cavero et al (12), describieron la experiencia en la gestión de evaluaciones de impacto del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) como uno de los instrumentos del presupuesto por resultados, y documenta el diseño de las evaluaciones de impacto a tres programas sociales emblemáticos y los resultados obtenidos, haciendo énfasis en aquellos vinculados a la salud de su población objetivo; estos son el Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF) del Programa Nacional Cuna Más, el Programa Nacional de Apoyo

Directo a los Más Pobres JUNTOS y el Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65; los resultados muestran que el SAF generó mejoras en el desarrollo cognitivo y de lenguaje en los niños mas no en las prácticas de cuidado infantil de las madres, ni en el estado nutricional de los niños; JUNTOS logró incrementos en el gasto per cápita, gasto en alimentos, disminución de la severidad de pobreza y mejoras en el logro educativo; sin embargo, no se encontraron resultados significativos en la mayoría de indicadores de salud prenatal ni estado nutricional infantil; Pensión 65 mejoró la salud emocional del adulto mayor (depresión, autovaloración), pero no se evidenció aumentos en el uso de servicios de salud por parte de los adultos mayores ni mejoras en su salud física; se recomienda que dichos programas fortalezcan sus diseños y acciones de articulación con el Ministerio de Salud y entre diferentes niveles de Gobierno, cuando corresponda, a fin de mejorar la oferta y contenidos de las prácticas saludables y optimizar la prestación de los servicios de salud.

Rodríguez y Sánchez (13), estudiaron las características socioeconómicas de la familia y alimentación complementaria en niños; con el objetivo de analizar las características socioeconómicas de la familia y su relación con la alimentación complementaria; el diseño de investigación es descriptivo, correlacional y transversal constituido por una población de 60 familias de niños menores de 2 años del Puesto de salud Chuyabamba – Chota; en la investigación, se utilizó como instrumento: una encuesta para describir las características socioeconómicas de la familia y la alimentación complementaria de los niños menores de 2 años; teniendo como resultados que del total de la población encuestada, el 50% de las madres tienen una edad entre 24 y 31 años, el 38,3% no tienen instrucción, el 53,3% son convivientes, el 88,3% son amas de casa, el 60% de los padres se dedican a la agricultura, el 78,3% de las

familias tienen un ingreso mínimo vital (menos de 750 nuevos soles), el 50% de familias gastan mensualmente en alimentos más de 200 nuevos soles, el 53,3% de las familias cuentan con vivienda propia, el 45% consumen agua de pozo; en cuanto a la alimentación complementaria, el 63,3% brindan una alimentación complementaria inadecuada, y el 36,7% proporcionan alimentación complementaria adecuada; también encontramos que algunas características socioeconómicas de la familia guardan relación significativa con la alimentación complementaria, tales como la edad de la madre ($P = 0,034$), nivel educativo de la madre ($P = 0,019$), ingreso económico familiar ($P = 0,018$), tenencia de vivienda ($P = 0,005$), abastecimiento de agua ($P = 0,000$), Por tanto, se afirma la hipótesis planteada.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Infancia y niñez

Los términos de infancia y niñez suelen ser confundidos por la mayoría de las personas, sin embargo, existen diferenciaciones muy marcadas de cada una de estas etapas de formación inicial en la vida de una persona; por un lado, la infancia es el proceso que transcurre desde los 0 años hasta los 6 años de edad, aquí el infante se caracteriza por desarrollar el área sensorial, percibir los aromas, los cambios de temperatura y las sensaciones de las texturas, en esta edad se pone a prueba la capacidad para adaptarse a nuevas reglas y relaciones; alentados por su creciente despliegue de nuevos logros y habilidades, los niños preescolares también son cada vez más conscientes de las restricciones impuestas por el mundo de los adultos y las limitaciones de sus propias capacidades (1, 3, 14, 15).

Mientras que en la niñez, el niño tiene de 6 años a los 12, pasa de percibir el ambiente a través de sus estímulos a interactuar de forma

directa con él; es el periodo en el que los niños se separan cada vez más de sus padres y buscan la aceptación de los maestros, de otros adultos y de los compañeros; los niños comienzan a sentirse bajo presión para ajustarse al estilo y los ideales del grupo de iguales; la autoestima se convierte en un tema central, ya que los niños desarrollan la capacidad cognitiva para considerar su propia autoevaluación y la percepción de cómo les ven otras personas; por primera vez, se ven juzgados de acuerdo con su capacidad para producir resultados valorados en la sociedad, como obtener buenas notas, tocar un instrumento musical o lograr triunfos deportivos (1, 3, 14, 15).

Desde un punto de vista general la niñez es la etapa del desarrollo humano que abarca desde el nacimiento hasta la entrada a la pubertad o adolescencia, momento que puede variar entre los 11 a 12 años según la persona (3, 14, 15).

2.2.2. La importancia de la familia

La convivencia familiar constituye un derecho fundamental de niños, niñas y adolescentes; muchos de los tratados de derechos humanos hacen referencia a la importancia de la familia y al deber que tienen los estados a adoptar medidas de protección a su respecto, Así entendida, la familia representa el núcleo central de protección de la infancia y los niños tienen derecho a vivir con su familia; por tanto, los estados se hallan obligados no solo a disponer y ejecutar directamente medidas de protección de los niños, sino también a favorecer, de la manera más amplia, el desarrollo y la fortaleza del núcleo familiar; en especial en el caso de las familias que tienen a cargo niños con discapacidad (16).

Existe una serie de dificultades en relación a la existencia de programas efectivos de protección a la familia en múltiples países de la región; si bien en la mayoría de los estados han desarrollado políticas de apoyo a las familias, el problema principal que se ha identificado es el relacionado con una insipiente cobertura, financiación y eficacia; en especial se han identificado programas de transferencias económicas generalmente condicionadas, pero en muchos casos estos programas no son complementados con otro tipo de formación o acompañamiento social a la familia en materia de protección; por otra parte, se observa con preocupación que no es usual la existencia de programas de apoyo a la situación de los niños jefes de hogar, lo que puede dar lugar a la internación de los mismos en instituciones (16).

Las medidas de apoyo a la familia deberían incluir servicios de guardería, escuelas de jornada completa, y de cuidado temporal que permitan a los padres sobrellevar mejor sus responsabilidades generales para con la familia, incluidas las responsabilidades adicionales inherentes al cuidado de niños con necesidades especiales, así como otros tipos de servicios para responder a las dificultades psicosociales y económicas a las que pueden enfrentarse de manera temporal o no; de la misma manera, deberían tener en cuenta algunas situaciones específicas, como el predominio de los hogares encabezados por mujeres, circunstancia que por ejemplo sucede en el 44% de los casos en Jamaica y que tiene porcentajes muy importantes en otros estados (16).

2.2.3. Desigualdades en la salud infantil

La salud y la enfermedad no siguen una distribución equitativa entre los miembros de la mayoría de las sociedades; existen diferencias en los factores de riesgo, la incidencia y prevalencia, las

manifestaciones, la gravedad y el desenlace de las enfermedades, así como en la disponibilidad y calidad de la asistencia sanitaria; cuando estas diferencias son modificables o evitables, se denominan desigualdades o inequidades (14). El informe Healthy People 2020 del U.S. Department of Health and Human Services (DHHS) define la desigualdad sanitaria como “un tipo específico de diferencia sanitaria estrechamente asociada a desventajas sociales, económicas y/o ambientales; las desigualdades sanitarias tienen una repercusión desfavorable sobre los grupos de personas que sistemáticamente experimentan mayores obstáculos para acceder a la salud a causa de su raza o grupo étnico, religión, nivel socioeconómico (NSE), sexo, edad, salud mental, discapacidad cognitiva, sensorial o física, orientación sexual o identidad de género, localización geográfica u otras características históricamente vinculadas a la discriminación o exclusión” (14).

Los U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) definen las desigualdades sanitarias como “las diferencias evitables en la carga de la enfermedad, las lesiones, la violencia o las oportunidades para lograr un estado de salud óptimo que experimentan las poblaciones socialmente desfavorecidas” (14). Las desigualdades en el estado de salud y la asistencia sanitaria se producen a causa de la distribución desigual de los recursos inherente a las sociedades con una estratificación social, lo cual sucede en los sistemas sociales que clasifican a las personas mediante una jerarquía con un grado desigual de estatus y poder; existe una jerarquía de tener o no tener, basada en estas clasificaciones por grupos (14).

Determinantes de las desigualdades en salud y asistencia sanitaria
Existe diversos determinantes de la salud como los conductuales, sociales, médicos, genéticos, biológicos, ambientales y el bienestar; al aplicar esta clasificación a las desigualdades sanitarias, las conceptualizaciones de las causas primordiales de las desigualdades

en salud ponen de relieve los determinantes de salud más modificables: el entorno físico y social, los factores psicológicos y de salud, la posición, el nivel socioeconómico, el acceso a la asistencia sanitaria y su calidad; las diferencias en el acceso a estos recursos dan lugar a diferencias en los recursos materiales (por ejemplo el dinero, educación, sanidad) o en los factores psicosociales (por ejemplo el locus de control, conductas de adaptación o de riesgo, estrés, conexiones sociales) que pueden contribuir a diferencias en el estado de salud (14).

Los factores de estratificación social, como el nivel socioeconómico, la raza y el sexo, influyen profundamente en los recursos del entorno disponibles para los individuos y los grupos, como los factores del vecindario (por ejemplo la seguridad, espacios saludables), la conexión y el soporte social, las oportunidades laborales y el entorno familiar; gran parte de las diferencias en el acceso a estos recursos se deben a la discriminación, ya sea a nivel sistemático o interpersonal; la discriminación se define como las creencias, actitudes o conductas negativas resultantes de clasificar a las personas en función de su afiliación percibida a un grupo, como por su sexo (sexismo) o raza/grupo étnico (racismo) (14).

El nivel socioeconómico, la raza/grupo étnico, el sexo y otros factores de estratificación social también influyen en el funcionamiento psicológico, lo que abarca la sensación de controlar la propia vida, las expectativas, la resiliencia y la negatividad afectiva, así como las percepciones y la respuesta a la discriminación; por tanto, el contexto ambiental y psicológico influye en determinantes de salud más próximos, como las conductas que fomentan la salud o favorecen los riesgos, el acceso a la asistencia y la educación sanitaria y su calidad, la exposición a patógenos, toxinas y carcinógenos, la respuesta fisiopatológica

(biológica) y epigenética al estrés y los recursos disponibles para favorecer un desarrollo infantil óptimo; a su vez, la variabilidad en estos factores da lugar a diferencias en los resultados en salud (14).

Raíces socioeconómicas y políticas de las desigualdades sanitarias a nivel mundial

Las causas primordiales de la salud infantil subyacen en el contexto económico y político en el que nace el niño. El crecimiento de las economías durante la primera mitad del siglo XX se asoció a importantes mejoras sanitarias, con descensos de las tasas de mortalidad y aumentos de la esperanza de vida en todas las regiones del mundo; sin embargo, en la segunda mitad se observaron desigualdades considerables en las economías mundiales y en la salud entre los distintos países y dentro de cada país; entre 1980 y 2016, el 1% de la población más rica del mundo obtuvo el doble de los ingresos que el 50% de la población más pobre del mundo; casi todos los países refieren desigualdades en los ingresos de su población, pero unos pocos países, como Estados Unidos, han experimentado desigualdades en los ingresos en proporciones históricas (14).

Los estudios demuestran que las desigualdades en los ingresos no es únicamente una cuestión de derechos humanos, sino que también resulta perjudicial para el crecimiento económico; los hogares más ricos gastan un menor porcentaje de sus propios ingresos, moderando la demanda y ralentizando las economías; los hogares más pobres se enfrentan a mayores dificultades para invertir en oportunidades de salud y educación, lo que se traduce en un menor capital humano, así como a obstáculos para ser productivos y contribuir a la economía; en los casos extremos, las desigualdades

pueden amenazar con la aparición de conflictos sociales, que ponen en peligro más todavía la actividad económica (14).

Las desigualdades mundiales han aumentado entre muchos países ricos y países con rentas bajas, en gran parte debido a medidas de austeridad como los programas de ajuste estructural, impuestos en muchos países poscoloniales por el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial; con el objetivo de recibir préstamos y cancelar su deuda, muchos de estos países se vieron obligados a adoptar unas medidas de austeridad que transformaron sus economías para producir cultivos comerciales y exportar sus recursos naturales a los países de ingresos más altos, en lugar de apoyar a las industrias locales e invertir en capital humano y proporcionar servicios sociales (14).

La ayuda exterior en forma de programas sanitarios ha dado lugar a importantes mejoras sanitarias, ya que los países que han recibido más ayudas sanitarias han experimentado un aumento más rápido de la esperanza de vida y un mayor descenso de la mortalidad infantil que los países que recibieron menos ayudas sanitarias; la política de ayudas estadounidense sigue estando impulsada por los problemas de seguridad nacional; esta política está dirigida a proporcionar refuerzos a los países aliados, ofrecer estabilidad a las regiones en conflicto, favorecer la democracia y contribuir a la lucha antiterrorista y al cumplimiento de la ley en el extranjero; también está impulsada por otros objetivos, como colaborar en labores humanitarias tras desastres naturales, reducir la pobreza y promover la salud (14).

2.2.4. Situación de la Niñez en el Perú

En el Perú existe una diversidad cultural, étnica, lingüística, socio-económica y geográfica; propia del contexto territorial que se expresa en las formas de vida; con sus peculiares desafíos y esperanzas de millones de niñas y niños peruanos (15).

En materia de salud, los principales avances se observan en la reducción de la mortalidad infantil y en la disminución de la mortalidad de niñas y niños con edades menores de 5 años de edad; es también de mención el surgimiento de iniciativas de responsabilidad social empresarial para enfrentar la desnutrición crónica infantil, aunque éste sigue siendo un tema crítico a nivel nacional, que preocupa especialmente, junto a los altos índices de anemia (15).

En educación, resalta el incremento de la cobertura en educación primaria; aunque no gravitan todavía en las cifras y promedios nacionales; sin embargo, el limitado acceso a la educación inicial y secundaria, junto al bajo nivel de logros de aprendizaje en general, son problemas que siguen en la raíz de tradicionales brechas (educativas, sociales, económicas) que afectan a demasiados niñas y niños (15).

En el país persisten brechas socioeconómicas basadas en el origen étnico, el género y el estrato social, por lo que existe una desigual distribución del ingreso; según un estudio realizado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL, el Perú está considerado como un país con brechas severas de bienestar; esta desigualdad se expresa en la incidencia de la pobreza, caracterizada por el hambre, la ausencia de salud, las malas condiciones de vivienda, el ambiente social inadecuado, el analfabetismo, la falta de

calificación y los ingresos bajos; ser pobre significa también envejecer rápidamente, una mayor probabilidad de morir joven, trabajar duro con escasa remuneración y no ejercer influencia sobre el entorno político (15).

La pobreza afecta en mayor número a la niñez y adolescencia (45,4% de los 10 millones 572 mil niñas, niños y adolescentes) que significa 10,6 puntos porcentuales por encima del promedio de pobreza del país que fue de 34,8%; la situación es aún más crítica en los residentes del área rural donde la pobreza afectó al 68,5% de sus niñas, niños y adolescentes, es decir 2,3 veces la pobreza del área urbana (29,3%); en este ámbito geográfico una tercera parte de las niñas, niños y adolescentes son indigentes (pobres extremos), es decir, pertenecen a hogares cuyo gasto en consumo no cubre el costo de una canasta básica de alimentos; las niñas y niños que nacen en hogares pobres tienen restringidos sus derechos humanos, viven en la calle o si tienen familia se incorporan tempranamente al trabajo y carecen de educación, servicios de salud o una alimentación adecuada, incluyendo el disfrute del juego, tan vital para su desarrollo; se trata de un segmento poblacional muy vulnerable a los malos tratos y a la explotación (15).

La incidencia de la pobreza y pobreza extrema es aún mayor para la niñez que tiene como lengua materna una lengua nativa (quechua, aymara o una lengua de la Amazonía); la pobreza afectó al 78,8% de las niñas y niños que mencionaron tener como lengua materna una lengua nativa, mientras entre los que tienen como lengua materna, el castellano la pobreza incidió en el 40,0%; esta situación es peor si se reside en el área rural puesto que la incidencia de la pobreza es de 80,1% y de la extrema pobreza (47,8%) que en los residentes del área urbana (68,0% pobreza y 27,2% pobreza extrema) (15).

Desnutrición crónica.

La desnutrición crónica afecta el desarrollo de la capacidad física, intelectual, emocional y social de las niñas y niños, por lo que es considerada un indicador resumen de desarrollo humano; la tasa de desnutrición infantil está determinada por la falta de acceso por parte de las familias a los alimentos necesarios para la adecuada nutrición de las niñas y de los niños, así como la falta de acceso a salud y saneamiento básico; el indicador se determina al comparar la talla de la niña o niño con la esperada para su edad y sexo; la tasa de desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años de edad ha venido disminuyendo; sin embargo, el área rural y aquellas regiones donde la pobreza es alta, presentan situaciones críticas; entre los grupos más vulnerables están las niñas, niños y adolescentes pobres, los que pertenecen a los grupos indígenas y aquellos cuya madre tiene un bajo nivel educativo; la desnutrición crónica es claramente mayor en las zonas rurales de la sierra (33,9%) y la selva (27,8%), y en el quintil inferior de ingresos (36,0%); según el Patrón de Crecimiento Infantil de la Organización Mundial de Salud (OMS), la desnutrición crónica afectó al 19,5% de niñas y niños menores de cinco años de edad (15).

Anemia.

Las deficiencias de micronutrientes – vitaminas y minerales- conocidas también como “hambre oculta”, constituye un grave problema nutricional por sus efectos en el desarrollo físico y cognitivo; la anemia ferropriva -por deficiencia de hierro- es una carencia, sobre todo en las niñas y niños menores de 3 años de edad y afecta al 41,6% de esta población; la anemia se constituye en un problema de salud en las niñas y niños que pertenecen al primer y segundo quintil más pobre, donde afecta al 50,0% y 47,8%, respectivamente.

Enfermedad diarreica aguda (EDA).

Las enfermedades diarreicas agudas (EDA) son la principal causa de morbilidad y mortandad de niñas y niños menores de tres años de edad; las EDAs siguen figurando, después de las infecciones respiratorias agudas, como las primeras causas de consulta y egreso hospitalario; el 17,6% de las niñas y niños menores de 3 años de edad tuvo episodios de EDAs; las EDAs inciden más en las niñas y niños de la selva, reportándose el 34,9% de Loreto, el 26,7% de Ucayali, el 26,4% de Madre de Dios y el 22,9% de San Martín.

Infección Respiratoria Aguda (IRA).

Las infecciones respiratorias agudas, conjuntamente con las enfermedades diarreicas y la malnutrición, están entre las principales causas de muerte entre las niñas y niños; en el país prevalecen varios factores de riesgo que contribuyen a mantener ese problema, entre ellos están el bajo peso al nacer, la malnutrición, la contaminación ambiental, las inadecuadas condiciones de atención médica y de salud, los bajos niveles de inmunización y la insuficiente disponibilidad de antimicrobianos; las IRAs afectaron al 17,8% de la población menor de 3 años de edad.

2.2.5. Programas sociales de complementación alimentaria

En el Perú existen programas sociales que buscan complementar la alimentación de las personas en situación de pobreza o vulnerabilidad para contribuir así a la seguridad alimentaria y reducir la desnutrición; entre los programas sociales de complementación alimentaria más importantes del Perú, se encuentran el Programa Nacional de Alimentación Escolar **Qali Warma** (en adelante Qali Warma), creado en el año 2013, así como el Programa del **Vaso de Leche** y el de **Comedores Populares**, ambos con varias décadas de funcionamiento; estos programas en conjunto, llevan diariamente

alimentos a millones de peruanos cuyas condiciones de vida los ponen en riesgo de sufrir de desnutrición, pero también, cada vez más, de sobrepeso (17).

Qali Warma es un programa del MIDIS que brinda servicio alimentario con complemento educativo a niños y niñas matriculados en instituciones educativas públicas del nivel inicial y primaria, a fin de contribuir a mejorar la atención en clases, la asistencia escolar y los hábitos alimenticios, promoviendo la participación y la corresponsabilidad de la comunidad local (17). **El Programa del Vaso de Leche** tiene como meta elevar el nivel nutricional de los beneficiarios y mejorar la calidad de vida de los segmentos más pobres de la población, de acuerdo al marco legal del programa, los principales beneficiarios son los niños menores de 6 años, las mujeres embarazadas y las madres lactantes (17).

2.2.6. Enfoques y determinantes de la salud en la niñez

Los conceptos de salud y desarrollo han ido cambiando, y el conocimiento científico nos proporciona una mayor comprensión sobre el modo en el cual convergen algunos conceptos destacables; tanto desde la clínica (a través del enfoque biopsicosocial) como desde la salud pública (con el modelo ecológico de la salud) se han incorporado determinantes que influyen en la salud de las personas, que se entiende ahora como la consecuencia de múltiples factores que operan en nichos genéticos, biológicos, conductuales y contextos sociales y económicos que cambian a medida que la persona se desarrolla; por su parte, el desarrollo es un proceso adaptativo integrado por múltiples transacciones entre estos contextos y los sistemas que regulan los aspectos biológicos y psicosociales; estas transacciones se van conformando a partir de la secuencia y el paralelismo entre los procesos que acompañan a las

etapas del desarrollo: a) los estadios vitales (prenatal, lactancia, infancia, adolescencia, adultez, vejez); b) las transiciones y cambios de ámbitos (la familia, la pre escolaridad, la escuela, el trabajo, el retiro de la vida productiva), y c) los procesos históricos (tendencias económicas, políticas y sociales) (18).

En síntesis, la niñez representa hoy un período de gran vulnerabilidad en el cual el organismo es especialmente sensible a factores favorables y desfavorables del entorno y con un comportamiento variable ante los determinantes de la salud, que conlleva una expresión diferencial en los niveles de salud mediante gradientes dentro de las subpoblaciones; los contextos en los que se produce el desarrollo son críticos y, en ese sentido, el más inmediato y temprano, el familiar, es sobre el que se construyen las bases; a medida que el niño crece, otros contextos relacionales (escuela, grupos de pares, vecindario, grupos religiosos y nacionalidades) adquieren mayor relevancia; ante el reconocimiento de que el individuo integra diferentes grupos o categorías simultáneas, el concepto de ecología va cobrando relevancia (18).

2.2.7. La Familia

Para la Organización Mundial de la Salud, “La familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas; La salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella” (19).

Entendemos por familia, cualquier grupo de personas unidas por los vínculos del matrimonio, sanguíneos, adopción o cualquier relación sexual expresiva, en que las personas comparten un compromiso en

una relación íntima y personal, los miembros consideran su identidad como apegada de modo importante al grupo y el grupo tiene una identidad propia (20).

La familia es una relación primordial, que existe desde el inicio, tanto en sentido filogenético (en cuanto que la familia está en el origen de la especie humana), como en sentido ontogénico (en cuanto que, en cualquier tiempo y lugar, el individuo se introduce en la sociedad, y madura su participación, de forma más humana cuanto mejor está apoyado por la mediación de la familia) (21).

La familia se la puede considerar como un ámbito de convivencia, que delimita una porción de la vida social, en virtud de metas definidas, vinculando a las personas en niveles profundos de su ser y arrancando de los nexos biopsíquicos más elementales (22).

2.2.7.1. Clasificación de las familias

Existen numerosas clasificaciones de la familia, De la Revilla clasifica la familia haciendo referencia a la familia nuclear con parientes próximos o sin parientes próximos (se refiere a parientes o no en su localidad); familia nuclear numerosa formada por padres y más de 4 hijos, y familia nuclear ampliada (cuando en el hogar conviven otras personas como parientes y/o agregados) (23).

La familia binuclear se constituye cuando después de un divorcio uno de los cónyuges se ha vuelto a casar y conviven en el hogar hijos de distintos progenitores; Existen personas sin familia (adulto soltero, viudo, divorciado); equivalente familiar (individuos que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo

familiar, como por ejemplo, pareja de homosexuales cuando viven juntos en la misma casa) (23).

Gonzáles (20) la clasifica en:

- familia nuclear: el padre, la madre y los hijos.
- familia nuclear extensa: consta de una familia nuclear, y otros familiares que puedan vivir con ellos en el mismo hogar (20).
- familia monoparental: formada solo por un padre o madre, que puede haber estado casado o no y por uno o más hijos (20).
- familia mixta o reconstituida: es la formada por una persona viuda o divorciada/separada, con o sin hijos, que se casa de nuevo con otra persona, la cual a su vez puede haber estado o no casada antes y tener o no tener hijos (20).
- familia binuclear: es la dividida en dos por el divorcio o separación de los cónyuges, ambos aportan hijos de los anteriores matrimonios a la nueva familia constituida (20).
- familia de hecho: formada por dos personas del sexo opuesto que viven juntas, con o sin hijos, comparten la expresión y el compromiso sexual, sin que hayan formalizado legalmente el matrimonio (20).
- familia homosexual: formado por dos adultos del mismo sexo, que viven juntos con sin hijos adoptivos, y que comparten la expresión y el compromiso sexual (20).

Clasificar adecuadamente y en detalle a la familia, permitirá estudiar con mayor profundidad a este grupo y al proceso salud-enfermedad (19).

En los últimos decenios, la estructura y la definición de lo que es la familia se ha ampliado. Las nuevas tendencias en la formación, la estructura y la función de la familia se están desplazando hacia (19):

- 1) la familia formada por un solo padre o madre y los hogares encabezados por mujeres (19).
- 2) el aumento de la edad promedio para el primer matrimonio de las mujeres y el nacimiento de los hijos, lo que retrasa la formación de las primeras familias (19).
- 3) el mayor ingreso de las mujeres en la fuerza laboral en números sin precedentes y los cambios en los roles de género dentro de la familia, lo que desplaza el equilibrio de las responsabilidades económicas en las familias (19).
- 4) el tamaño de la familia y del hogar en descenso;
- 5) mayor carga que recae sobre los miembros de la familia en edad de trabajar debido a los dependientes jóvenes y a los mayores; Además, el hogar ha surgido como una unidad socioeconómica fuerte que, con frecuencia, ocupa el lugar de la familia formada exclusivamente por padres e hijos y los miembros de la familia ampliada (19).

2.2.8. Características del jefe de familia

2.2.8.1. Nivel educativo

La educación ha mostrado una relación inversamente proporcional con la morbilidad de los miembros de la familia; Según algunos investigadores esto se explicaría porque los padres con un mejor nivel educacional, buscan lograr mejores condiciones de vida para su

familia y además optan por cuidados médicos familiares, por lo cual esta variable está íntimamente relacionada con actitudes y prácticas de los padres; Mosley menciona que en países subdesarrollados la educación de los padres es muy importante, ya que padres mejores educados deciden en última instancia por una adecuada atención médica o cuidados de sus hijos (24).

2.2.8.2. Estado civil

Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto; Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas (25).

Estado civil es esencialmente un atributo de la persona, una cualidad que lleva consigo que le permite diferenciarse y distinguirse legalmente de los demás; Se distinguen 06 tipos (soltero, casado, viudo, divorciado, conviviente) (26).

2.3. Definición de términos

Características. Cualidad o circunstancia que es propia o particular de una persona o grupo de personas en un contexto (27).

Niños. Son los menores de edad de hasta los 11 o 12 años; dentro de este periodo ocurre la infancia de 0 a 6 años y la niñez propiamente dicha de 6 a 12 años (1, 3, 14, 15).

Características de los niños. Son circunstancia o particularidades que presenta en niño en su contexto o medio en el cual vive, influenciadas por condicionantes socioeconómicas y determinantes de la salud.

La familia. Es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones preventivas y terapéuticas (28).

2.4. Identificación de variables

Variable: Características personales y familiares de los niños del anexo de Chahuapuzhuo.

Dimensión: Características del niño.

Edad del niño en años.

Sexo del niño.

Beneficiario de programa social.

Diagnóstico de anemia en el niño.

Estado nutricional del niño.

Morbilidad que presentó el niño en los últimos 6 meses.

Dimensión: Características del jefe de familia.

Jefe de familia.

Nivel de instrucción del jefe de familia.

Estado civil del jefe de familia.

Dimensión: Características familiares.

Tipo de familia del niño.

Número de miembros de la familia.

Número de comidas por día en la familia.

Fuente de abastecimiento de agua.

Material del piso de la vivienda.

Disposición de residuos sólidos.

Lugar de eliminación de excretas.

Ingreso familiar mensual.

2.5. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador (es)	Ítem	Valor
Características personales y familiares de los niños del anexo de Chalhupapuquio .	Son circunstancias o particularidades que presenta en niño en su contexto o medio en el cual vive, influenciadas por condicionantes socioeconómicos y determinantes de la salud.	Cuestionario aplicado a los jefes o padres de familia de los niños del anexo de chalhupapuquio del distrito de San Ramon, región Junín.	Características del niño	Edad del niño.	¿Cuál es la edad del niño(a)? ¿Cuál es la fecha de nacimiento del niño(a)?.	De 1 a 5 años (1) Mayor de 5 años (2)
				Sexo del niño.	¿Cuál es el sexo del niño?.	Masculino (1) Femenino (2)
				Beneficiario de programa social.	¿Es beneficiario de algún programa social?.	Nominal.
				Diagnóstico de anemia.	¿Cuál es su valor de hemoglobina del niño(a)? La Clasificación de la anemia según el valor de hemoglobina para la edad.	Anemia (1) Sin anemia (2)
				Estado nutricional del niño.	¿Cuánto pesa el niño(a) en kilogramos?, ¿Cuál es la talla del niño(a) en centímetros?	De 1 a 5 años: Desnutrición crónica (1) Sin desnutrición crónica (2) Mayor de 5 años: Bajo peso (1) Peso normal (2) Sobrepeso (3) Obesidad (4)
				Morbilidad que presentó el niño en los últimos 6 meses.	¿El niño(a) presento alguna enfermedad en los últimos 06 meses?.	Nominal.
			Características del jefe de familia	Jefe de familia.	¿Quién es el jefe de familia?.	Padre (1) Madre (2) Otro (3)
				Nivel de instrucción del jefe de familia.	¿Cuál es el nivel de instrucción del jefe de familia?.	Sin instrucción (1) Inicial (2) Primaria incompleta (3) Primaria completa (4) Secundaria incompleta (5) Secundaria completa (6) Superior incompleta (7) Superior completa (8)
				Estado civil del jefe de familia.	¿Cuál es el estado civil del jefe de familia?.	Soltera (1) Conviviente (2) Casada (3) Viuda (4) Divorciada (5)
			Características familiares	Tipo de familia del niño.	¿Cuál es el tipo de familia del niño(a)?.	Familia Nuclear (1) Familia Extendida (2) Familia Ampliada (3) Familia Monoparental (4) Familia Reconstituida (5) Equivalente familiar (6)
				Número de miembros de la familia.	¿Cuál es el número de miembros de la familia?.	Numérico.
				Numero de comidas por día en la familia.	¿Cuál es el número de comidas que consume la familia por día?.	Numérico.
				Fuente de abastecimiento de agua.	¿Cuál es la fuente de abastecimiento de agua familiar?.	Nominal.
				Material del piso de la vivienda.	¿Cuál es el material del piso de la vivienda?.	Nominal.
				Disposición de residuos sólidos.	¿Cuál es el lugar de disposición de residuos sólidos o basura?.	Nominal.
				Lugar de eliminación de excretas.	¿Cuál es el lugar de eliminación de excretas?.	Nominal.
				Ingreso familiar mensual.	¿Cuál es el ingreso familiar mensual en soles?	Numérico.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

El estudio fue una investigación de corte transversal, observacional y descriptiva; observacional porque no existió intervención del investigador, transversal porque todas las mediciones se hicieron en una sola ocasión, descriptivo por ser univariable con la finalidad de describir la variable compuesta en un momento dado (28-30).

3.2. Nivel de investigación

El nivel de investigación fue descriptivo, su propósito fue describir el comportamiento de la variable en forma independiente; la caracterización de un hecho o fenómeno en un grupo de individuos (28, 31-33).

3.3. Métodos de investigación

3.3.1. Método general.

Se utilizó el método inductivo.

Este método permite obtener conclusiones generales a partir de premisas particulares; se trata del método científico más usual, en el que pueden distinguirse cuatro pasos esenciales: la observación de los hechos y su registro; la clasificación y el estudio de estos hechos; la derivación inductiva que parte de los hechos y permite llegar a una generalización y la contrastación; es un método científico que elabora conclusiones generales a partir de enunciados observacionales particulares y parte de lo particular a lo general (34).

3.3.2. Método Básico

Se utilizó el método descriptivo porque se describió las características de la población de estudio en su forma natural, basada en la observación (34).

3.4. Diseño de investigación

El estudio correspondió a un diseño descriptivo; porque se trabajó para describir las características personales y familiares de los niños del anexo de Chahuapuquio, San Ramón, Junín 2020 (30, 32, 33).

Donde:

M O

M: Niños del anexo de Chahuapuquio, San Ramón, Junín 2020.

O: Características personales y familiares.

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

La población fueron todos los niños del anexo de Chahuapuquio del distrito de San Ramón, registrados en la institución educativa y establecimiento de salud del ámbito jurisdiccional en el 2020; que según registros fueron 50 niños.

Según Hernández una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones, es la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las entidades de la población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación (30, 32, 35, 36).

3.5.2. Muestra:

El estudio fue censal (30, 32, 35, 36).

Criterios de inclusión

1. Niños del anexo de Chahuapuquio, con permanencia mínima en la zona de un año.

Criterios de exclusión

1. Niños que no se encuentran en la zona de estudio al realizar la encuesta.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La **técnica** utilizada fue la **encuesta**; esta técnica utilizó un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recogió y analizó una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población, del que se pretendió explorar, describir y/o explicar una serie de características (37).

El **instrumento** fue el **cuestionario** conteniendo la variable y subvariables a estudiar; el cual fue elaborado en base al planteamiento del problema, propósito, objetivos y variables de estudio.

3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Primero se realizó un ordenamiento, clasificación y codificación de los datos recolectados del cuestionario sobre características personales y familiares de los niños. Se elaboró una matriz de datos en el aplicativo Excel de Microsoft Office; esto se realizó por el fácil uso y familiaridad con el aplicativo ofimático (38).

Para el procesamiento se importó la matriz de datos del Excel al programa estadístico SPSS versión 18 para Windows, con la finalidad de realizar el análisis estadístico descriptivo como la tabulación, frecuencias absolutas y relativas (38).

CAPÍTULO IV

PRESENTACION DE RESULTADOS

4.1. Presentación e interpretación de datos

En el presente estudio, se investigó las características personales y familiares de los niños del anexo de Chalhupquio, San Ramón, Junín 2020.

Tabla 1. Características personales de los niños del anexo de Chalhupquio, San Ramón, Junín 2020.

Características del niño	Frecuencia (n=50)	Porcentaje (h%=100%)
Grupo etario		
Edad de 1 a 5 años	11	22%
Niño mayor de 5 años	39	78%
Sexo del niño		
Masculino	25	50%
Femenino	25	50%
Beneficiario de programa social		
Qali Warma	41	82%
Vaso de leche	6	12%
Ningún programa	3	6%
Morbilidad		
Niños con morbilidad	31	62%
Niños sin enfermedades	19	38%

Fuente: Cuestionario sobre características personales y familiares de los niños del anexo de Chalhupquio, San Ramón, Junín 2020.

Tabla 1. Del total de niños del anexo de Chalhupquio del distrito de San Ramón, encuestados en los meses de setiembre y octubre del 2020. El 22% (11) tuvieron de 1 a 5 años de edad, el 78% (39) tuvieron más de 5 años. El 50% (25) fueron de sexo masculino y el 50% (25) fueron de sexo femenino. El 82% (41) fueron beneficiarios del programa Qali Warma, el 12% (6) del programa Vaso de Leche y el 6% (3) restantes no fueron beneficiarios de ningún

programa de complementación alimentaria. El 62% (31) de los niños tuvieron alguna morbilidad y el 38% no presentaron morbilidades en el momento de la encuesta.

Tabla 2. Morbilidades en los niños del anexo de Chalhupquio, San Ramón, Junín 2020.

Morbilidad en niños de 1 a 5 años	Frecuencia (n=11)	Porcentaje (h%=100%)
Desnutrición Crónica	4	36,4%
Anemia	4	36,4%
Infección respiratoria aguda	1	9,1%

Morbilidad en niños mayores de 5 años	Frecuencia (n=39)	Porcentaje (h%=100%)
Anemia	24	61,5%
Sobrepeso	13	33,3%
Parasitosis intestinal	2	5,1%
Obesidad	1	2,6%
Enfermedad diarreica aguda	1	2,6%

Fuente: Cuestionario sobre características personales y familiares de los niños del anexo de Chalhupquio, San Ramón, Junín 2020.

Tabla 2. Del total de niños del anexo de Chalhupquio del distrito de San Ramón, encuestados en los meses de setiembre y octubre del 2020.

En los niños de 1 a 5 años; el 36,4% (4) tuvieron desnutrición crónica, el 36,4% (4) tuvieron anemia y el 9,1% (1) tuvieron infección respiratoria aguda.

En los niños mayores de 5 años; el 61,5% (24) tuvieron anemia, el 33,3% (13) tuvieron sobrepeso, el 5,1% (2) tuvieron parasitosis intestinal, el 2,6% (1) tuvieron obesidad y el 2,6% (1) tuvieron enfermedad diarreica aguda.

Tabla 3. Características del jefe de familia en los niños del anexo de Chalhupquio, San Ramón, Junín 2020.

Características del jefe de familia	Frecuencia (n=50)	Porcentaje (h%=100%)
Jefe de familia		
Padre	31	62%
Madre	19	38%
Nivel de instrucción del jefe de familia		
Sin instrucción	7	14%
Primaria incompleta	15	30%
Primaria completa	7	14%
Secundaria incompleta	12	24%
Secundaria completa	7	14%
Superior completa	2	4%
Estado civil del jefe de familia		
Conviviente	33	66%
Casado	11	22%
Soltero	6	12%

Fuente: Cuestionario sobre características personales y familiares de los niños del anexo de Chalhupquio, San Ramón, Junín 2020.

Tabla 3. Del total de niños del anexo de Chalhupquio del distrito de San Ramón, encuestados en los meses de setiembre y octubre del 2020.

El 62% (31) tuvieron como jefe de familia al padre y el 38% (19) tuvieron como jefe de familia a la madre. En relación a los jefes de familia el 14% (7) no tuvieron nivel de instrucción, el 30% (15) tuvieron primaria incompleta, el 14% (7) tuvieron primaria completa, el 24% (12) tuvieron secundaria incompleta, el 14% (7) tuvieron secundaria completa y el 4% (2) tuvieron educación superior completa. En cuanto al estado civil del jefe de familia; el 66% (33) fueron convivientes, el 22% (11) fueron casados y el 12% (6) fueron solteros.

Tabla 4. Características familiares de los niños del anexo de Chalhupquio, San Ramón, Junín 2020.

Características familiares	Frecuencia (n=50)	Porcentaje (h%=100%)
Tipo de familia del niño(a)		
Familia Nuclear	20	40%
Familia Reconstituida	15	30%
Familia Monoparental	7	14%
Familia Ampliada	8	16%
Número de miembros de la familia		
Familia de tres integrantes	17	34%
Familia de cuatro a cinco integrantes	23	46%
Familia de seis a más integrantes	10	20%
Material del piso de la vivienda		
Madera	15	30%
Cemento	35	70%
Lugar de eliminación de excretas		
Letrina	37	74%
Pozo séptico	13	26%
Recojo de residuos sólidos por carro recolector		
Abastecimiento de agua de río y/o manantiales	50	100%
Tres comidas por día en la familia	50	100%
Ingreso familiar		
Menor o igual a 300 soles	12	24%
De 301 a 600 soles	27	54%
De 601 a 900 soles	7	14%
De 901 a 1000 soles	4	8%

Fuente: Cuestionario sobre características personales y familiares de los niños del anexo de Chalhupquio, San Ramón, Junín 2020.

Tabla 4. Las características familiares del total de niños del anexo de Chalhupquio del distrito de San Ramón, encuestados en los meses de setiembre y octubre del 2020; fueron:

El 40% (20) de los niños tuvieron familias nucleares, el 30% (15) tuvieron familias reconstituidas, el 14% (7) tuvieron familias monoparentales y el 16% (8) tuvieron familias ampliadas. El 34% (17) tuvieron tres integrantes por familia, el 46% (23) tuvieron de cuatro a cinco integrantes por familia y el 20% (10) tuvieron seis a más integrantes por familia.

El 30% (15) tuvieron en sus viviendas pisos de madera y el 70% (35) tuvieron en sus viviendas pisos de cemento. El 74% (37) tuvieron letrinas y el 26% (13) tuvieron pozo séptico.

El 100% (50) de las familias eliminaban sus residuos sólidos a través de carro recolector, tuvieron abastecimiento de agua de ríos y/o manantiales, y consumían tres comidas por día.

El 24% (12) de las familias tuvieron un ingreso familiar menor o igual a 300 soles, el 54% (27) tuvieron un ingreso familiar de 301 a 600 soles, el 14% (7) tuvieron un ingreso familiar de 601 a 900 soles y 8% (4) tuvieron un ingreso familiar de 901 a 1000 soles.

4.2. Discusión de resultados

Del total de niños del anexo de Chalhupapuquio del distrito de San Ramón, encuestados en los meses de setiembre y octubre del 2020.

El 22% (11) tuvieron de 1 a 5 años de edad, el 78% (39) tuvieron más de 5 años. No se encontró estudios similares para contrastar este resultado. Podemos mencionar que la mayor proporción de niños se encuentra en la niñez propiamente dicha de que comprende desde los 6 a 12 años; periodo que requiere mucho cuidado, apoyo familiar y atención sanitaria acorde a su edad. El 50% (25) fueron de sexo masculino y el 50% (25) fueron de sexo femenino. En cuanto al sexo de los niños, estos resultados fueron similares a lo hallado por Álvarez et al (8), podría decirse que hay una proporción equilibrada de niños en cuanto al sexo.

El 82% (41) fueron beneficiarios del programa Qali Warma, el 12% (6) del programa Vaso de Leche y el 6% (3) restantes no fueron beneficiarios de ningún programa de complementación alimentaria. No se encontró estudios similares para contrastar este resultado. Podemos mencionar que no todos los niños reciben apoyo de los programas de alimentación complementaria, por lo cual es necesario mejorar el acceso sobre todo en los niños de este contexto comunitario rural integrado a una buena educación sanitaria con énfasis en la parte nutricional.

El 62% (31) de los niños tuvieron alguna morbilidad. En los niños de 1 a 5 años; el 36,4% (4) tuvieron desnutrición crónica, el 36,4% (4) tuvieron anemia y el 9,1% (1) tuvieron infección respiratoria aguda. En los niños mayores de 5 años; el 61,5% (24) tuvieron anemia, el 33,3% (13) tuvieron sobrepeso, el 5,1% (2) tuvieron parasitosis intestinal, el 2,6% (1) tuvieron obesidad y el 2,6% (1) tuvieron enfermedad diarreica aguda. Estos resultados fueron similares a lo hallado por Cardona et al (9), Cavero et al (12), pero en diferentes proporciones; en cuanto al sobrepeso el resultado fue similar a lo hallado por Álvarez et al (8). Sobre estos resultados podemos mencionar que las

enfermedades prevalentes en la infancia tienen mucha relación con las condiciones de vida en este contexto; así también las determinantes de la salud y la situación socio económica de la familia, por lo cual se debe articular acciones integrales entre los diferentes actores sociales de este ámbito territorial para implementar estrategias en promoción de la salud enmarcados en el desarrollo social, a fin de disminuir las inequidades y la pobreza que afecta a los niños.

De todos los niños, el 62% (31) tuvieron como jefe de familia al padre y el 38% (19) tuvieron como jefe de familia a la madre. El 14% (7) de los jefes de familia no tuvieron nivel de instrucción, el 30% (15) tuvieron primaria incompleta, el 14% (7) primaria completa, el 24% (12) secundaria incompleta, el 14% (7) secundaria completa y el 4% (2) educación superior completa. En cuanto al estado civil del jefe de familia; el 66% (33) fueron convivientes, el 22% (11) casados y el 12% (6) solteros. Los resultados coinciden con lo hallado por Díaz et al (11), Rodríguez y Sánchez (13), en cuanto al estado civil los resultados coinciden con lo hallado por Peñaloza (10), pero difiere en lo correspondiente al nivel de instrucción, ya que Peñaloza, encontró un mayor nivel educativo. Sobre las mujeres jefes de familia, cada vez encontramos que la mujer toma mayor responsabilidad y protagonismo en el cuidado de su familia; en el contexto actual por las condiciones socioeconómicas, la mujer considera que debe contribuir con el hogar; para contar con mejores condiciones de vida para su familia específicamente para sus hijos.

La familia es el principal entorno de promover el desarrollo cognitivo, social y emocional de los niños; por lo tanto, las condiciones deben ser favorables y equitativas para un buen desarrollo de esta niñez; padres con un bajo nivel educativo probablemente tengan limitaciones para proveer de mejores condiciones de vida para sus hijos; por lo general están característica se presenta en condiciones socio económicas desfavorables; por lo cual se deben impulsar políticas sociales que contribuyan a mejorar estas determinantes.

El 40% (20) de los niños tuvieron familias nucleares, el 30% (15) familias reconstituidas, el 14% (7) familias monoparentales y el 16% (8) familias ampliadas. A nivel familiar, el 34% (17) tuvieron tres integrantes por familia, el 46% (23) cuatro a cinco integrantes por familia y el 20% (10) seis a más integrantes por familia. En cuanto al tipo de familia los resultados fueron diferentes a lo hallado por Peñaloza (10), quien encontró una mayor proporción de familias en extensión.

La familia nuclear constituida por padres e hijos; es la típica familia clásica, donde los niños aprenden varios valores como el amor, la tolerancia y la convivencia. Sin embargo, por diversas condiciones sociales, culturales, políticas, económicas entre otras como divorcios, separaciones, abandonos tienden a ser de otros tipos con en el caso del estudio que hay una proporción representativa de familias reconstituidas donde una o ambas parejas tienen hijos o hijas de una relación anterior; por lo cual este tipo de familias, para una adecuada integración y desarrollo de los niños, necesitan de apoyo social y sanitario; sobre todo en lo correspondiente a servicios de consejería, salud familiar y soporte psicosocial.

El 30% (15) tuvieron en sus viviendas pisos de madera y el 70% (35) pisos de cemento. El 74% (37) tuvieron letrinas y el 26% (13) pozo séptico. El 100% (50) de las familias eliminaban sus residuos sólidos a través de carro recolector, tuvieron abastecimiento de agua de ríos y/o manantiales, y consumían tres comidas por día. En cuanto a la precariedad o necesidades básicas insatisfechas, condiciones de la vivienda, así como inadecuados servicios básicos los resultados coinciden con lo hallado por Cardona et al (9), Peñaloza (10), Diaz et al (11); por lo que se puede mencionar que las condiciones del contexto de estudio reflejan la pobreza del anexo de Chalhuapuquio y necesidades básicas insatisfechas. Es pertinente un involucramiento de las autoridades o gobiernos locales, regionales y nacional; con políticas para el desarrollo social y económico; que contribuyan a disminuir la pobreza de la zona.

El 24% (12) de las familias tuvieron un ingreso familiar menor o igual a 300 soles, el 54% (27) un ingreso familiar de 301 a 600 soles, el 14% (7) un ingreso familiar de 601 a 900 soles y 8% (4) un ingreso familiar de 901 a 1000 soles. Los resultados de bajos ingresos familiares fueron similares a lo hallado por Cardona et al (9), Rodríguez y Sánchez (13), se puede mencionar que una gran mayoría no llegan a alcanzar el sueldo mínimo; condición que hace aún más desfavorable el bienestar familiar en especial de los niños.

Conclusiones

- 1 De los niños del anexo de Chahuapuquio, dos de cada diez tuvieron de 1 a 5 años de edad y ocho de cada diez más de 5 años; la mitad fueron de sexo femenino, en su mayoría fueron beneficiarios de los programas nutricionales Qali Warma y Vaso de Leche; y seis de cada diez tuvieron alguna morbilidad.
- 2 Cuatro de cada diez niños de 1 a 5 años presentaron desnutrición crónica y morbilidades como anemia e infección respiratoria aguda. Así mismo en los niños mayores de 5 años, seis de cada diez tuvieron anemia, un tercio sobrepeso; en mínimas proporciones presentaron parasitosis intestinal, obesidad y enfermedad diarreica aguda.
- 3 Los jefes de familias se caracterizaron por ser varones, convivientes y ocho de cada diez jefes de familia no llegaron a tener secundaria completa.
- 4 En las familias de los niños, siete de cada diez fueron familias nucleares o reconstituidas; la mayoría tuvieron de cuatro a cinco integrantes, con pisos de cemento y letrinas.
- 5 Todas las familias consumían tres comidas por día, se abastecían de agua de ríos y/o manantiales, eliminaban sus residuos sólidos a través de carro recolector y nueve de cada diez tuvieron un ingreso económico familiar menor o igual a 900 soles.

Recomendaciones

Al gobierno regional.

Para combatir la pobreza, inequidades, necesidades básicas insatisfechas entre otros es pertinente un involucramiento de las autoridades o gobiernos locales, regionales y nacional; con políticas para el desarrollo social y económico; que contribuyan a disminuir la pobreza de la zona.

La familia es el principal entorno para promover el desarrollo cognitivo, social y emocional de los niños; por lo tanto, las condiciones deben ser favorables y equitativas para un buen desarrollo de esta niñez; con padres de un bajo nivel educativo para proveer de mejores condiciones de vida para sus hijos; por lo cual se deben impulsar políticas sociales que contribuyan a mejorar estas determinantes. Las familias, para una adecuada integración y desarrollo de los niños, necesitan de apoyo social y sanitario; sobre todo en lo correspondiente a servicios de consejería, salud familiar y soporte psicosocial.

Al sector salud.

No todos los niños reciben apoyo de los programas de alimentación complementaria, por lo cual es necesario mejorar el acceso sobre todo en los niños de este contexto comunitario rural, integrado a una buena educación sanitaria con énfasis en la parte nutricional. Los niños en este periodo requieren cuidados, apoyo familiar y atención sanitaria acorde a su edad.

Las enfermedades prevalentes en la infancia tienen mucha relación con las condiciones de vida en este contexto; así también las determinantes de la salud y la situación socio económica de la familia, por lo cual se debe articular acciones integrales entre los diferentes actores sociales de este ámbito territorial para implementar estrategias en promoción de la salud enmarcados en el desarrollo social, a fin de disminuir las inequidades y la pobreza que afecta a los niños.

Referencias bibliográficas

1. Jasso-Gutiérrez L, López-Ortega M. El impacto de los Determinantes Sociales de la Salud en los niños. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*. 2014;71:117-25.
2. Espíndola E, Sunkel G, Murden A, Milosavljevic V. Medición multidimensional de la pobreza infantil: una revisión de sus principales componentes teóricos, metodológicos y estadísticos. *Documentos de Proyectos 41214, Naciones Unidas Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)*. 2017;149:25-35.
3. Ramírez N, García G, Ramírez Hernández N, Del Villar González L. *La infancia cuenta en México 2006*. México: Red por los Derechos de la Infancia en México; 2008.
4. Sauri GJ. *La infancia cuenta en México*. México: Red por los Derechos de la Infancia en México; 2011.
5. IPSOS. Principales problemas que afectan a los niños son la anemia y la desnutrición. [Internet]. Lima: Grupo Impulsor Inversión en la Infancia; 2016 [updated mayo del 2016; cited 08 de agosto 2020]. Available from: <https://inversionenlainfancia.net/?blog/entrada/noticia/3122/0>.
6. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. *Temas. Salud del niño. Desarrollo. Recién nacidos, lactantes y niños*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019. [cited 02 de julio 2019]. Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/es/.
7. Wilkinson RG, Marmot M. *Social determinants of health: the solid facts*. 2 ed. Copenhagen: World Health Organization; 2003.
8. Álvarez Bogantes C, Herrera Monge MF, Herrera González E, Villalobos Viquez G, Araya Vargas GA. Sobrepeso, obesidad, niveles de actividad física y autoestima de la niñez centroamericana: un análisis comparativo entre países. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*. 2020(37):238-46.

9. Cardona-Arias J, Rivera-Palomino Y, Fonseca JC. Salud indígena en el siglo XXI: parásitos intestinales, desnutrición, anemia y condiciones de vida en niños del resguardo indígena Cañamomo-Lomaprieta, Caldas-Colombia. *Revista Médicas UIS*. 2014;27(2).
10. Peñaloza Quintanilla L. Características de las familias de los niños menores de 5 años atendidos en el Hospital San Martín de Pangoa, Junín - 2018. [Tesis de especialidad]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica, Facultad de Ciencias de la Salud; 2019.
11. Díaz AA, Bacallao Gallestey J, Vargas-Machuca R, Aguilar Velarde R. Desarrollo infantil en zonas pobres de Perú. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41:e71.
12. Cavero-Arguedas D, de la Vega VC, Cuadra-Carrasco G. Los efectos de los programas sociales en la salud de la población en condición de pobreza: evidencias a partir de las evaluaciones de impacto del presupuesto por resultados a programas sociales en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2017;34(3):528-37.
13. Rodríguez Cieza D, Sánchez Cabrera Y. Características socioeconómicas de la familia y alimentación complementaria en niños menores de 2 años. Puesto de Salud Chuyabamba - Chota. [Tesis de titulación]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca, Facultad de Ciencias de la Salud; 2013.
14. Kliegman RM, Geme JS, Blum N, Shah SS, Tasker RC. Nelson. Tratado de pediatría. 21 ed. España: Elsevier; 2020.
15. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021. Lima: J&O EDITORES IMPRESORES S.A.C.; 2012.
16. Palumbo J. La situación de niños, niñas y adolescentes en las instituciones de protección y cuidado de América Latina y el Caribe. Panamá: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2013.
17. Diez-Canseco F, Saavedra-García L. Programas sociales y reducción de la obesidad en el Perú: reflexiones desde la investigación. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2017;34:105-12.
18. Colomer-Revuelta C, Colomer-Revuelta J, Mercer R, Peiró-Pérez R, Rajmil L. La salud en la infancia. *Gaceta Sanitaria*. 2004;18(4):39-46.

19. OMS-OPS. La familia y la salud. 37a sesión del subcomité de planificación y programación del comité ejecutivo. Washington, D.C., EUA, 26 al 28 de marzo de 2003.p.5.
20. Gonzalez E. Psicología del ciclo vital. 2da ed. España: Editorial CCS; 2002. p. 65-6.
21. Donati P. Manuale di sociologia della famiglia. Italia: Gius. Laterza & Figli Spa; 2014.
22. López EM. Familia y sociedad: una introducción a la sociología de la familia: Ediciones Rialp; 2000.
23. De la Revilla L, Muñoz EB. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: Doyma 1994.
24. Mejía H. Factores de riesgo para muerte neonatal. Revisión sistemática de la literatura. Rev Soc Bol Ped. 2000;39(3):1-22.
25. Rasch V. Cigarette, alcohol, and caffeine consumption: risk factors for spontaneous abortion. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2003;82(2):182-8.
26. Inga Castillo G. Factores asociados a aborto en mujeres jóvenes de 19 a 29 años de edad del hospital Militar Central en el año 2016. [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Huamana; 2017.
27. Amesquita Ramos JS. Perfil familiar de las gestantes con complicaciones atendidas en el Hospital de Lircay, Huancavelica 2019. [Tesis de especialidad]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica, Facultad de Ciencias de la Salud; 2019.
28. Artilles Visbal L, Otero Iglesias J, Barrios Osuna I. Metodología de la investigación para las ciencias de la salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. 65-78 p.
29. Londoño Fernández JL. Metodología de la investigación epidemiológica. 5 ed. México: Editorial Manual Moderno; 2014. 368 p.
30. Martínez Montaña MdL, Briones Rojas R, Cortes Riveroll R. Metodología de la investigación para el área de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 47-62 p.

31. Arias Odón FG. El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. 6 ed. Caracas: Editorial Episteme C.A.; 2012. 146 p.
32. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la investigación. 6 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 600 p.
33. Hernández Sampieri R, Zapata Salazar NE, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación para bachillerato. Enfoque por competencias. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 202 p.
34. Pimienta Prieto JH, De la Orden Hoz A. Metodología de la investigación. 3 ed. México: Pearson Educación; 2017. 216 p.
35. Celis de la Rosa AdJ, Labrada Martagón V. Bioestadística. 3 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2014. 338 p.
36. García García JA, López Alvarenga JC, Jiménez Ponce F, Ramírez Tapia Y, Lino Pérez L, Reding Bernal A. Metodología de la investigación bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 447 p.
37. García Ferrando M, Ibáñez J, Alvira F. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Madrid: Alianza Universidad Textos; 1993. 141-70 p.
38. Leyva Yataco L. Factores de riesgo asociados a la muerte fetal en la región Huancavelica. [Tesis de Doctorado]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica, Escuela de Posgrado; 2017.

Anexos:

Anexo 1: Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA
INVESTIGACIÓN: Características personales y familiares de los niños del anexo de Chalhupapuquio, San Ramón, Junín 2020.

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEM	VALDR	METODOLOGÍA
<p>Problema general ¿Cuáles son las características personales y familiares de los niños del anexo de Chalhupapuquio del distrito de San Ramón, Junín 2020?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuáles son las características personales de los niños del anexo de Chalhupapuquio del distrito de San Ramón, Junín 2020?</p> <p>¿Cuáles son las características del jefe de familia de los niños del anexo de Chalhupapuquio del distrito de San Ramón, Junín 2020?</p> <p>¿Cuáles son las características familiares de los niños del anexo de Chalhupapuquio del distrito de San Ramón, Junín 2020?</p>	<p>Objetivo general Determinar las características personales y familiares de los niños del anexo de Chalhupapuquio del distrito de San Ramón, Junín 2020.</p> <p>Objetivos específicos Identificar las características personales de los niños del anexo de Chalhupapuquio del distrito de San Ramón, Junín 2020.</p> <p>Identificar las características del jefe de familia de los niños del anexo de Chalhupapuquio del distrito de San Ramón, Junín 2020.</p> <p>Identificar las características familiares de los niños del anexo de Chalhupapuquio del distrito de San Ramón, Junín 2020.</p>	<p>En las zonas rurales la anemia y la desnutrición se presentan en mayor proporción y son considerados por la población como el problema más grave de la infancia; a nivel nacional, hay más de un millón de niños menores de 5 años con anemia y más de 400 mil con desnutrición crónica; la desnutrición en los niños menores de 5 años es 14,6%; la anemia en niños menores de 5 años es 35,6% (5).</p> <p>En la región Junín, específicamente en anexo de chalhupapuquio del distrito de San Ramón; no hay estudios sobre lo mencionado; situación que motivó a estudiar las características personales y familiares de los niños en el anexo de chalhupapuquio, lugar donde existen diversas inequidades, con problemas de necesidades básicas insatisfechas.</p> <p>Los resultados y su interpretación adecuada permitirán conocer las características personales y familiares de la niñez en el contexto del anexo de Chalhupapuquio; así como las morbilidades mas frecuentes; esto contribuirá a integrar procedimientos que permitan el bienestar de la niñez con una intervención integral; orientar las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades de una manera eficaz y eficiente; proponer medidas de educación y capacitación en salud familiar y comunitaria.</p>	<p>Características personales y familiares de los niños del anexo de Chalhupapuquio.</p>	<p>Características del niño.</p> <p>Características del jefe de familia.</p> <p>Características familiares</p>	<p>Edad del niño.</p> <p>Sexo del niño.</p> <p>Beneficiario de programa social.</p> <p>Diagnóstico de anemia.</p> <p>Estado nutricional del niño.</p> <p>Morbilidad que presentó el niño en los últimos 6 meses.</p> <p>Jefe de familia.</p> <p>Nivel de instrucción del jefe de familia.</p> <p>Estado civil del jefe de familia.</p> <p>Tipo de familia del niño.</p>	<p>¿Cuál es la edad del niño(a)?</p> <p>¿Cuál es la fecha de nacimiento del niño(a)?.</p> <p>¿Cuál es el sexo del niño?.</p> <p>¿Es beneficiario de algún programa social?.</p> <p>¿Cuál es su valor de hemoglobina del niño(a)?.</p> <p>La Clasificación de la anemia según el valor de hemoglobina para la edad.</p> <p>¿Cuánto pesa el niño(a) en kilogramos?.</p> <p>¿Cuál es la talla del niño(a) en centímetros?</p> <p>¿El niño(a) presento alguna enfermedad en los últimos 06 meses?.</p> <p>¿Quién es el jefe de familia?.</p> <p>¿Cuál es el nivel de instrucción del jefe de familia?.</p> <p>¿Cuál es el estado civil del jefe de familia?.</p> <p>¿Cuál es el tipo de familia del niño(a)?.</p>	<p>De 1 a 5 años (1) Mayor de 5 años (2)</p> <p>Masculino (1) Femenino (2) Nominal.</p> <p>Anemia (1) Sin anemia (2)</p> <p>De 1 a 5 años: Desnutrición crónica (1) Sin desnutrición crónica (2)</p> <p>Mayor de 5 años: Bajo peso (1) Peso normal (2) Sobrepeso (3) Obesidad (4) Nominal.</p> <p>Padre (1) Madre (2) Otro (3) Sin instrucción (1) Inicial (2) Primaria incompleta (3) Primaria completa (4) Secundaria incompleta (5) Secundaria completa (6) Superior incompleta (7) Superior completa (8) Soltera (1) Conviviente (2) Casada (3) Viuda (4) Divorciada (5) Familia Nuclear (1) Familia Extendida (2) Familia Ampliada (3)</p>	<p>Nivel de investigación El nivel de investigación fue descriptivo.</p> <p>Tipo de investigación Investigación fue de corte transversal, observacional y descriptiva</p> <p>Diseño de Investigación El estudio correspondió a un diseño descriptivo; porque se trabajó para describir las características personales y familiares de los niños del anexo de Chalhupapuquio, San Ramón, Junín 2020 (30, 32, 33). Donde:</p> <p style="text-align: center;">M O</p> <p>M: Niños del anexo de Chalhupapuquio, San Ramón, Junín 2020. O: Características personales y familiares.</p> <p>Población, muestra, muestreo La población La población fueron todos los niños del anexo de Chalhupapuquio del distrito de San Ramón, registrados en la institución educativa y establecimiento de salud del ámbito jurisdiccional en el 2020; que según registros fueron 50 niños..</p> <p>Muestra: El estudio fue censal.</p>

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
		El análisis contextual permitirá tomar decisiones para implementar estrategias integrales en salud del niño con involucramiento familiar y comunitario; a fin de contribuir a cambiar las determinantes de la salud para el bienestar familiar y de la niñez.			Número de miembros de la familia. Numero de comidas por día en la familia. Fuente de abastecimiento de agua. Material del piso de la vivienda. Disposición de residuos sólidos. Lugar de eliminación de excretas. Ingreso familiar mensual.	¿Cuál es el número de miembros de la familia? ¿Cuál es el número de comidas que consume la familia por día? ¿Cuál es la fuente de abastecimiento de agua familiar? ¿Cuál es el material del piso de la vivienda? ¿Cuál es el lugar de disposición de residuos sólidos o basura? ¿Cuál es el lugar de eliminación de excretas? ¿Cuál es el ingreso familiar mensual en soles?	Familia Monoparental (4) Familia Reconstituida (5) Equivalente familiar (6) Numérico. Numérico. Nominal. Nominal. Nominal. Nominal. Numérico.	

Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

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

FORMATO N° 01

CUESTIONARIO SOBRE CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y FAMILIARES DE LOS NIÑOS DEL ANEXO DE CHALHUAPUQUIO

Investigación: Características personales y familiares de los niños del anexo de Chalhupapuquio, San Ramón, Junín 2020.

Presentación: Estimado Sr(a) tenga Ud. Muy buenos (días, tardes), soy egresada de la especialidad en Salud Familiar y Comunitaria; de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Huancavelica, me encuentro desarrollando una investigación sobre “Características personales y familiares de los niños del anexo de Chalhupapuquio, San Ramón, Junín 2020”; por lo cual solicito su participación en la presente investigación, la información que nos brinde será de carácter confidencial y anónimo. Le agradecemos anticipadamente por su valiosa colaboración.

Instrucciones.

Lea cuidadosamente las siguientes preguntas y conteste lo que considere refleja mejor su situación en los últimos seis meses. Registre la información solicitada en cada ítem o marque con un aspa (x) según sea su caso, por favor conteste todas las preguntas.

1. **Datos generales** (Información para ser llenada por el encuestador):
 - 1.1. Ficha N° _____
 - 1.2. Responsable del llenado: _____
 - 1.3. Fecha del llenado: ____ / ____ /2020. Hora del llenado: ____ : ____ horas
 - 1.4. Provincia: Chanchamayo.
 - 1.5. Distrito: San Ramón.
2. **Cuestionario** (Responder cada una de las preguntas, marcando con una “x” o llenar información según corresponda)
 - 2.1. ¿Quién es el jefe de familia?
 - 2.1.1. Padre (1)
 - 2.1.2. Madre (2)
 - 2.1.3. Otro (3) Detalle: _____
 - 2.2. ¿Cuál es la fecha del nacimiento del niño(a)?: ____ / ____ / ____
 - 2.3. ¿Cuál es la edad del niño(a)?: ____ años, ____ meses.
 - 2.4. ¿Cuál es el sexo del niño?: Masculino (1) Femenino (2)
 - 2.5. ¿Cuánto pesa el niño(a) en kilogramos?: _____ kilogramos
 - 2.6. ¿Cuál es la talla del niño(a) en centímetros?: _____ centímetros.
 - 2.7. ¿Cuál es su valor de hemoglobina del niño(a)?: _____ g/dl.
 - 2.8. ¿El niño(a) presento alguna enfermedad en los últimos 06 meses?
 - 2.8.1. Si (1) Detalle que enfermedad: _____
 - 2.8.2. No (2)
 - 2.9. ¿Es beneficiario de algún programa social?:
 - 2.9.1. Juntos (1)
 - 2.9.2. Crecer (2)
 - 2.9.3. Vaso de leche (3)
 - 2.9.4. Qali Warma (4)
 - 2.9.5. Otro (5) Detalle: _____Detalle: _____
 - 2.10. ¿Cuál es el nivel de instrucción del jefe de familia?:
 - 2.10.1. Sin instrucción (1)
 - 2.10.2. Inicial (2)
 - 2.10.3. Primaria incompleta (3)
 - 2.10.4. Primaria completa (4)
 - 2.10.5. Secundaria incompleta (5)
 - 2.10.6. Secundaria completa (6)

- 2.10.7. Superior incompleta (7)
- 2.10.8. Superior completa (8)
- 2.11. ¿Cuál es el estado civil del jefe de familia?:
- 2.11.1. Soltera (1)
- 2.11.2. Conviviente (2)
- 2.11.3. Casada (3)
- 2.11.4. Viuda (4)
- 2.11.5. Divorciada (5)
- 2.12. ¿Cuál es el tipo de familia del niño(a)?:
- 2.12.1. Familia Nuclear (Ambos padres e hijos) (1)
- 2.12.2. Familia Extendida (Ambos padres o uno de ellos, hijos y parientes en la tercera generación) (2)
- 2.12.3. Familia Ampliada (Ambos padres o uno de ellos, hijos y parientes como tíos, sobrinos, etc.) (3)
- 2.12.4. Familia Monoparental (El padre o la madre y los hijos) (4)
- 2.12.5. Familia Reconstituida (Un hombre o una mujer con hijos inician una convivencia y forman una nueva familia) (5)
- 2.12.6. Equivalente familiar (Grupo de amigos, hermanos, personas solas, etc.) (6)
- 2.13. ¿Cuál es el ingreso familiar mensual en soles?: S/. _____
- 2.14. ¿Cuál es el número de miembros de la familia?: _____
- 2.15. ¿Cuál es el número de comidas que consume la familia por día?: _____
- 2.16. ¿Cuál es el material del piso de la vivienda?:
- | | | | | | |
|------------------|-----|---------|-----|-------------------|-----|
| Madera | (1) | Parquet | (2) | Losetas/cerámicos | (3) |
| Cemento/ladrillo | (4) | Tierra | (5) | Otros | (6) |
- Detalle _____
- 2.17. ¿Cuál es el lugar de eliminación de excretas?:
- | | | | | | |
|------------|-----|----------------|-----|-------------|-----|
| Aire libre | (1) | Acequia, canal | (2) | Red pública | (3) |
| Letrina | (4) | Pozo séptico | (5) | Otros | (6) |
- Detalle _____
- 2.18. ¿Cuál es el lugar de disposición de residuos sólidos o basura?:
- | | | | | | |
|--------------------|-----|-----------------|-----|--------|-----|
| Carro recolector | (1) | A campo abierto | (2) | Al río | (3) |
| Se entierra, quema | (4) | En un pozo | (5) | Otros | (6) |
- Detalle _____
- 2.19. ¿Cuál es la fuente de abastecimiento de agua familiar?:
- Red pública dentro de la vivienda (1)
- Red pública fuera de la vivienda (2)
- Pozo, cisterna (3)
- Río, acequia, puquiales (4)
- Otros (5) Detalle _____

Anexo 3: Juicio de expertos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA
(Creada por Ley 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Juicio de Experto

Investigación: Características personales y familiares de los niños del anexo de Chalhupquico, San Ramón, Junín 2020.

Investigador: Espinoza Quintana Cinthia

Indicación: Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems del “CUESTIONARIO SOBRE CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y FAMILIARES DE LOS NIÑOS DEL ANEXO DE CHALHUAPUQUIO” que le mostramos, marque con un aspa el casillero que cree conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formulación para su posterior aplicación.

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

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

INFORMACION PROPIA DEL ESTUDIO

Variables de Estudio / ITEMS		1	2	3	4	5
Variable: Características personales y familiares de los niños del anexo de Chalhupquico.						
Dimensión: Características del niño						
1	Edad del niño en años.					
2	Sexo del niño.					
3	Beneficiario de programa social.					
4	Diagnóstico de anemia en el niño.					
5	Estado nutricional del niño.					
6	Morbilidad que presento el niño en los últimos 6 meses.					
Dimensión: Características del jefe de familia						
7	Jefe de familia.					
8	Nivel de instrucción del jefe de familia.					
9	Estado civil del jefe de familia.					
Dimensión: Características biomédicas						
10	Tipo de familia del niño.					
11	Número de miembros de la familia.					
12	Numero de comidas por día en la familia.					
13	Fuente de abastecimiento de agua.					
14	Material del piso de la vivienda.					
15	Disposición de residuos sólidos.					
16	Lugar de eliminación de excretas.					
17	Ingreso familiar mensual.					

Recomendaciones:

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

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

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

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

Firma

Lugar y Fecha

Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar



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

SOLICITO: Autorización para poder realizar estudio de Investigación.

SEÑOR

.....
Presidente

Anexo de Chalhupquio
Distrito de San Ramón – Junín.

SD.

Yo, Espinoza Quintana Cinthia identificado (a) con D.N.I. N° _____, egresada de la especialidad en Salud Familiar y Comunitaria de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Huancavelica, ante usted con todo respeto me presento y digo.

Que, deseo realizar una investigación sobre las “Características personales y familiares de los niños del anexo de Chalhupquio, San Ramón, Junín 2020”.

Por lo cual solicito me brinde el permiso pertinente para poder tener realizar el estudio en su comunidad; por otra parte, es importante mencionar que la información recabada será confidencial y solo será analizada de manera conjunta o grupal; por lo mencionado solicito se me expida el permiso y se me brinde las facilidades, para realizar la investigación.

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

Chalhupquio, 04 de agosto del 2020.

Firma del Interesado