



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**DISMINUYENDO LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN
NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA JURISDICCIÓN
DEL CENTRO DE SALUD PALMIRA – HUARAZ, 2019**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD FAMILIAR Y
COMUNITARIA**

AUTOR:

SAIDA HILDA MEDINA BLAS

ORCID: 20190508210413

ASESORA:

ELSA LIDIA PALACIOS CARRANZA

ORCID: 0000-0003-2628-0824

HUARAZ – PERÚ

2019

EQUIPO DE TRABAJO

AUTORA

Medina Blas Saida Hilda

ORCID: 0000-0002-4639-9956

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Estudiante de
Segunda Especialidad, Huaraz, Perú

ASESORA

Palacios Carranza, Elsa Lidia

ORCID: 0000-0003-2628-0824

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Facultad de Ciencias
de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería, Huaraz, Perú

JURADO

Charcape Benites, Susana Valentina

ORCID: 0000-0002-1978-3418

Cano Mejía, Alejandro Alberto

ORCID: 0000-0002-9166-7358

Molina Popayán, Libertad Yovana

ORCID: 0000-0003-3646-909X

**JURADO EVALUADOR DE TRABAJO ACADÉMICO Y
ASESORA**

**MS. SUSANA VALENTINA CHARCAPE BENITES
PRESIDENTE**

**MGTR. ALEJANDRO ALBERTO CANO MEJIA
MIEMBRO**

**MGTR. LIBERTAD YOVANA MOLINA POPAYAN
MIEMBRO**

**MGTR. ELSA LIDIA PALACIOS CARRANZA
ASESORA**

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la oportunidad de vivir, por brindarme sabiduría y la paciencia necesaria para culminar con mi meta propuesta.

A mis padres, por su gran apoyo moral para seguir con mis sueños y metas.

A mi hijo por ser el motivo por el cual cada día he decidido seguir adelante, por ser la luz que ilumina el porvenir de mi felicidad.

En especial a la Mg. Elsa Palacios por su disposición, apoyo, confianza, por su asesoramiento científico y estímulo para seguir creciendo intelectualmente.

SAIDA

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso, mi mejor amigo por iluminar el camino para seguir adelante y porque siempre está a mi lado, pues percibo su amor bendito constantemente.

A mis padres: Por brindarme su amor y apoyo de manera incondicional, en toda mi formación profesional y porque sus consejos, orientaciones y enseñanzas, forjaron mi espíritu emprendedor.

A mis amigos y amigas del alma, gracias por esos momentos inolvidables.

A mi hijo **STEFANO GUSTAVO** y a mí gran compañero de toda mi vida: Mi esposo **ANGEL** por estar siempre a mi lado, por brindarme su apoyo y comprensión en todo momento.

SAIDA

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
I. PRESENTACIÓN	01
II. HOJA RESUMEN	04
2.1.Título del Trabajo Académico	04
2.2.Localización	04
2.3.Población Beneficiaria	04
2.4.Institución que lo Presenta	04
2.5.Duración del Trabajo Académico	04
2.6.Costo Total o aporte solicitado	04
2.7.Resumen del Trabajo Académico	05
III. JUSTIFICACIÓN	07
IV. OBJETIVOS	31
V. METAS	32
VI. METODOLOGÍA	32
6.1.Líneas de acción y/o estrategias de intervención	32
6.2.Sostenibilidad del Proyecto	39
VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN	40
VIII. RECURSOS REQUERIDOS	46
IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES	48
X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES	52
XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS	

I. PRESENTACIÓN

La salud es un derecho según la constitución política del Perú y a la vez considerada como un bien público que se construye, se vive y se disfruta en seno familiar y la vida cotidiana. El proceso salud-enfermedad de las personas, familias y comunidades es el principal motivo de trabajo de los equipos de salud, cuya finalidad es mejorar la calidad de vida (1).

La desnutrición crónica infantil (DCI) en niños y niñas menores de 5 años, altera el buen desarrollo cognitivo, mucho más si se presenta durante el crecimiento y desarrollo cerebral, observándose más en los niños menores de dos años, en el que el daño puede ser irreversible, siendo uno de los principales problemas de salud pública que afectan el desarrollo infantil temprano (1).

En el Perú, la problemática del DCI y anemia se viene afrontando a través de la implementación de intervenciones desarrolladas por el Ministerio de Salud y los diferentes sectores involucrados, en el marco del Programa Presupuestal Articulado Nutricional, que en base al análisis de las coberturas que esta problemática ha generado, se hace necesario un ordenamiento y fortalecimiento intersectorial de las intervenciones para el logro de resultados, con la participación de todos los actores involucrados (2).

La malnutrición es uno de los flagelos que más ataca a la población, considerado un problema de salud pública; resaltando los determinantes de la salud, con énfasis en los factores socioeconómicos y ambientales, relacionado

con la pobreza y la desigualdad de oportunidades, la exclusión y la discriminación por razones de sexo, raza o credo político; otras causas como baja escolaridad materna, embarazo en adolescentes, cuidados deficientes de la madre al niño y niña, las prácticas inadecuadas de crianza, el limitado acceso a servicios básicos y de salud, asociados con costumbres y prácticas inadecuadas de alimentación; estilos de vida, por el cada vez más importante proceso de urbanización y causas directas como desnutrición materna, alimentación o ingesta inadecuada, e infecciones repetidas y severas (2).

Hoy en día apostar por el desarrollo de la infancia, en la mejora de la salud materna y neonatal, la reducción de la DCI y la anemia, requiere de la intervención urgente del Estado Peruano y así asegurar el desarrollo infantil y proteger a la futura población activa del país y en su capacidad de progresar económica y socialmente, fomentando una mayor equidad social (2).

De este contexto en el presente trabajo académico titulado: **DISMINUYENDO LA DESNUTRICION CRONICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA JURISDICCION DEL CENTRO DE SALUD PALMIRA - HUARAZ, 2019**. Se encontrará toda la metodología de cómo abordamos el problema, el planteamiento de objetivos y plan de trabajo, se utilizó el modelo de proyectos de Inversión del SNIP y del autor Bobadilla. Espero que este trabajo académico sea de gran utilidad para los gestores en salud y para todos los profesionales de salud que queremos mejorar la problemática de salud de la población sujeta a nuestra atención.

Esta especialmente dirigido a todo los enfermeros que gerencian las prestaciones de servicios de salud los diferentes establecimientos de salud, esperando que contribuya a mejorar la calidad de atención en la lucha contra la desnutrición crónica infantil.

II. HOJA DE RESUMEN:

2.1. TITULO DEL PROYECTO:

DISMINUYENDO LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA JURISDICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD PALMIRA – HUARAZ, 2019.

2.2. LOCALIZACIÓN:

Distrito : Independencia
Provincia : Huaraz
Departamento : Ancash
Región : Ancash

2.3. POBLACIÓN BENEFICIARIA:

- **Beneficiarios Directos: Niños menores de 5 años** de la jurisdicción del Centro de salud Palmira.
- **Beneficiarios Indirectos: Madres de familia y Personal de salud** del Centro de Salud Palmira.

2.4. INSTITUCIÓN QUE LO PRESENTA:

C. S. Palmira – Micro red Palmira- Red de Salud Huaylas Sur-
Ministerio de Salud.

2.5. DURACIÓN DEL PROYECTO:

1 año

Fecha Inicio : Enero 2020

Fecha Terminó : Enero 2021

2.6. COSTO TOTAL: S/. 10,417.00

2.7. RESUMEN:

El presente trabajo académico de intervención nace a raíz de la problemática de la desnutrición crónica en los niños y niñas menores de 5 años, en el Perú teniéndola como uno de los problemas de salud pública más importante, que se expresa en un déficit de la talla para la edad, afectando también el desarrollo de sus capacidades físicas, intelectuales, emocionales y sociales, en términos agregados, dificulta el desarrollo de la población (1,2).

Por ello, el presente trabajo, busca la disminución de la desnutrición crónica en los niños y niñas menores de 5 años en la jurisdicción del Centro de Salud Palmira y por ende incrementar el porcentaje de niños saludables y sin desnutrición.

Por lo cual se establecen como líneas de acción la gestión, sensibilización y capacitación y se proponen planes de acción como: Gestión, sensibilización y capacitación. Elaboración del cuadro de necesidades de equipos para su implementación, elaboración de sustento técnico para el requerimiento de personal de salud, elaboración de planes de capacitación y sensibilización y de registro.

También incluye la elaboración del plan de sensibilización y capacitación a las madres y familias de niños menores de 5 años para educarlos en salud y adquieran hábitos de estilo de vida saludable en base a una alimentación saludable con alimentos con alto valor nutritivo.

Como profesional de enfermería, espero contribuir con la disminución de la desnutrición crónica en la jurisdicción del Centro de Salud Palmira, concientizando a las madres y familias de las consecuencias irreversibles que causa la desnutrición crónica en sus niños.

Es necesario aumentar la inversión en la lucha contra la desnutrición y poner en marcha estrategias multisectoriales que aborden las causas de la desnutrición.

III. JUSTIFICACIÓN

La desnutrición infantil es un problema importante de salud pública cuyas consecuencias se manifiestan a lo largo de todo el ciclo vital, y que afecta principalmente a los pobres extremos. La evidencia más reciente refuerza la importancia de enfrentar la desnutrición crónica porque tiene efectos negativos inmediatos como mayor probabilidad de ocurrencia de enfermedades o muerte prematura en niños menores de cinco años, a largo plazo afecta el desempeño escolar, la capacidad de trabajo, y ocasiona costos y pérdidas económicas a la familia y la sociedad (3).

Se dice que los niños con problemas nutricionales tienen un menor desempeño escolar, lo que genera pocas oportunidades de realizar estudios universitarios y lleva a pobres aspiraciones laborales en la edad adulta. El tema es tan dramático, que en el 2010 el Banco Mundial hizo un estudio titulado El costo económico de un mal comienzo en la vida, en el que explica cómo la desnutrición juega un papel crucial en la transmisión de pobreza e inequidad social entre generaciones. Por eso el organismo establece que si un gobierno baja 1 % las tasas de desnutrición infantil, los índices de pobreza disminuyen 4 % (4).

En el 2010 la Universidad de los Andes realizó una encuesta a 10.000 hogares colombianos de distintas regiones en áreas rural y urbana, de todos los estratos económicos y siguió las familias por tres años. El objetivo era recolectar datos que permitieran identificar los factores que influyen en el problema de la desnutrición crónica a nivel nacional (5).

Según la Unicef, refiere que cerca de 200 millones de niños menores de 5 años sufren desnutrición crónica. Un 90% vive en Asia y África, donde las tasas son muy elevadas: 40% en Asia y 36% en África. El 80% de los niños con desnutrición crónica vive en 24 países. De los 10 países que más contribuyen a la cifra total, seis están en Asia: Bangladesh, China, Filipinas, India, Indonesia y Pakistán, debido en parte a la elevada población que registran la mayor parte de ellos. Así, se calcula que 3 de cada 10 niños desnutridos en el mundo en desarrollo viven en India. Guatemala, con un 54%, se sitúa en niveles semejantes a los de algunos países africanos y asiáticos. El resto de los países son: Afganistán, Yemen, Guatemala, Timor-Leste, Burundi, Madagascar, Malawi, Etiopía y Rwanda (de mayor a menor porcentaje) (6).

La pobreza, el hacinamiento, la calidad de la vivienda, el nivel educativo de la madre y el embarazo en adolescentes son las principales causas de niños con problemas de desnutrición. Esta población tiene hasta seis veces más probabilidad de tener bebés con problemas de peso al nacer. Debido al pobre acceso a servicios de educación y salud estas poblaciones tienen niños con un pobre desarrollo, lo que traerá adultos con las mismas características. Es un ciclo vicioso, una historia de nunca acabar (6).

En Colombia la población rural es la más vulnerable. El 13% de los niños padece de desnutrición crónica en comparación con el 8 % del área urbana. Aunque existe una leve mejoría en comparación con los datos del 2010, lo ideal es mantener el número en cero. Para lograr esto hay que atacar el problema (7).

En general, la malnutrición es un problema de salud pública en el Perú, condicionado por determinantes de la salud, expresados como factores sociales y de desarrollo asociados con la pobreza y brechas de inequidad que incluyen causas

básicas como la desigualdad de oportunidades, la exclusión y la discriminación por razones de sexo, raza o credo político; causas subyacentes como baja escolaridad de la madre; el embarazo adolescente; los cuidados insuficientes de la mujer a la niña y niño; las prácticas inadecuadas de crianza; el limitado acceso a servicios básicos y a servicios de salud, asociados con costumbres y prácticas inadecuadas de alimentación; estilos de vida, algunos ancestrales y otros adquiridos, por el cada vez más importante proceso de Urbanización, y causas directas como desnutrición materna, alimentación o ingesta inadecuada, e infecciones repetidas y severas (8).

En el último decenio, nuestro país ha mostrado singulares avances en la reducción de la desnutrición crónica infantil y la anemia en niñas y niños menores de 3 años; sin embargo, aun cuando estas han disminuido en comparación con el año 2007, habiendo alcanzado el objetivo país de desarrollo del milenio del 2015 para el caso de la desnutrición crónica infantil, con el promedio nacional, las inequidades aún se evidencian a nivel regional y en zonas de pobreza (8).

En el año 2011 la desnutrición crónica afectaba a unos 531 mil niños entre cero y cinco años (19,5% del total de niños de ese grupo de edad), dejando importantes secuelas para el resto de sus vidas. En el Perú, la desnutrición crónica muestra una distribución heterogénea, en 2011, en el área rural la desnutrición crónica afectaba al 36,8% de los niños, mientras que en el área urbana al 10,2%. En el mismo periodo, el retraso del crecimiento afectaba al 30% de los niños en la sierra, al 21,6% en la selva y al 12% en la costa (3). Como respuesta a este problema el Estado peruano implementó diferentes intervenciones, una de las más destacables es el Programa Articulado Nutricional, que constituye un esfuerzo multisectorial con un enfoque

preventivo para reducir la desnutrición (9).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) dio a conocer que en el último año, la desnutrición crónica en la población menor de cinco años de edad pasó de 14,4% a 13,1%, disminuyendo en 1,3 puntos porcentuales, es decir, 39 mil 300 niñas y niños dejaron la condición de desnutridos (9).

También, informó que en los últimos cinco años, la desnutrición crónica disminuyó en 6,4 puntos porcentuales al pasar de 19,5% a 13,1%, es decir, 201 mil 100 personas menores de cinco años dejaron de ser desnutridos. Según área de residencia, en los últimos 5 años en el área rural disminuye en 10,5 puntos porcentuales y en el área urbana en 2,2 puntos porcentuales (9).

“La desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años afectó principalmente a los departamentos más pobres del país como Huancavelica, Cajamarca, Ucayali, Pasco y Loreto, con tasas de desnutrición crónica superiores al 23,0%. En el último año, la desnutrición crónica disminuyó en 16 regiones del país, siendo Huánuco y Piura las que presentaron una disminución de 5,0 puntos porcentuales”; subrayó el Jefe del INEI. Dr. Aníbal Sánchez Aguilar al presentar los Resultados de los Indicadores de Salud Materno Neonatal, Infantil y Articulado Nutricional de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2016 (10).

Actualmente en la región de Ancash la desnutrición crónica está por encima del promedio nacional de desnutrición infantil que es de 18 por ciento. La zona sierra de Áncash es la que registra más incidencia de este problema de salud, en la provincia Carlos Fermín Fitzcarrald el 45 por ciento de niños de cero a cinco años padece de

desnutrición crónica (11).

En la Red de Salud Huaylas Sur, el nivel de desnutrición crónica en los niños menores de 5 años se encuentra en un 13.8% (2484 niños), como Microred de Plamira el grado de desnutrición crónica se encuentra en un 11.7% (275 niños), y así mismo en el distrito de Independencia el porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición crónica se encuentra en un 23.9 %. Estos datos fueron recolectados en la oficina de estadística e informática de la Red de Salud Huaylas Sur entre los periodos de enero hasta Mayo 2019 (12).

En relación al estado nutricional del Centro de salud Palmira, los niños menores de 5 años de la jurisdicción se encuentra en un 17% con desnutrición crónica según indicadores del registro del sistema del estado nutricional del niño (SIEN), así mismo se observa múltiples factores causantes del incremento de la desnutrición, como el déficit compromiso de la comunidad, y autoridades municipales, educación deficiente y estilos de vida inadecuados para la conservación de la salud. Así mismo por mantener una categoría de I-3 el Centro de salud Palmira cuenta con ocho profesionales de enfermería y una nutricionista. Se brinda la atención primaria (12).

El Centro de salud Palmira, brinda una atención integral desde la etapa de la gestación hasta la adultez, sin embargo tenemos una estrategia que prioriza la atención del niño, como es el programa Articulado Nutricional que inicia la atención específica del niño desde la etapa de nacimiento, ofreciendo servicios de control de crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, evaluación nutricional, suplementación de micronutrientes y profilaxis antiparasitario; en el nivel de diagnóstico el tamizaje de anemia; también ofrece servicios de tratamiento para la recuperación de la salud del

niño.

Por otro lado la desnutrición es el resultado de la presencia del uso inadecuado e insuficiente de alimentos y por ende la aparición repetida de enfermedades infecciosas (13). Así mismo el término malnutrición proteico- energética, se ha utilizado para describir una serie de trastornos caracterizados, principalmente, por el retraso del crecimiento de niñas y niños. Sin embargo, este retraso en el crecimiento es solo una manifestación de una serie de afecciones al desarrollo físico y mental. Este tipo de desnutrición tiene mayor gravedad en menores de tres años, debido a sus elevadas necesidades energéticas, proteicas y a su particular vulnerabilidad a las infecciones (13).

En la desnutrición, se reconocen distintos factores de riesgo y su alta prevalencia en una comunidad determinada, está íntimamente ligada al subdesarrollo económico, a la injusticia social y al analfabetismo. Los estudios prospectivos de los factores de riesgo de crecimiento infantil de países de bajos ingresos son relativamente escasos, pero vitales para guiar los esfuerzos de Intervención. En niños menores de cinco años se han señalado diversos factores de riesgo nutricional relacionados con el individuo, los padres, el medio familiar y el ambiente en general. Ante estos hechos se explora acerca de los factores de riesgo ligados a la desnutrición grave en niños menores de cinco años para poder crear programas que superen estos problemas y lograr disminuir el número de pacientes con desnutrición grave (14).

A la vez para que un niño desarrolle desnutrición interviene diversos factores inherentes al paciente, a la madre, el entorno familiar y social. El grupo atareo más afectado con desnutrición grave comprende a los niños de 12 meses a 23 meses;

también está influido por varios factores como la insuficiente o ausencia de administración de alimentos, los cuales no satisfacen los requerimientos nutricionales en esta etapa de desarrollo; el bajo nivel educativo de los padres y la falta de conocimiento acerca de una adecuada nutrición.

Sin embargo, Girmay y colaboradores en un estudio de cohorte realizado en Etiopia, muestra mayor prevalencia en niños de 6 a 12 meses de edad, por ser esta una etapa de transición entre la alimentación con leche materna exclusiva y el inicio de la alimentación complementaria (15).

Respecto al peso de nacimiento menor a 2500 gramos que es mencionado como factor de riesgo en varios estudios, constituye un factor importante para desarrollar desnutrición, porque el tener bajo peso al nacimiento nos indica un deficiente estado nutricional materno lo que incremento el riesgo de desnutrición intrauterina. Un aspecto importante en la desnutrición infantil, es la relacionada a los padres del niño desnutrido, en especial a la madre, como es el caso de la madre adolescente (menor de 18 años) seguramente asociado a su poca experiencia para alimentar y reconocer signos de peligro (13,16).

Otro aspecto importante es la relación que existe entre los pacientes con desnutrición grave y el nivel educativo de la madre, siendo las madres con bajo nivel educativo las que tiene falta de conocimientos sobre salud reproductiva, nutrición y desarrollo infantil lo cual incide negativamente en la nutrición de los hijos. En los países andinos, por ejemplo, la prevalencia de desnutrición global es inferior en 30% a 40% entre los niños con madres que cursaron educación primaria (ciclo completo), en comparación con niños de madres que no completaron dicho ciclo (12,16-17).

Se logró identificar como factor de riesgo la actividad laboral de la madre, como se describe en varios estudios de la ONU y OMS12-18, porque son madres pobres generalmente las que dejan de estudiar y salen en busca de trabajo para mantener a sus hijos y muchas veces dejan a los niños al cuidado de otras personas lo cual incide negativamente en la nutrición de sus hijos. (17)

Entre los factores de riesgo socio-ambientales, se encontró como factor de riesgo significativo la presencia de otros hermanos menores de 5 años que está asociado con la competencia por lo alimentos, disminución del cuidado materno y mayor riesgo de infecciones, probablemente por hacinamiento (16,17).

No es raro que los niños sean víctimas de prácticas alimentarias inadecuadas, especialmente en regiones donde la ausencia o insuficiente lactancia materna exclusiva (seis primeros meses) expone al niño a recibir alimentos que no satisfacen los requerimientos nutricionales en esta etapa del desarrollo, por ejemplo el empleo temprano de fórmulas preparadas de manera deficiente y en malas condiciones de higiene. Además la limitada disponibilidad a los alimentos complementarios a la leche materna (en niños mayores de 6 meses) impide proveer los macro y micronutrientes necesarios para el desarrollo infantil normal en esta etapa, que constituye una etapa de máximo crecimiento y desarrollo (17).

También hacemos hincapié que la residencia rural al igual que la falta de accesibilidad al agua potable incrementa el riesgo de desnutrición en los niños menores de 5 años. Uno de ellos es la falta de accesos a la tierra afecta la capacidad de crédito y otros recursos, lo que repercute en los ingresos económicos, la sustitución de cultivos tradicionales por cultivos comerciales más rentables tienden a aumentar la

vulnerabilidad nutricional y reducen el acceso a los alimentos, la condición de pobreza extrema, discriminación y aislamiento geográfico de los pueblos indígenas probablemente también intervienen en la desnutrición al igual que las migraciones, conflictos sociales los cuales limitan la capacidad de respuesta colectiva a desastres naturales o económicos, que llevan a dificultad el acceso a los alimentos.(16,17)

Por otro lado la desnutrición puede ser crónica y aguda. A la vez implica tener un peso corporal menor a lo normal para la edad, tener una estatura inferior a la que corresponde a la edad (retraso en el crecimiento), estar peligrosamente delgada o presentar carencia de vitaminas y/o minerales (malnutrición por carencia de micronutrientes o mejor conocida como hambre oculta) (18).

Un niño que sufre desnutrición crónica presenta un retraso en su crecimiento. Se mide comparando la talla del niño con el estándar recomendado para su edad. Indica una carencia de los nutrientes necesarios durante un tiempo prolongado, por lo que aumenta el riesgo de que contraiga enfermedades y afecta al desarrollo físico e intelectual del niño (19).

La desnutrición crónica, siendo un problema de mayor magnitud en cuanto al número de niños afectados, es a veces invisible y recibe menor atención. El retraso en el crecimiento puede comenzar antes de nacer, cuando el niño aún está en el útero de su madre. Si no se actúa durante el embarazo y antes de que el niño cumpla los 2 años de edad, las consecuencias son irreversibles y se harán sentir durante el resto su vida (19).

Hay otras subyacentes como son la falta de acceso a los alimentos, la falta de

atención sanitaria, la utilización de sistemas de agua y saneamiento insalubres, y las prácticas deficientes de cuidado y alimentación. En el origen de todo ello están las causas básicas que incluyen factores sociales, económicos y políticos como la pobreza, la desigualdad o una escasa educación de las madres (18,19).

La desnutrición actúa como un círculo vicioso: las mujeres desnutridas tienen bebés con un peso inferior al adecuado, lo que aumenta las posibilidades de desnutrición en las siguientes generaciones. En los países en desarrollo, nacen cada año unos 19 millones de niños con bajo peso (menos de 2.500 gramos). La desnutrición, al afectar a la capacidad intelectual y cognitiva del niño, disminuye su rendimiento escolar y el aprendizaje de habilidades para la vida. Limita, por tanto, la capacidad del niño de convertirse en un adulto que pueda contribuir, a través de su evolución humana y profesional, al progreso de su comunidad y de su país. Cuando la desnutrición se perpetúa de generación en generación, se convierte en un serio obstáculo para el desarrollo y su sostenibilidad (20).

Aunque normalmente se menciona a la pobreza como la causa principal de la desnutrición, existen otras causas tan importantes como ésta, tales como la no lactancia materna exclusiva, la presencia de enfermedades como diarrea, infecciones respiratorias agudas, y otras; la falta de educación y de información sobre la buena o adecuada alimentación, el no consumo de suplementos vitamínicos o alimentos fortificados, y el costo de los alimentos (19,20).

Como se ha visto previamente, la desnutrición es un fenómeno multidimensional, razón por la cual las políticas dirigidas a combatirla deben ser multisectoriales. Específicamente, es necesario garantizar los cuatro factores

mencionados en la primera sección: una vivienda segura, hecha con material noble y acceso a servicios de agua y desagüe; una adecuada atención de la salud del niño, con disponibilidad garantizada para acceder y financiar las intervenciones necesarias (seguros de salud); un cuidador preparado en términos de buenas prácticas de alimentación, salud e higiene; y una comunidad saludable, con programas sociales e infraestructura económica y social que hagan posible el alivio de la situación de los más pobres (20).

Por otro lado, la etapa infantil en los primeros cinco años de edad es considerada el periodo más crítico en el proceso de crecimiento de los individuos. A través de este periodo de desarrollo el crecimiento de los niños se acelera y desacelera en diferentes edades y etapas. Cualquier motivo, elemento perturbador y/o situación adversa que interrumpa este proceso, constituye un factor de riesgo para el normal desarrollo infantil. Anomalías durante este periodo pueden tener consecuencias permanentes y afectar el bienestar de un individuo a lo largo de toda su vida (21).

El desarrollo físico de la primera infancia es una etapa crucial y extremadamente importante en el proceso de crecimiento de los individuos. En promedio durante los primeros dos años de edad un niño crece alrededor de 37 cm y aumenta su peso significativamente. Esta velocidad de crecimiento -unos 25 cm/año en el primer año y unos 12 cm/año en el segundo- no se volverá a alcanzar en ninguna otra etapa de la vida postnatal. Cualquier evento que interrumpa este proceso de crecimiento -por ejemplo ingesta inadecuada de alimentos- podría producir trastornos definitivos del crecimiento y del desarrollo, por esto, la vigilancia y seguimiento del niño durante estos periodos son de suma importancia (21).

Una nutrición adecuada, en cantidad y en calidad, es clave para el buen desarrollo físico e intelectual del niño. Un niño que sufre desnutrición ve afectada su supervivencia y el buen funcionamiento y desarrollo de su cuerpo y de sus capacidades cognitivas e intelectuales. La desnutrición es un concepto diferente de la malnutrición, que incluye tanto la falta como el exceso de alimentos (22).

La desnutrición se manifiesta en el niño de diversas formas: Es más pequeño de lo que le corresponde para su edad, pesa poco para su altura, pesa menos de lo que le corresponde para su edad. Cada una de estas manifestaciones está relacionada con un tipo específico de carencias. La altura refleja carencias nutricionales durante un tiempo prolongado, mientras que el peso es un indicador de carencias agudas. De ahí las distintas categorías de desnutrición (22).

Desnutrición crónica un niño que presenta un retraso en su crecimiento, se mide comparando la talla del niño con el estándar recomendado para su edad, indica una carencia de los nutrientes necesarios durante un tiempo prolongado, por lo que aumenta el riesgo de que contraiga enfermedades y afecta al desarrollo físico e intelectual del niño; si no se actúa durante el embarazo y antes de que el niño cumpla los 2 años de edad, las consecuencias son irreversibles y se harán sentir durante el resto su vida (22,23).

Desnutrición aguda moderada: Un niño que pesa menos de lo que le corresponde con relación a su altura, se mide también por el perímetro del brazo, que está por debajo del estándar de referencia, requiere un tratamiento inmediato para prevenir que empeore (23).

Desnutrición aguda grave o severa es la que el niño tiene un peso muy por debajo del estándar de referencia para su altura, se mide también por el perímetro del brazo; altera todos los procesos vitales del niño y conlleva un alto riesgo de mortalidad. El riesgo de muerte para un niño con desnutrición aguda grave es 9 veces superior que para un niño en condiciones normales. Requiere atención médica urgente. La desnutrición debida a la falta de vitaminas y minerales (micronutrientes) se puede manifestar de múltiples maneras. La fatiga, la reducción de la capacidad de aprendizaje o de inmunidad son sólo algunas de ellas (15,23).

La primera infancia se define como el periodo de nacimiento que va desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses y 29 días, es una etapa extraordinario desarrollo cerebral que sienta las bases del aprendizaje posterior, así mismo es la fase del incremento del número de células (hiperplasia) o de su tamaño (hipertrofia) de una manera acelerada. Está regulado por lo factores nutricionales, socioeconómicos, culturales, emocionales, genético y neuroendocrinos, entre otros (17,18).

Como profesional de enfermería, existe un gran compromiso con la comunidad para prevenir la desnutrición crónica infantil, tratando de disminuir los factores de riesgo que se encuentran latentes en toda la jurisdicción de los sectores pertenecientes del Centro de Salud Palmira. Una de ellas es la evaluación del sistema de vigilancia nutricional, las sesiones demostrativas de alimentación saludable, sesiones educativas y visitas domiciliarias.

En 1975, la Dra. Pender publicó “un modelo conceptual de conducta para la salud preventiva”, que constituyó una base para estudiar el modo en que los individuos toman las decisiones sobre el cuidado de su propia salud dentro del contexto de la

enfermería. En este artículo identificaba factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones de los individuos para prevenir las enfermedades (23).

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción (23).

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables (22,23).

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. Donde nos menciona que: “Hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro” (22,23).

La teoría de la Promoción de la Salud, menciona Meta paradigmas: (24) Salud: Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

- a. Persona: Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.
- b. Entorno: No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre

la aparición de conductas promotoras de salud.

- c. Enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida (23).

Este modelo le da importancia a la cultura, entendida ésta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra. El modelo de promoción de la salud de Pender se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura, así (23).

La primera teoría, es la de la Acción Razonada: originalmente basada en Ajzen y Fishben, explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado (24).

La segunda es la Acción Planteada: adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas. La tercera es la Teoría Social- Cognitiva, de Albert Bandura en

la cual se plantea que la auto-eficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento. Adicional a lo anterior, la auto-eficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad (25).

Consideramos que el modelo de promoción de salud de Nola es una metateoría, ya que para la realización de este modelo ella se inspiró en la Teoría de acción razonada de Martin Fishbein y la Teoría del aprendizaje social de Albert Bandura (24).

También relacionamos este modelo con el Paradigma de Categorización, centrado en la salud pública. El MPS se centra en la salud del individuo, le da la capacidad de cambiar su situación a nivel salud y comprende los elementos externos que sean válidos tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad (23).

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud de las personas. Es una guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud (24).

A continuación el MARCO LEGAL del proyecto donde, el Ministerio de Salud definió la conformación de una comisión sectorial de naturaleza temporal, encargada de elaborar un plan de alcance nacional, que contenga las acciones destinadas a

promover la reducción de la desnutrición crónica infantil, denominado “Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País”, a través de la Resolución Ministerial 675 -2013-MINSA, presidida por el Despacho Ministerial e integrada por un representante del Despacho Viceministerial, por las direcciones de línea, direcciones de apoyo, órganos desconcentrados y el Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARSALUD II) (25).

Es necesario, mencionar que la elaboración del plan recoge aspectos positivos de experiencias que se han venido desarrollando a nivel nacional e internacional en materia de reducción de DCI y prevención de anemia en niños menores de 3 años, e incorpora elementos de la reforma del sector salud que se han oficializado, y que a lo largo de su implementación enfrentará el reto de continuar agregando de manera progresiva, los procesos que de ella emanen y en función a la reglamentación de los decretos legislativos que la respaldan (26).

Los lineamientos que sustentan el proyecto son los siguientes: Ley 26842, Ley General de Salud. Ley 27783, Ley de Bases de la Descentralización. Ley 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales. Ley 27972, Ley Orgánica de Municipalidades. Ley 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo. Ley 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud. Decreto Legislativo 1153, que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado. Decreto Legislativo 1154, que autoriza los Servicios Complementarios en Salud. Decreto Legislativo 1159, que aprueba disposiciones para la implementación y desarrollo del intercambio prestacional en el sector público. Decreto Legislativo 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Resolución Ministerial 610-

2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica 010- MINSA/INS-V.01 “Lineamientos de Nutrición Infantil”. Resolución Ministerial 292-2006/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud 040- MINSA/ DGSP-V.1 “Norma Técnica para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño” (26).

Por otro lado Se halló que a nivel nacional en la perspectiva retrospectiva el costo de la desnutrición infantil para el 2013, fue de 10 999 millones de soles, equivalentes al 2,2% del PBI de ese mismo año. Los costos prospectivos a nivel nacional, de quienes al 2013 tienen entre 0 y 59 meses, alcanzaron los 4505 millones de nuevos soles y representan el 0,9% del PBI del año 2011. La mayor parte de los costos provienen de las pérdidas de productividad en ambos casos. Además, la desnutrición afecta mucho más a la sierra y selva peruana (27).

Por su parte, Glewwe, Jacoby, y King (2001) encuentran que un mejor estado nutricional en los niños les permite iniciar la formación escolar más temprano y repiten menos grados escolares. Algunos estudios longitudinales reportan que el indicador talla/edad predice el performance escolar en la edad adulta o el performance cognitivo. Datos longitudinales de Filipinas, Jamaica, Perú, Indonesia, Brasil y Suráfrica muestran que la desnutrición crónica entre los 12 y 36 meses de edad está asociada con un pobre desarrollo cognitivo y/o menos años de escolaridad (28).

Otro efecto adverso de la desnutrición, es el impacto negativo sobre los salarios. Los estudios sobre este aspecto muestran como los efectos de la desnutrición, tales como un pobre desarrollo cognitivo, estatura reducida y bajos niveles de escolaridad impactan los salarios. Estudios longitudinales en Brasil, Guatemala, India, Filipinas y Suráfrica han demostrado que los efectos acumulados de la desnutrición en la niñez se

traducen en la edad adulta con baja productividad, menores ingresos económicos y problemas de salud (27,28).

Según Glewwe y Jacoby, encuentran que por cada año de retraso en el ingreso formal a la educación primaria, consecuencia de una inadecuada nutrición en Ghana un niño pierde el 3% de riqueza a lo largo de su vida. Thomas y Strauss estiman el impacto directo de la altura de un individuo sobre los salarios para la población urbana en Brasil. Luego de controlar por una variedad de características encuentran que la baja estatura como consecuencia en parte por una pobre nutrición en la niñez esta correlacionada con bajos niveles de ingreso en la adultez. Además de tener consecuencias nefastas sobre la primera infancia y los resultados en la edad adulta, la desnutrición tiene un vínculo con la mortalidad infantil (29).

Pelletier al. Intentan esclarecer el vínculo existente entre la desnutrición infantil y la mortalidad con datos de 53 países. Si bien, la literatura sobre este aspecto particular no había logrado establecer una clara relación entre antropometría y mortalidad, este estudio, estiman mediante un método epidemiológico el porcentaje de muertes en niños entre 0-59 meses, asociado a la desnutrición infantil. Sus resultados sugieren que 56% de las muertes infantiles en los países en desarrollo son atribuibles a los efectos de la mala nutrición. Por otro lado, se calcula que cerca de 7.6 millones de niños menores de 5 años mueren cada año, un tercio de estas muertes está relacionado con la desnutrición (30).

Cabe señalar que los efectos acumulados de la desnutrición en la niñez también pueden llegar a ser intergeneracionales, mujeres de baja estatura¹² – producto de una pobre nutrición en la infancia- pueden experimentar complicaciones durante el parto y

tienen una mayor probabilidad de dar a luz niños con bajo peso, lo que a su vez es un factor de riesgo de la mortalidad infantil (31).

En relación a los antecedentes a nivel internacional:

Dávila P (32), en Guatemala 2013, realizó la investigación “Evaluación del estado nutricional de niños menores de cinco años”. Obteniendo resultados: Los valores promedio de la edad en meses la mayoría de los niños tenían entre 0 a 23 meses y estaban clasificados como estado nutricional normal, seguido de niños con desnutrición crónica (21%) para T/E, se encontraron 57 casos con problemas de exceso y 8 de los 10 municipios presentaron casos de desnutrición aguda, Se observó, que los niños evaluados tenían el 12.21% de inseguridad leve, 60% de inseguridad moderada y 27.63% inseguridad severa. CONCLUSIÓN: Se observó que los porcentajes de los diferentes estados nutricionales no varían de forma importante entre las categorías de inseguridad alimentaria y estas diferencias no son estadísticamente significativas según resultado de la prueba de Chi-cuadrado de Pearson.

Alcaraz G (33), en Colombia, 2014, se realizó un estudio “El estado nutricional y condiciones de vida de los niños menores de cinco años. En el análisis se encontraron los mayores riesgos de desnutrición global, aguda y crónica para el sexo masculino, de desnutrición global, crónica y emaciación para cada uno de los indicadores ($p < 0,001$). Los niños de 12 a 23 meses y de 36 a 59 meses mostraron mayores prevalencias de insuficiencia ponderal y de talla corta ($p=0,001$). Presentaron mayor riesgo de talla corta los niños que vivían en familias de más de cinco personas ($p=0,013$). Los hijos de madres con educación universitaria o técnica y los hijos únicos tuvieron menor riesgo de insuficiencia ponderal y talla corta, en forma significativa ($p < 0,001$). Se

encontró, según la estadística, mayor riesgo de insuficiencia ponderal y talla corta en niños entre los mayores de seis meses que recibían lactancia materna.

Valderrama M. (34), en Ecuador 2015, realizó “El estudio la influencia del programa articulado nutricional en la disminución de la desnutrición y anemia en niños menores de 36 meses”, El tipo de investigación fue básica de naturaleza explicativa, el diseño no experimental de corte causal, y el método que se empleó durante el proceso de investigación fue el hipotético – deductivo. La muestra estuvo conformada por 36 trabajadores del ministerio de salud. Se llegó a la siguiente conclusión general: la aplicación del programa articulado nutricional no influye significativamente en la disminución de la desnutrición crónica y anemia en niños menores de 36 meses.

Pulgar D (35), en Guatemala 2016, realizó la investigación “Proyecto Inseguridad Alimentaria y Desnutrición” El objetivo del proyecto fue fortalecer procesos que impulsaran una mejor seguridad alimentaria y nutricional en Guatemala a través de la revisión, comparación y selección de políticas y prácticas eficaces para la adopción por sistemas agrícolas de pequeña escala mediante la implementación de dos componentes: En cuanto a eficacia el objetivo principal del proyecto ha sido logrado habiéndose involucrado a las autoridades nacionales y realizado consultas con agencias de cooperación que permitieron hacer ajustes a los procedimientos y metodologías. El proyecto fue eficiente en la realización de trabajos de campo y consultas con actores claves al igual que la participación de investigadores y estudiantes en procesos participativos.

A nivel nacional:

Valencia P (36), en Lima 2013, realizó la investigación “Estado nutricional de la población menor de 5 años adscrita al puesto de salud Aynaca, Huaura”, encontrándose que la prevalencia de la desnutrición crónica según la clasificación de Waterlow OPS es de 28%, según Waterlow modificado de 17.5% y según OMS MINSA de 17.5%. La prevalencia de desnutrición aguda según la clasificación de Waterlow-OPS fue de 10%, según Waterlow modificado de 7.5% y según OMS-MINSA de 5%. La prevalencia de población eutrófica según la clasificación de Waterlow-OPS es de 55%, según Waterlow modificado de 40% y según OMS-MINSA de 82.5%. La prevalencia de sobrepeso en según la clasificación de Waterlow-OPS fue de 25% y según OMS-MINSA de 8.75%. La prevalencia de obesidad según la clasificación de Waterlow-OPS fue de 10%, según Waterlow modificado de 20%.

Casaperalta J. y Gonzáles O (37), en Cajamarca 2015, realizó el estudio de “La desnutrición crónica infantil”. El estudio, es de tipo transversal, retrospectivo y analítico, y tiene como objetivo, determinar la prevalencia de la desnutrición crónica infantil en menores de 3 años y sus determinantes en la Micro Red de Salud Huambocancha Baja 2015. Los principales resultados han sido: la prevalencia de la desnutrición crónica infantil es del 41%, la desnutrición crónica infantil se presenta con mayor incidencia en el género masculino con el 48.6%; mientras que el femenino es de 32.2 %. A la aplicación de estadístico Chi cuadrado, no se identifica asociación de las variables independientes en la prevalencia de desnutrición crónica infantil.

Navarrete P, Velasco J, Loayza M, Huatuco Z (38), en Perú 2016; realizó la investigación “Situación nutricional de niños de tres a cinco años de edad en tres

distritos de Lima Metropolitana. Con el objetivo de determinar el distrito que presentó mayor desnutrición. El cual la población del distrito de San Juan de Lurigancho presentó mayor desnutrición crónica (8.6%) y mayor sobrepeso (11.0%), la población del distrito de Villa María del Triunfo presentó mayor desnutrición aguda (1.3%) y la de Villa El Salvador mayor obesidad (4.6%). Por tanto el tema nutricional tiene un gran impulso por parte del gobierno peruano a través de programas sociales, estando pendiente el enfoque sobre los determinantes a nivel de causalidad, hoy solo se mira la seguridad alimentaria, cuidado materno-infantil y calidad del entorno de salud descuidando el enfoque de causalidad, considerado como el más importantes del abordaje del problema.

León M (39), en Huancavelica 2016. Realizó la investigación “Factores que influyen en la implementación del Plan Nacional Para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia”, Este trabajo de investigación analiza la situación de la desnutrición crónica infantil en el departamento de Huancavelica, que afecta a más de 34 % de los niños de dicha región al 2015 y sobre los factores que influyeron en la implementación del “Plan Nacional para la reducción de la Desnutrición crónica infantil y prevención de la anemia durante los años 2014-2016”. El hilo de ésta investigación, es la identificación y precisión de los factores determinantes dentro del Plan Nacional mencionado para Huancavelica y las causas más frecuentes que inciden y originan altos índices de desnutrición crónica infantil comparándolos con su entorno geográfico más cercano, a fin de entender claramente las razones y factores que dificultan su reducción, a pesar de los planes ejecutados por el Estado.

Prado R (40), en Trujillo 2017, realizó la investigación “La fusión de los programas sociales y la disminución de la desnutrición crónica infantil en la provincia de Sánchez Carrión”. Se prioriza la atención a los grupos de mayor vulnerabilidad nutricional (niños, madres gestantes y lactantes), en especial los localizados en zonas rurales deprimidas; a través del programa integral de nutrición manejado por el PRONAA y el Ministerio de Salud, logran captar a la población infantil de alto riesgo para promocionar el cuidado de la salud y la alimentación adecuada con el reparto de los alimentos, monitoreando la vigilancia nutricional del niño sano y en riesgo, asimismo apoyando a la recuperación del niño con desnutrición, y promoviendo actividades complementarias al apoyo alimentario, mediante la implementación con equipamiento y mejoramiento de centros de atención y capacitaciones de salubridad, y poder de esta manera hacer frente a la Desnutrición Crónica Infantil en nuestra región.

A nivel local:

El Sistema de Salud del Verbo Encarnado (41), en Chimbote 2015, realizó “El proyecto Sembrando Infancia desde los años 2015 hasta 2017”, el cual tuvo por objetivo disminuir la desnutrición crónica Infantil en la comunidad de Cambio Puente. Se inició el trabajo con 57 niños aproximadamente el cual se realizaban las medidas antropométricas mensuales, y múltiples actividades como capacitaciones de nutrición a madres docentes y municipios, ferias nutricionales, comedores nutricionales, campañas integrales, orientación y consejería nutricional casa por casa a madres y gestantes para lograr la disminución de estos indicadores, el cual se logró el objetivo de un 45 % en un 15.3%, niños con desnutrición crónica infantil.

Por lo expuesto, dentro de mi experiencia profesional en el primer nivel de atención, tengo el propósito y compromiso de brindar una atención integral al niño menor de 5 años, específicamente en la disminución de la desnutrición crónica infantil, donde incluye diferentes determinantes para mantener una buena salud; es por ello que para este presente trabajo se utiliza la Teoría de la Promoción de la Salud de Nola Pender.

Cabe resaltar que el presente trabajo de investigación que se propone, mejorará la nutrición del niño menor de 5 años del Centro de Salud Palmira, porque se brindaran las estrategias de sensibilización, capacitación, formación de talleres, ferias demostrativos de alimentos propios de la zona, el trabajo con instituciones educativas, madres gestantes y lactantes; por lo tanto generará el impacto de la disminución de la desnutrición crónica infantil.

IV. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL:

Disminución de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años de la jurisdicción del Centro de Salud Palmira – Huaraz.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.** Adecuado saneamiento básico en las familias de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica.
- 2.** Conocimiento de la madre en alimentación balanceada de niños menores de 5 años
- 3.** Seguimiento a niños con desnutrición crónica

V. METAS:

1. El 50 % de disminución de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en la jurisdicción del Centro de salud Palmira.
2. El 50 % de niños menores de 5 años con adecuado saneamiento básico en las familias de los niños menores de 5 años
3. El 50 % de las madres de los niños menores de 5 años tendrán conocimientos sobre la alimentación balanceada.
4. El 40 % de niños con DNT contarán con seguimiento adecuado.
5. 2 capacitaciones con las autoridades sobre la implementación del saneamiento básico agua segura
6. 4 seguimiento y monitoreo a las JAAS
7. 2 ferias expositivas de alimentos propios de la zona con alto contenido de los nutrientes necesarios para disminuir la desnutrición infantil
8. 4 visitas domiciliarias a niños con desnutrición crónica.
9. 4 Campañas de salud infantil en coordinación con las autoridades y los agentes comunitarios de salud.

VI. METODOLOGIA:

6.1. LINEAS DE ACCIÓN Y/O ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN:

Las estrategias para el presente trabajo académico es gestión de los servicios de salud, sensibilización y capacitación, para involucrarlas en las diferentes etapas del trabajo académico. Para comprender mejor las líneas de acción, se describen a continuación:

A. SENSIBILIZACIÓN:

La sensibilización es una actividad que forma parte de la cultura inclusiva y promueve la creación de actitudes positivas de respeto, solidaridad, valoración y tolerancia frente a la discapacidad, y esto ayudará a fomentar la convivencia, a desarrollar la empatía, favorecerá la aceptación de las personas con discapacidad (44).

Así mismo menciona que la sensibilización se utiliza como estrategia para reconocer y a su vez como metodología, ha direccionado la experiencia del proceso de sensibilización hacia la comprensión hermenéutica desde un enfoque reflexivo; plantea la exegesis y la praxis simbólica para el trabajo social y el reconocimiento del ser (44).

El equipo de salud del Centro de salud Palmira perteneciente a la Microred de Salud Palmira, se encuentra en un constante cambio a nivel de jefaturas, ocasionando en el personal de salud que se encuentren solos, no direccionados, actuando según lo que crean bueno o malo, generando muchas veces, desmotivación e insensibilización en el cuidado y/o actividades preventivas promocionales específicamente en el niño menor de 5 años; ante ello este trabajo es vital para tener una línea de trabajo, que ayuda a encaminar el objetivo planteado en este trabajo académico .Implementar con los equipos necesarios. Hacer un trabajo concertado y de seguimiento en la población de niños menores de 5 años

B. DOCUMENTOS DE GESTIÓN:

El Sistema de gestión de calidad de atención en salud es el conjunto de

procesos que dirigen y controlan la atención de la salud en lo referente a la calidad de atención. A través de actividades de regulación y evaluación, así como intervenciones que promueven el aprendizaje de los prestadores y de las organizaciones de salud; con la conformación de sistemas de monitoreo y evaluación de la atención dirigidos a garantizar la calidad como paradigma de intervención, al cual progresivamente se van incorporando los aportes de la gestión de la calidad total, principalmente a través de la mejora continua (45).

Acciones:

1B. Seguimiento y monitoreo a las JAAS

- Planificación del monitoreo cambios de conducta de salud.
- Coordinación con un equipo multidisciplinario de salud de manera integral para incrementar el control de la salud asegurando los cambios conductuales.
- Ejecución y desarrollo del monitoreo.

C. CAPACITACIÓN

La capacitación es una de las funciones clave de la administración y desarrollo del personal en las organizaciones y, por consiguiente, debe operar de manera integrada con el resto de las funciones de este sistema. Lo anterior significa que la administración y el desarrollo del personal debe entenderse como un todo, en que las distintas funciones -incluida la capacitación- interactúan para mejorar el desempeño de las personas y la eficiencia de la organización. Existe un conjunto de herramientas básicas que se emplean en la administración y el desarrollo del personal de las organizaciones modernas, las cuales también pueden

ser provechosamente utilizadas para la gestión de la capacitación; entre ellas, las principales son:

- a) Las descripciones y especificaciones de los cargos.
 - b) las especificaciones de los itinerarios de carrera interna.
 - c) los manuales de organización, procedimientos y métodos de trabajo.
 - d) El sistema de evaluación del desempeño.
 - e) los expedientes del personal (46).
- El equipo del Centro de salud Palmira, cuenta con capacitaciones constantes de nivel de red en relación a todos los programas preventivos promocionales, sin embargo; las capacitaciones son escasas y poco participativas del equipo de salud, debido a la multifuncionalidad de los servicios de salud en el establecimiento, causando así una actualización deficiente que luego se evidencia en los indicadores de salud de nuestra jurisdicción y mucho más en los índices de desnutrición. Lo mismo sucede con la población, con las autoridades comunales y el sector educación que no se articulan para el conocimiento del problema de la desnutrición crónica e infantil. Por ello la realización de esta línea de acción es fundamental para alcanzar el objetivo trazado.

Acciones:

1A. capacitación a las autoridades sobre la implementación del saneamiento básico agua segura y activación del jaas.

- Planificar y coordinar las capacitaciones sobre el saneamiento básico para el mejoramiento del mismo.

- Diseño y elaboración de las capacitaciones sobre el saneamiento básico.
- Ejecución y desarrollo de las capacitaciones.
- Monitoreo y seguimiento a la instancia municipal para la mejora de los servicios de saneamiento básico.

D. PROMOCIÓN:

Consiste en proporcionar a las personas los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Es un proceso social y político que fortalece las habilidades y conocimientos de los individuos en salud; también se dirige a cambiar a las condiciones sociales, ambientales, y económicas para aliviar su efecto en el público y en la salud de cada individuo, actuando sobre los determinantes de la salud (47).

Por último, una de las estrategias para poder generar estilos de vida saludables, es mostrar los beneficios si aceptamos la modificación de hábitos y esto solo se logrará si se realiza la promoción de la salud; resaltando lo más beneficioso que puede tener la comunidad para mantener un niño sano y feliz, libre de desnutrición crónica (47).

En el Centro de salud palmira, cuenta con diversas estrategias promocionales para combatir la desnutrición crónica infantil y una de ellas son las sesiones demostrativas de alimentación saludable, sin embargo no toda la población esta concientizada al uso de alimentos nutritivos para mejorar el estado nutricional del niño; es por ello que a través de estas estrategias se incrementara el nivel educativo y sensibilización de la población infantil.

Acciones:

2B. Feria de alimentos propios de la zona con alto contenido de los nutrientes necesarios para disminuir la desnutrición infantil.

- Planificación de un plan de trabajo para la feria expositiva de alimentos propios de la zona.
- Formación de un grupo organizador integrado con autoridades municipales, agentes comunitarios e instituciones de salud, para la organización de los comités de trabajo.
- Selección y determinación de los expositores potenciales de productos a exponer en la feria.
- Determinación de las dimensiones y ubicación de los stands en el recinto.
- Elaboración de la campaña de comunicación y captación de visitantes.
- Ejecución de la feria expositiva de alimentos propios de la zona para las familias.

3B. Campañas de salud infantil en coordinación con las autoridades y los agentes comunitarios de salud.

- ✓ Reuniones de coordinación con autoridades.
- ✓ Elaboración del plan para la ejecución de la Campaña de salud Infantil.
- ✓ Implementación y ejecución de la Feria de la Campaña de salud Infantil.
- ✓ Evaluación e informe.

E. EDUCACIÓN:

La educación es el proceso de facilitar el aprendizaje o la adquisición de conocimientos, habilidades, valores, creencias y hábitos de un grupo de personas que los transfieren a otras personas, a través de la narración de cuentos, la

discusión, la enseñanza, el ejemplo, la formación o la investigación. La educación no solo se produce a través de la palabra, pues además está presente en todas nuestras acciones, sentimientos y actitudes. Generalmente, la educación se lleva a cabo bajo la dirección de las figuras de autoridad: los padres, los educadores (profesores o maestros), pero los estudiantes también pueden educarse a sí mismos en un proceso llamado aprendizaje autodidacta. Cualquier experiencia que tenga un efecto formativo en la forma en que uno piensa, siente o actúa puede considerarse educativa (48).

Acciones:

2A. Sesiones educativas y demostrativas en alimentación saludable a las familias de niños menores de 5 años.

- Planificación y coordinación de las sesiones educativas y demostrativas de alimentación adecuada.
- Ejecutar y desarrollar las sesiones educativa y demostrativas de alimentación adecuada para disminuir la desnutrición infantil.
- Elaboración del informe.

En el distrito de independencia en el Centro de salud Palmira es una zona urbana, con familias en su gran mayoría con nivel primario, dedicados al comercio, agricultura con un nivel de conocimiento deficiente en el sector de salud y en mantener una alimentación balanceada; y con un índice de desnutrición infantil elevado; por ello se hace necesario estos objetivos para el cumplimiento de la meta.

3A. Visitas domiciliarias a niños con desnutrición crónica

Planificación de las visitas.

- Coordinación con un equipo multidisciplinario de salud de manera integral para incrementar las visitas domiciliarias de salud asegurando los cambios conductuales de la familia
- Ejecución y desarrollo de las visitas.
- Evaluación del informe.

6.2. SOSTENIBILIDAD DEL TRABAJO ACADEMICO

La sostenibilidad del trabajo académico estará a cargo del equipo de salud que trabaja en el Centro de Salud palmira; la Jefatura de Enfermería tiene el compromiso de interrelacionarse con la Jefatura del establecimiento de salud y la dirección de la Red de Salud Huaylas sur, así como las autoridades locales, con la finalidad de impulsar y mantener este trabajo en forma sostenible a través del tiempo.

En este sentido la coordinación del trabajo tendrá especial cuidado en realizar un estrecho seguimiento de las coordinaciones con todos los componentes para asegurar que no se rompen los equilibrios que se vayan alcanzando.

VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

MATRIZ DE EVALUACIÓN

Jerarquía de objetivos	Metas por cada nivel de jerarquía	Indicadores de impacto y efecto	Definición del Indicador	Fuente de verificación	Frecuencia	Instrumento para recolección de la información
Propósito: Disminución en desnutrición crónica en niños menores de 5 años de la jurisdicción del Centro de salud Palmira	Disminución del 50% de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en la jurisdicción del Centro de salud Palmira.	1. Criterio de verificación del estado nutricional del niño menor de 5 años. $\frac{\text{N}^\circ \text{ de niños } > 5 \text{ años evaluados}}{\text{N}^\circ \text{ del total niños } > 5 \text{ años}} \times 100$	Verificación del estado nutricional del niño <5 años a través de indicadores de P/E, T/E, P/T.	1. Registro del sistema de información del estado nutricional del niño >5 años. 2. Verificación porcentual del estado de desnutrición crónica del niño >5 años. 3. Registro de calibración de los equipos antropométricos 4. Calidad de los valores del peso y la talla de los equipos antropométricos.	4 veces al año	Lista de chequeo
1. Adecuado saneamiento básico en las familias de	El 50% de saneamiento básico en las familias de los	$\frac{\text{Adecuado saneamiento básico en las familias}}{\text{Total de saneamiento básico}} \times 100$	Porcentaje de madres con niños menores de 5 años.	Registro de madres participantes	trimestral	Lista de chequeo

los niños menores de 5 años	niños menores de 5 años	programados				
2. Conocimiento de la madre en alimentación balanceada	El 50% de las madres de los niños menores de 5 años tendrán conocimiento sobre la alimentación balanceada	$\frac{\text{Conocimiento de la madre} \times 100}{\text{Total de familias}}$	Adopción de estilos de vida saludables	Registro de asistencia de las madres - Acta de acuerdos y compromisos.	trimestral 1	Lista de chequeo
3. Seguimiento a niños con desnutrición crónica	40 % de seguimiento a los niños con desnutrición	Porcentaje de seguimiento a los niños con desnutrición crónica.	Verificación de los seguimientos a los niños con desnutrición crónica.	• Acta de acuerdos y compromisos de la mejora en la alimentación adecuada en el niño menor de 5 años	constantemente	Lista de chequeo

MATRIZ DE MONITOREO

Resultados del marco lógico	Acciones o actividades	Metas por cada actividad	Indicadores de producto o monitoreo por meta	Definición del indicador	Fuente de verificación	Frecuencia	Instrumento que se utilizará para el recojo de la información
1. Adecuado saneamiento básico en las familias de los niños menores de 5 años	1a. Capacitación a las autoridades sobre la implementación de saneamiento básico y agua segura y activación del JAAS	2 capacitaciones con las autoridades sobre la implementación del saneamiento básico en la prevención de la desnutrición crónica infantil	N° de capacitaciones ejecutadas con las Autoridades sobre la importancia de saneamiento básico en la prevención de la desnutrición crónica infantil x100 <hr/> Total de capacitaciones programadas	Formación del Sistema de vigilancia JAAS activo.	Registro de asistencia de las autoridades capacitadas.	Cada trimestre	Lista de chequeo Lista de chequeo
	1b. Seguimiento Y monitoreo a las JAAS	4 Seguimientos y monitoreos realizados a la JAAS	N° de seguimiento y monitoreo a las JAAS X 100 <hr/> Total de seguimientos	numero de seguimiento a las JAAS	Facturas y boletas de gastos realizados para la ejecución		

	2. Conocimiento de la madre en alimentación balanceada de niños menores de 5 años	4 sesiones educativas y demostrativas en alimentación saludable realizadas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de sesiones educativas y demostrativas}}{\text{Total de sesiones educativas y demostrativas ejecutadas}} \times 100$	Número de sesiones educativas y demostrativas en alimentación saludable.	Registro de asistencia.	4 veces al año	Lista de chequeo
	2b. Feria de alimentos propios de la zona con alto contenido de los nutrientes necesarios para disminuir la desnutrición crónica	2 ferias expositivas de los alimentos propios de la zona	$\frac{\text{Porcentaje de ferias expositivas de alimentos propios de la zona}}{\text{Total de ferias expositivas}} \times 100$	Numero de ferias de alimentación saludable ejecutadas	Registro de asistencia a las ferias de alimentación saludables	4 veces al año	Lista de chequeo
Seguimiento a niños con	3a Visitas domiciliarias a niños con desnutrición crónica	4 visitas realizadas a niños con desnutrición crónica dentro del mes	número de viviendas visitadas	Actividades de monitoreo y seguimiento	Registros y fichas de visitas domiciliarias	4 veces al mes	Lista de chequeo

desnutrición crónica	3b..Campañas de salud infantil en coordinación con las autoridades y los agentes comunitarios de salud	4 campañas de salud infantil en coordinación con las autoridades y los agentes comunitarios de salud para la realización de campañas de salud infantil.	$\frac{\text{Campañas de salud infantiles} \times 100}{\text{Total de reuniones programadas de coordinación con las autoridades para la realización de campañas de salud infantil}}$	Numero de campañas de salud en coordinación con las autoridades	Registro de asistencia de las autoridades que asistieron a las reuniones de coordinación	4 veces al año	Lista de chequeo
----------------------	--	---	--	---	--	----------------	------------------

7.1. Beneficios:

A. Beneficios con el trabajo académico

Disminuyendo la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en la jurisdicción del Centro de salud Palmira.

- ✓ Adecuado saneamiento básico en las familias de los niños menores de 5 años
- ✓ Conocimiento de la madre en alimentación balanceada de niños menores de cinco años
- ✓ Seguimiento a niños con desnutrición crónica

B. Beneficios sin proyecto

Incremento en desnutrición crónica en niños menores de 5 años en la jurisdicción del Centro de salud Palmira

- ✓ Inadecuado saneamiento básico
- ✓ Desconocimiento de la madre en alimentación balanceada de niños menores de 5 años
- ✓ Seguimiento a niños con desnutrición crónica

VIII. RECURSOS REQUERIDOS:

a) MATERIALES PARA LA CAPACITACIÓN A LAS AUTORIDADES

Nº	CONCEPTO	PRECIO UNIT. S/.	CANT.	APORTE PROPIO S/.	APORTE REQUERIDO S/.
1	Local comunal	0.00	01	0.00	0.00
2	Impresiones	0.50	200	0.00	100.00
3	Fotocopias	0.10	400	0.00	400.00
4	Material de escritorio; folder, papel, lapicero	2.00	50	0.00	100.00
5	Equipo multimedia	0.00	0	0.000	700.00
6	Refrigerio	2.00	40	0.00	80.00
7	Movilidad local	4.00	08	0.00	32.00
	SUBTOTAL				1,412.

b) PRESUPUESTO PARA CAMPAÑAS DE SALUD INFANTIL EN COORDINACION CON LAS AUTORIDADES Y LOS AGENTES COMUNITARIAS DE SALUD

Nº	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO S/.	CANT.	APORTE PROPIO S/.	APORTE REQUERIDO S/.
1	Local comunal	0.00	1	0.00	0.00
2	Fotocopias	0.10	200	0.00	20.00
3	Refrigerio	10.00	27	0.00	270.00
4	Movilidad local	25.00	27	0.00	675.00
	SUBTOTAL				965.00

c) **PRESUPUESTO PARA LA EJECUCION DE FERIAS DE ALIMENTOS PROPIOS DE LA ZONA PARA LA DISMINUCION DE LA DESNUTRICION CRONICA INFANTIL.**

Nº	CONCEPTO	PRECIO UNITARIO S/.	CANT.	APORTE PROPIO S/.	APORTE REQUERIDO S/.
1	insumos	S/ 200.00 x día	17	0.00	S/ 3400.0
2	Movilidad Local	S/ 35.00 x día x persona	04	0.00	S/140.00
3	Local comunal	0.00	01	0.00	0.00
4	Sillas	250.00	17.00	0.00	4,250
5	Mesa grande	250.00	1	0.00	250.00
COSTO TOTAL					S/.8,040

d) **RESUMEN DE PRESUPUESTO:**

DENOMINACION	APORTE REQUERIDO S/.	APORTE PROPIO S/.	COSTO TOTAL S/.
Capacitación	1,412.00		1,412.00
campañás	965.00		965.00
Ferias nutricionales	8,040.00		8,040.00
TOTAL	10,417.00		S/. 10,417.00

IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES

PLAN OPERATIVO

OBJETIVO GENERAL: Disminución de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en la jurisdicción del Centro de salud Palmira.

Nº	ACTIVIDAD	META	RECURSOS		INDICADOR				INDICADOR
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	2019		2021		
					I semestre	II semestre	I	II	
1	Elaboración del trabajo académico "Disminución de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en la Jurisdicción del Centro de salud Palmira"	1	Informe	1,500.00	X				Trabajo académico Elaborado
2	Presentación y exposición del trabajo a la dirección de la Red de Salud Huaylas Sur	1	Informe	1,060.00	X				Trabajo académico Presentado
3	Reunión con la Jefatura de enfermería del Centro de salud Palmira para formar comité de apoyo a la ejecución del trabajo académico	1	Informe	1,030.00		X			Reunión realizada
4	Ejecución del trabajo académico	1	Informe	10417.00			X	X	Trabajo académico ejecutado
5	Evaluación del trabajo académico	1	Informe	50.00					Trabajo académico desarrollado
7	Presentación del Informe Final	1	Informe	200.00					Trabajo académico presentado

PLAN OPERATIVO

OBJETIVO ESPECIFICO 1: 1-. Adecuado saneamiento básico en las familias de los niños menores de 5 años.

Nº	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2019	
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	I	II
1	Capacitación a las autoridades sobre la implementación del saneamiento básico.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboración del plan del taller de sensibilización ➤ Presentación del plan al área de capacitación. ➤ Solicitar su aprobación del plan. ➤ Ejecución de los talleres de sensibilización ➤ Evaluación e informe. 	Taller	1,412.00	X X X X	
2	1b. Seguimiento Y monitoreo a las JAAS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboración del plan del taller de sensibilización ➤ Presentación del plan 		990.00	X X	

OBJETIVO ESPECIFICO 2: Conocimiento de la madre en alimentación balanceada de niños menores de 5 años

Nº	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2019	
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	I	II
1	Realizar Las sesiones educativas y demostrativas en alimentación saludable a las familias de niños menores de 5 años	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboración del plan del taller de sensibilización ➤ Presentación del plan al área de capacitación. ➤ Solicitar su aprobación del plan. ➤ Ejecución de los talleres de sensibilización ➤ Evaluación e informe. ➤ Ejecución de los talleres de sensibilización ➤ Evaluación e informe. 	Taller	860.00	X X X X X X	 X X X X
3	Feria de alimentos propios de la zona con alto contenido de los nutrientes necesarios para disminuir la desnutrición infantil.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Planificación de un plan de trabajo para la feria expositiva de alimentos propios de la zona. ➤ Formación de un grupo organizador integrado con autoridades municipales, agentes comunitarios e instituciones de salud, para la organización de los comités de trabajo. ➤ Selección y determinación de los expositores potenciales de productos a exponer en la feria. ➤ Determinación de las dimensiones y ubicación de los stands en el recinto. ➤ Elaboración de la campaña de comunicación y captación de visitantes. ➤ Ejecución de la feria expositiva de alimentos propios de la zona para las familias. 	Feria expositiva	1000	X X X	 X X

OBJETIVO ESPECIFICO 3: Seguimiento a niños con desnutrición crónica

Nº	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2019	
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	I	II
1	Visitas domiciliarias a niños con desnutrición crónica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboración del plan de las campañas de salud. ➤ Presentación del plan al área de capacitación. ➤ Solicitar su aprobación del plan. ➤ Ejecución de los talleres de sensibilización ➤ Evaluación e informe. 	Taller	1350.00	X X X X	 X X
2	Campañas de salud infantil en coordinación con las autoridades y los agentes comunitarios de salud	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaboración del plan del taller de capacitación. ➤ Presentación del plan al área de capacitación. ➤ Solicitar su aprobación del plan. 	Taller	965.00	X X	

X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES

El trabajo académico de Intervención “Disminuyendo la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en la jurisdicción del Centro de salud Palmira” estará a cargo de la autora en coordinación con el equipo de gestión de enfermería, jefatura de servicio, calificados para organizar, dirigir, realizar incidencia política cuando el trabajo académico lo requiera y participar de las actividades propias del proyecto “Disminuyendo la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en la jurisdicción del Centro de salud Palmira

XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES

- Dirección Regional de Salud de Ancash.
- Red de Salud Huaylas Sur.
- Microred Palmira
- Municipalidad Distrital de Independencia

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Indicadores de la Situación de la Desnutrición y Anemia. Perú. 2015. (fecha de acceso 27 de junio 2018). URL Disponible en: b.
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. EEUU. 2013. (fecha de acceso 27 de junio 2018) URL Disponible en:
<https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>.
3. Beltrán P. y etal. Desnutrición crónica infantil en el Perú: un problema persistente. Perú. 5(6), 974-1031, 2016. Perú. (fecha de acceso 15 de junio del 2018)URL Disponible en :<http://repositorio.up.edu.pe/handle/11354/349>
4. Ministerio de Salud, Norma Técnica de la Situación de la Desnutrición y Anemia. Perú. 2009. (fecha de acceso 27 de junio 2018) URL Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2015/nutriwawa/situacion.html>
5. Coronel D. Revista semana de la nutrición Los primeros 100 años de vida. España. 29 (7) 2016. (fecha de acceso 29 de agosto).URL Disponible en:
<https://www.semana.com/vida-moderna/articulo/importancia-de-la-nutricion-de-los-ninos-en-los-primeros-100-dias-de-vida/473314>
6. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia .La desnutrición infantil en el mundo EEUU. 2011. (fecha de acceso 12 de julio del 2018). URL Disponible en:
<https://www.unicef.es/sites/unicef.es/file/Dossierdesnutricion.pdf>

7. Fiayo T. Determinantes de la desnutrición en niños menores de cinco años. Colombia. 2014. Sección A. p.6. (fecha de acceso 26 de junio del 2018). URL Disponible en:
http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/52484/Documento_completo___pdf?sequence=3
8. Seinfeld J. Documento de Discusión Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: Un problema persistente, Perú. 2014. (fecha de acceso 22 de junio del 2018). URL Disponible en: http://srvnetappseg.up.edu.pe/siswebciup/Files/DD0914%20-%20Beltran_Seinfeld.pdf
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú (2017). (fecha de acceso 13 de julio del 2018). Disponible en:
<https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/desnutricion-cronica-afecto-al-131-de-menores-de-cinco-anos-disminuyendo-en-13-puntos-porcentuales-en-el-ultimo-ano-9599/>
10. Ministerio de Economía y Finanzas. Programa articulado nutricional MEF; Perú. 2013. (fecha de acceso 12 de julio del 2018). URL Disponible en:
http://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/documenta/PE0001_Programa_Articulado_Nutricional.pdf
11. Mohme G. Revista La república desnutrición en el Ancash. Perú 6 (2) 12-14, 2013. (fecha de acceso 8 de julio del 2018). Disponible en <https://larepublica.pe/sociedad/1143986-Ancash-esta-por-encima-del-promedio-nacional-de-desnutricion-cronica-infantil>

12. Red de salud pacifico Sur. Sistema de Información Nutricional del Niño Menor de 5 años. III Semestre.2018. oficina de estadística e informática. Chimbote 2018.
13. Gutiérrez W. La desnutrición en la niñez en el Perú: factores condicionantes y tendencias. Rev. perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2011 Abr (citado 8 de diciembre del 2018) (2): 396-397. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000200040&lng=es.
14. Callisaya E, Mejía H. Factores de riesgo para desnutrición aguda grave en niños menores de cinco años. Rev. bol. ped. [Internet]. 2012 (citado 02 de diciembre 2018) 51(2): 90-96. URL Disponible en:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752012000200002&lng=es
15. MINSA, INS, CENAN. Lineamientos de Nutrición Infantil. Norma Técnica N.º 010-MINSA/INS-V01 RM 610-2004 MINSA. Lima: MINSA; 2004.
16. Sistema de Información Gerencial de Seguridad Alimentaria. El costo del hambre en Bolivia. Impacto social y económico de la desnutrición infantil. Bolivia 2009: Programa Mundial de Alimentos (PMA) de las Naciones Unidas.
17. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 2003.
18. Abeya, G., Calvo E., Durán, P., Longo, E., y Mazza, C. Evaluación del estado nutricional de niños y niñas y embarazadas mediante antropometría. Ministerio de

Salud de la Nación. Perú 2007.

19. Ayala E. El desarrollo integral del niño y la relación la desnutrición crónica infantil. del Perú-. (tesis Doctoral). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2013.
20. Sampedro C. La importancia de la alimentación en el desarrollo de las funciones cognitivas del niños (tesis Licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2013. (fecha de acceso 8 de julio del 2018). Disponible en https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE002097.pdf.
21. Nola P. Modelo Promoción de la salud. Barcelona, España: Elsevier. 2011
22. Sakraida J. Modelo de Promoción de la Salud. Nola J Pender. En: Maerriner TA, Rayle-Alligood M, editores. Modelos y teorías de enfermería, 6° ed. España: Elsevier-Mosby; 2007
23. Muñoz M. y Baltica C. Universidades y promoción de la salud: cómo alcanzar el punto de encuentro. (fecha de acceso 18 de junio 2018)URL Disponible: https://www.paho.org/per/index.php?option=com_docman&view=download&alias=246-universidades-promocion-salud-como-alcanzar-punto-encuentro-6&category_slug=articulos-revista-974&Itemid=1031
24. McElligott, J. et al. Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado., España. 1999. (fecha de acceso 18 de agosto del 2018). URL disponible en <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/nola->

pende.html

25. Ministerio de Salud. Directiva N° 050 -MINSA/DGSP-V.01 “Directiva Sanitaria que Establece la Suplementación Preventiva con Hierro en las Niñas y Niños Menores de Tres Años-2012. (fecha de acceso 20 de julio 2018). Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/Enlace_MinSalud_32.pdf
26. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial 010-MINSA/INS-V.01 “Lineamientos de Nutrición Infantil”. Resolución Ministerial 292-2006/MINSA-2004 Perú.
27. Instituto Nacional de Salud. Guía Técnica N° 001/2012- “Procedimiento para la determinación de la Hemoglobina mediante Hemoglobímetro Portátil” Perú.
28. Levels Trends M. y Child Mortality S. Organización Mundial de la Salud- Desnutrición crónica infantil. Canada (2011). (fecha de acceso 11 de julio del 2018). URL Disponible en: http://www.childinfo.org/files/Child_Mortality_Report_2011.pdf.
29. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Boletín electrónico. 2005. (fecha de acceso 12 de julio del 2018) URL disponible en: <http://paho.org>.
30. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Perú 2010. fecha de acceso 12 de julio del 2018) URL disponible en : <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option>

=co m_content&view=article&id=62&Itemid=9

31. Organización Mundial para las Naciones Unidas (OMS). Estadística y Nutrición. [En línea] Word Reference, 17 de Junio de 2015. [Citado el: 03 de Junio de 2016.] fecha de acceso 12 de julio del 2018) URL disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2018/09/02/Chavez-Juana.pdf>
32. Garza H, Abreu J, y Garza E, Impacto de la capacitación en una empresa del ramo eléctrico México 2009. (fecha de acceso 3 de noviembre del 2018). URL Disponible en [http://www.spentamexico.org/v4-n1/4\(1\)%20194-249.pdf](http://www.spentamexico.org/v4-n1/4(1)%20194-249.pdf)
33. Alcaraz G, El estado nutricional y condiciones de vida de los niños menores de cinco años. Colombia 2014.
34. Valderrama A. Estrategias educativas- fórum académico. Perú 2011. (fecha de acceso 24 de julio del 2018). URL Disponible en [http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/52484/Documento_completo .pdf?sequence=3](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/52484/Documento_completo.pdf?sequence=3)
35. Pulgar D, Figueroa M. Adherencia de las prácticas alimentarias en niños (as) menores de 5 años con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Quetzaltenango, Guatemala. 2016
36. Munduante D, Prescilla H. Evaluación del Estado Nutricional de niños menores de cinco años que asistieron al Centro de Salud del Departamento de Petén de Junio a agosto del 2013. Petén Guatemala: Universitaria, 2013.

37. Casaperalta C y Gonzáles L. Estrategias de Fortalecimiento para Disminución de la Desnutrición Crónica Infantil. Perú-Cajamarca, 2015.
38. Tolentino W. “Programa De Sensibilización” Educación sin barreras. Ecuador 2011. (fecha de acceso 12 de noviembre del 2018). URL disponible en:https://educacion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2014/02/plan_de_sensibilizacion_100214.pdf
39. León M. Factores que influyen en la implementación del Plan Nacional Para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia. (tesis Maestría)Perú -.Huancavelica 2016.
40. Prado R. La fusión de los programas sociales y la disminución de la desnutrición crónica infantil en la provincia de Sánchez Carrión (tesis doctoral). Universidad Nacional de Trujillo. Perú-Trujillo. 2017.
41. Hermanas de la Caridad del Verbo Encarnado. Proyecto Sembrado Infancia. 2015, Perú Chimbote-2015. (acceso 2 de noviembre del 2018). URL disponible en: <http://www.ssverboencarnado.org/proyectos.php>
42. Castillo M, Educación sin Barreras. Programa de Sensibilización. Ecuador 2011. (acceso 30 de noviembre del 2018). URL disponible en: https://educacion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2014/02/plan_de_sensibilizacion_100214.pdf
43. Grados T. Introducción a la psicología. Motivación y Emoción.(diapositiva) universidad alicante, 2013.50 diapositivas. (acceso 30 de noviembre del 2018). URL disponible en:

<https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/12917/9/Tema%209.%20Motivaci%C3%B3n%20y%20Emoci%C3%B3n..pdf>

44. Colegio de Enfermeros del Perú. Sistema de gestión de calidad 2010 Lima Perú.. (fecha de acceso 12 de julio del 2018). URL Disponible en <http://www.enfermeros/hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Calidad/Presentacion/Documentos/PLANES/SistemaGestionCalidadSalud.pdf>
45. UNESCO (2006). Clasificación Internacional Normalizada de la Educación. ISBN 92-9189-037-5. Consultado el 19 de marzo de 2012.
46. Modelo nacional de educación permanente en salud. Base de datos en línea. (fecha de acceso 05 de octubre 2018). URL Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=REPIDISCA&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=55576&indexSearch=ID>.
47. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud, un enfoque innovador y eficaz. Noticias e información del centenario, información de prensa. (fecha de acceso 3 de noviembre del 2018). URL Disponible en <https://educacion.gob.ec>

ANEXOS

ANEXO 1

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

El Centro de Salud Palmira cuenta con una inadecuada infraestructura y pocos recursos, tanto humanos como materiales, conllevan muchas veces a que la atención integral al usuario sea limitada. Así mismo, la distribución de sus ambientes

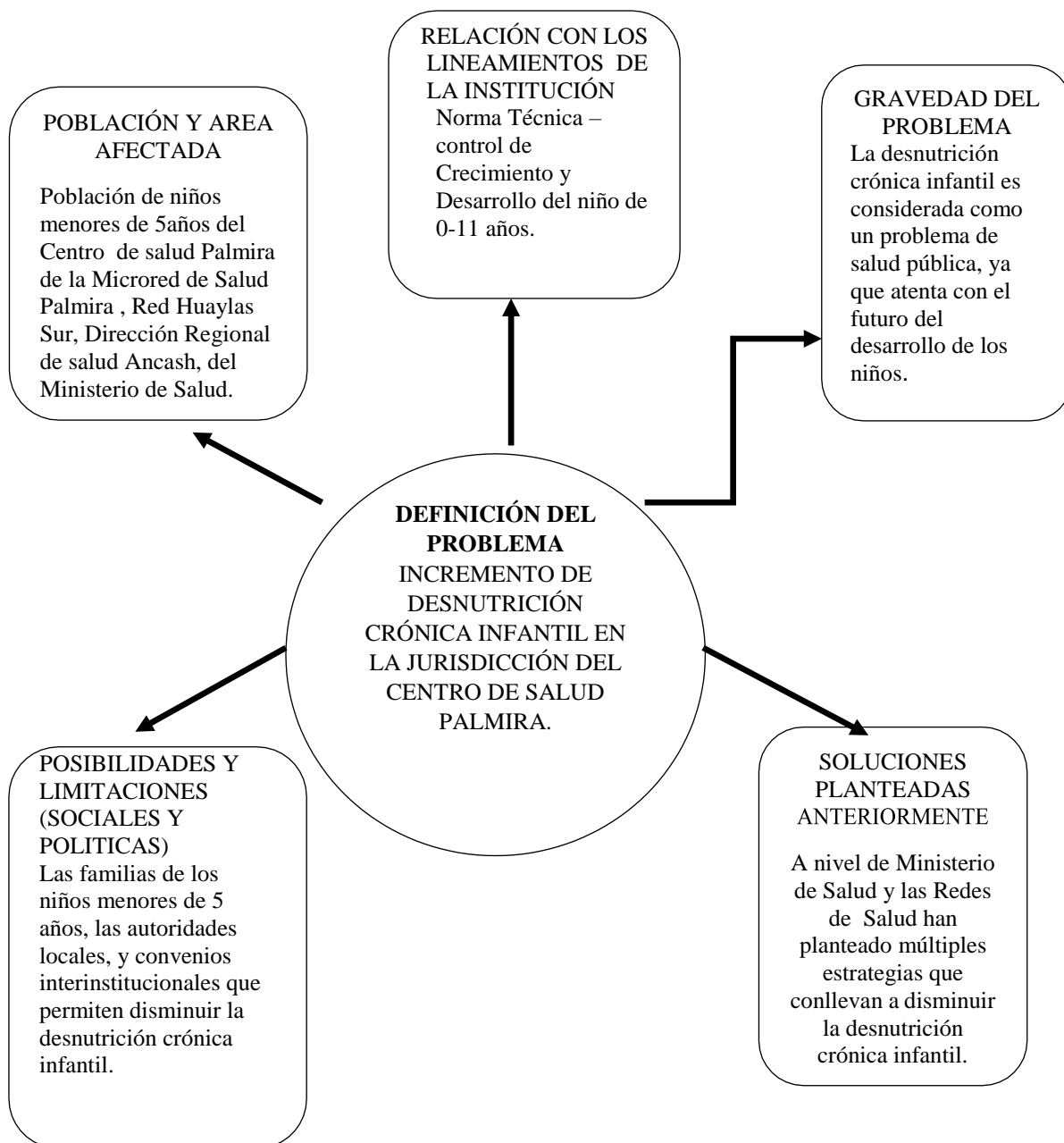
Asimismo, el personal de salud no se abastece para cubrir todos los sectores del distrito debido al número reducido de promotores de salud y la ausencia de éstos en algunos sectores dificultando así la aplicación de fichas familiares e intervención de las familias de riesgo.

El Distrito de Independencia no es más que el reflejo de la situación de desarrollo por la que atraviesa el país; por lo que es una con problemas de salud múltiples que se encuentran interactuando en los diferentes procesos biológicos, ecológicos, sociales, económicos y culturales. En algunos sectores se evidencian viviendas hacinadas, con un solo ambiente que es multiuso, por ejemplo: sala, comedor y dormitorio, mascotas domiciliarias, crianza de animales sin medidas sanitarias y preventivas.

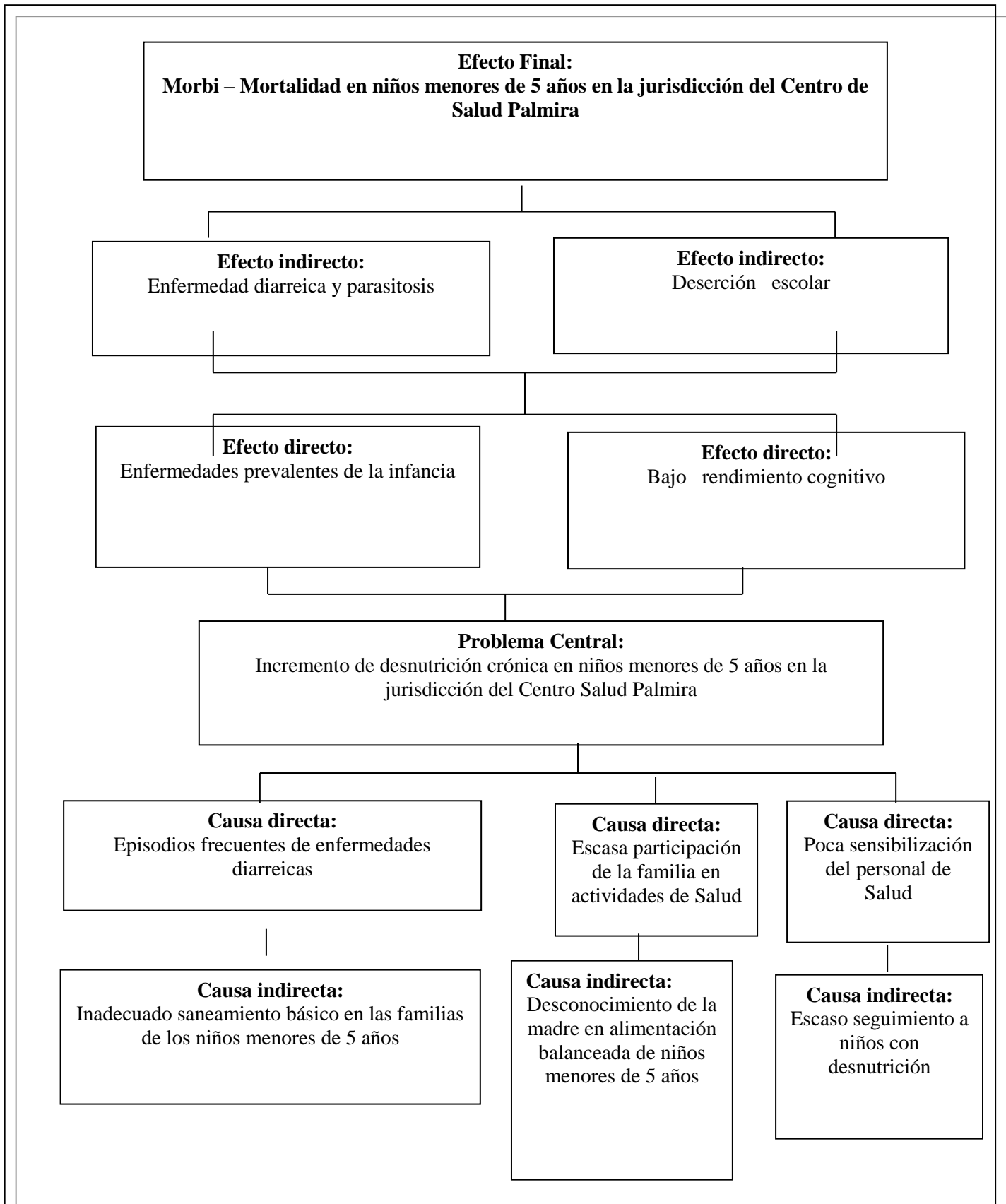
El Subempleo es un problema presente, siendo una de sus causas la escasez de las fuentes de trabajo que existe en el lugar; así mismo, su principal fuente de trabajo es la agricultura. Es así que la PEA de 15 ó más realiza actividades de agricultura, en un 80%, un 20% se dedica a la agricultura, comercio y ganadería.

También presenta problemas respecto una inadecuada cultura sanitaria y ambiental como son los hábitos y estilos de vida saludables, incrementando de esta manera la probabilidad de enfermar debido a la práctica de hábitos y costumbres que ha regulado su comportamiento. Lo cual hace que la Desnutrición crónica vaya en aumento y este perjudicando la salud de los niños.

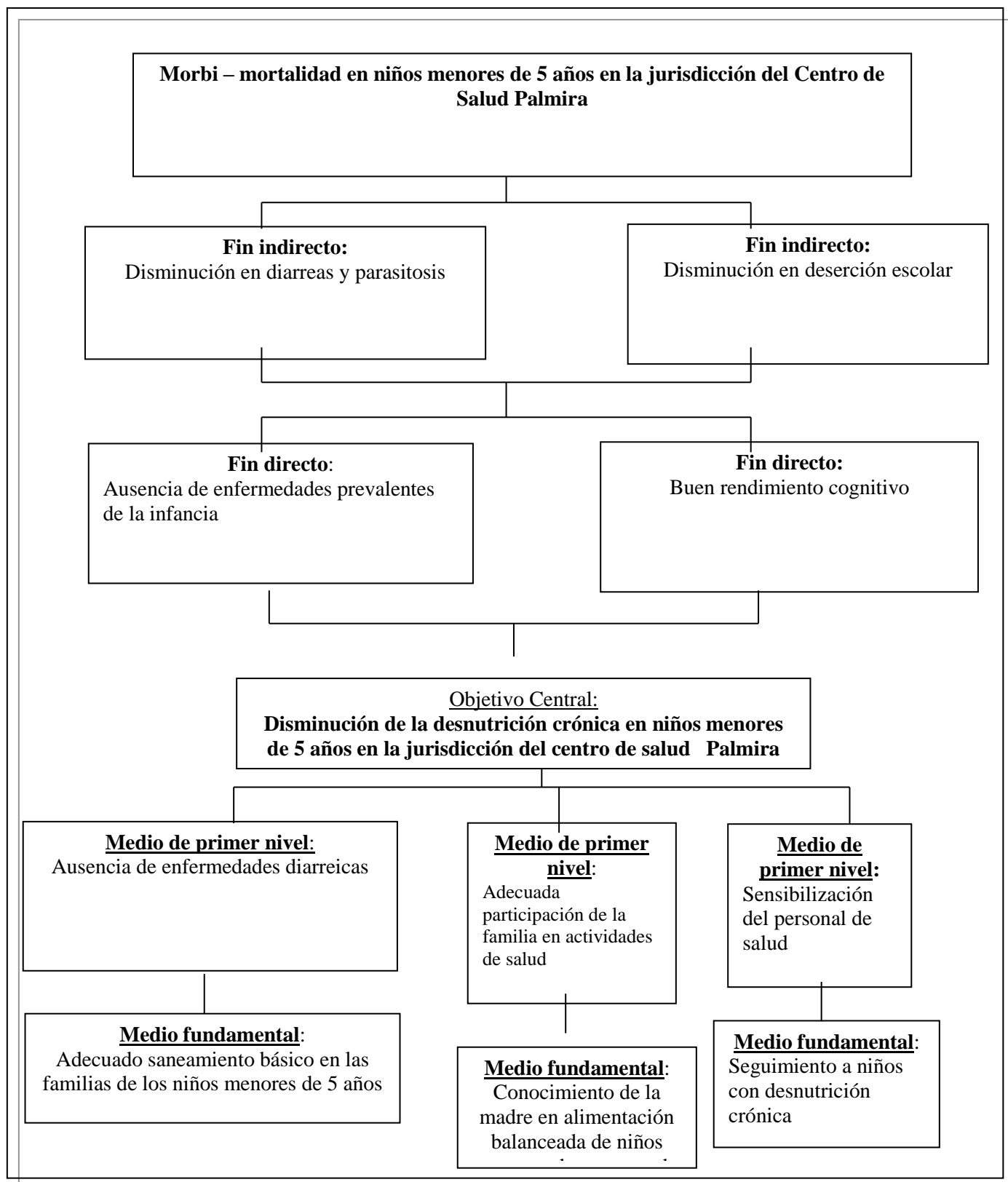
IDENTIFICACION DEL PROBLEMA



: Árbol de Causa - Efecto

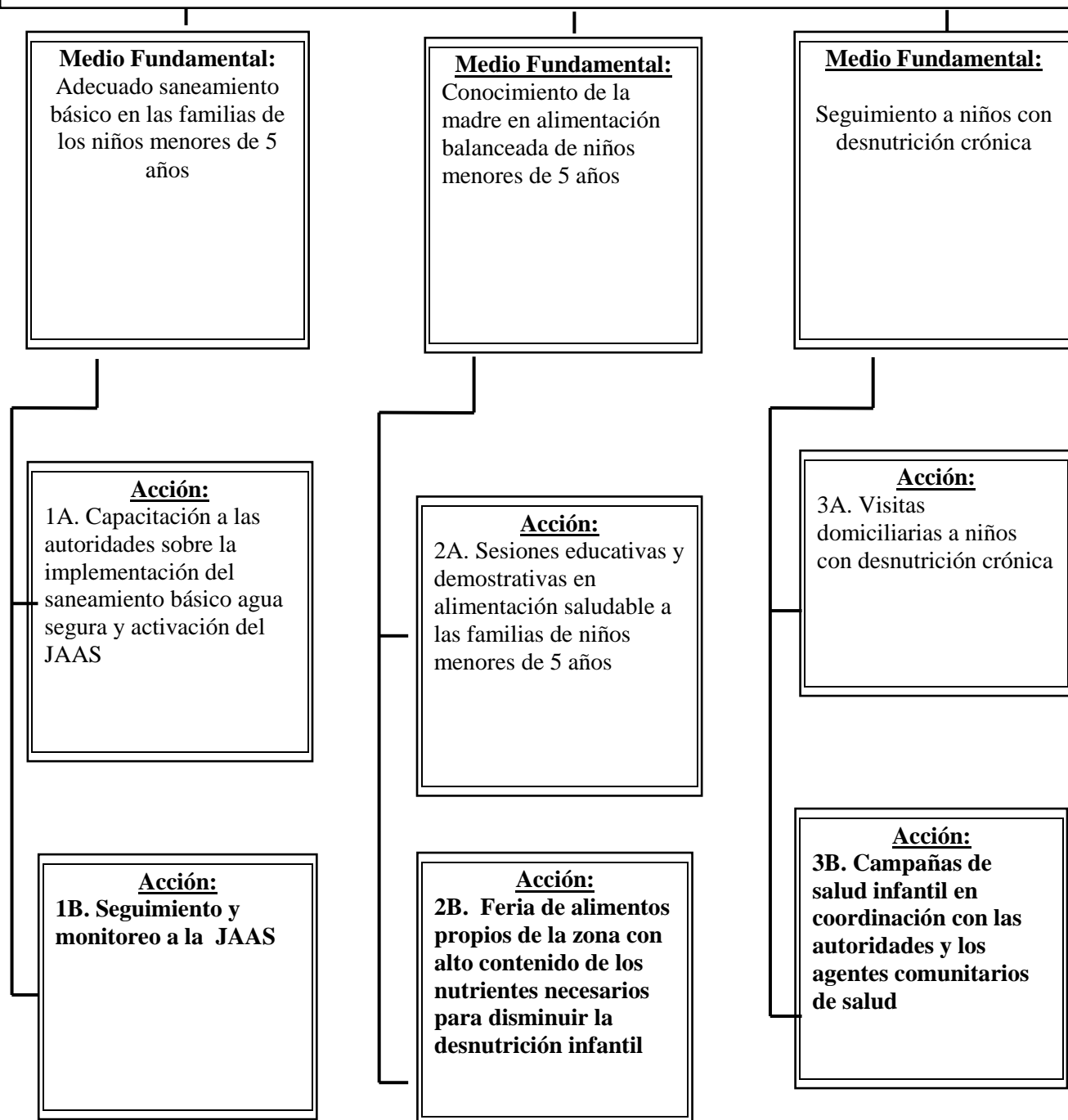


ANEXO 3
Gráfico No. 2c: Árbol de fines y medios



ANEXO 4

Árbol de Medios Fundamentales y Acciones Propuestas



**ANEXO 5
MARCO LOGICO**

Correspondencia					
	Resumen de objetivos	M	Indicadores	Medios de	Sup
Fin	Disminución de Morbi Mortalidad en niños menores de 5 años en la jurisdicción del Centro de Salud Palmira				
Propósito	Disminución de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en la jurisdicción del Centro de Salud Palmira.	- El 50% de disminución de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en la jurisdicción del Centro de salud Palmira	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de niños con desnutrición crónica}}{\text{N}^\circ \text{ del total niños } >5 \text{ años según estado nutricional}} \times 100$	1.. Verificación porcentual del estado de desnutrición crónica del niño >5 años.	1. Las madres conocen el estado nutricional de sus hijos.
Componentes	1-. Adecuado saneamiento básico en las familias de los niños menores de 5 años 2 – Conocimiento de la madre en la alimentación balanceada de niños menores de 5 años	El 50% en las familias de los niños menores de 5 años con desnutrición crónica El 50% de las madres de los niños menores de 5 años tendrán conocimientos sobre la alimentación balanceada.	$\frac{\text{Adecuado saneamiento básico}}{\text{Total de saneamiento básico programados}} \times 100$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de madres con conocimiento de alimentación balanceada}}{\text{Total de madres}} \times 100$	- Registro de asistencia de las madres - Facturas y boletas de gastos. - Registro de asistencia de las madres - Acta de acuerdos y compromisos.	Madres de niños menores de 5 años con adecuado saneamiento básico Madres de los niños menores de 5 años con conocimiento sobre alimentación balanceada
				-	

	3.-Seguimiento a niños con desnutrición crónica	40% de seguimiento a los niños con desnutrición crónica	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de seguimiento a niños con desnutrición crónica}}{\text{Total de niños con seguimiento}} \times 100$	Acta de acuerdos y compromisos con las madres	Personal de salud con eficiente seguimiento en problemas de
Acciones	1A. Capacitación a las autoridades sobre la implementación de saneamiento básico agua segura y activación del JAAS	2 capacitaciones con las autoridades sobre la implementación del saneamiento básico en la prevención de la desnutrición crónica infantil	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de capacitaciones ejecutadas con las Autoridades sobre la implementación de saneamiento básico}}{\text{Total de capacitaciones programadas con las autoridades}} \times 100$	Registro de asistencia de las autoridades capacitadas. Facturas y boletas de gastos realizados para la ejecución de las capacitaciones.	Autoridades capacitadas, sensibilizadas para mantener de forma operativa servicios básicos de salud en la comunidad, como principal eje en la prevención de la desnutrición Crónica infantil.
	1B. Seguimiento Y monitoreo a las JAAS	4. Seguimientos y monitoreo realizadas a las JAAS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de seguimiento y monitoreo a las JAAS}}{\text{Total de seguimientos}} \times 100$	1b. Informe de seguimiento y monitoreo de la calidad de agua	1b. Familias con visitas de seguimiento y monitoreo.
	2A. Sesiones educativas y demostrativas en alimentación saludable a las familias de niños menores de 5 año	4 talleres de sesiones educativa y demostrativas en alimentación saludable a las familias de niños menores de 5 años	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de sesiones educativas y demostrativas ejecutadas}}{\text{Total de familias de niños menores de 5 años}} \times 100$	relación de participantes	madres participan en las sesiones educativas y demostrativas
	2B. Feria de alimentos propios de la zona con alto contenido de los nutrientes necesarios para disminuir la desnutrición infantil	2 ferias expositivas de los alimentos propios de la zona	$\frac{\text{Porcentaje de ferias expositivas de alimentos propios de la zona}}{\text{Total de ferias expositivas}} \times 100$	Acta de acuerdos y compromisos de la mejora en la alimentación adecuada en los niños menores de 5 años	Población participa activamente en las ferias de alimentación saludable con exposición de alimentos propio de la zona

	<p>3A. Visitas domiciliarias a niños con desnutrición crónica</p>	<p>4 visitas realizadas a niños con desnutrición crónica dentro del mes</p>	<p>Nº de viviendas visitadas X100</p> <hr/> <p>Total de visitas domiciliarias</p>	<p>Registro de visitas domiciliarias</p>	<p>familias visitadas</p>
	<p>3B. Campañas de salud infantil en coordinación con las autoridades y los agentes comunitarios de salud</p>	<p>4 campañas de salud infantil en coordinación con las autoridades y los agentes comunitarios de salud para la realización de campañas de salud infantil.</p>	<p>Campañas de salud infantil X 100</p> <hr/> <p>Total de reuniones programadas de coordinación con las autoridades para la realización de campañas de salud infantil</p>	<p>Registro de asistencia. Acta de acuerdos y compromisos.</p>	<p>Autoridades comprometidos y sensibilizados en la ejecución de campañas de la salud para la detección de enfermedades oportunas que incrementan la desnutrición crónica infantil.</p>