



---

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**DISMINUYENDO LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN  
NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS DE LA JURISDICCIÓN  
DEL PUESTO DE SALUD DE PUNAP - QUILLO, 2019**

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

**AUTOR**

**ZUÑIGA GONZALES, YONI RICHARD**

**ORCID: 0000-0003-1494-8372**

**ASESORA**

**PALACIOS CARRANZA, ELSA LIDIA**

**ORCID: 0000-0003-2628-0824**

**CHIMBOTE – PERÚ**

**2019**

## **EQUIPO DE TRABAJO**

### **AUTOR**

**Zuñiga Gonzales, Yoni Richard**

**ORCID: 0000-0003-1494-8372**

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

### **JURADO**

**Charcape Benites, Susana Valentina**

**ORCID: 0000-0002-1978-3418**

**Cabanillas De la Cruz Susana Elizabeth**

**ORCID: 0000-0003-3777-9460**

**Ñique Tapia Fanny Rocío**

**ORCID: 0000-0002-1205-7309**

**JURADO EVALUADOR DE TRABAJO ACADÉMICO Y  
ASESORA**

**MS. SUSANA VALENTINA CHARCAPE BENITES  
PRESIDENTE**

**MGTR. SUSANA ELIZABETH CABANILLAS DE LA CRUZ  
MIEMBRO**

**MGTR. FANNY ROCÍO ÑIQUE TAPIA  
MIEMBRO**

**MGTR. ELSA LIDIA PALACIOS CARRANZA  
ASESORA**

## **AGRADECIMIENTO**

A mi Dios, quien enaltece mi  
existir; me bendice y  
acompaña en todo momento.

A mis padres, por sus muestras de  
amor y sacrificio.

A mi esposa, quien ante las  
alegrías y adversidades de la  
vida, está conmigo.

A mis hijos, Keith y Arely, quienes  
son fuentes de motivación; para  
enfrentar los retos de la vida.

A mis hermanos, por creer y  
confiar en mí. Gracias a todos.

## DEDICATORIA

Dios, tu amor y tu bondad no tienen fin, me permites sonreír ante todo mis logros que son resultado de tus bendiciones, y cuando caigo y me pones a prueba, aprendo de mis errores y me doy cuenta que los pones en frente mío para que mejore como ser humano, y crezca de diversas maneras. Gracias padre bendito.

Con todo mi amor y admiración a mi amada esposa Carla Ramírez por su sacrificio y esfuerzo, por apoyarme durante esta nueva etapa de crecimiento profesional, la misma que será de base para nuestro futuro familiar y por creer en mi capacidad, aunque hemos pasado momentos difíciles, siempre ha estado brindándome su comprensión, cariño y amor....Gracias morochita mía...

A mis amados hijos Keith y Arely, que son la luz de mis ojos, y fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor....Los amo; mi campeón y mi princesa L.O.L.

A mi amada madre y hermanos quienes con sus palabras de aliento, no me dejaban decaer y así seguir adelante, aconsejándome que siempre sea perseverante y cumpla con mis ideales.

A mis compañeros y amigos presentes y pasados, quienes sin esperar nada a cambio compartieron sus conocimientos, experiencias, alegrías y tristezas y a todas aquellas personas que durante esta nueva etapa, estuvieron a mi lado apoyándome y lograron que este sueño se haga realidad.

Gracias a todos.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	iii
<b>DEDICATORIA</b>	iv
<b>I. PRESENTACIÓN</b>	01
<b>II. HOJA RESUMEN</b>	03
2. 1. Título del trabajo académico	03
2.2. Localización (Distrito, Provincia, Departamento, Región)	03
2.3. Población beneficiaria	03
2.4. Institución (es) que lo presentan	03
2.5. Duración del trabajo académico	03
2.6. Costo total o aporte solicitado/aporte propio	03
2.7. Resumen del trabajo académico	04
<b>III. JUSTIFICACIÓN</b>	05
<b>IV. OBJETIVOS</b>	36
<b>V. METAS</b>	36
<b>VI. METODOLOGÍA</b>	37
6.1. Líneas de acción y/o estrategias de intervención	37
6.2. Sostenibilidad del trabajo académico	44
<b>VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN</b>	45
<b>VIII. RECURSOS REQUERIDOS</b>	51
<b>IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES</b>	54
<b>X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES</b>	58
<b>XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES</b>	58
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	59
<b>ANEXO</b>	66

## **I. PRESENTACIÓN**

La desnutrición en el Perú es un problema de salud pública y es un indicador de desarrollo. En el Perú el 12.2% de los niños y niñas menores de 5 años presentan desnutrición crónica infantil. Si bien en los últimos años se observa una disminución en la tasa de desnutrición infantil, promedios nacionales encierran una situación injusta y discriminatoria, pues existe una inaceptable brecha entre regiones de mejor nivel socioeconómico y aquellas más pobres (1).

Existen suficientes evidencia científica y empírica que demuestran que la desnutrición en las niñas y niños menores de 3 años tiene un impacto negativo durante todo su ciclo de vida. Los niños y niñas en los primeros años de vida están expuestos a mayores riesgos de muerte durante la infancia, de morbilidad y desnutrición durante todo el ciclo vital. Por lo tanto, la desnutrición limita el potencial de desarrollo físico e intelectual de los niños y niñas, a la vez que restringe su capacidad de aprender, y trabajar en la adultez (1).

Al estar la desnutrición fuertemente ligada a la pobreza, el ser pobre y estar desnutrido es una doble condición que acentúa la exclusión y la inequidad. Para reducir la desnutrición crónica infantil se necesita una estrategia integral con el propósito de realizar actividades de información amplia y veraz, de promoción y educación para la adopción de estilos de vida saludables, además de la complementación nutricional y alimentaria, orientada a la infancia y a las mujeres en edad fértil, incluyendo a gestantes y madres que dan de lactar; para garantizar el acceso a servicios básicos para

las familias en situación de pobreza como es salud, saneamiento y educación (1).

En este marco, el Puesto de salud de Punap, ha asumido el compromiso de disminuir la desnutrición crónica infantil en un periodo determinado, proponiendo la realización de actividades enmarcadas en el Plan Articulado Nutricional y el financiamiento con los recursos de los Incentivos Municipales; requiriendo para ello articular estrategias de intervención con el sector salud, ONGs y otros actores sociales (1).

Por consiguiente en el actual “trabajo académico titulado”:  
**DISMINUYENDO LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS DE LA JURISDICCIÓN DEL PUESTO DE SALUD DE PUNAP – QUILLO, 2019** encontraremos toda la metodología de cómo abordaremos el problema, el planteamiento de objetivos y el plan de trabajo, se utilizó el Modelo de Proyectos de Inversión del “Sistema Nacional de Inversión Pública” y del “autor Bobadilla”. Espero que este trabajo sea de gran utilidad para los gestores en salud y para todos los profesionales que quieren mejorar la problemática de salud pública y, así mismo en cada uno de nuestros centros laborales.



## II. HOJA RESUMEN

### 2.1. Título del trabajo académico

DISMINUYENDO LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN LOS NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS DE LA JURISDICCIÓN DEL PUESTO DE SALUD DE PUNAP - QUILLO, 2019

### 2.2. Localización:

Distrito : Quillo

Provincia : Yungay

Departamento: Ancash

Región : Ancash

### 2.3. Población beneficiaria:

- **Población Directa:** 72 niños menores de 3 años de edad.
- **Población Indirecta:** Padres de familias, comunidad y equipo multidisciplinario de salud del Puesto de Salud de Punap.

### 2.4. Institución (es) que lo presentan:

Puesto de Salud de Punap, Microred Yungay, Red de Salud Huaylas Norte, Ministerio de Salud.

### 2.5. Duración del trabajo académico: 01 año.

- **Fecha de inicio** : 01 de Enero del 2020
- **Fecha de término:** 31 de Diciembre del 2020

### 2.6. Costo total: S/ 11,155.00

## **2.7. RESUMEN DEL TRABAJO ACADÉMICO**

A través de la problemática de salud pública, sentida en el Centro Poblado de Punap, distrito de Quillo, provincia de Yungay, urge la necesidad de elaborar un plan de intervención, las mismas que están plasmados en el presente trabajo académico; esto debido al índice elevado de desnutrición crónica (58%) en niños que oscilan entre los 6 a 36 meses de edad, teniendo mayor gravedad en el grupo etáreo antes mencionado, esto por su necesidad energética, proteica y por su vulnerabilidad a las infecciones (2) .

Se tiene como principales causas: Ingesta inadecuada de alimentos y micronutrientes, debido a la poca disponibilidad de alimentos con altos contenidos proteicos, la falta de acceso a ellos y el mal uso; enfermedades infecciosas (Iras/Edas), bajo peso al nacer, multiparidad, la falta de control prenatal oportuno, el analfabetismo, la falta de servicios básicos, hacinamiento, pobreza extrema y otros.

Por ello, el presente trabajo, busca plantear prácticas saludables a través de las líneas de acción como: sensibilización, capacitación, información, educación y comunicación (IEC), y otros; las mismas que van a permitir encaminar al logro de sus metas y objetivos, donde estarán insertados e involucrados autoridades locales, municipales y equipo de salud.

Como profesional de la salud, espero contribuir en la disminución en el índice de desnutrición crónica en niños menores de 3 años, que acuden al Puesto de Salud Punap, a fin que, éste grupo de mayor riesgo puedan tener una calidad de vida e insertarse a la sociedad.

### **III. JUSTIFICACIÓN**

La desnutrición crónica infantil, independiente de su cuantía absoluta o relativa, ha constituido y constituye un problema social y de salud pública, problema que el estado peruano tiene el deber y la obligación de atender. La desnutrición crónica infantil aumenta el riesgo de morbilidad, mortalidad y deteriora el crecimiento. Así como, el desarrollo durante la niñez temprana. Los niños afectados ven vulneradas sus capacidades potenciales debido al impacto directo de la desnutrición crónica sobre su desarrollo físico y educativo. Su impacto se extiende a la adolescencia y aún a la edad adulta, reduciendo la capacidad de trabajo y el rendimiento intelectual, hecho que, a su vez puede contribuir a disminuir la productividad económica de las personas (3).

En el mundo, cerca de 200 millones de niños, aproximadamente un tercio de los niños menores de cinco años, sufren desnutrición crónica. Un 90% vive en Asia y África. En estos dos continentes, las tasas en niños menores de cinco años son muy elevadas, con un 40% en Asia y un 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 mundial de desnutrición crónica entre los niños, seis de ellos se encuentran en Asia: Bangladesh, China, Filipinas, India, Indonesia y Pakistán. Todos estos países tienen poblaciones relativamente grandes (4).

En el año 2018 a nivel nacional, la desnutrición crónica afectó al 12.2% de las niñas y niños menores de cinco años de edad, cifra que disminuyó en el último año en 0.7 punto porcentual y en los últimos cinco años en 5.3 punto porcentuales; resultados según la Encuesta demográfica y de salud familiar –

ENDES, que ejecuta el Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI. Según el estándar de la organización mundial de la salud, la prevalencia de desnutrición crónica es mayor en el área rural (25.7%), que en el área urbana (7.3%). Asimismo, el mayor índice de desnutrición se reportó en las niñas y niños con madres con nivel educativo primaria o menor nivel (25.6%) y en la población infantil menor de 3 años de edad (13.1%) (5).

La desnutrición crónica se reduce en 16 regiones del Perú, principalmente en Loreto (3.8 puntos porcentuales), Pasco (3.5 punto porcentuales), Ica (3.3 punto porcentuales), entre otros. Por el contrario, aumentó en 10 departamentos: en Amazonas (3.3 punto porcentuales), Huánuco (2.8 punto porcentual), Junín (1.9 punto porcentual), entre los principales. Las tasas más altas de desnutrición crónica en la población menor de cinco años de edad se reportaron en Huancavelica (32,0%), Cajamarca (27,4%), Huánuco (22,4%), Amazonas (20,4%), Ayacucho (20,2%), Apurímac (20,1%) y Loreto (20,0%) (5).

En Ancash, en el año 2018 alcanzó a un 16.4% de la población infantil menores de 5 años; ocupando el décimo primer puesto a nivel nacional con casos de desnutrición crónica infantil. Asimismo en la provincia de Yungay, la población de niños menores de 36 meses afectada, fue de un 35.58%, cifra calificada como alta prevalencia. Ante esta problemática de salud pública, la población de niños menores de 36 meses, pertenecientes a la jurisdicción del Puesto de Salud Punap, no es ajena. En la actualidad este problema afecta a un 58% de la población total (72 niños) en niños menores de 3 años del centro poblado de Punap, cifra calificada como muy alta prevalencia (6).

Con respecto a la problemática de la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 3 años de la jurisdicción del Puesto de salud de Punap y según el sistema de información MINSA, estaría afectando en un 58% del total de la población infantil, cuyos factores causales del aumento de los casos de desnutrición crónica son: desconocimiento de las madres y/o cuidadores en el cuidado y la conservación de la salud infantil (alimentación adecuada, lactancia materna exclusiva y otros), sistema de agua y saneamiento básico deficiente, la falta de interés e involucramiento de las autoridades locales y municipales, escaso ingresos económicos debido a la falta de trabajo, acceso limitado a los insumos de primera necesidad con alto valor nutritivo y entre otros (7).

Asimismo, la institución tiene como categoría I-2, por lo que cuenta con equipo básico (Médico y Obstetra Serums, Enfermero y técnico en enfermería de condición laboral nombrado respectivamente), situación que permite que la atención a la población no sea cubierta de una manera adecuada (8).

La desnutrición infantil ha sido catalogada como una emergencia silenciosa: genera efectos muy dañinos que se manifiestan a lo largo de la vida de la persona, y que no se detectan de inmediato. La primera señal es el bajo peso, seguido por la baja altura; sin embargo, ellas son solo las manifestaciones más superficiales del problema. La etapa más vulnerable del desarrollo humano va desde la gestación hasta los tres años. En este periodo se forma el cerebro y otros órganos vitales como el corazón, el hígado y el páncreas. Por esta razón, un individuo malnutrido durante esa etapa de su vida es más vulnerable a los efectos negativos de dicha condición (9).

Hay que considerar, además, que dado el rápido crecimiento de los niños en sus primeros años, los requerimientos nutricionales son más altos y específicos, y que la alimentación depende enteramente de terceros (padres o cuidadores), quienes pueden no tener los recursos y/o los conocimientos suficientes para llevar a cabo esta tarea de forma adecuada. Una mala nutrición en edad temprana tiene efectos negativos en el estado de salud del niño, en su habilidad para aprender, para comunicarse, para desarrollar el pensamiento analítico, la socialización y la habilidad de adaptarse a nuevos ambientes (9).

Además, el sistema inmunológico se ve debilitado por una mala nutrición; por ello, un niño desnutrido tiene menos resistencia a enfermedades comunes, aumentando su probabilidad de morir por causas como la diarrea o las infecciones respiratorias. Desde un punto de vista social, las consecuencias de la desnutrición son graves. El daño que se genera en el desarrollo cognitivo de los individuos afecta el desempeño escolar, en un primer momento y, más adelante, la capacidad productiva laboral. Peor aún, una niña malnutrida tiene mayor probabilidad de procrear, cuando sea adulta, a un niño desnutrido, perpetuando los daños de generación en generación (9).

La desnutrición crónica infantil es un fenómeno de origen multifactorial, resultado de una amplia gama de condiciones sociales y económicas. Dentro de las causas inmediatas relacionadas con su desarrollo figura la ingesta inadecuada de nutrientes y las enfermedades de tipo infeccioso (especialmente las enfermedades respiratorias y gastrointestinales). Asimismo, existen condiciones sociales íntimamente relacionadas con su desarrollo, como son el bajo nivel educativo de la madre; la alimentación deficiente en calidad y cantidad; las

condiciones inadecuadas de salud y saneamiento, y el bajo estatus social de la madre en la toma de decisiones dentro del hogar. Además, la desnutrición crónica infantil genera daños permanentes e irrecuperables después del segundo año de vida en nuestra población infantil (10).

En general el Perú es un país con niveles muy elevados de inequidad, desigualdad y exclusión social. La desnutrición infantil es un indicador de esta situación. Se evidencia con claridad esta injusta situación, que es una negación del derecho que tienen los niños a una adecuada calidad de vida, empezando por la preservación de su salud y su adecuada alimentación. La desnutrición crónica y la anemia infantil conducen a un bajo nivel de aprendizaje en la escuela. Este bajo rendimiento académico, a su vez, lleva a un bajo nivel de productividad y a bajos ingresos económicos de la familia, con lo que se perpetúa la pobreza (11).

. La desnutrición crónica infantil constituye uno de los principales problemas de Salud Pública en el Perú, que afecta al 19,5% de niños menores de cinco años. Esta condición se acentúa en la población de más temprana edad y con mayor grado de exclusión, como es el caso de la población rural, de menor nivel educativo y de menores ingresos económicos. En 16 departamentos del país existen cifras superiores a la media nacional, mientras que en siete de ellos, las prevalencias superan el 30%, punto de corte internacional establecido por la OMS para definir a la desnutrición crónica infantil como un problema de Salud Pública de alta prevalencia. Esto demuestra el alto grado de desigualdad e inequidad existente en el Perú (12).

La desnutrición crónica cuyo marcador por excelencia es la baja talla para la edad, es la resultante de múltiples factores, entre los que hay que distinguir: causas inmediatas como la desnutrición materna, la alimentación inadecuada y las infecciones repetidas, causas subyacentes como la baja escolaridad de la madre, el embarazo en adolescentes, los cuidados insuficientes de la mujer y el niño, las prácticas inadecuadas de crianza, la falta de acceso a saneamiento básico y a servicios de salud, entre otros, y por último, causas básicas, como la desigualdad de oportunidades, la exclusión y la discriminación por razones de sexo, raza o credo político. Estos factores actúan de manera sinérgica y simultánea y por periodos prolongados (13).

La baja talla para la edad refleja objetivamente los desequilibrios de los determinantes; es relativamente fácil de medir y forma parte de las rutinas de evaluación de la nutrición y la salud. Además, permite evaluar las inequidades sociales entre países y entre regiones. Por todo ello, se le considera un indicador de aproximación de las condiciones de vida de la población y un indicador útil para vigilar y evaluar, a mediano y a largo plazo; las políticas y los programas destinados a la lucha contra la pobreza. Todo esto la hace una herramienta útil para abogar por el establecimiento de políticas y programas a favor de la lucha contra la pobreza (13).

La desnutrición crónica en el niño representa un retraso en el crecimiento. Se mide comparando su talla con un estándar recomendado para su edad. La desnutrición crónica indica una carencia de los nutrientes necesarios durante un tiempo prolongado y provoca un retraso físico y mental en el



desarrollo del niño. Aunque no aumenta el riesgo de mortalidad tanto como la desnutrición aguda, es muy peligrosa porque tiene un impacto importante en la salud física y mental de la persona a largo plazo. Si no se actúa antes de los dos años de edad, sus consecuencias son irreversibles. En el caso de las niñas, la desnutrición crónica puede causar que en el futuro sus hijos tengan bajo peso al nacer, perpetuando la desnutrición de generación en generación (4).

En este contexto la desnutrición crónica, siendo un problema de mayor magnitud en cuanto al número de niños afectados, es a veces invisible y recibe menor atención. Sin embargo, tiene consecuencias irreversibles que se harán sentir a lo largo de la vida de la persona. La desnutrición crónica aumenta el riesgo de contraer enfermedades, y frena el crecimiento y el desarrollo físico e intelectual del niño. Al limitar su capacidad intelectual y cognitiva afecta a su rendimiento escolar y a la adquisición 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. Por ello, cuando la desnutrición se perpetúa de generación en generación se convierte en un serio obstáculo al desarrollo y a su sostenibilidad (4).

En general, este problema de salud pública, está definido como un estado patológico ocasionado por la falta de acceso a alimentos, alimentación deficiente (en calidad y cantidad), agua y saneamiento insalubre y la aparición de enfermedades infecciosas. En el origen de todo esto están las causas básicas, que incluyen factores sociales, económicos y políticos, como la pobreza, desigualdad, o una escasa educación de las madres, etc, que caracterizan al desarrollo de una

nación, una colectividad y a una familia. Según el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), esta enfermedad de grandes proporciones en el mundo, es la principal causa de muerte en lactantes y niños pequeños en países en vías de desarrollo; provoca la muerte de más de la mitad de niños menores de cinco años que la padecen. Por eso, prevenir esta enfermedad se ha convertido en una prioridad para la Organización Mundial de la Salud (14).

La desnutrición durante el período crítico de gestación y los primeros años de vida tiene efectos adversos en el crecimiento, desarrollo mental y cognitivo, desempeño intelectual y de capacidades, al mismo tiempo, la disminución de la defensa inmunológica del organismo, aumenta la susceptibilidad, severidad y duración de enfermedades comunes en la niñez como son las infecciones diarreicas y respiratorias agudas. Por lo general, esta afección se puede corregir con la reposición de los nutrientes que faltan, si esta ocasionado por un problema específico del organismo, con un tratamiento adecuado que contrarreste la deficiencia nutricional. Si no se detecta a tiempo o no se recibe la atención médica necesaria, la desnutrición puede llegar a ocasionar daños permanentes e irreversibles, discapacidad, tanto mental como física, enfermedades y hasta incluso puede resultar mortal (14).

Las razones que explican la desnutrición infantil en Perú son complejas y variadas. En general, los niños sufren de desnutrición por una deficiencia nutricional crónica que, con frecuencia, se agrava por enfermedades. Esto puede empezar antes del nacimiento si las madres no se alimentan bien durante el embarazo. Otras causas incluyen la deficiente lactancia materna y práctica de

alimentación para los lactantes. Muchas mujeres, especialmente de las zonas rurales, no practican la iniciación temprana y la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses del niño, situación a la que no es ajena; las madres del centro poblado Punap (14).

Otro factor causal del problema es que, las madres introducen alimentos sólidos demasiado temprano y la dieta de los niños y niñas tiende a no estar bien equilibrada, no apropiada para la edad y carecen de los micronutrientes y complementos vitamínicos vitales para el niño o niña. Además, las familias, en particular de las zonas rurales, carecen de acceso a agua potable, así como a una buena higiene y saneamiento en el hogar, lo que resulta fundamental para evitar la diarrea y otras enfermedades que disminuyen los nutrientes esenciales durante la niñez (14).

Es preciso mencionar que también el gobierno peruano de turno, también se ha planteado y comprometido a contribuir en la mejora del estado de salud y desarrollo, prioritariamente de la población infantil de menores de tres años y mujeres gestantes, como inversión pública en el capital humano, para permitir el progreso económico y social de todos los peruanos, con inclusión y equidad social, a través de la orientación y fortalecimiento de las acciones institucionales y concurrencia con intervenciones de diversas plataformas de contacto intersectorial, a nivel nacional, regional y local, para alcanzar los objetivos planteados al 2021; finalidad que está planteado en el documento técnico: Plan Nacional para la Reducción y control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017 – 2021 (15).

En este marco, apostar por el desarrollo de la infancia, en la mejora de la salud materna y neonatal, la reducción de la desnutrición crónica infantil (DCI) y de la anemia, son expresiones del compromiso asumido por el estado peruano, con la finalidad de asegurar el desarrollo infantil e invertir en la futura población activa del país y en su capacidad de progresar económica y socialmente, beneficios indiscutibles que apoyan a una mayor equidad social (15).

En el último decenio, nuestro país ha mostrado singulares avances en la reducción de la desnutrición crónica infantil; sin embargo aun cuando estas han disminuido en comparación a los años anteriores, las inequidades aún se evidencian a nivel regional y en zonas de pobreza, manteniéndose otros problemas como la anemia, en niños menores de 3 años. La DCI y la anemia por deficiencia de hierro en los niños menores de 3 años, tienen consecuencias adversas en el desarrollo cognitivo, principalmente si se presenta en un periodo crítico como el crecimiento y diferenciación cerebral, cuyo pico máximo se observa en los niños menores de dos años, periodo en el que el daño puede ser irreversible, constituyéndose en los principales problemas de salud pública que afectan el Desarrollo Infantil Temprano (15).

En el Perú, el abordaje de la DCI y anemia se ha dado a través de la implementación de intervenciones desarrolladas por el Ministerio de Salud y los diferentes sectores involucrados, en el marco del Programa Articulado Nutricional, que a la luz del análisis de indicadores de resultado, producto y cobertura ha generado la necesidad de un alineamiento, ordenamiento y fortalecimiento intra sectorial, intersectorial e intergubernamental de las intervenciones para el logro de resultados. En el marco de la descentralización,

los gobiernos locales tienen una función a nivel de la gestión de la atención primaria de la Salud, definida como el desarrollo de los procesos de planeamiento, programación, monitoreo, supervisión y evaluación de la atención integral de la salud que se realiza en el ámbito local (15).

En general la desnutrición 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, embarazo adolescente, cuidados insuficientes de la mujer al niño, prácticas inadecuadas de crianza, falta de 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 (16).

Nuestro país tiene una de las más altas tasas de morbi-mortalidad por desnutrición, esta enfermedad es una de las más prevalentes en la infancia. Sin embargo existen pueblos en zonas rurales donde la desnutrición crónica es superior al 50%. La desnutrición tiene un origen multicausal, es decir una mezcla de factores económicos, sociales, culturales, sanitarios, educativos y asociados a la salud entre otros. Es importante resaltar que uno de los factores que quizá tiene un mayor peso en el origen de la desnutrición, es el factor educativo, no tanto la educación formal sino la educación sanitaria y nutricional

que tengan los padres. La importancia que tiene la desnutrición en los niños, es que afecta significativamente su supervivencia. Estos niños son más susceptibles a las infecciones que los niños normales, especialmente a enfermedades comunes como las diarreas, las respiratorias agudas, la parasitosis y otros (16).

La desnutrición está presente más en épocas de máxima aceleración del crecimiento de los niños, especialmente entre los primeros 6 y 18 meses de vida, corriendo el riesgo de afectar en forma severa el sistema nervioso central, el sistema de defensa del organismo (inmunológico) y el desarrollo psicomotor y psicosocial. Una manera de superar este problema, es implementando un programa de rehabilitación nutricional que no solo se dedique a revertir este problema físico, sino que promueva cambios de comportamiento en nutrición y en salud de las madres de los niños con problemas nutricionales y de la comunidad en general, ya que esto permitirá recuperar no solo nutricionalmente al niño, sino que evitará que este o cualquier otro niño de la comunidad caiga en las garras de la desnutrición (16).

Debido a la magnitud del problema nutricional en el Perú, es importante contar con un sistema eficaz de detección de niños con desnutrición y rehabilitarlos, en forma oportuna, eficiente y de manera integral que permita su sostenimiento en el tiempo y que involucre no solo al personal de salud sino a las madres de los niños desnutridos y a la comunidad en general (16).

Se llama desnutrición a un estado patológico de distintos grados de seriedad y de distintas manifestaciones clínicas causadas por la asimilación deficiente de alimentos por el organismo. La desnutrición puede ser causada por la mala ingestión o absorción de nutrientes, también por una dieta inapropiada

como hipocalórica o hipoproteica. Tiene influencia en las condiciones sociales o psiquiátricas de los afectados. Ocurre frecuentemente entre individuos de bajos recursos y principalmente en niños de países subdesarrollados. La diferencia entre esta y la malnutrición es que en la desnutrición existe una deficiencia en la ingesta de calorías y proteínas, mientras que en la malnutrición existe una deficiencia, exceso o desbalance en la ingesta de uno o varios nutrientes que el cuerpo necesita (ejemplo: vitaminas, hierro, yodo, calorías, entre otros) (17).

La desnutrición crónica en infantes, niños y adolescentes, es el retraso del crecimiento esperado para una edad dada y reflejado en el peso y la talla del menor. En este retraso en niños o adolescentes en fase de crecimiento, el cuerpo retrasa su crecimiento ante la falta de nutrientes provocándole falencias que lo afectaran en el futuro. Esta desnutrición puede ser moderada o severa de acuerdo a la talla y peso que se registre. Como resultado la desnutrición crónica y anemia en menores de 0 a 3 años producen deterioros en la capacidad física, intelectual, emocional y social de los niños, también riesgos de contraer enfermedades por infección y de muerte. El deterioro que produce genera dificultad de aprendizaje escolar, y detiene el acceso del niño a una educación superior. De adulto trae limitaciones físicas e intelectuales, obteniendo así dificultades de inserción laboral (17).

La batalla contra la desnutrición debe darse desde diversos campos: con formación para que las familias y, especialmente, las mujeres tomen conciencia de la importancia de alimentar a sus hijos de forma adecuada ya desde el embarazo; con mejores infraestructuras para garantizar el acceso a agua potable; con mejores servicios sanitarios; con mejoras en el ámbito agrícola para

diversificar la dieta de estas personas. De esta manera, millones de personas podrán tener acceso a un futuro mejor y adquirirán posibilidades para escapar de la pobreza (18).

El primer paso para erradicar otros problemas consiste en poder garantizar una nutrición correcta a la población. De esta manera, los países en vías de desarrollo pueden disminuir las elevadas tasas de mortalidad infantil, pero también pueden combatir el analfabetismo u otros problemas enraizados en la sociedad. Contribuir a frenar los diferentes tipos de desnutrición es contribuir al crecimiento de la sociedad y de los países: un niño bien alimentado se convertirá en un adulto que podrá ayudar a su comunidad a progresar. En la actualidad está identificado el periodo fundamental para prevenir la desnutrición: el embarazo y los dos primeros años de vida del niño. Es lo que se conoce como los 1000 días críticos para la vida. En esta etapa es cuando se produce el desarrollo básico del niño, por lo que la falta de atención adecuada afectará a la salud y al desarrollo intelectual del niño el resto de su vida (18).

Las herramientas que se usan para construir los índices antropométricos que son combinaciones de medidas como la edad, o la talla y el sexo de un individuo. Por ejemplo, al combinar el peso con la talla se puede obtener el peso para la talla o el IMC, que son distintas expresiones de una misma dimensión, aplicables en el niño y en el adulto (19).

Los índices son: Peso para la Edad (P/E), refleja la masa corporal alcanzada en relación con la edad cronológica. Es un índice compuesto, influenciado por la estatura y el peso relativo; este al encontrarse por debajo de la D.E -2, es diagnosticado como desnutrición global. Talla para la Edad (T/E),



refleja el crecimiento lineal alcanzado en relación con la edad cronológica y sus déficits. Se relaciona con alteraciones del estado nutricional y la salud a largo plazo; al ubicarse por debajo de la D.E. -2, es diagnosticado como desnutrición crónica. Peso para la Talla (P/T), refleja el peso relativo para una talla dada y define la probabilidad de una masa corporal, independientemente de la edad. Un peso para la talla bajo es indicador de desnutrición y alto de sobrepeso y obesidad; esto al estar situado por debajo de la D.E. -2, es diagnosticado como desnutrición aguda (19).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS); la lactancia materna, es el proceso de alimentación del niño o niña con la leche que produce su madre, siendo éste el mejor alimento para cubrir sus necesidades energéticas de macro y micro nutrientes. Es la forma más idónea de alimentación. La leche materna constituye el alimento universal indicado hasta los seis meses de edad para los niños y niñas, y acompañado de otros alimentos hasta los dos años, puesto que cubre los requerimientos calóricos en estas edades. La lactancia materna establece sólidos lazos afectivos entre la madre y su hijo o hija, protege al niño o niña contra enfermedades infecciosas como diarreas, cólicos, gripes y favorece su desarrollo biológico y mental (20).

La leche materna es la primera comida natural para los lactantes. Aporta toda la energía y los nutrientes que el niño necesita en sus primeros meses de vida, y sigue cubriendo la mitad o más de las necesidades nutricionales del niño durante el segundo semestre de vida, y hasta un tercio durante el segundo año. La leche materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y las

enfermedades crónicas. La lactancia materna exclusiva reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades. Estos efectos son mensurables tanto en las sociedades con escasos recursos como en las sociedades ricas (21).

La lactancia materna contribuye a la salud y al bienestar de las madres. Ayuda a espaciar los embarazos, reduce el riesgo de cáncer de ovario y mama, aumenta los recursos familiares y nacionales, es una forma de alimentación segura, y carece de riesgos para el medio ambiente. La lactancia materna es un acto natural, pero al mismo tiempo es un comportamiento aprendido. Numerosas investigaciones han demostrado que las madres y otros cuidadores necesitan apoyo activo para iniciar y mantener prácticas apropiadas de lactancia materna (21).

Los beneficios de la lactancia materna van más allá de la salud. Los niños que son amamantados por periodos más largos tienen una menor morbilidad y mortalidad infecciosa, un menor número de maloclusiones dentales y una inteligencia más alta que aquellos niños que son amamantados por periodos más cortos o no son amamantados lo que significa un mejor desempeño académico y aumento de los ingresos a largo plazo, asimismo hay indicios que sugieren que la lactancia materna podría proteger en el futuro contra el sobrepeso y la diabetes. La lactancia materna beneficia también a las madres que amamantan, ya que puede prevenir el cáncer de mama (22).

Los beneficios que proporciona la lactancia materna (22):

- Es el alimento de mejor digestión y absorción para los lactantes; es la fuente natural de nutrientes más eficiente y supera a la de cualquier fórmula modificada o artificial.
- Contiene células y anticuerpos que protegen al niño o niña contra enfermedades, tales como: alergias, diabetes, infecciones respiratorias, infecciones urinarias, otitis, diarreas y caries.

Podemos resumir que la leche materna es lo mejor:

**Para el niño o niña:**

- La leche materna le aporta al bebé todos los nutrientes que necesita hasta los seis meses de edad.
- Le aporta los nutrientes en cantidad y calidad apropiados.
- Le asegura un sano crecimiento y un desarrollo integral.
- Le proporciona un mejor desarrollo psicomotor, emocional y social.
- Fomenta las bases para una buena relación madre-hijo o hija.

**Para la madre:**

- Protege su salud.
- Es práctica, porque está disponible siempre que el niño o niña lo solicite en cualquier lugar, a temperatura adecuada y no requiere preparación previa.
- Le ofrece la seguridad de que su hijo o hija crecerá sano y rodeado de mucho amor.
- Ayuda al restablecimiento la salud general de los órganos reproductores femeninos.
- Previene la formación de quistes mamarios.

**Para la Familia:**

- Al contrario que la alimentación artificial, no genera ningún tipo de costo, promoviendo de esta forma una mejor distribución del presupuesto familiar.
- No se utiliza tiempo de la familia para la preparación del alimento.
- La madre y el niño o niña son más saludables y con ello se reducen los costos por concepto de consultas médicas y medicamentos (20).

La alimentación complementaria es el proceso que comienza cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante, y por lo tanto se necesitan otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. La transición de la lactancia exclusivamente materna a los alimentos familiares, lo que se denomina alimentación complementaria, normalmente abarca el periodo que va desde los 6 a los 24 meses de edad. Este es un periodo crítico de crecimiento en el que las carencias de nutrientes y las enfermedades contribuyen a aumentar las tasas de desnutrición en los menores de cinco años a nivel mundial (23).

Los alimentos deben prepararse y administrarse en condiciones seguras, es decir, reduciendo al mínimo el riesgo de contaminación por microorganismos patógenos. Además deben administrarse de forma apropiada, lo cual significa que deben tener una textura adecuada para la edad del niño y administrarse de forma que respondan a su demanda. La adecuación de la alimentación complementaria (en términos de tiempo, suficiencia, seguridad y adaptación) depende no solo de la disponibilidad de alimentos variados en el hogar, sino también de las prácticas de alimentación de los cuidadores. La alimentación del niño pequeño requiere cuidados y

estimulación activa, que su cuidador responda a los signos de hambre que manifieste el niño y que lo estimule para que coma. A esto se le llama alimentación activa (24).

En el presente trabajo de aplicación resaltaremos la importancia y su clasificación de los alimentos según su función nutritiva principal que desempeñan en el organismo:

**Alimentos Energéticos:** son los que proveen la energía para realizar distintas actividades físicas (caminar, correr, hacer deportes, etc.), como pastas, arroz, productos de panificación (pan, galletas, etc.), dulces, miel, aceites, frutas secas (almendras, nueces, castañas, etc.). El consumo escaso de estos alimentos produce adelgazamiento. Por el contrario, comerlos en exceso y llevar una vida inactiva, genera los distintos tipos de aumento de peso, sobrepeso y obesidad (25).

**Alimentos Constructores:** son ricos en proteínas. Son los que forman la piel, músculos y otros tejidos, y que favorecen la cicatrización de las heridas. Mantienen un adecuado nivel de defensa contra las enfermedades infecciosas. Estos son la leche y todos sus derivados, carnes rojas y blancas, huevos y legumbres. Lo dice su nombre: son constructores y por lo tanto ayudan al crecimiento de niños y adolescentes, talla y desarrollo de órganos en general, y a la formación de masa muscular, tan deseada por los deportistas (25).

**Alimentos reguladores o protectores:** son los que proveen los nutrientes necesarios para que los energéticos y reguladores mantengan el cuerpo funcionando. Dentro de estos figuran las frutas, verduras, hortalizas y el agua (25).

En el ejercer de la carrera profesional, en la función asistencial, realizados en los diferentes establecimientos de salud de la jurisdicción de la Red de Salud Huaylas Norte, aprecié una de las problemáticas de salud pública, llamado desnutrición crónica infantil; ante la cual, el Puesto de Salud Punap, no es ajena. A través del presente proyecto de intervención, se busca plantear estrategias y/o alternativas de mejoras en la disminución del índice de desnutrición crónica en niños menores de 3 años. El presente trabajo busca sustentar su accionar en los modelos y teorías de la Enfermería, donde pretenda describir, establecer y examinar los fenómenos que conforman la práctica de la carrera.

Los modelos y teorías son una serie de conceptos relacionados entre sí que proporcionan una perspectiva sistemática de los fenómenos, predictiva y explicativa.

Es importante saber que cada teoría estudia un aspecto limitado de la realidad. Por lo tanto es necesario contar con muchas teorías que estudien todos los fenómenos relacionados con el cuidado de enfermería. No todos los modelos y teorías se aplican a todas las situaciones en las que esté involucrada enfermería, sino solo a una pequeña parte de todos los fenómenos de interés para la enfermería (26).

Existen tipos de modelos, que son agrupadas de acuerdo al rol que desempeña la enfermería, a la hora de prestar cuidados. **Modelos Naturalistas**, principal representante F. Nightingale, plasma su trabajo en la interacción paciente-entorno. **Modelos de suplencia o ayuda**, el rol de la enfermería consiste en suplir o ayudar a realizar acciones que la persona no puede llevar a cabo en un momento de su vida; las dos representantes más importantes de esta tendencia son: V. Henderson y D. Orem. **Modelos de Interrelación**, el rol de la enfermera consiste en fomentar la adaptación de la persona en un entorno cambiante, fomentando la relación interpersonal (enfermera-paciente) o las relaciones del paciente con su ambiente. Los más representativos de este tipo de modelo son: Peplau, C. Roy, M. Rogers y Mira Levine. Por todo lo antes mencionado, el trabajo estará enmarcado en el modelo de V. Henderson (26).

Virginia Henderson conceptualiza el metaparadigma del enfermero de la siguiente manera:

- **PERSONA**: un todo complejo que presenta 14 Necesidades Básicas (cada necesidad tiene dimensiones de orden biofisiológico y psicosociocultural). Toda persona tiende hacia la independencia en la satisfacción de sus necesidades básicas y desea alcanzarla.

- **SALUD**: se equipara con la independencia de la persona para satisfacer las 14 necesidades básicas. La satisfacción de estas necesidades, en toda su complejidad, es la que mantiene la integralidad de la persona. Requiere de fuerza, voluntad o conocimiento.

- ENTORNO: inicialmente se refiere a él como algo estático, aunque reconoce su influencia positiva o negativa sobre el usuario y recomienda a la enfermera que lo modifique de tal forma que promueva la salud. En escritos más recientes habla de la naturaleza dinámica del entorno y de su impacto sobre el usuario y la familia.

- ENFERMERÍA: ayudar a la persona a recuperar o mantener su independencia, supliéndole en aquello que no pueda realizar por sí mismo (“hacer con / hacer por”) (27).

En este modelo, Virginia Henderson, afirma que, el ser un humano es un ser biopsicosocial con necesidades que trata de cubrir de forma independiente según sus hábitos, cultura, etc. El ser humano cuenta con 14 necesidades básicas: Respirar, comer y beber, evacuar, moverse y mantener la postura, dormir y descansar, vestirse y desnudarse, mantener la T° corporal, mantenerse limpio, evitar los peligros, comunicarse, ofrecer culto, trabajar, jugar y aprender (26).

Según Henderson, necesidad es, pues, un requisito fundamental que toda persona debe satisfacer para mantener su equilibrio y estabilidad; de tal manera, que si uno de estos requisitos no existe, se produce un problema que hace que la persona no se mantenga en el estado de salud dentro de los límites, que en biología, se consideran normales. La necesidad no satisfecha se expresa en una serie de manifestaciones, las cuales se pueden representar de diferentes formas para cada una de las necesidades. Cuando una necesidad no está satisfecha, la persona deja de ser un todo completo, pasando a ser dependiente para realizar los componentes de las 14 necesidades básicas (26).



Virginia Henderson refiere que, dentro de las funciones de Enfermería, hay una principal; el atender a la persona sana o enferma en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a la salud, a su restablecimiento, o a evitarle sufrimientos en la hora de la muerte, actividades que él realizaría si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios (26).

Henderson desarrolló su Definición de Enfermería debido a su preocupación por el papel, la función y la idoneidad de la formación de las enfermeras: «La única función de la enfermera es ayudar al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), actividades que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesarios. Así mismo, es preciso realizar estas acciones de tal forma que el individuo pueda ser independiente lo antes posible» (27).

Virginia Henderson parte de una serie de Asunciones Científicas o Postulados que representan el “cómo hacer” del modelo. Afirmaciones sobre la persona, entorno, salud, o rol de la enfermera, que se aceptan como verdades:

- La persona es un todo completo con 14 necesidades básicas.
- La persona quiere la independencia y se esfuerza por lograrla.
- Cuando una necesidad no está satisfecha la persona no es un todo (27).

El máximo principio de Virginia Henderson para aplicar su modelo teórico a la práctica consiste en que la enfermería debe ser capaz de fomentar la actividad del paciente para que éste adquiera su independencia. El objetivo del modelo de Virginia Henderson es que el paciente sea independiente lo antes posible. Para Henderson la/el enfermera/o es aquel que asiste a los pacientes en

las actividades básicas de la vida diaria para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o acompañar a la muerte en paz. Para que el individuo pueda desarrollar su independencia, con ayuda del trabajo de enfermería, es necesario tener en cuenta el conjunto de todas las influencias externas que afectan a la vida y desarrollo de una persona (28).

Dicho trabajo de aplicación, en la lucha contra la desnutrición crónica infantil; se ampara en las bases legales como:

- Ley N° 2245/2017-CR, proyecto de ley que garantiza una lucha frontal para la disminución de la anemia materna infantil y la desnutrición crónica infantil a través de los gobiernos regionales y locales.
- Ley N° 26842, ley General de salud.
- Ley N° 27813, Ley del sistema nacional coordinado y descentralizado de salud.
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Ley N° 28314, Ley que establece la fortificación de harinas con micronutrientes (15).
- Decreto supremo N° 009-2006, aprueba el reglamento de alimentación infantil.
- Decreto supremo N° 001-2012, aprueba el plan nacional de acción por la infancia y la adolescencia, 2012-2021.

- Decreto supremo N° 008-2015, aprueba el plan nacional de seguridad alimentaria y nutricional 2015-2021.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud .
- Resolución Ministerial (RM) n° 249 – 2017, ley que aprueba el “Plan nacional para la reducción y control de la anemia materna infantil y la desnutrición crónica infantil en el Perú: periodo 2017-2021.
- Resolución Ministerial N° 126-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica 006-MINSA/ INS-V.01: Lineamientos de Nutrición Materna.
- Resolución Ministerial N° 610-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N°010-MINSA/ INS-V.01: “Lineamientos de Nutrición Infantil”.
- Resolución Ministerial N° 291-2006/MINSA, que aprueba la Guía de Práctica Clínica para la atención de patologías más frecuentes y Cuidados Esenciales en la Niña y el Niño”.
- Resolución Ministerial N° 292-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 040-MINSA/DGSP-V-01: “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño”.
- Resolución Ministerial N° 142-2007/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales”.

- Resolución Ministerial N° 862-2008/MINSA, que aprueba la NTS N° 074-MINSA/DGSP-V-01: “Norma Técnica de Salud que establece el conjunto de intervenciones articuladas para la reducción de la mortalidad neonatal en el primer nivel de atención de salud, en la familia y la comunidad”.
- Resolución Ministerial N° 870-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Consejería Nutricional en el Marco de la Atención de Salud Materno Infantil”.
- Resolución Ministerial N° 990-2010-MINSA, que aprueba la NTS N° 087-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años”.
- Resolución Ministerial N° 464-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad”.
- Resolución Ministerial N° 528-2011/MINSA que aprueba el Documento Técnico: “Promoción de Prácticas y Entornos Saludables para el Cuidado Infantil” (15).
- Resolución Ministerial N° 131-2012-MIDIS, que aprueba la Directiva N° 004-2012-MIDIS, “Lineamientos para la gestión articulada intersectorial e intergubernamental orientada a reducir la desnutrición crónica infantil, en el marco de las políticas de desarrollo e inclusión social”.
- Resolución Ministerial N° 958-2012/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Sesiones demostrativas de preparación de alimentos para población materno infantil.

- Resolución Ministerial N° 260-2014/MINSA que aprueba la “Guía Técnica para la Implementación de Grupos de Apoyo Comunal para promover y proteger la Lactancia Materna” (15).
- Resolución Ministerial N° 460-2015/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: “Consejería nutricional en el marco de la Atención Integral de salud de la gestante y puérpera”.
- Resolución Ministerial N° 055-2016/MINSA que aprueba la D.S. 068-MINSA/DGSP-V.01. Directiva Sanitaria para la prevención de Anemia mediante la suplementación con Micronutrientes y Hierro en niñas y niños menores de 36 meses.
- Resolución Ministerial N° 069-2016/MINSA, que aprueba la D.S N° 069-MINSA/DGSP-V.01. Directiva Sanitaria para la Prevención y Control de la Anemia por deficiencia de Hierro en Gestantes y Puérperas.
- Resolución Jefatural N° 090-2012-J-OPE/INS que aprueba la Guía Técnica N°001/2012- CENAN-INS “Procedimiento para la determinación de la Hemoglobina mediante Hemoglobinómetro Portátil” (15).

El presente trabajo académico tiene como antecedentes internacional y nacional como:

Coronado Z. (29), en Guatemala 2014, realizó la investigación “Factores asociados a la desnutrición en niños menores de 5 años”. Se empleó la metodología descriptiva transversal, el objetivo del estudio fue describir los factores que se asocian a la desnutrición en niños menores de 5 años en el P.S. del Valle del palajuno, Quetzaltenango, Guatemala, durante el periodo de

Noviembre 2012 y Febrero 2013; se llegó a concluir que, el desconocimiento de las madres acerca del tema de nutrición, es deficiente debido a que la mayoría de ellas son analfabetas esto no les permite darle la importancia al problema de la desnutrición además desconocen las consecuencias severas que puede afectar consigo para el crecimiento y desarrollo de sus hijos. El factor sociocultural que muchas de las familias adoptan en la comunidad, hace que a veces se tomen actitudes equivocadas, entre ellos malos hábitos en la alimentación de los niños.

Dávila N, y Jara E. (30), en Ecuador 2016, realizó la investigación “Factores asociados a la malnutrición en niños menores de 5 años de los centros del buen vivir de la parroquia San Francisco del cantón Cotacachi en la provincia de Imbabura durante el periodo de Setiembre a Diciembre de 2016”. Se empleó una metodología descriptiva y transversal, el objetivo de este estudio fue determinar cómo los factores tipo familiar, auto identificación étnica, nivel de formación de los padres y poder adquisitivo, influyen en la malnutrición de niños menores de 5 años que acuden a los CIBV de la parroquia de San Francisco del cantón Cotacachi en el periodo de Septiembre a diciembre 2016; la que concluye en una alta prevalencia de malnutrición en comparación a cifras nacionales, donde tiene significancia estadística las variables tipo de familia y tipo de ingresos.

Bonilla E, Bonilla G. (31), en México 2016, desarrolló la investigación “Desnutrición infantil (6 a 8 años), y su relación con la pobreza, análisis comparativo. La metodología fue descriptivo, explicativo y correlacional, el objetivo del estudio fue realizar un análisis comparativo de la desnutrición infantil en niños de 6 a 8 años en dos escuelas primarias y su relación con la

pobreza, a través de las encuestas nutricionales aplicadas; concluyó que, la presencia de un alto índice de desnutrición en ambos centros escolares encontrado a la pobreza, no sólo este factor influye en su desarrollo ya que el estudio fue posible encontrar otros que intervienen en menor medida , tales como una falta y desequilibrada alimentación, múltiples enfermedades, ausencia de higiene en el consumo de alimentos, condiciones insalubres de sanidad y manejo de agua, además de la desinformación que los padres manifiestan.

Matta F. (32), en Trujillo 2016, realizó la investigación” Edad materna adolescente asociada a desnutrición crónica infantil en menores de 5 años en el Hospital general de Jaén 2011-2015”. La metodología del estudio es un diseño de caso-control, el objetivo de esta investigación fue determinar si la edad materna adolescente es un factor asociado a la desnutrición en menores de 5 años atendidos en el Hospital General de Jaén entre los años del 2011 al año 2015; la misma que concluye que, la frecuencia de la edad materna adolescente en niños con desnutrición crónica fue mayor que en los sin desnutrición crónica. La edad materna adolescente se asocia como factor de riesgo de desnutrición crónica infantil. El promedio de edad materna en los pequeños desnutridos crónicos es menor que en los pequeños sin desnutrición. Mientras que el promedio de edad en niños con y sin desnutrición crónica son similares.

Casaperalta Y y Gonzales K. (33), en Cajamarca 2016, realizó la investigación “Prevalencia de la desnutrición crónica infantil en menores de 3 años y sus determinantes en la microred de salud Huambocancha Baja Cajamarca 2015”. El estudio, es de tipo transversal, retrospectivo y analítico, el objetivo fue determinar la prevalencia de la desnutrición crónica infantil en

menores de 3 años y sus determinantes en la microred de salud de Huambocancha Baja 2015; concluyendo que la desnutrición crónica infantil se presenta con mayor incidencia en el género masculino con 48.6%; mientras que el femenino es de 32.2%, se identifica que el punto de quiebre es el segundo semestre de vida de los niños, en el cual se incrementa fuertemente la desnutrición crónica, hasta estabilizarse en un promedio de 50% a más.

Robles M. (34), en Ancash 2016, realizó la investigación “Efecto de la seguridad alimentaria, Higiene, Manipulación de Alimentos y Saneamiento Básico sobre la Desnutrición crónica Infantil en la Micro Red San Nicolás-Huaraz-Ancash”. El método de investigación fue descriptiva transversal y se usó el diseño estadístico de regresión logística; el objetivo fue determinar el efecto de la seguridad alimentaria, la higiene – manipulación de alimentos y el saneamiento básico sobre niveles de desnutrición crónica en los niños de la MR. San Nicolás; concluyendo que la tasa de DCI, está influenciada directamente por causas generadas en el hogar, como la seguridad alimentaria, higiene – manipulación de alimentos y el saneamiento básico. La inseguridad alimentaria percibida influye directamente a la DCI; la mayoría de los hogares de la MR. no realizan buenas prácticas de HMA, el mismo que aporta directamente a la DCI.

A través del ejercer Profesional, se realiza una serie de actividades en los diferentes caseríos del Centro poblado de Punap, distrito de Quillo, Provincia de Yungay, Departamento de Ancash, asignado como plaza de trabajo y de condición laboral nombrado. Es allí donde se aprecia la realidad o problemática, aplicando herramientas gerenciales como: evaluación nutricional (crecimiento y desarrollo) y control de hemoglobina, que permiten obtener



información de la realidad en la que viven las familias de dicha comunidad, y a través de la intervención se contribuirán a fortalecer el conocimiento de las personas ante la problemática de la desnutrición y así reducir este problema social.

El aporte para este trabajo de intervención consistirá en recabar información de la realidad social comunitaria misma que será utilizada para la realización del proyecto y planificación del mismo, en el proceso del desarrollo profesional se ejecutará la planificación del proyecto y el alcance de los objetivos establecidos en el presente trabajo.

Con el presente trabajo académico, se obtendrá la experiencia de intervención a nivel comunitaria e institucional a través de la información recabada y proporcionada por las madres, padres de familia, actores sociales e instituciones, la información permite la formulación del proyecto de intervención titulado: Disminuyendo la desnutrición crónica en los niños menores de 3 años de la jurisdicción del puesto de salud de Punap – Quillo, 2019.

#### **IV. OBJETIVOS**

##### **OBJETIVO GENERAL**

Disminuir la desnutrición crónica en niños menores de 3 años de la jurisdicción del Puesto de Salud de Punap - Quillo.

##### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Conocimiento de las madres y/o cuidadores en el consumo de alimentos nutritivo.
- Adecuadas conductas de higiene y de saneamiento básico de las familias con niños menores de 3 años.
- Involucramiento de las autoridades locales y sociales en la prevención de la DCI.

#### **V. METAS**

- El 50 % de niños menores de 3 años de la jurisdicción del puesto de salud de Punap, logrará disminuir la desnutrición crónica.
- 70% de madres y/o cuidadores con niños menores de 3 años con adecuadas prácticas alimentarias.
- 70% de familias con niños menores de 3 años con buenas conductas de higiene y de saneamiento básico.
- 80% de autoridades locales y sociales involucrados en la prevención de la DCI.
- 6 sesiones educativa y demostrativa en alimentación saludable.
- 3 talleres de capacitación a agentes comunitarios y líderes comunales en prácticas claves para la salud.
- 100 visitas domiciliarias del personal de salud capacitado.
- 4 talleres de sensibilización en adopción de conductas de estilos de vida saludable.

- 3 talleres capacitación a autoridades sobre la importancia del saneamiento básico.
- 2 ferias integrales con mensajes alusivos al cuidado de la salud infantil.
- 3 reuniones de sensibilización con autoridades comunales, municipales y ONGs.
- 3 campañas integrales de salud infantil.
- 3 talleres de capacitación a docentes de las instituciones educativas.

## **VI. METODOLOGÍA**

### **6.1. LÍNEAS DE ACCIÓN y/o ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN**

Las líneas de acción presentada en el presente proyecto, es obtenido producto del resultado de las matrices del árbol de medios y fines fundamentales, las mismas que van a permitir encaminar al logro de sus metas y objetivos en cada una de sus diferentes etapas mediante: sensibilización, capacitación, información, educación, información (IEC) y otros en las que se verán insertados e involucrados las autoridades locales, municipales y equipo de salud del puesto de salud de Punap.

#### **A. SENSIBILIZACIÓN**

Proceso de comunicación, activo y creativo, que promueve una transformación, un cambio de actitudes y comportamientos en la sociedad. A través de la sensibilización se pretende lograr una toma de conciencia respecto a una determinada problemática, en este caso la prevalencia de desnutrición crónica infantil. La herramienta básica de la sensibilización es la comunicación (35).

Una estrategia de sensibilización debe estar encaminada a ayudar a descifrar los orígenes de los problemas para despertar la conciencia crítica de la ciudadanía y generar prácticas solidarias y de compromiso activo con el cambio de mentalidades, actitudes o prácticas. Se pretende que la toma de conciencia y el

cambio, promovidos desde la estrategia de sensibilización, sean duraderos. De ahí la importancia de conocer el origen de los problemas, ya que de esta forma se favorece la comprensión de las causas. Por otro lado, hay que tener en cuenta que la sensibilización es un proceso a medio y largo plazo y que debe ser un proceso continuo, abierto y transversal para que realmente sea efectivo (35).

Por consiguiente, el equipo multidisciplinario del puesto de salud de Punap, ante esta problemática de salud pública como la desnutrición crónica infantil, pretende promover acciones que generen cambios de conductas en la adopción de estilos de vida saludables, y esto a través de una de las líneas de acción establecida en el presente trabajo académico como: los talleres de sensibilización para la persona, familia y comunidad, cuyo objetivo es ayudar a disminuir la alta prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 3 años, y por ende aumentar la calidad de vida de la población.

#### **Acciones:**

#### **2.A. Talleres de sensibilización en la adopción de estilos de vida saludable.**

- Elaboración del plan del taller de sensibilización.
- Presentación del plan al área de capacitación.
- Solicitar aprobación del plan.
- Ejecución de los talleres.
- Evaluación e informe.

#### **3.A. Reuniones de sensibilización con autoridades comunales, municipales y ONGs sobre la problemática de la DCI.**

- Elaboración del plan de reuniones.
- Ejecución de las reuniones con autoridades.

- Elaboración de informes.

## **B. CAPACITACIÓN**

La capacitación se define como el conjunto de actividades didácticas, orientadas a ampliar los conocimientos, habilidades y aptitudes del personal que labora en una empresa. La capacitación les permite a las personas poder tener un mejor desempeño en sus funciones y futuras actividades, adaptándose a las exigencias del entorno (36).

Fundamentalmente, la capacitación es vista como un proceso educativo a corto plazo, el cual emplea unas técnicas especializadas y planificadas por medio del cual, las personas obtendrá los conocimientos y las habilidades necesarias, para incrementar su eficacia en el logro de los objetivos (36).

Las capacitaciones son estrategias muy utilizadas en el sector salud, dado que estos poseen un efecto beneficioso sobre el personal de salud y sobre los cuidados que estos entregan a los usuarios de los diferentes niveles de salud. A esta estrategia, el equipo multidisciplinario del puesto salud Punap, no es ajena, porque participa de las actividades de capacitación en las diferentes estrategias sanitarias de salud, realizadas por la cabecera de red. Situación contraria sucede con la población, autoridades comunales, actores sociales e instituciones educativas, esto debido a la falta de articulación con el sector salud, en tema de la lucha en contra de la desnutrición crónica infantil. En este contexto y por todo lo mencionado con anterioridad, en el presente trabajo académico, una de sus líneas de acción a realizar son los talleres de capacitación a favor de la salud infantil.

**Acciones:**

**1.B. Talleres de capacitación a agentes comunitarios de salud y líderes comunales en prácticas clave para la salud.**

- Planificación y coordinación de las capacitaciones en prácticas claves para la salud.
- Ejecución de las capacitaciones en prácticas claves para la salud.
- Elaboración del informe.

**2.B. Talleres de capacitación a autoridades sobre la importancia del saneamiento básico.**

- Elaboración del plan de desarrollo de capacitaciones de saneamiento básico.
- Elaboración del instructivo de capacitación.
- Ejecución de capacitaciones.
- Elaboración de informes.

**3.C. Talleres de capacitación a docentes de las instituciones educativa en alimentación saludable.**

- Elaboración del plan de capacitación a docentes.
- Elaboración del instructivo de capacitación a docentes.
- Presentación del plan.
- Ejecución de las capacitaciones.

### **C. INFORMACIÓN, EDUCACIÓN y COMUNICACIÓN**

Información denominamos al conjunto de datos, ya procesados y ordenados para su comprensión, que aportan nuevos conocimientos a un individuo o sistema sobre un asunto, materia, fenómeno o ente determinado. La importancia de la información radica en que, con base en esta, podemos solucionar problemas, tomar decisiones o determinar cuál alternativa, de un conjunto de ellas, es la que mejor se adapta a nuestras necesidades. El aprovechamiento que hagamos de la información, en este sentido, es la base racional del conocimiento (37).

La educación es un derecho para todas las personas, hombres y mujeres, de todas las edades. La educación es capaz de ayudar a garantizar un mundo más seguro, más sano, más próspero y ambientalmente más puro y que simultáneamente contribuye al progreso social, económico y cultural. La educación es una condición indispensable, aunque no suficiente, para el desarrollo personal y el mejoramiento social. La Educación busca el desarrollo de las capacidades humanas para formar una persona plena. Este desarrollo adquiere un doble movimiento, el de extraer, sacar, desplegar del interior de la persona sus grandes potencialidades y el de conducir esas potencialidades para el logro de una personalidad completa en sus diversas dimensiones humanas (37).

La educación para la salud designa “las ocasiones de aprendizaje deliberadamente puestas en marcha para facilitar los cambios de comportamiento en vista de alcanzar un objetivo determinado con anticipación”.<sup>12</sup> Tal proceso ayuda a los individuos y a los grupos a tomar conciencia de los problemas que pueden constituir una amenaza a su calidad de vida y los incita a crear y a reivindicar condiciones favorables a su salud (37).

La comunicación es el proceso de transmisión de información entre un emisor y un receptor que decodifica e interpreta un determinado mensaje. La importancia de la comunicación radica que a través de ella los seres humanos comparten información diferente entre sí, haciendo el acto de comunicar una actividad esencial para la vida en la sociedad (37).

La comunicación es “un proceso mediante el cual dos o más personas, en un contexto determinado, ponen en común una información, ideas, emociones, habilidades mediante palabras, imágenes, etc., que les pueden permitir obtener, reafirmar o ampliar conocimientos anteriores”, y es además “complementario al de participación”. En el campo de la salud, comunicación y participación son fundamentales, pues a través de una participación activa y consciente de la comunidad lograremos fomentar el autocuidado de la salud (37).

La comunicación para la salud es “el proceso social, educativo y político que incrementa y promueve la conciencia pública sobre la salud, promueve estilos de vida saludables y la acción comunitaria a favor de la salud, brindando oportunidades y ofreciendo a la gente poder ejercer sus derechos y responsabilidades para formar ambientes, sistemas y políticas favorables a la salud y al bienestar”<sup>4</sup>. Partiendo de esta premisa de educar, informar, convencer y explicar, así como de escuchar, la comunicación para la salud proporciona a individuos y comunidades las ventajas y recursos necesarios para prevenir enfermedades y mejorar su calidad de vida (37).

Las comunidades y familias de la jurisdicción del puesto de salud Punap, en su mayoría con bajo nivel de educación y con actividad principal la agricultura; tienen como consecuencia el aumento de los casos de desnutrición crónica, esto



debido a uno de los factores causales de la desnutrición como: el desconocimiento de las madres y/o cuidadores en alimentación con contenidos nutritivos; a ello sumado la falta de actividades extramurales en beneficio de la población objetivo enmarcado en el presente trabajo académico. Por todo lo mencionado líneas arriba, se pretende trabajar en otras de sus líneas de acción, la información, educación y comunicación (IEC), para el logro y cumplimiento de las metas establecidas.

### **Acciones:**

#### **1.A. Sesiones educativa y demostrativa en alimentación saludable.**

- Elaboración del plan de desarrollo de las sesiones educativa y demostrativa.
- Presentación del plan al área de capacitación.
- Solicitar aprobación del plan.
- Ejecución de las sesiones.
- Evaluación e informe.

#### **2.C. Ferias integrales con mensajes alusivos al cuidado de la salud infantil.**

- Elaboración del plan de realización de las ferias integrales para el cuidado de la salud integral.
- Presentación del plan al área de capacitación.
- Ejecución de las ferias.
- Evaluación e informe.

### **3.B. Campañas integrales de salud infantil en coordinación con autoridades locales, ONGs y equipo de salud.**

- Elaboración del plan de campaña de salud.
- Presentación del plan al área de capacitación.
- Ejecución de las campañas integrales a favor de la salud infantil.
- Elaboración del informe.

### **1.C. Visitas domiciliarias del personal de salud capacitado.**

- Elaboración del plan de visitas priorizados en grupos de riesgos.
- Ejecución de las visitas.
- Informe de las actividades realizadas.

## **6.2. SOSTENIBILIDAD DEL TRABAJO ACADÉMICO**

La sostenibilidad del trabajo estará a cargo del personal de Enfermería del puesto de salud antes mencionado, pero que a la vez tendrá el alcance de interrelacionarse con los diferentes profesionales y servicios de salud, autoridades locales y sociales, sector educación; con la finalidad de impulsar, mantener este trabajo académico en forma sostenible a través del tiempo.

Como consecuencia, el presente trabajo estará basado principalmente en el nivel de adopción de conocimientos, actitudes y prácticas de las madres para brindar una mejor atención a la salud de los niños pequeños; en la continuidad de las actividades a través de los ACS y en la supervisión y actualización continua de los mismos por parte del equipo multidisciplinario de salud.

**VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN**  
**MATRIZ DE SUPERVISIÓN**

JERARQUÍA DE OBJETIVOS	METAS POR CADA NIVEL DE JERARQUÍA	INDICADORES DE IMPACTO Y EFECTO A TRABAJAR	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	FRECUENCIA	INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN
<p><b>Propósito:</b>  Disminuir la desnutrición crónica en niños menores de 3 años de la jurisdicción del P.S. de Punap - Quillo</p>	<p>50% de niños menores de 3 años de la jurisdicción del P.S. de Punap, logrará disminuir la desnutrición crónica.</p>	<p>Niños menores de 3 años con desnutrición crónica:</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de niños con desnutrición crónica}}{\text{N}^\circ \text{ total de niños menores de 3 años}} \times 100$	<p>Porcentaje de niños menores de 3 años con desnutrición crónica de la jurisdicción del P.S. de Punap.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registro de información del estado nutricional de niños menores de 3 años.</li> <li>- Registro del padrón nominal de niños menores de 3 años.</li> </ul>	<p>Trimestral</p>	<p>Sistema de información del estado nutricional – MINSA (HIS, SIEN, Informes mensuales)</p>

Conocimiento de las madres y/o cuidadores en el consumo de alimentos nutritivos	70% de madres y/o cuidadores con niños menores de 3 años con adecuadas prácticas alimentarias.	Madres y/o cuidadores con niños menores de 3 años con adecuadas prácticas alimentarias: $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de madres y/o cuidadores con niños } < 3 \text{ años con buenas prácticas alimentarias}}{\text{N}^\circ \text{ total de madres y/o cuidadores con niños } < 3 \text{ años}} \times 100$	Porcentaje de madres y/o cuidadores con niños menores de 3 años con adecuadas prácticas alimentarias	- Lista de cotejo de buenas prácticas alimentarias (LME y AC).	Trimestral	Lista de chequeo
Adecuadas conductas de higiene y de saneamiento básico de las familias con niños menores de 3 años	70% de familias con niños menores de 3 años con buenas conductas de higiene y de saneamiento básico.	Familias con niños menores de 3 años con adecuada conducta de higiene y saneamiento: $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de familias con niños } < 3 \text{ años con conducta adecuada de higiene y saneamiento básicos}}{\text{N}^\circ \text{ total de familias con niños } < 3 \text{ años}} \times 100$	Porcentaje de familias con niños menores de 3 años con adecuada conducta de higiene y saneamiento	- Acta de asistencia a talleres de sensibilización y/o capacitación.	Trimestral	Lista de chequeo
Involucramiento de las autoridades locales y sociales en la prevención de la DCI	80% de autoridades locales y sociales involucrados en la prevención de la DCI.	Autoridades involucrados en la prevención de la DCI: $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de autoridades involucradas en la prevención de la DCI}}{\text{N}^\circ \text{ total de autoridades}} \times 100$	Porcentaje de autoridades involucrados en la prevención de la DCI	- Actas de acuerdos y compromisos por parte de las autoridades involucradas.	Trimestral	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
Conocimiento de las madres y/o cuidadores en el consumo de alimentos nutritivos.	1.A. Sesiones educativa y demostrativa en alimentación saludable.	6 Sesiones educativa y demostrativa en alimentación saludable	$\circ$ Porcentaje de sesiones educativa y demostrativa a familias: $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de sesiones educativa y demostrativa a familias ejecutadas}}{\text{N}^\circ \text{ total de sesiones educativa y demostrativa a familias programadas}} \times 100$	$\triangleright$ Conocimiento práctico-teórico de las madres y/o cuidadores.	$\checkmark$ Registro de asistencia a las sesiones educativa y demostrativa.	$\diamond$ Mensual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de chequeo</li> </ul>
	1.B. Talleres de capacitación a agentes comunitarios de salud y líderes comunales en prácticas clave para la salud.	3 Talleres de capacitación a agentes comunitarios de salud y líderes comunales en prácticas clave para la salud.	$\circ$ Porcentaje de capacitaciones a ACS y líderes comunales: $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de capacitaciones a ACS y líderes ejecutadas}}{\text{N}^\circ \text{ total de capacitaciones a ACS y líderes programadas}} \times 100$	$\triangleright$ Agentes comunitarios de salud y líderes comunales capacitados.	$\checkmark$ Registro de asistencia y actas elaboradas de acuerdos y compromiso.	$\diamond$ Mensual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de chequeo</li> </ul>
	1.C. Visitas domiciliarias del personal de salud capacitado.	100 visitas domiciliarias del personal de salud.	$\circ$ Porcentaje de visitas domiciliarias: $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de visitas domiciliarias ejecutadas}}{\text{N}^\circ \text{ total de visitas domiciliarias Programadas}} \times 100$	$\triangleright$ Visita domiciliarias ejecutadas	$\checkmark$ Registros de visitas domiciliarias y sistema de información MINSA $\checkmark$ Comprobantes de pago	$\diamond$ Semanal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de chequeo</li> </ul>

Adecuada conductas de higiene y saneamiento básico de las familias con niños menores de 3 años.	2.A. Talleres de sensibilización a familias en la adopción de estilos de vida saludable.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 4 talleres de sensibilización en la adopción de conductas de estilos de vida saludable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>° Porcentaje de talleres de sensibilización a familias:  <math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ total de talleres de sensibilización a familias ejecutadas}}{\text{N}^\circ \text{ total de talleres de sensibilización a familias programadas}} \times 100</math> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ N° talleres de sensibilización en adopción de conductas de estilos de vida saludables ejecutadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Registro de asistencia a los talleres de sensibilización y capacitaciones .</li> </ul>	❖ Mensual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de chequeo</li> </ul>
	2.B. Talleres de capacitación a autoridades sobre la importancia del saneamiento básico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 3 talleres de capacitaciones a autoridades sobre la importancia del saneamiento básico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>° Porcentaje de capacitaciones a autoridades:  <math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ total de capacitaciones a autoridades ejecutadas}}{\text{N}^\circ \text{ total de capacitaciones a autoridades programadas}} \times 100</math> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ N° de capacitaciones a autoridades sobre la importancia del saneamiento básico ejecutadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Registro de asistencia a los talleres de capacitación y actas elaboradas</li> </ul>	❖ Mensual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de chequeo</li> </ul>
	2.C. Ferias integrales con mensajes alusivos al cuidado de la salud infantil.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2 ferias integrales con mensajes alusivos al cuidado de la salud infantil.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>° Porcentaje de ferias integrales  <math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ total de ferias integrales ejecutadas}}{\text{N}^\circ \text{ total de ferias integrales programadas}} \times 100</math> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ N° ferias integrales con mensajes alusivos al cuidado de la salud infantil ejecutadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Elaboración de actas firmadas por los participantes y evidencias fotográficas</li> <li>✓ Comprobantes de pago</li> </ul>	❖ Mensual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de chequeo</li> </ul>

Involucramiento de las autoridades locales y sociales en la prevención de la DCI	3.A. Reuniones de sensibilización con autoridades comunales, municipales y ONGs sobre la problemática de la DCI.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 3 reuniones de sensibilización con autoridades comunales, municipales y ONGs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>° Porcentaje de reuniones de sensibilización con autoridades:  <math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ total de reuniones de sensibilización ejecutadas}}{\text{N}^\circ \text{ total de reuniones de sensibilización programadas}} \times 100</math> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ N° de reuniones de sensibilización con autoridades comunales, municipales y ONGs ejecutadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Registro de asistencia a los talleres de sensibilización y capacitaciones.</li> </ul>	❖ Mensual	❖ Lista de chequeo
	3.B. Campañas integrales de salud infantil en coordinación con autoridades locales, ONGs y equipo de salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 3 campañas integrales de salud infantil.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>° Porcentaje de campañas integrales:  <math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ total de campañas integrales ejecutadas}}{\text{N}^\circ \text{ total de campañas programadas}} \times 100</math> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ N° de campañas integrales de salud realizadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sistema de información MINSA</li> </ul>	❖ Mensual	❖ Lista de chequeo
	3.C. Talleres de capacitación a docentes de las instituciones educativas en alimentación saludable.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 3 talleres de capacitación a docentes de las instituciones educativas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>° Porcentaje de capacitaciones a docentes:  <math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ total de capacitaciones a docentes ejecutadas}}{\text{N}^\circ \text{ total de capacitaciones a docentes programadas}} \times 100</math> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ N° de capacitaciones a docentes de las instituciones educativas ejecutadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Registro de asistencia a capacitación docentes.</li> <li>✓ Comprobantes de pago.</li> <li>✓ Informes elaborados</li> </ul>	❖ Mensual	❖ Lista de chequeo

## **7.1. Beneficios**

### **❖ Beneficios con trabajo académico**

- **Disminución de la desnutrición crónica en niños menores de 3 años de la jurisdicción del Puesto de Salud de Punap.**

- Conocimiento de las madres y/o cuidadores en el consumo de alimentos nutritivo.
- Adecuadas conductas de higiene y saneamiento básico en las familias.
- Involucramiento de las autoridades locales y sociales en la prevención de la DCI.

### **❖ Beneficios sin trabajo académico**

- **Incremento de la desnutrición crónica en niños menores de 3 años de la jurisdicción del Puesto de Salud de Punap.**

- Desconocimiento de las madres y/o cuidadores en el consumo de alimentos nutritivo.
- Inadecuadas conductas de higiene y saneamiento básico en las familias.
- Escaso involucramiento de las autoridades locales y sociales en la prevención de la DCI.



## VIII. RECURSOS REQUERIDOS

### 8.1. Presupuesto para talleres de sensibilización

N°	DENOMINACIÓN	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
1	Local comunal	01	350.00	350.00
2	Impresiones.	500	0.50	250.00
3	Fotocopias	500	0.10	50.00
4	Materiales de escritorio	60	5.00	300.00
5	Equipo multimedia	0	0.00	0.00
6	Refrigerios	210	5.00	1,050.00
7	Movilidad local	0	0.00	0.00
<b>Costo Total</b>				<b>S/ 2,000.00</b>

### 8.2. Presupuesto para talleres de capacitación

No	DENOMINACIÓN	CANTIDAD	COSTO UNIT.	COSTO TOTAL
1	Local comunal	01	450.00	450.00
2	Impresiones.	500	0.50	250.00
3	Fotocopias	400	0.10	40.00
4	Materiales de escritorio	80	5.00	400.00
5	Equipo multimedia	0	0.00	2,000.00
6	Refrigerios	360	5.00	1,800.00
7	Movilidad local	10	0.00	0.00
<b>COSTO TOTAL</b>				<b>S/. 4,940.00</b>

### 8.3. Presupuesto para acciones de Información, Educación y Comunicación

N°	DENOMINACIÓN	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
1	Impresiones.	100	0.50	50.00
2	Fotocopias	100	0.10	10.00
3	Materiales de escritorio	30	5.00	150.00
4	Equipo multimedia	0	0.00	0.00
5	Refrigerios	50	20.00	1,000.00
6	Movilidad local	25	40.00	1,000.00
<b>Costo Total</b>				<b>S/ 2,210.00</b>

### 8.4. Presupuesto para sesiones educativa y demostrativa

N°	DENOMINACIÓN	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
1	Impresiones.	100	0.50	50.00
2	Fotocopias	50	0.10	5.00
3	Materiales de escritorio	20	5.00	100.00
4	Utensilios de cocina	0	0.00	350.00
5	Insumos para preparación de alimentos	300	5.00	1,500.00
6	Movilidad local	0	0.00	0.00
<b>Costo Total</b>				<b>S/ 2,005.00</b>

### 8.5. Resumen de presupuesto

<b>DENOMINACION</b>	<b>APORTE REQUERIDO</b>	<b>APORTE PROPIO</b>	<b>COSTO TOTAL</b>
Desarrollo de Talleres de sensibilización	S/. 2,000.00	0.00	S/. 2,000.00
Desarrollo de talleres de capacitación	S/. 4,940.00	0.00	S/. 4,940.00
Desarrollo de ferias integrales y campañas integrales de salud	S/. 2,210.00	0.00	S/. 2,210.00
Desarrollo de sesiones educativa y demostrativa	S/. 2,005.00	0.00	S/. 2,005.00
<b>TOTAL</b>	<b>S/. 11,155.00</b>	<b>0.00</b>	<b>S/.11,155.00</b>

## IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES

### PLAN OPERATIVO

**OBJETIVO GENERAL:** Disminuir la desnutrición crónica en niños menores de 3 años de la jurisdicción del Puesto de Salud de Punap  
–Quillo.

N°	ACTIVIDAD	META	RECURSOS		CRONOGRAMA 2020				INDICADOR
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	I	II	III	IV	
1	Elaboración de trabajo académico	1	Informe	400.00	X				Proyecto Elaborado
2	Presentación y exposición del trabajo a la municipalidad distrital de Quillo y a la Red de Salud Huaylas Norte.	1	Informe	100.00	X				Proyecto presentado
3	Reunión con autoridades locales, municipales, sector educación y equipo multidisciplinario de salud para formar el Comité de apoyo en la ejecución del Proyecto.	2	Informe	100.00	X				Reuniones realizadas
4	Ejecución del trabajo académico	1	Informe	7,430.00		X			Proyecto ejecutado
5	Evaluación del trabajo académico	1	Informe	50.00			X		Proyecto evaluado
6	Presentación del informe final	1	Informe	200.00				X	Proyecto presentado

## PLAN OPERATIVO

**OBJETIVO ESPECÍFICO 1:** conocimiento de las madres y/o cuidadores en el consumo de alimentos nutritivos

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2020			
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	I	II	III	IV
1	1. Sesiones educativa y demostrativa en alimentación saludable.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elaboración del plan de desarrollo de las sesiones educativa y demostrativa.</li> <li>▪ Presentación del plan al área de capacitación.</li> <li>▪ Solicitar aprobación del plan.</li> <li>▪ Ejecución de las sesiones.</li> <li>▪ Evaluación e informe.</li> </ul>	Sesiones	900.00	X	X	X	X
	2. Talleres de capacitación a agentes comunitarios de salud y líderes comunales en prácticas claves para la salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Planificación y coordinación de las capacitaciones en prácticas claves para la salud.</li> <li>▪ Ejecución de las capacitaciones en prácticas claves para la salud.</li> <li>▪ Elaboración del informe.</li> </ul>	Capacitaciones	150.00		X	X	X
	3. Visitas domiciliarias del personal de salud capacitado	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elaboración del plan de visitas priorizados en grupos de riesgos.</li> <li>▪ Ejecución de las visitas.</li> <li>▪ Informe de las actividades realizadas.</li> </ul>	Visitas domiciliarias	500.00	X	X	X	X

## PLAN OPERATIVO

**OBJETIVO ESPECÍFICO 2:** Adecuadas conductas de higiene y de saneamiento básico de las familias con niños menores de 3 años.

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2020			
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	I	II	III	IV
2	1. Talleres de sensibilización a familias en la adopción de estilos de vida saludable.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Elaboración del plan del taller de sensibilización.</li> <li>➤ Presentación del plan al área de capacitación.</li> <li>➤ Solicitar aprobación del plan.</li> <li>➤ Ejecución de los talleres.</li> <li>➤ Evaluación e informe.</li> </ul>	Taller	400.00	X	X	X	X
	2. Talleres de capacitación a autoridades sobre la importancia del saneamiento básico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Elaboración del plan de desarrollo de capacitaciones de saneamiento básico.</li> <li>➤ Elaboración del instructivo de capacitación.</li> <li>➤ Ejecución de capacitaciones.</li> <li>➤ Elaboración de informes.</li> </ul>	Capacitaciones	300.00		X	X	X
	3. Ferias integrales con mensajes alusivos al cuidado de la salud infantil.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Elaboración del plan de realización de las ferias integrales para el cuidado de la salud integral.</li> <li>➤ Presentación del plan al área de capacitación.</li> <li>➤ Ejecución de las ferias.</li> <li>➤ Evaluación e informe.</li> </ul>	Ferias integrales	700.00		X		X

## PLAN OPERATIVO

### OBJETIVO ESPECÍFICO 3: Involucramiento de las autoridades locales y sociales en la prevención de la DCI

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2020			
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	I	II	III	IV
3	1. Reuniones de sensibilización con autoridades comunales, municipales y ONGs sobre la problemática de la DCI.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración del plan de reuniones.</li> <li>• Ejecución de las reuniones con autoridades.</li> <li>• Elaboración de informes.</li> </ul>	Reuniones	300.00		X	X	X
	2. Campañas integrales de salud infantil en coordinación con autoridades locales, ONGs y equipo de salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración del plan de campaña de salud.</li> <li>• Presentación del plan al área de capacitación.</li> <li>• Ejecución de las campañas integrales a favor de la salud infantil.</li> <li>• Elaboración del informe.</li> </ul>	Campañas integrales	900.00		X	X	X
	3. Talleres de capacitación a docentes de las instituciones educativa en alimentación saludable.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración del plan de capacitación a docentes.</li> <li>• Elaboración del instructivo de capacitación a docentes.</li> <li>• Presentación del plan.</li> <li>• Ejecución de las capacitaciones.</li> </ul>	Capacitaciones	450.00		X	X	X

## **X. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES**

El Proyecto de Intervención **DISMINUYENDO LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS DE LA JURISDICCIÓN DEL PUESTO DE SALUD DE PUNAP – QUILLO, 2019.**

Estará a cargo del autor en coordinación con el equipo multidisciplinario de salud, jefatura de servicio y jefe del establecimiento, calificados para organizar, dirigir, realizar incidencia política cuando el proyecto lo requiera y participar de las actividades propias del proyecto.

## **XI. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES**

Se realizará las coordinaciones multisectoriales con:

- Red de salud Huaylas norte.
- Micro red Yungay.
- Municipalidad distrital de Quillo.
- Programas sociales: Juntos, Visión mundial, Qaly warma y otros.,



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Plan de intervención para la prevención de la desnutrición crónica y anemia por deficiencia de hierro. [Internet]. [Citado 23 de Jun 2019] disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos94/plan-intervencion-prevencion-desnutricion-cronica-y-anemia-deficiencia-hierro/plan-intervencion-prevencion-desnutricion-cronica-y-anemia-deficiencia-hierro.shtml>
2. Red de salud Huaylas norte. Sistema de Información Nutricional del Niño Menor de 5 años. Año 2018. Oficina de estadística e informática. Caraz 2018.
3. Instituto nacional de estadísticas e informática. Factores asociados a la desnutrición crónica en el Perú, 1996-2007. Lima.2009. [Internet]. [Citado 23 Jun 2019] disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib0893/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0893/Libro.pdf)
4. Unicef. La desnutrición infantil: causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. Noviembre; 2011. [Internet]. [Citado 06 de Jul 2019] disponible en: [https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/Informe\\_La\\_desnutricion\\_infantil.pdf](https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/Informe_La_desnutricion_infantil.pdf)
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2019. [Internet]. [Citado 06 Jul 2019] disponible en <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/desnutricion-cronica-afecto-al-122-de-la-poblacion-menor-de-cinco-anos-de-edad-en-el-ano-2018-11370/>

6. Mohme G. Revista La república desnutrición en el Ancash. Perú 6 (2) 12-14, 2013. (citado 06 de julio del 2019). Disponible en <https://larepublica.pe/sociedad/1143986-Ancash-esta-por-encima-del-promedio-nacional-de-desnutricion-cronica-infantil>.
7. Microred Yungay. Sistema información HIS Promsa. Año 2018. Oficina de estadística e informática. Yungay 2018.
8. Red de salud Huaylas Norte. Categorización de los establecimientos. Año 2014. Caraz 2014.
9. Beltrán A y Seinfeld J. Documento de discusión. Desnutrición crónica en el Perú: un problema persistente. Lima.2009. [Internet]. [Citado 23 Jun 2019] disponible en: [https://srvnetappseg.up.edu.pe/siswebciup/Files/DD0914%20-%20Beltran\\_Seinfeld.pdf](https://srvnetappseg.up.edu.pe/siswebciup/Files/DD0914%20-%20Beltran_Seinfeld.pdf)
10. Sánchez J. Evolución de la desnutrición crónica en menores de 5 años en el Perú. Revista Peruana de medicina experimental y salud pública, Lima.2012. [Internet]. [Citado 23 Jun 2019] disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/377/2496>
11. Morán A. ¿ Por qué seguir luchando contra la desnutrición infantil en el Perú?. Cáritas del Perú. [Internet]. [Citado 23 Jun 2019] disponible en: [http://www.caritas.org.pe/boletin18\\_2013/enfoque2.html](http://www.caritas.org.pe/boletin18_2013/enfoque2.html)
12. Sánchez J. Evolución de la desnutrición crónica en menores de 5 años en el Perú. Revista Peruana de medicina experimental y salud pública, Lima.2012. [Internet]. [Citado 2J Jun 2019] disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342012000300018](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000300018)

13. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción para la reducción de la desnutrición crónica, Washington. 2010. [Internet]. [Citado 03 Jul 2019] disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-13-s.pdf?ua=1>
14. Gaceta médica boliviana. Prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años atendidos en el centro de salud Tacopaya, primer semestre gestión 2014. Cochabamba, 2016. [Internet]. [Citado 06 Jul 2019] disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1012-29662016000100006](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662016000100006)
15. Ministerio de Salud, Documento técnico: Plan Nacional para la REDUCCIÓN Y CONTROL DE LA ANEMIA materno infantil y desnutrición crónica infantil en el Perú: 2017-2021. Aprobado con Resolución ministerial n° 249-2017/MINSA. Lima, Perú. 2017.
16. Eyzaguirre C. Desnutrición Infantil, trabajo monográfico. [Internet]. [Citado 06 Jul 2019] disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos91/investigacion-y-proyectos-acerca-desnutricion-infantil/investigacion-y-proyectos-acerca-desnutricion-infantil.shtml>
17. Desnutrición. [Internet]. [Citado 06 Julio 2019] disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Desnutrici%C3%B3n>

18. Tipos de desnutrición y sus efectos. La lucha contra la desnutrición, clave para los países en desarrollo. [Internet]. [Citado 06 Jul 2019] disponible en: <https://ayudaenaccion.org/ong/blog/pobreza/tipos-de-desnutricion/>
19. Unicef. Evaluación del crecimiento de niños y niñas. 2012. [Internet]. [Citado 06 Jul 2019] disponible en: [cursospaíses.campusvirtualsp.org/course/view.php?id=440](https://cursospaíses.campusvirtualsp.org/course/view.php?id=440)
20. Unicef. Hacia la promoción y rescate de la Lactancia Materna. 2ª Edición, Venezuela. Marzo, 2005. [Internet]. [Citado 13 Jul 2019]. Disponible en: <https://www.unicef.org/venezuela/spanish/LACTANCIA.pdf>
21. Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna exclusiva. 2019. [Internet]. [Citado 13 Jul 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive\\_breastfeeding/es/](https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/)
22. Ministerio de Salud. Guía técnica para la consejería en Lactancia Materna [Internet]. 1ª Edición. Perú; 2017. [Citado 13 Jul 2019]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4173.pdf>
23. Organización Mundial de la Salud. Alimentación complementaria. Abril, 2019. [Internet]. [Citado 06 Jul 2019] disponible en: [https://www.who.int/elena/titles/complementary\\_feeding/es/](https://www.who.int/elena/titles/complementary_feeding/es/)
24. Organización Mundial de la Salud. Nutrición, Alimentación complementaria. [Internet]. [Citado 06 Jul 2019] disponible en: [https://www.who.int/nutrition/topics/complementary\\_feeding/es/](https://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/)

25. Universidad de Lima. Pirámide nutricional, clasificación de los alimentos. [Internet]. 2005 [Citado 13 Jul 2019]. Disponible en: [http://www.ulima.edu.pe/sites/default/files/page/file/nutricion\\_1.pdf](http://www.ulima.edu.pe/sites/default/files/page/file/nutricion_1.pdf)
26. Romero Y. Modelos y teorías de la Enfermería. República Bolivariana de Venezuela, 2011. [Internet]. [Citado 07 Jul 2019] disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos89/modelos-y-teorias-enfermeria/modelos-y-teorias-enfermeria.shtml#modeloytea>
27. Bonill C y Amezcua M. Virginia Henderson, Noviembre, 2014. [Internet]. [Citado 07 Jul 2019] disponible en: <http://www.fundacionindex.com/gomeres/?p=626>
28. Hernández C. El Modelo de Virginia Henderson en la Práctica Enfermera. Valladolid, 2016. [Internet]. [Citado 07 Jul 2019] disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17711/TFG-H439.pdf;jsessionid=171FC6012B7C84FCE52772C6A815C1CE?sequence=1>
29. Coronado Z. Factores asociados en la desnutrición en niños menores de 5 años. [Tesis Licenciatura]. Quetzaltenango: Universidad Rafael Landívar; 2014. [Internet]. [Citado 15 Jul 2019]. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/09/15/Coronado-Zully.pdf>
30. Dávila N, Jara E. Factores asociados a la malnutrición en niños menores de 5 años de los centros del buen vivir de la parroquia de san francisco del cantón de cotacachi en la provincia de Imbabura durante le periodo de septiembre a diciembre 2016. [Tesis de especialidad]. Quito: pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2016. [Internet]. [Citado 15 Jul 2019]. Disponible en:

<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12677/TESIS%2027-01-2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

31. Bonilla E, Bonilla G. Desnutrición infantil (6 a 8 años), y su relación con la pobreza, análisis comparativo. [Tesis licenciatura]. Chiapas: Universidad de ciencias y artes de Chiapas; 2016. [Internet]. [Citado 15 Jul 2019]. Disponible en:

<https://repositorio.unicach.mx/bitstream/20.500.12114/314/1/NUT%20616.39%20B65%202016.pdf>

32. Matta F. Edad materna adolescente asociada a desnutrición crónica infantil en menores de cinco años en el Hospital General de Jaén 2011-2015. [Tesis Médico cirujano]. Perú: Universidad César Vallejo: 2016. [Citado 08 Jul 2019]. Disponible en:

[http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/574/matta\\_zf.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/574/matta_zf.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

33. Casaperalta Y y Gonzales K. Prevalencia de la desnutrición crónica infantil en menores de 3 años y sus determinantes en la microred de salud Huambocancha baja Cajamarca 2015. [Tesis Licenciatura]. Perú: Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo: 2016. [Citado 08 Jul 2019]. Disponible en:

<http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/369/Tesis%20final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

34. Robles M. Efecto de la seguridad alimentaria, higiene, manipulación de alimentos y saneamiento básico sobre la desnutrición crónica infantil de la Micro red San Nicolás – Huaraz- Ancash. [Tesis Ingeniería]. Perú: Universidad

Nacional Santiago Antúnez de Mayolo: 2016.[Internet]. [Citado 08 Jul 2019].

Disponible en:

[http://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/2155/T033\\_43893945\\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/2155/T033_43893945_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

35. Sánchez E. Normatividad y legislación de los sistemas integrados de gestión;

2009. [Internet]. [Citado 16 Jul 2019]. Disponible en:

<http://normatividadlegislacionsig.blogspot.com/2009/05/que-es-la-sensibilizacion.html>

36. Definición de capacitación. [Internet]. [Citado 16 Jul 2019]. Disponible en:

<https://conceptodefinicion.de/capacitacion/>

37. Choque R. Comunicación y Educación para la promoción de la salud. Lima;

Perú; 2005. [Internet] [Citado 16 Jul 2019]. Disponible en:

<http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>

# ANEXOS



## ANEXO 1

### DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

El puesto de salud Punap con nivel de atención I-2, se encuentra a 3700 msnm, en el Centro poblado del mismo nombre, distrito de Quillo, provincia de Yungay. Cuenta con 350 familias, con una población de 1400 en promedio según censo real y 6 caseríos a cargo: Punap, Santa Rosa, Macashca, Cotucancha, Huellapampa y Huanca.

El puesto de salud antes mencionado, cuenta con infraestructura inadecuada, evidenciada a través de la falta de ambientes para la atención al usuario, y la implementación de servicios como: odontología, laboratorio, cadena de frío y otros. Las redes de agua y alcantarillado en pésimas condiciones. Se cuenta con equipo de salud multidisciplinario: 1 Lic. Enfermería (nombrado), 1 Téc. Enfermería (nombrado), 1 médico (Serums), y 1 Lic. Obstetricia (serums).

En referencia al grupo objetivo de estudio (<3años), se cuenta con 72 niños, de las cuales el 58% de la población total presenta desnutrición crónica, a esto se suma las enfermedades prevalentes como: casos de Edas, Iras, Anemia, parasitosis, problemas dentales y otros. Esto a consecuencia de factores como: bajo nivel de instrucción de las madres y/o cuidadores, la escasez de fuentes de trabajo la misma que hace que sea una limitante en adquirir alimentos con alto valor nutritivo, desinterés de las autoridades ante esta problemática de salud pública, inadecuada cultura sanitaria y hábitos de estilos de vida saludables; y otros.

Las condiciones en las que habitan las familias son precarias. En su mayoría de las familias presentan hacinamiento, ambientes que presentan para diferentes usos como: comedor, dormitorio, espacio de crianzas de animales menores, a ello se le

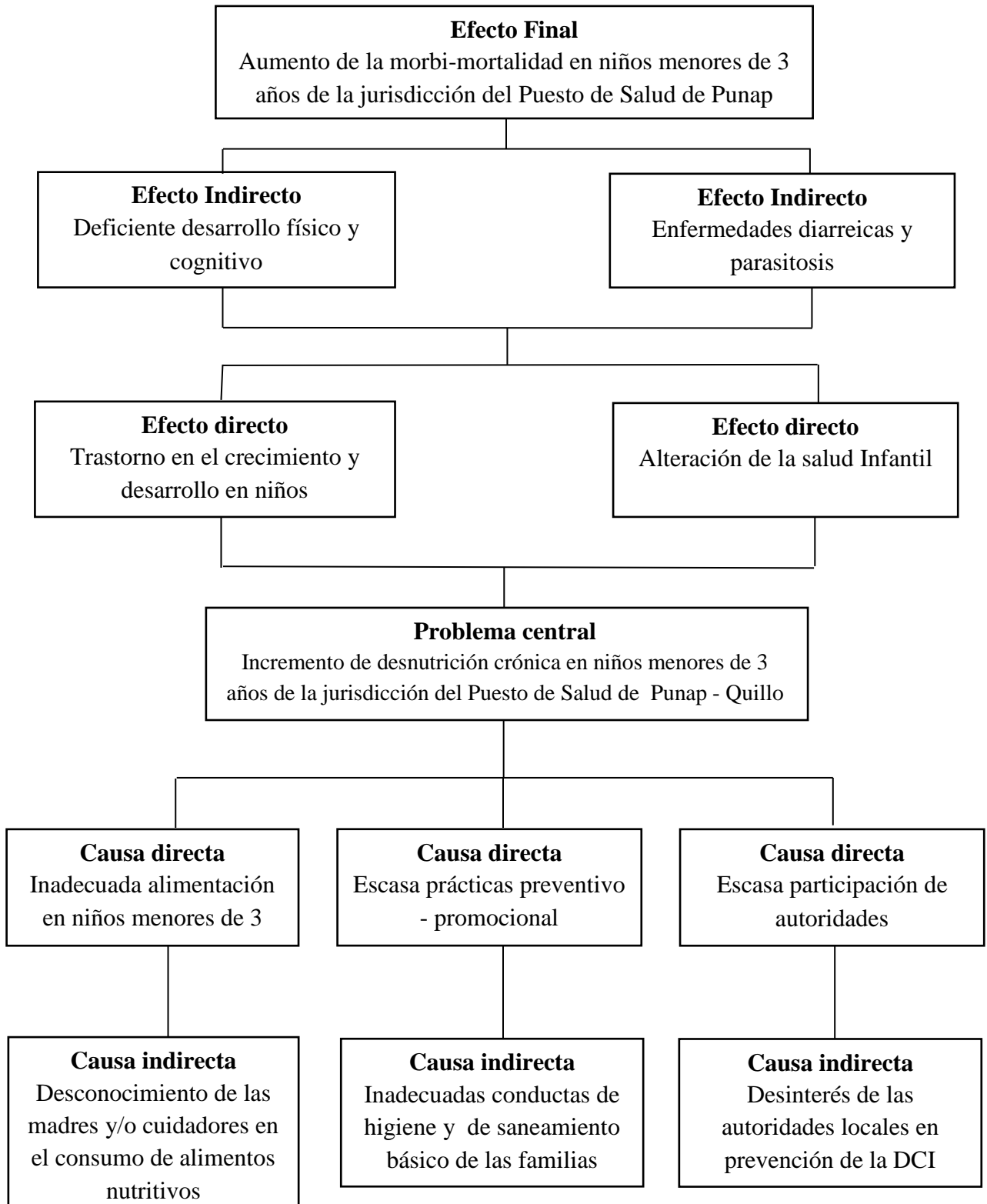
suma la falta de saneamiento básico en el 50% de las familias. Es preciso mencionar que estos caseríos mencionados líneas arriba, cuentan con programas de apoyo social, especialmente para los grupos de riesgos como: programa Juntos, Pensión 65 y otros.

## IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA



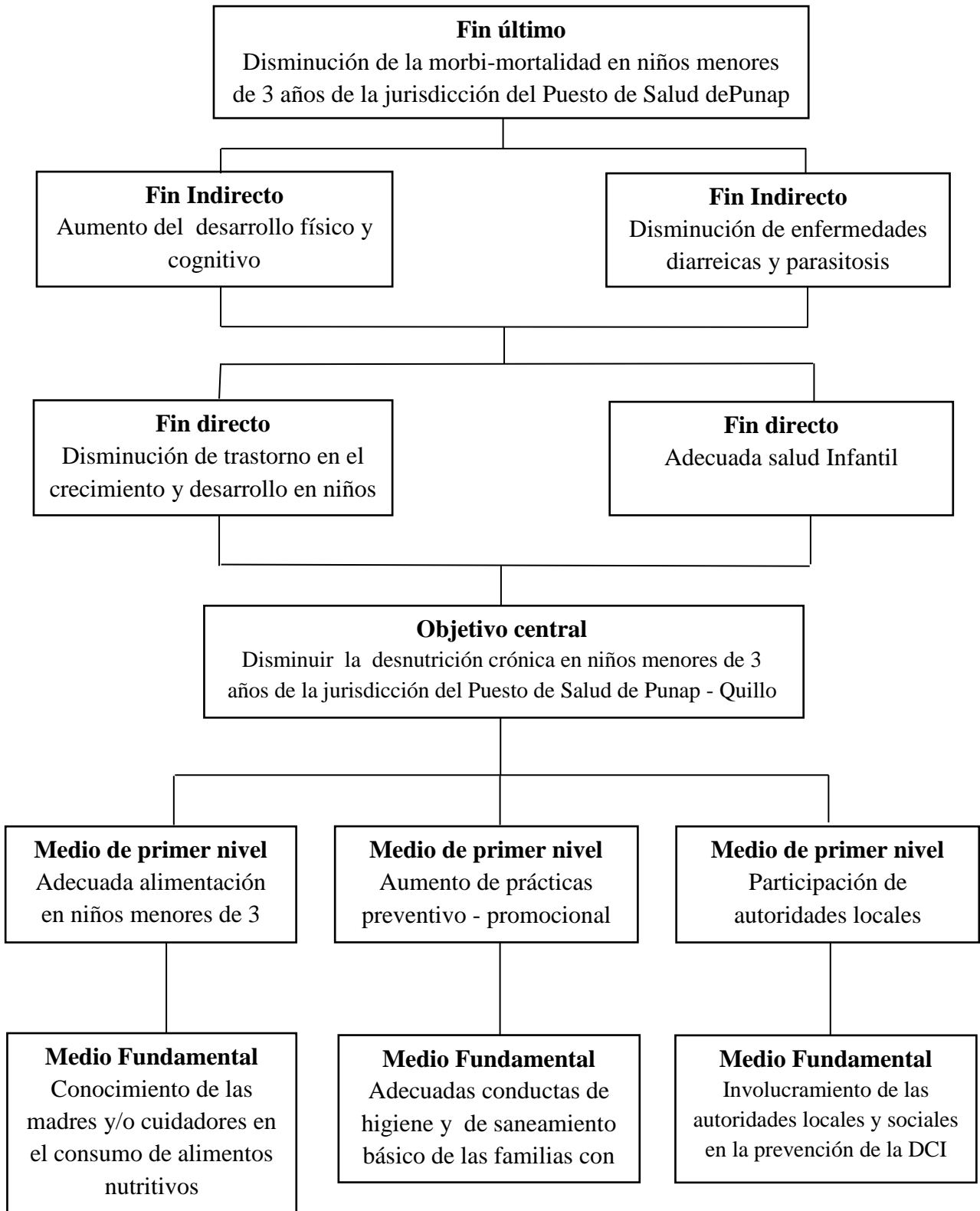
## ANEXO 2

### GRÁFICO N° 01: ÁRBOL DE CAUSAS – EFECTOS



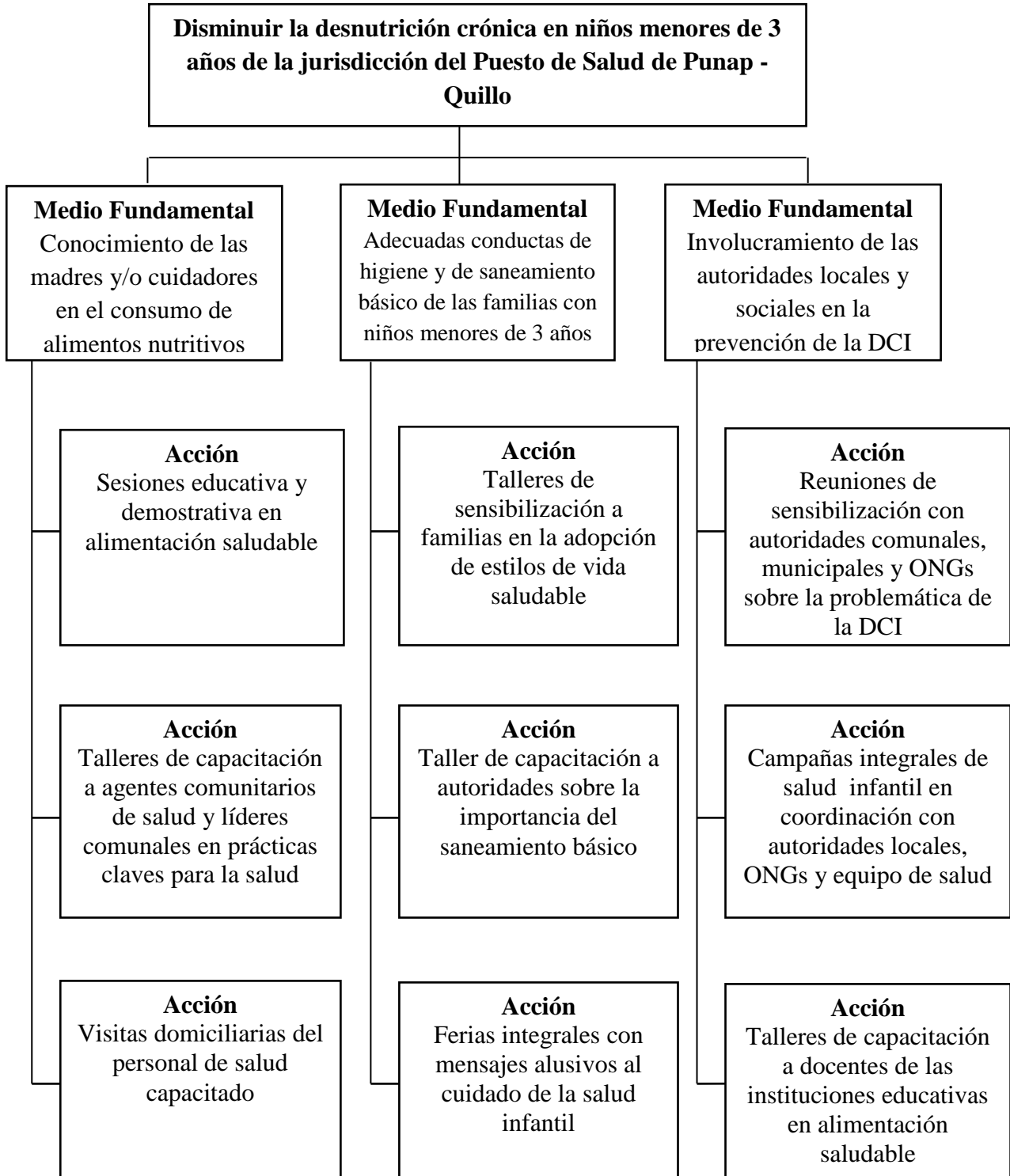
### ANEXO 3

#### GRÁFICO N° 02: ÁRBOL DE MEDIOS Y FINES



ANEXO 4

GRÁFICO N° 03: ÁRBOL DE MEDIOS FUNDAMENTALES Y ACCIONES PROPUESTAS



**ANEXO 5  
MARCO LÓGICO**

<b>Correspondencia</b>					
	<b>Resumen de objetivos</b>	<b>Metas</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Medios de verificación</b>	<b>Supuestos</b>
<b>Fin</b>	Disminución de la morbi-mortalidad en niños menores de 3 años de la jurisdicción del Puesto de Salud de Punap				
<b>Propósito</b>	Disminuir la desnutrición crónica en niños menores de 3 años de la jurisdicción del Puesto de Salud de Punap - Quillo	El 50% de niños menores de 3 años de la jurisdicción del Puesto de Salud Punap, logrará disminuir la desnutrición crónica	Niños menores de 3 años con desnutrición crónica: $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de niños con Desnutrición crónica}}{\text{N}^\circ \text{ total de niños menores de 3 años}} \times 100$	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de información del estado nutricional de niños menores de 3 años.</li> <li>• Registro del padrón nominal de niños menores de 3 años.</li> </ul>	Familias con niños menores de 3 años sin desnutrición crónica.

Componentes	<p>1. Conocimiento de las madres y/o cuidadores en el consumo de alimentos nutritivos.</p> <p>2. Adecuadas conductas de higiene y de saneamiento básicos de las familias con niños menores de 3 años.</p> <p>3. Involucramiento de las autoridades locales y sociales en la prevención de la DCI.</p>	<p>◦ 70% de madres y/o cuidadores con niños menores de 3 años con adecuadas prácticas alimentarias.</p> <p>◦ 70% de familias con niños menores de 3 años con buenas conductas de higiene y de saneamiento básicos.</p> <p>◦ 80% de autoridades locales y sociales involucrados en la prevención de la DCI.</p>	<p>◦ Porcentaje de madres y/o cuidadores con niños menores de 3 años con adecuadas prácticas alimentarias:</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de madres y/o cuidadores con niños } < 3 \text{ años con adecuadas prácticas alimentarias}}{\text{N}^\circ \text{ total de madres y/o cuidadores con niños } < 3 \text{ años}} \times 100$ <p>◦ Porcentaje de familias con niños menores de 3 años con adecuada conductas de higiene y saneamiento:</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de familias con niños } < 3 \text{ años con conducta adecuada de higiene y saneamiento básicos}}{\text{N}^\circ \text{ total de familias con niños } < 3 \text{ años}} \times 100$ <p>◦ Porcentaje de autoridades involucradas en la prevención de la DCI:</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de autoridades involucradas en la prevención de la DCI}}{\text{N}^\circ \text{ total de autoridades}} \times 100$	<p>◦ Lista de cotejo de buenas prácticas alimentarias (LME-AC)</p> <p>◦ Lista de cotejo de conductas adecuadas en higiene y saneamiento básico</p> <p>◦ Actas de acuerdos y compromisos por parte de las autoridades involucradas</p>	<p>◦ Madres y/o cuidadores con buenas prácticas alimentarias.</p> <p>◦ Familias con aplicación de buenas conductas de higiene y saneamiento básicos</p> <p>◦ Autoridades locales y sociales muestran interés en la prevención de la DCI.</p>
-------------	---	--	--	---	--



<b>Acciones</b>	1. A. Sesiones educativa y demostrativa en alimentación saludable.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 6 sesiones educativa y demostrativa en alimentación saludable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Porcentaje de sesiones educativa y demostrativa a familias:   <math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ total de sesiones educativa y demostrativa a familias ejecutadas}}{\text{N}^\circ \text{ total de sesiones educativa y demostrativa a familias programadas}} \times 100</math> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Registro de asistencia a las sesiones educativa y demostrativa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Madres y/o cuidadores aplican las buenas prácticas alimentarias</li> </ul>
	1.B. Talleres de Capacitación a agentes comunitarios de salud y líderes comunales en prácticas claves para la salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 3 talleres de capacitación a agentes comunitarios de salud y líderes comunales en prácticas claves para la salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Porcentaje de capacitaciones a ACS y líderes comunales:   <math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ total de capacitaciones a ACS y líderes ejecutadas}}{\text{N}^\circ \text{ total de capacitaciones a ACS y líderes programadas}} \times 100</math> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Registro de asistencia y actas elaboradas de acuerdos y compromisos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ ACS y líderes comunales activos y capacitados ejecutan visitas domiciliarias.</li> </ul>
	1.C. Visitas domiciliarias del personal de salud capacitado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 100 visitas domiciliarias del personal de salud capacitado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Porcentaje de visitas domiciliarias:   <math display="block">\frac{\text{N}^\circ \text{ total de visitas domiciliarias ejecutadas}}{\text{N}^\circ \text{ total de visitas domiciliarias programadas}} \times 100</math> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Registro de visitas domiciliarias y sistema de información MINSA</li> <li>◦ Comprobantes de pago</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Equipo de salud capacitado para contribuir en la disminución de la DCI, a través de las visitas domiciliarias.</li> </ul>

	<p>2.A. Talleres de sensibilización a familias en la adopción de estilos de vida saludable.</p>	<p>° 4 talleres de sensibilización en adopción de conductas de estilos de vida saludable.</p>	<p>° Porcentaje de talleres de sensibilización a familias:</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de talleres de sensibilización a familias ejecutadas}}{\text{N}^\circ \text{ total de talleres de sensibilización a familias programadas}} \times 100$	<p>° Registro de asistencia a los talleres de sensibilización y capacitaciones.</p>	<p>° Familias aplican buenas prácticas de conductas de estilos de vidas saludable</p>
	<p>2.B. Talleres de capacitación a autoridades sobre la importancia del saneamiento básico</p>	<p>° 3 talleres de capacitación a autoridades sobre la importancia del saneamiento básico.</p>	<p>° Porcentaje de capacitaciones a autoridades:</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de capacitaciones a autoridades ejecutadas}}{\text{N}^\circ \text{ total de capacitaciones a autoridades programadas}} \times 100$	<p>° Registro de asistencia a los talleres de capacitación y actas elaboradas.</p>	<p>° Participación activa de autoridades en el tema de saneamiento básico</p>
	<p>2.C. Ferias integrales con mensajes alusivos al cuidado de la salud infantil.</p>	<p>° 2 ferias integrales con mensajes alusivos al cuidado de la salud infantil</p>	<p>Porcentaje de ferias integrales</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de ferias integrales ejecutadas}}{\text{N}^\circ \text{ total de ferias integrales programadas}} \times 100$	<p>° .Elaboración de actas firmadas por los participantes y evidencias fotográficas</p> <p>° Comprobantes de pago</p>	<p>° Participación activa de la población en el desarrollo de las ferias integrales.</p>

	<p>3.A. Reuniones de sensibilización con autoridades comunales, municipales y ONGs sobre la problemática de la DCI.</p>	<p>° 3 reuniones de sensibilización con autoridades comunales, municipales y ONGs.</p>	<p>° Porcentaje de reuniones de sensibilización con autoridades:</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de reuniones de sensibilización ejecutadas}}{\text{N}^\circ \text{ total de reuniones de sensibilización programadas}} \times 100$	<p>° Registro de asistencia a los talleres de sensibilización y capacitaciones.</p> <p>° Sistema de información MINSA</p> <p>° Registro de asistencia a capacitación docentes</p> <p>° Comprobantes de pagos.</p> <p>° Informes elaborados.</p>	<p>° Participación activa de autoridades e involucramiento en la prevención de la DCI.</p> <p>° Participación activa de la población objetivo en las campañas integrales de salud infantil.</p> <p>° Docentes capacitados insertan temas de alimentación saludable durante el desarrollo de sus clases.</p>
	<p>3.B. Campañas integrales de salud infantil en coordinación con autoridades locales, ONGs y equipo de salud.</p>	<p>° 3 campañas integrales de salud infantil</p>	<p>° Porcentaje de campañas integrales:</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de campañas integrales ejecutadas}}{\text{N}^\circ \text{ total de campañas programadas}} \times 100$		
	<p>3.C. Talleres de capacitación a docentes de las instituciones educativas en alimentación saludable</p>	<p>° 3 talleres de capacitación a docentes de las instituciones educativas.</p>	<p>° Porcentaje de capacitaciones a docentes:</p> $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de capacitaciones a docentes ejecutadas}}{\text{N}^\circ \text{ total de capacitaciones a docentes programadas}} \times 100$		

## ANEXO 6

**MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN REGIONAL DE ANCASH  
RED DE SALUD HUAYLAS NORTE  
MICRORRED YUNGAY  
PUESTO DE SALUD PUNAP**



### INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

**NIVEL DEL ESTABLECIMIENTO** : I-2  
**NOMBRE** : PUESTO DE SALUD PUNAP  
**INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE:** MINSA  
**DIRECCIÓN COMPLETA** : CARRETERA CENTRAL-CASERIO  
DE PUNAP  
**DEPARTAMENTO** : ANCASH  
**PROVINCIA** : YUNGAY  
**DISTRITO** : QUILLO  
**TELÉFONO** : 963672092

#### **SERVICIOS QUE BRINDA:**

1. Medicina General
2. Odontología
3. Obstetricia
4. Enfermería
5. Farmacia
6. Tópico
7. SIS

**HORARIO DE ATENCIÓN** : Lunes a Sábados: de 8.00 a 14.00 hrs.  
**JEFE DEL PUESTO DE SALUD** : Lic. Yoni R. Zuñiga Gonzales  
**COLEGIO PROFESIONAL** : COLEGIO ENFERMEROS DEL  
PERÚ

## **SITUACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y JURISDICCIÓN**

**ESTADO** : Activo  
**SITUACIÓN** : Registrado  
**CONDICIÓN** : En Funcionamiento  
**INSPECCIÓN** : Inspeccionado

**UBICACIÓN GEOGRAFICA:** El centro poblado de Punap, se encuentra ubicado a 3600 msnm, en el valle que es irrigado por la quebrada Shaqui cocha y que conforma la cuenca del río Nepeña y en la región geográfica quechua de la zona alto andina del distrito de Quillo, provincia de Yungay, departamento de Ancash.

### **LÍMITES:**

**Por el Norte** : Centro poblado de Pisha (Distrito de Pamparomás)

**Por el Sur** : Caserío de Anchín (Distrito de Shupluy)

**Por el Este** : Caserío de Acoyó (Distrito de Pueblo Libre)

**Por el Oeste** : Caserío de Huellapampa (Distrito de Quillo)

**ALTITUD:** El centro poblado de Punap se encuentra a 3600 metros snm

**HIDROGRAFIA:** El centro poblado de Punap cuenta con la laguna de Teclo cocha, existiendo riachuelos como es el caso de Sechín, quebradas Pallca, Huachucancho, Shaqui cocha y un manantial denominado Shaqui cocha que son utilizadas para satisfacer las necesidades hídricas.

**FLORA Y FAUNA:** La zona alta es rica en especies de flora silvestre entre las cuales podemos describir: Escorzonera, Huamanpinta, Oreja de venado, Taulli Taulli, Huamanripa, Taya, Ucush Chupan, Ichu, Cóndor, Siete sabios. En zona media de igual manera podemos detallar a las siguientes: Chilca, Marco, Azularia, Árnica, Chinchu main, Muña, Cola de Caballo, Culín, Menta, Congona, Verbena, Achicoria, Llantén.

Referente a la fauna silvestre en la zona alta se aprecia la existencia de una buena cantidad de especies tales como: Venado, Tarugo, Cóndor, Vizcacha, Perdiz, Zorro, Zorrillo, Lechuza, Halcón, Gavilán.

**COMUNICACIÓN Y VIAS DE ACCESO:** Cuenta con los siguientes medios de comunicación:

- **Servicio radial:** Cuenta con 1 emisora de frecuencia modular
- **Servicio televisivo:** No cuenta con señal propia, pero llega la transmisión nacional (TV Perú), así mismo; algunas familias ya cuentan con servicios televisivo particular como: DirecTV, Movistar.
- **Servicio de telefonía:** Cuenta con la señal de Movistar
- **Servicio de transporte:** Carretera sin asfalto, denominado carretera de trocha, la misma que tiene su punto de inicio de transporte en la ciudad de Yungay y termina en la ciudad de Casma, con un recorrido de 150 KM. Hoy en día se cuenta con transporte de un solo horario en ambos sentidos. Tiempo que toma en llegar desde el Centro poblado de Punap a Yungay es de 2 horas; y a la ciudad de Casma es de 3 horas.

**ASPECTOS SOCIOCULTURALES:**

- **HISTORIA Y COSTUMBRE:** tiene como fechas festivas el 12 de Junio fiesta de creación del centro poblado, y otras fiestas costumbristas como: los carnavales, semana santa, entre otros.
- **EDUCACIÓN:** Cuenta con centros educativos de inicial, primaria y secundaria, no cuenta con centro educativo de nivel superior.
- **IDIOMA:** Predomina el quechua
- **RELIGIÓN:** Católica, Seguida de evangélicos.

**CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS:**

- **VIVIENDA:** Conservan las tradiciones y costumbres de ancestros, por lo que sus viviendas son de material de adobe de barro con paja y ara su cobertura utilizan la teja andina a base de arcilla quemada y calamina.
- **SERVICIOS BÁSICOS:** El 50% del total de familias del centro poblado de Punap cuenta Unidades Básicas de servicio (UBS-Baños ecológicos), las mismas que no se encuentran en condiciones

adecuadas (falta de higiene, limpieza). El otro 50% del total de familias algunas cuentan con letrinas, otros realizan sus deposiciones al aire libre. Cuentan con servicios de agua no entubadas.

## **INSTITUCIONES Y ORGANIZACIONES REPRESENTATIVAS:**

### **POLÍTICA:**

- ❖ Alcalde y regidores del centro poblado
- ❖ Teniente gobernador
- ❖ Agente municipal
- ❖ Delegado de paz
- ❖ Juez de Paz
- ❖ Rondas campesinas y otros

### **SALUD:**

- ❖ Puesto de salud Punap
- ❖ Agentes comunitarios de salud

### **EDUCACIÓN:**

- ❖ PRONOEI (03)
- ❖ Colegios iniciales (03)
- ❖ Colegios primarios (03)
- ❖ Colegios secundarios (01)

### **RELIGIÓN:**

- ❖ Iglesia católica (01)
- ❖ Otras Iglesias (03)

### **ACTORES SOCIALES:**

- ❖ Programa Juntos
- ❖ Pensión 65
- ❖ Vaso de leche

## RESEÑA HISTÓRICA DE LA COMUNIDAD

El centro poblado de Punap se encuentra situada en la zona alta de la cordillera negra y al sur este de la ciudad de Yungay por su altura se encuentra ubicado en la región natural quechua y está irrigada por la quebrada Shaqui cocha además cuenta con varias lagunas.

En su organización son las autoridades las que comandan los acuerdos para las faenas comunales, gestiones ante las instituciones externas. Sus costumbres de vida es características de los pueblos alto andino, su alimentación es básicamente con productos de la agricultura de subsistencia y la crianza de animales menores para consumo familiar, la crianza de animales mayores es para utilizarlos como yunta en la labranza de la tierra y los venden cuando llegan a ser viejos.

Las mujeres usan vestidos típicos y coloridos que consiste en una pollera tejido de la lana de ovino con ribete, blusa blanca o rosada. Aretes en los oídos y ganchos en la cabeza, un sombrero de paja con cinta negra, los hombres en sus inicios usaban pantalón de lana negro, camisa de diferentes colores, sombrero de lana, actualmente usan pantalón de tela que los fabrican ellos mismos, casaca y camisa de algodón, llanques de jebe de llanta, tanto los hombres como las mujeres; además las mujeres usan llicllas Huancaínas para cubrirse la espalda.