

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

**VIOLENCIA FAMILIAR Y DESNUTRICIÓN EN LOS
NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS ATENDIDOS EN EL
CENTRO DE SALUD PACHACÚTEC-CAJAMARCA, 2023.**

**PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORA:

Bach. DANIELA ESTEFANI CHUQUIRUNA CHÁVEZ

ASESORA:

Dra. JUANA AURELIA NINATANTA ORTIZ

CAJAMARCA, PERÚ

2024

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: **Daniela Estefani Chuquiruna Chávez**

DNI: **74950347**

Escuela Profesional/Unidad UNC: **Escuela Profesional de Enfermería**
2. Asesor: **Dra. Juana Aurelia Ninatanta Ortiz**

Facultad/Unidad UNC: **Facultad de Ciencias de la Salud**
3. Grado académico o título profesional
 Bachiller Título profesional Segunda especialidad
 Maestro Doctor
4. Tipo de Investigación:
 Tesis Trabajo de investigación Trabajo de suficiencia profesional
 Trabajo académico
5. Título de Trabajo de Investigación:
VIOLENCIA FAMILIAR Y DESNUTRICIÓN EN LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD PACHACUTEC – CAJAMARCA, 2023.
6. Fecha de evaluación: **13/10/2024**
7. Software antiplagio: TURNITIN URKUND (OURIGINAL) (*)
8. Porcentaje de Informe de Similitud: **23%**
9. Código Documento: **oid: 3117:392602940**
10. Resultado de la Evaluación de Similitud:
 APROBADO PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Fecha Emisión: 17/10/2024

<i>Firma y/o Sello Emisor Constancia</i>
  Dra. Martha Vicenta Abanto Villar DNI:26673990

* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

Copyright © 2024 by

DANIELA ESTEFANI CHUQUIRUNA CHÁVEZ

Todos los derechos reservados

FICHA CATALOGRÁFICA

**CHUQUIRUNA C. 2024. *VIOLENCIA FAMILIAR Y
DESNUTRICIÓN EN LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS
ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD PACHACÚTEC-
CAJAMARCA, 2023.* / Daniela Estefani Chuquiruna Chávez / 70 páginas**

Escuela Académico Profesional de Enfermería

Asesora: Dra. Juana Aurelia Ninatanta Ortiz

Disertación académica para optar el Título Profesional de Licenciada en
Enfermería - UNC 2024.

**VIOLENCIA FAMILIAR Y DESNUTRICIÓN EN LOS NIÑOS MENORES DE
CINCO AÑOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD PACHACUTEC -
CAJAMARCA, 2023**

AUTORA: Bach. Enf. DANIELA ESTEFANI CHUQUIRUNA CHÁVEZ


ASESORA: Dra. JUANA AURELIA NINATANTA ORTIZ

Tesis evaluada y aprobada para la obtención del título profesional de Licenciada en Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca, por los siguientes miembros:

JURADO EVALUADOR


.....
Dra. Santos Angélica Morán Dioses
PRESIDENTE


.....
M.Cs. Ruth Natividad Villanueva Cotrina
SECRETARIA


.....
M.Cs. Aida Cistina Cerna Aldave
VOCAL



MODALIDAD "A"
ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA

En Cajamarca, siendo las 10:00am del 01 de octubre del 2024, los integrantes del Jurado Evaluador para la revisión y sustentación de la tesis, designados en Consejo de Facultad a propuesta del Departamento Académico, reunidos en el ambiente Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de tesis denominada: Violencia familiar y desnutrición en los niños de 5 años atendidos en el Centro de Salud Bachacútes -Cajamarca, 2023

del (a) Bachiller en Enfermería:

Daniela Estefani Chuguiruna Chávez.

Siendo las 11:15am del mismo día, se da por finalizado el proceso de evaluación, el Jurado Evaluador da su veredicto en los siguientes términos: Aprobado, con el calificativo de: 16.3, con lo cual el (la) Bachiller en Enfermería se encuentra Apta para la obtención del Título Profesional de: **LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA.**

Miembros Jurado Evaluador Nombres y Apellidos		Firma
Presidente:	<u>Dra. Santos Angélica Norán Dioses.</u>	
Secretario(a):	<u>M.C. Ruth Natividad Villanueva Cotrina.</u>	
Vocal:	<u>M.C. Aida Cistina Cerna Aldave.</u>	
Accesitaria:		
Asesor (a):	<u>Dra. Juana Aurelia Ninatanta Ortiz.</u>	
Asesor (a):		

Términos de Calificación:

EXCELENTE (19-20)

MUY BUENO (17-18)

BUENO (14-16)

REGULAR (12-13)

REGULAR BAJO (11)

DESAPROBADO (10 a menos)

DEDICATORIA

Hoy puedo decir con orgullo que he alcanzado la meta. En primer lugar, agradezco a Dios por derramar sus bendiciones y brindarme la sabiduría a lo largo de mi vida y de toda mi carrera. Dedico esta tesis a mi madre, por su inquebrantable motivación y por fomentar en mí las ganas de luchar y cumplir mis metas; ella es el motivo del gran sentido de mi vida.

A mis compañeras, quienes se convirtieron en grandes amigas, les agradezco por motivarnos mutuamente en cada paso del camino, juntas hemos superado retos y celebrado nuestros logros ¡Mil gracias!.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero expresar mi más profundo agradecimiento a mi madre, quien siempre me ha brindado su apoyo incondicional para alcanzar mis objetivos, tanto personales como académicos. Su aliento y fortaleza me han impulsado a salir adelante ante las adversidades.

Agradezco a mi asesora, Dra. Juana Ninatanta Ortiz, quien fue fundamental en la realización de este proyecto. Su compromiso, apoyo y motivación en todo momento fueron esenciales para mi desarrollo. Sus palabras y correcciones precisas me han permitido llegar hasta aquí, sintiéndome victoriosa y agradecida. Me ha enseñado que los objetivos y metas en la vida deben ser siempre propuestos y perseguidos con determinación.

Asimismo, quiero extender mi agradecimiento a los docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca por brindarme las herramientas y el entorno necesario para crecer académica y personalmente. La formación que he recibido y las experiencias compartidas con mis compañeros y profesores han sido clave en este camino.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	7
AGRADECIMIENTOS	8
RESUMEN	12
ABSTRACT	13
INTRODUCCIÓN	14
CAPÍTULO I	15
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	15
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	19
1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	19
1.4 OBJETIVOS.....	20
CAPÍTULO II.....	21
MARCO TEÓRICO	21
2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	21
2.2 BASES TEÓRICAS	24
2.3 HIPÓTESIS	41
2.4 VARIABLES.....	42
2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	43
CAPÍTULO III	45
DISEÑO METODOLÓGICO	45
3.1 Diseño y tipo de estudio.....	45
3.2 Área de estudio.....	45
3.3 Población de estudio.....	45
3.4 Criterios de inclusión y exclusión	45
3.5 Unidad de análisis	46
3.6 Marco muestral.....	46
3.7 Muestra.....	46
3.8 Selección de la muestra	46
3.9 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	46
3.10 Validación y confiabilidad.....	48
3.11 Procesamiento y análisis de datos	48
3.12 Consideraciones éticas	48
3.13 Dificultades y limitaciones para el estudio	49

CAPÍTULO IV	50
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	50
CONCLUSIONES.....	61
RECOMENDACIONES	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	69

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características de las familias y los niños atendidos en el Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca.....	50
Tabla 1a. Características de las familias.....	45
Tabla 1b. Características de los niños atendidos en el C.S. Pachacútec, Cajamarca.....	48
Tabla 2. Tipo de desnutrición en los niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca.....	54
Tabla 3. Presencia de violencia familiar según el tipo, en los hogares de niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca.	57
Tabla 4. Relación entre la violencia familiar y desnutrición en niños menores de cinco años.	59

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar y analizar la relación entre la violencia familiar y la desnutrición en niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca, en 2023. Se utilizó un diseño no experimental, observacional y correlacional-transversal. Se aplicó un muestreo probabilístico mediante selección aleatoria simple, involucrando a 150 niños. Para evaluar la violencia intrafamiliar, se utilizó la Escala de Violencia Intrafamiliar VIF (Dr. Julio Jaramillo, 2018), la cual posee validez y confiabilidad. Además, se registró el diagnóstico de desnutrición a través de indicadores antropométricos utilizando el carnet de atención del niño/a. Los resultados indican que el 33.3% de las familias experimentan violencia, con la pareja o esposo como principal agresor. Entre las madres, el 70.7% sufre algún tipo de violencia, siendo la psicológica leve la más común (90.7%), seguida de la violencia sexual moderada (65.3%) y la violencia física leve (60%). En total, el 60.7% de los niños con desnutrición proviene de hogares donde se reporta violencia, encontrándose una relación estadística significativa ($p = 0.000$) entre la violencia familiar y la desnutrición en esta población. Concluyendo así, que la violencia en la familia tiene relación con la desnutrición en los niños menores de cinco años.

PALABRAS CLAVE: violencia, violencia familiar, desnutrición, niño, madres.

ABSTRACT

The research aimed to determine and analyze the relationship between family violence and malnutrition in children under five years old attended at the Pachacutec Health Center, Cajamarca, in 2023. A non-experimental, observational, and correlational-cross-sectional design was used. A probabilistic sampling method with simple random selection involved 150 children. To assess domestic violence, the Domestic Violence Scale (Dr. Julio Jaramillo, 2018) was employed, which has validity and reliability. Additionally, the diagnosis of malnutrition was recorded using anthropometric indicators based on the child's health card. The results indicate that 33.3% of families experience violence, with the partner or spouse as the main aggressor. Among mothers, 70.7% suffer some form of violence, with mild psychological violence being the most common (90.7%), followed by moderate sexual violence (65.3%) and mild physical violence (60%). Overall, 60.7% of malnourished children come from homes where violence is reported, showing a statistically significant relationship ($p = 0.000$) between family violence and malnutrition in this population. Concluding that violence in the family is related to malnutrition in children under five years of age.

KEYWORDS: violence, family violence, malnutrition, child, mothers.

INTRODUCCIÓN

El crecimiento y desarrollo infantil son influenciados por una variedad de factores, no solo relacionados con la alimentación, sino también con condicionantes sociales, culturales, ambientales y biológicos (1). Es así que, se decidió realizar un estudio sobre la influencia de la violencia familiar en la desnutrición de niños menores de cinco años en el distrito de Cajamarca, abordando el tema desde una perspectiva integral y preventiva. Con el objetivo de determinar y analizar la relación entre estas dos variables para apoyar en la disminución de los índices de violencia en el hogar y la desnutrición infantil, fomentando un compromiso social y político que implemente medidas de protección para las víctimas de violencia familiar, con el apoyo de las autoridades y del personal de salud.

No olvidemos que, en el Perú, la violencia se presenta de manera cotidiana y está normalizada, considerándose una práctica válida para corregir o controlar a los más vulnerables, como mujeres, niños y adolescentes. Esta percepción lleva a padres y cuidadores a ejercer violencia sin cuestionamientos, creyendo que es necesaria para la educación y el cuidado (2). Así, la violencia se arraiga en la sociedad peruana, y aunque las soluciones no son simples, existen y son efectivas siempre que haya voluntad para implementarlas. Es esencial garantizar entornos significativos para el desarrollo de los niños, construyendo así cimientos sólidos que les permitan convertirse en ciudadanos responsables y conscientes de sus derechos.

El presente estudio examina la relación entre la violencia familiar y la desnutrición en niños menores de cinco años en el Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca. Se estructura en varios capítulos:

Capítulo I: Planteamiento y formulación del problema, justificación y objetivos del estudio.

Capítulo II: Antecedentes, bases teóricas, hipótesis, variables de estudio y su operacionalización.

Capítulo III: Diseño metodológico utilizado para llevar a cabo la investigación.

Capítulo IV: Resultados obtenidos y su discusión.

Finalmente, se incluyen conclusiones y recomendaciones dirigidas a los actores involucrados, con el fin de fomentar acciones que aborden estas problemáticas de manera integral.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las estimaciones publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2023, indican que alrededor de una de cada tres mujeres en las Américas han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida (3). Por otro lado, la UNICEF en el año 2019, muestra la realidad de los niños en el mundo, donde al menos uno de cada tres niños menores de 5 años está malnutrido y no crece bien. Además, 149 millones de niños menores de 5 años sufren de retraso en el crecimiento o son demasiado pequeños para su edad. La región más afectada por el hambre actualmente es el sur de Asia, con una desnutrición crónica del 34,4 % y África mantiene sus índices en el 33 %. Las comunidades más pobres son las que sufren mayor desnutrición infantil, la mayoría de las muertes relacionadas con esta causa se produce en los países de ingresos bajos y medianos. Solo 1 de cada 5 niños de entre 6 meses y 2 años de los hogares más pobres y de las zonas rurales recibe una dieta lo suficientemente diversa como para que su crecimiento y el desarrollo de su cerebro sean saludables (4).

En América Latina y el Caribe, uno de cada cinco niños no está creciendo bien. Es así que, la desnutrición crónica es un problema en la mayoría de los países 67% y un 10% de su población la sufre. La prevalencia regional de emaciación (desnutrición aguda) en niños y niñas es del 1,3%, significativamente más baja que el promedio mundial del 6,7%. Así, en la región hay más de 7 millones de niños y niñas con desnutrición crónica. Tal y como existen diferencias entre países, la desigualdad también se observa al interior de ellos, y la COVID-19 ha empeorado una crisis de malnutrición preexistente. Con los servicios interrumpidos y los medios de vida devastados, las familias tienen más dificultades para poner alimentos saludables en la mesa, lo que deja a muchos niños y niñas con hambre y a otros con sobrepeso (5).

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2023 reveló que el 53,8% de las mujeres declararon haber sido víctimas de violencia psicológica, física o sexual por parte de su pareja, lo que

representa una ligera disminución respecto al 55,7% del año anterior. Entre las víctimas, la violencia psicológica y/o verbal fue la más frecuente (49,3%), seguida de la violencia física (27,2%) y la sexual (6,5%) (2).

En el Perú, para el año 2020, el 12,1% de la población menor de cinco años de edad sufrió desnutrición crónica según el patrón de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (6). En el área urbana, la desnutrición crónica afectó al 7,1% de este grupo población y en el área rural al 23,9% de las niñas y niños menores de cinco años de edad. En el año 2022, la desnutrición crónica afectó al 11,7% de las niñas y niños menores de cinco años de edad en el país, cifra mayor en 0,2 punto porcentual más que lo registrado en el año 2021; así lo dio a conocer el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) al presentar los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2022). Los departamentos que presentaron los niveles más altos de desnutrición crónica fueron: Huancavelica (29,9%), Cajamarca (24,4%), Loreto (21,8%) y Amazonas (21,7%). Por el contrario, los departamentos que mostraron menores niveles de desnutrición fueron: Tacna (2,8%), Moquegua (2,9%) (7).

La lucha de Perú contra la desnutrición continúa. Si bien los promedios nacionales dan cuenta de grandes avances durante años, los regionales evidencian profundas brechas entre regiones de costa, sierra y selva (4). Es fundamental entender la importancia del crecimiento y desarrollo sano en los niños; ya que, son la base del desarrollo humano. El estado nutricional de los niños está vinculado al desarrollo cognitivo, un estado nutricional deficiente tiene efectos adversos sobre el proceso de aprendizaje y el rendimiento escolar. Asimismo, el estado nutricional está asociado directamente a la capacidad de respuesta frente a las enfermedades, un inadecuado estado nutricional incrementa tanto la morbilidad como la mortalidad en la temprana infancia (6). Los factores que determinan la desnutrición incluyen la disponibilidad de alimentos, el consumo y el aprovechamiento nutricional, así como factores medioambientales que afectan la salud de los niños (8).

Las consecuencias que se generan como resultado de la desnutrición infantil son: morbilidad y mortalidad, reduce la capacidad física y la productividad económica, disminuye la capacidad intelectual y de aprendizaje, detiene el crecimiento y el desarrollo físico, causa deficiencias metabólicas y podría desencadenar enfermedades cardiovasculares (9). Lo anteriormente mencionado está estrechamente relacionado

con el bajo ingreso económico familiar que acompaña casi siempre a la desnutrición por la baja disponibilidad y acceso a los alimentos, falta de medios para producirlos, falta de acceso a la educación, malas prácticas alimenticias, caprichos alimenticios y factores emocionales (10).

La situación de violencia en la región de Cajamarca es alarmante; ocupa el quinto lugar a nivel nacional en feminicidios, con ocho casos registrados en 2023, lo que representa una disminución de un caso en comparación con 2022. Sin embargo, la tasa de feminicidio ha aumentado desde 2020, alcanzando un 1,1% por cada 100,000 mujeres (11). La Subgerente de Asuntos Poblacionales del Gobierno Regional de Cajamarca, Fany Godoy Boy, informó que, en los primeros cinco meses de 2023, el Centro Emergencia Mujer atendió 1,252 casos de violencia familiar, con un 39% de violencia psicológica, 43,1% de agresión física y 17,9% de violencia sexual, siendo las provincias con mayor número, las de Cajamarca y Jaén. Así mismo, se reporta cinco casos de feminicidio, dos de tentativa, siendo un 15% de casos severos o de sumo riesgo (12).

La violencia en el hogar afecta directamente el estado nutricional de los niños, comenzando desde la gestación. Un peso bajo al nacer es un indicador crítico del estado nutricional de la madre y el recién nacido. La nutrición adecuada es esencial para garantizar el derecho a la salud física y mental de los niños. Sin embargo, la desnutrición se ha convertido en uno de los problemas de salud más prevalentes en la infancia y es un factor importante en la morbilidad y mortalidad infantil en el mundo (13).

En nuestro país, estudios como los de Ruiz Grosso, evaluó la asociación entre la violencia contra la mujer ejercida por su pareja y la prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años, y encontró una mayor prevalencia de desnutrición en los hijos y las hijas de madres con historia de violencia física severa (14).

Estas investigaciones demuestran que la violencia doméstica es un factor de riesgo significativo para la salud infantil. La violencia ejercida por un miembro de la familia afecta gravemente la integridad física y psicológica de otros, siendo los niños y las mujeres los más vulnerables. Los efectos de la violencia familiar pueden incluir un deterioro en la salud infantil, manifestándose en el aumento de problemas

nutricionales, infecciones y enfermedades respiratorias (8). Las madres maltratadas son más propensas a descuidar a sus hijos, y aquellos que presencian violencia en el hogar sufren un mayor estrés psicológico, lo que también está relacionado con problemas nutricionales. Del mismo modo, las mujeres que son víctimas de violencia son menos propensas a buscar servicios de salud, lo que podría afectar la salud de sus hijos (15).

El ser víctimas de violencia, ya sea física o emocional, genera como consecuencias: sufrir de algún desorden o enfermedad mental, tener peores índices de calidad de vida y una pobre sensación de bienestar de salud general, lo cual puede afectar negativamente tanto la crianza, como el estado nutricional de la madre y el niño (14). Es así que se considera a la violencia en el hogar una forma de afectar directamente en el estado nutricional de los niños.

Por ello, es importante el papel que desempeña la familia, hacia el cuidado y apoyo de la alimentación infantil, ya que existen evidencias en el que el padre, la madre e incluso la suegra tienen papel importante en el desarrollo del menor, que incluyen el tiempo de cuidado y además de las condiciones socioculturales, disminuyendo de esta manera la desnutrición de los infantes. Si las condiciones socioculturales impiden el adecuado cuidado del niño, este se verá afectado emocional y físicamente desde una edad temprana; es decir, durante los primeros años de vida, la calidad y cantidad de alimentos consumidos depende del cuidador primario que generalmente es la madre, quien a su vez está influenciada por su entorno social y familiar, de allí que la familia influye en el estado nutricional del niño de manera positiva o negativa según como funcione esta (8).

Actualmente se observa que los porcentajes de desnutrición y violencia en los niños no permiten alcanzar las metas establecidas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), lo que señala un punto a discutir respecto de las políticas y programas requeridos para acelerar el ritmo de reducción; por otro lado, en el Perú las estrategias establecidas en los objetivos de desarrollo sostenible no se están cumpliendo de manera adecuada, contando todavía con un alto porcentaje de desnutrición (16).

Debido a las evidencias sobre los efectos de la violencia familiar en la salud infantil, resultó necesario llevar a cabo este estudio para analizar más la relación entre las dos

variables propuestas con el objetivo de generar mayor evidencia sobre esta situación descrita, para que se contribuya con el desarrollo de políticas locales de prevención y especialmente en las consecuencias de la violencia dentro de los hogares, ayudando a mejorar la salud de los niños menores de cinco años.

Ante esta realidad, se abordó la relación entre la violencia familiar y la desnutrición infantil en el Centro de Salud Pachacútec, aprovechando el acceso a la población y la necesidad de mejorar las condiciones familiares y nutricionales.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre la violencia familiar y la desnutrición en los niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Pachacútec-Cajamarca, 2023?

1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La violencia en el hogar se considera un problema de salud pública debido a tres factores principales: su alta incidencia en la población, su impacto psicológico en la salud individual y sus repercusiones sociales y económicas. Las mujeres y los niños son las víctimas más comunes, y los daños sufridos afectan negativamente el crecimiento y desarrollo físico, psíquico y sexual de los menores. Los niños perturbados por esta violencia pueden presentar trastornos relacionados con el peso, la alimentación y el sueño. Esta situación es alarmante, ya que se observan casos de alteraciones en el estado nutricional desde una edad temprana (15). La desnutrición, en particular, se manifiesta como un grave problema de salud pública, dada su magnitud y las consecuencias negativas para los niños menores de cinco años. Por esta razón, el presente trabajo abordó esta problemática, destacando su importancia para la sociedad en general, y en especial para el equipo de salud.

El estudio permitió recopilar datos estadísticos sobre el estado nutricional de los niños y la violencia en el hogar, proporcionando un análisis más claro sobre cómo actuar con las familias que se encuentran en condiciones desfavorables para su salud e implementando estrategias de prevención de la violencia familiar, permitiendo la adopción de medidas adecuadas, oportunas y de control para el bienestar de la madre y la familia, mejorando así la convivencia en el hogar y la salud de los niños. Dichos resultados; también, contribuyeron a mejorar las estrategias de identificación y

orientación dirigidas a los padres en relación con la alimentación adecuada y el bienestar del niño en el entorno familiar.

El estudio fue factible de realizar, ya que se contó con el apoyo de la población dentro del establecimiento de salud y los recursos económicos y de tiempo necesarios para llevar a cabo la investigación.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1. General

Determinar y analizar la relación entre la violencia familiar y la desnutrición de los niños menores de cinco años, atendidos en el Centro de Salud Pachacútec-Cajamarca, 2023.

1.4.2. Específicos

1. Identificar las características de las familias y niños atendidos en el Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca.
2. Determinar el tipo de desnutrición de los niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca.
3. Identificar la presencia de violencia familiar según el tipo, en los hogares de niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. Internacional

Ambreen S, et al, (Asia, 2023). En su estudio, “Asociación entre las experiencias maternas de violencia de pareja y el retraso del crecimiento infantil en cuatro países del sur de Asia”, con el objetivo de determinar la asociación entre ambas variables, el diseño fue un análisis secundario y se seleccionaron de manera aleatoria mujeres casadas en edad reproductiva (15-49 años), que tuvieran al menos un hijo menor de 5 años. Obteniendo que la prevalencia de VPI entre las mujeres osciló entre el 10.17% en Maldivas y el 31% en India. El número de niños con retraso severo en el crecimiento fue mayor en Pakistán (16.60%), seguido de India (14.79%). En India, los niños cuyas madres estaban expuestas a la VPI mostraron un aumento del 7% en la prevalencia de retraso moderado a severo en el crecimiento infantil. Además, en Nepal, el retraso severo en el crecimiento estuvo fuertemente asociado con la prevalencia de VPI física. Concluyendo que la exposición materna a la VPI está asociada con el retraso en el crecimiento infantil (17).

Martín V, et al, (México, 2022). En su estudio, “Frecuencia de desnutrición en niños y adolescentes con maltrato infantil”. De tipo transversal, retrospectivo y descriptivo. Se utilizaron los cocientes de peso/talla, talla/edad e IMC/edad. De los 117 casos de maltrato infantil, el 41 % presentaban emaciación o sobrepeso/obesidad, y el 25 % talla baja. La frecuencia del sobrepeso/obesidad fue mayor en los adolescentes que en los escolares. En el grupo de abuso sexual destacaron el sobrepeso/obesidad; en el de negligencia, la emaciación y la talla baja. En comparación con las prevalencias de los niños sin maltrato infantil, los niños menores de 5 años tuvieron prevalencias más altas de emaciación; los de 5 a 11 años, de emaciación y talla baja. Concluyeron que los niños con maltrato infantil se caracterizaron por desnutrición y talla baja, así como también por sobrepeso/obesidad en los adolescentes (18).

2.1.2. Nacional

Salazar L, et al, (Lima, 2023). En su tesis “Asociación entre la violencia de pareja a la mujer y el estado nutricional de los niños menores de 5 años según ENDES 2019”. Estudio de tipo observacional, analítica, no experimental y de corte transversal, retrospectivo. Con una muestra de 19593 mujeres encuestadas el año 2019. La información fue analizada mediante SPSS v25. Se aplicó estadística descriptiva y analítica usando prueba de chi cuadrado y regresión logística. El 30.14% de los niños menores de cinco años tuvieron estado nutricional inadecuado. El 31,07% de las encuestadas, experimento cualquier tipo de violencia, con mayor prevalencia la violencia física (25.93%). Concluyendo que existe una asociación significativa entre la violencia de pareja a la mujer y el estado nutricional del niño menor de cinco años (19).

Victorio G, (Lima, 2022). En su tesis “Violencia familiar y la desnutrición infantil en asentamientos humanos de Pachacútec, Ventanilla”. Con el objetivo de establecer la relación entre ambas variables, realizó un estudio descriptivo, transversal, correlacional, de casos y controles en niños menores de 5 años y sus madres con experiencias de violencia familiar, de una población urbano marginal y de bajos recursos a través de una encuesta el auto reporte de la madre y de las mediciones antropométricas a sus niños. Los datos recolectados se analizaron en el programa SPSS v23, incluyendo análisis descriptivo e inferencial. Se analizaron datos de 43 casos (desnutridos) y 95 controles (no desnutridos) con una prevalencia de desnutrición crónica de 30% y un nivel de violencia familiar de 88%. Concluyó que la violencia familiar y el maltrato contra la madre están asociados significativamente con la desnutrición crónica infantil (20).

Arrascue J, et al, (Piura, 2020). En su estudio, “Asociación entre violencia íntima de pareja contra la mujer y desnutrición crónica entre los hijos de 5 años a menos: Análisis de la ENDES del 2020 en Perú”. Estimaron la razón de momios cruda y ajustada con una regresión logística binaria. Incluyeron los datos de 8980 mujeres y sus respectivos hijos. La prevalencia de desnutrición crónica en los hijos de 5 años o menos fue de 10,7%. No encontramos asociación entre la desnutrición crónica en los hijos y la violencia emocional, la física severa y sexual contra las madres. Concluyendo que no existe asociación entre los tres tipos de violencia íntima de

pareja como factores de riesgo de la desnutrición crónica en los hijos de 5 años o menos (21).

León J, et al, (Lima, 2018). En su estudio, “Los efectos de la violencia doméstica sobre la salud infantil de los niños y las niñas menores de cinco”, con la ENDES, 2016. Con el objetivo de medir el efecto de diferentes variables de violencia doméstica sobre la salud infantil. Se usaron modelos de regresión logística y para comprobar la robustez de los resultados, se utilizaron modelos de ecuaciones estructurales. Se encontró que la violencia infantil o el ser testigo de violencia hacia la madre, no tienen un efecto sobre la desnutrición o morbilidad infantil, pero sí en que el niño o la niña sufra de violencia física o psicológica. Se encontró que la violencia contra la mujer tiene un efecto positivo y significativo sobre la morbilidad infantil, así como que el niño o la niña sufra de violencia física o psicológica (15).

A nivel local no se encontraron estudios similares.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1. VIOLENCIA

2.2.1.1 Definición.

La violencia es el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte (22). La violencia tiene enormes consecuencias en lo social y en la salud. La violencia provoca muchas muertes todos los días, particularmente entre hombres jóvenes y niños. Además de este índice de muertes, un alto número de hombres, mujeres, niños y niñas sufren lesiones, discapacidad o problemas de salud como resultado de la violencia. La exposición a la violencia puede aumentar el riesgo de fumar, consumir alcohol o uso de drogas; de sufrir enfermedades mentales o tendencia al suicidio; así como enfermedades crónicas como enfermedades del corazón, diabetes o cáncer; enfermedades infecciosas como el VIH y problemas sociales como el crimen o más violencia (23).

2.2.1.2 Categorías.

La clasificación de la Organización Mundial de la Salud, divide la violencia en tres categorías generales, según las características de los que cometen el acto de violencia:

- a. **Violencia auto infligida:** El suicidio es considerado como el acto o conducta que daña o destruye por completo a una persona, siendo esta quien se quita la propia vida voluntariamente. Existen diversos acontecimientos que pueden aumentar el riesgo de que las personas atenten contra sí mismas. Entre tales factores figuran la pobreza, la pérdida de un ser querido, las discusiones familiares o con amigos, la ruptura de una relación y los problemas legales o laborales. Aunque estas experiencias son frecuentes, sólo una minoría se ve impulsada a suicidarse. Para que estos factores desencadenen el suicidio, deben afectar a personas predispuestas o particularmente propensas, por otros motivos, a atentar contra sí mismas. Entre los factores de riesgo

predisponentes figuran el abuso del alcohol y de drogas, los antecedentes de abusos físicos o sexuales en la infancia y el aislamiento social (22).

- b. **Violencia colectiva:** La violencia colectiva es el uso instrumental de la violencia por personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo frente a otro grupo o conjunto de individuos, con el fin de lograr objetivos políticos, económicos o sociales. Adopta diversas formas: conflictos armados dentro de los Estados o entre ellos; actos de violencia perpetrados por los Estados (por ejemplo, genocidio, represión y otras violaciones de los derechos humanos); terrorismo; y crimen organizado (22).
- c. **Violencia interpersonal:** La violencia interpersonal; es decir, los actos violentos cometidos por un individuo o un pequeño grupo de individuos, comprende la violencia juvenil, la violencia contra la pareja, otras formas de violencia familiar como los maltratos de niños o ancianos, las violaciones y las agresiones sexuales por parte de extraños y la violencia en entornos institucionales como las escuelas, los lugares de trabajo, los hogares de ancianos o los centros penitenciarios. La violencia interpersonal cubre un amplio abanico de actos y comportamientos que van desde la violencia física, sexual y psíquica hasta las privaciones y el abandono (22).

2.2.1.3 Causas de la violencia.

Las causas más comunes de la violencia son:

- a. El alcoholismo, las estadísticas de mujeres maltratadas, por sus compañeros o cónyuges, bajo los efectos del alcohol son muy altas, esto lo coloca en una de las principales causas. 62,8% de las mujeres que sufrieron violencia física por parte de su pareja, fueron agredidas cuando se encontraba bajo efectos del alcohol. Además, el alcohol está presente en 1 de cada 4 casos de violencia familiar. El consumo frecuente de alcohol por el compañero incrementa la violencia física en la pareja en la mayoría de los departamentos peruanos (24).
- b. **La drogadicción:** algunas personas consumen drogas para escapar de su realidad, y convertirse en otras muy violentas y causar mucho daño, éstas son capaces de agredir hasta matar a su propia madre, si no cuentan con el dinero para poder comprar los estupefacientes.

- c. Falta de conciencia de los habitantes de algunas sociedades que piensan que con huelgas, golpes y tiroteos solucionarán los problemas que esta padece.
- d. Falta de voluntad, en algunas personas, para controlar sus impulsos y resolver los problemas, generando violencia.
- e. Falta de comprensión, tolerancia y la incompatibilidad de caracteres entre las parejas, genera la violencia intrafamiliar, ésta es considerada la causa mayor de violencia que existe, un niño que se desarrolle en medio de este ambiente, será una persona insegura, problemática y de pocos principios personales (25).

2.2.1.4 Consecuencias de la violencia.

La conducta violenta tanto en lo psíquico como en lo físico, causa un deterioro psicológico en la víctima y genera en esta una conducta que se manifiesta de una manera sumisa, a las órdenes y deseos de su agresor.

El agresor llega a tener un completo poder, control y dominio sobre la víctima, que cada vez se convierte más flexible y vulnerable, por esta razón la violencia continúa su ciclo repetitivo y de intensidad en crecimiento, hasta que la persona pierde su propia identidad y se convierte en una posesión más. Por supuesto, en una posesión maltratada, que, por la falta de apoyo jurídico, en muchos casos, no se deciden a romper con esta situación y mucho menos si hay hijos en la relación (3).

Algunas de estas consecuencias son:

- a. Baja autoestima.
- b. Depresión profunda, falta de esperanzas, sin fuerzas, altos niveles de autocrítica y respuestas emocionales limitadas.
- c. Interiorización del machismo, dependencia total del varón y en todas las figuras de autoridad.
- d. Estrés, miedo, ansiedad, conmoción psíquica aguda y desorientación.
- e. Sentimiento de culpabilidad, la mujer se siente culpable de la situación.
- f. Incertidumbre, indecisiones y dudas por bloqueo emocional.
- g. Profunda ausencia de esperanzas y desmotivación.

2.2.1.5 Tipos de violencia

Existen diferentes tipos de violencia que generalmente se practican sobre las personas más vulnerables, como por ejemplo las mujeres, los niños, los ancianos y grupos religiosos.

- a. **Violencia familiar:** Es aquella que se da por alguno de los integrantes del grupo familiar sobre otro, ocasionando una lesión no accidental, en el aspecto físico y psíquico. Cabe destacar que este tipo de violencia es penado por la ley, sin embargo, es un delito que no suele ser denunciado, ya que la víctima siente temor y vergüenza de denunciar a un miembro de su propia familia.
- b. **Violencia de género:** La violencia de género se entiende como cualquier tipo de agresión que se lleva a cabo dañando el bienestar físico, psicológico o relacional de una persona debido a su género o identidad. Este tipo de agresión se realiza intencionalmente, ya sea por la fuerza física o, con el propósito de causar daño, coaccionar, limitar o manipular a la persona sometida a hechos violentos.
- c. **Violencia institucional:** Representa toda aquella violencia ya sea física, psicológica, simbólica o sexual, llevada a cabo de manera abusiva por funcionarios de la administración pública, se distingue por el uso del poder por parte de agentes del estado a fin de perjudicar y de intensificar los métodos de dominación.
- d. **Violencia a la mujer:** Es una de las formas de violencia más extremas realizada en contra de las mujeres; atentando en contra de los derechos humanos de las mismas, en especial su derecho a la vida, a la seguridad y el acceso a la justicia. Este fenómeno incluye diferentes tipos de violencia como lo son el feminicidio (homicidio doloso o culposo de la mujer), suicidios, accidentes, etc.
- e. **Violencia sexual:** Es aquella que se manifiesta con agresiones efectuadas a través de la fuerza física, psíquica o moral, rebajando a una persona a condiciones de inferioridad, para implantar una conducta sexual en contra de su voluntad. Éste es un acto cuyo objetivo es someter el cuerpo y la voluntad de la víctima.

- f. Violencia económica:** Es toda acción efectuada por un individuo que afecta la supervivencia económica de otro. Se presenta a través de limitaciones, orientadas a controlar el ingreso obtenido; así como la percepción de un salario más bajo por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral.
- g. Violencia laboral:** Toda acción ejercida dentro del contexto laboral, que manifieste abuso de poder por parte del empleador, del personal de mayor jerarquía o de un tercero vinculado con el trabajador. Suele manifestarse a través del maltrato verbal, recurrente y sostenido sobre un trabajador o trabajadora; el acoso sexual y la agresión física.
- h. Violencia en la comunidad:** Es aquella que se origina dentro de la misma comunidad y que se encuentra relacionada con los pocos o escasos valores inculcados, y el mal concepto de la conducta insana de las personas que viven dentro de esa comunidad. Este es un fenómeno que existe desde hace tiempo y que con el transcurso del tiempo se ha ido incrementado, teniendo un impacto negativo en el desarrollo del individuo dentro de la sociedad. Esta clase se manifiesta a través de actos como robos, hostigamiento a los habitantes, agresiones sexuales, etc.

2.2.2. FAMILIA

2.2.2.1 Definición.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define a la familia como el conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan (26).

2.2.2.2 Importancia el crecimiento y desarrollo infantil.

La familia es considerada el elemento natural, universal y fundamental de la sociedad, allí el individuo establece sus primeros contactos sociales y culturales: los primeros aprendizajes (caminar, hablar, relacionarse con los otros) comienzan en el hogar. Se dice que la familia es la base de toda sociedad, ya que dentro de ella los adultos educan y transmiten valores a los niños y niñas que la conforman.

El entorno familiar influye notablemente en el desarrollo emocional y social de las personas, y puede motivar o condicionar a los miembros.

La inteligencia emocional adquirida, los sueños y miedos provienen del impacto del entorno familiar en el individuo. Los ambientes familiares violentos y problemáticos suelen influir negativamente en el desarrollo personal y social de las personas.

Independientemente de la forma o estructura que tenga cada familia, es fundamental que funcione como espacio de contención, ayuda, comprensión y comunicación para el desarrollo del potencial y las habilidades de los miembros (27). Algunos de los pilares esenciales que los progenitores generan en sus hijos/as, son los siguientes:

- a. Valores:** Los niños son como esponjas y absorben todo lo que perciben u observan, es por ello, que la mejor manera de enseñarle a cualquier niño es predicando con el ejemplo, así que es buena idea comenzar a inculcar buenos valores desde edad temprana. Suele creerse que los niños pequeños no son capaces de apreciar la importancia de los valores, pero esto no es necesariamente cierto. Los niños entienden mejor cuando se les hace comprender las consecuencias de sus acciones. Ayúdalos a discernir qué puede pasar si realizan las cosas de tal modo y viceversa, lo cual será mucho más efectivo cuando lo entiendan en un contexto en que se busque inculcarles buenos valores (28).
- b. Socialización y desarrollo social:** La familia constituyen el primer grupo social con el que se relacionará el niño. Las familias que se tratan entre sí con amor y respeto fomentan una perspectiva familiar óptima o comparten un ejemplo positivo de interacción social. Si la familia pasa tiempo de calidad en mutua compañía, ello promoverá un desarrollo social saludable. La forma en que las familias interactúan con los niños los ayuda a comprender mejor las relaciones. Aprenden a sentirse cómodos, hacer amigos o confiar en personas de su familia. Las relaciones son cruciales para la supervivencia humana, y los niños podrán aprender a establecer y mantener relaciones con su familia (28).
- c. Habilidades de desarrollo:** Es muy importante que un niño aprenda varias habilidades de desarrollo, como habilidades motoras, cognitivas, emocionales

y lingüísticas, con el fin de que crezca óptimamente. Para ello, los padres ayudan a pulir sus habilidades motoras, involucrándolos en varios tipos de actividades físicas de modo que vaya ajustándolas. En cuanto a habilidades relacionadas con el idioma, es importante que el niño hable, lea, cante o participe en más actividades en que tenga que usar el lenguaje. Se ha observado que los padres o los miembros de la familia que pasan más tiempo hablando con niños pequeños promueven un mejor dominio del idioma. Asimismo, es determinante que los niños aprendan habilidades emocionales y la familia desempeña un rol fundamental en eso. Los niños aprenden en la familia sobre diversas emociones, como el amor, la compasión y la simpatía. Si esto no sucede, quizá se llegue a dificultárseles tanto expresarse como tomar decisiones (28).

d. Seguridad: Los niños comprenden lo que es la seguridad a partir de la familia porque es ésta la que atiende a todas sus necesidades básicas. Además de ocuparse de la supervivencia de un niño, la familia le proporciona una seguridad emocional que tal vez no encuentre en ningún otro lugar. Los niños que se sienten seguros y protegidos pueden crecer y desarrollarse mejor que aquéllos que viven en entornos no seguros, donde puedan tener miedo de expresarse libremente. La seguridad es de suma importancia para todo niño, y de ésta depende la calidad de su desarrollo emocional, físico y cognitivo (28).

2.2.2.3 Tipos de familia.

En la actualidad existe una gran diversidad de familias, todos los tipos de familia actuales existen en igual capacidad en lo que se refiere a cubrir las necesidades básicas que le competen (29).

- a. Familia sin hijos:** Este tipo de familia está formada por una pareja sin descendientes. Cada vez son más las parejas que deciden conscientemente no tener hijos por múltiples razones personales. En otros casos, la infertilidad de uno o ambos miembros no se puede solucionar médicamente, motivo por el cual algunas parejas no tienen hijos. El hecho de tener hijos no es sinónimo de ser familia, las parejas sin hijos también son familias.
- b. Familia biparental con hijos:** La familia biparental con hijos es la más clásica, también conocida como nuclear o tradicional. Está formada por un padre, una

madre y el/los hijos/s biológico/s. La mayoría de la población, al pensar en una familia, se imagina a la familia biparental con hijos. Culturalmente aún se dice que es el tipo de familia más popular.

- c. **Familia homoparental:** Las familias homoparentales son aquellas que están formadas por una pareja homosexual (de dos hombres o dos mujeres) con uno o más hijos. Aunque no es una familia nueva, su presencia en la sociedad ha aumentado significativamente en los últimos años.
- d. **Familia reconstituida o compuesta:** Esta clase de familia probablemente es la más frecuente en la actualidad debido a la creciente tendencia a la separación y al divorcio. Las familias reconstituidas o compuestas son las que están formadas por la fusión de varias familias biparentales: tras un divorcio, los hijos viven con su madre o su padre y con su respectiva nueva pareja, que puede tener también sus propios hijos a cargo. Además, el otro progenitor también puede tener una pareja con hijos, por lo que estos hijos formarán parte de una gran familia compuesta.
- e. **Familia monoparental:** Las familias monoparentales están formadas por un único adulto con hijos. Generalmente, son más frecuentes las llamadas familias “monomarentales”, en las que el adulto presente es la madre. A pesar de que existe mucha gente que cree que las familias monoparentales están incompletas, no es cierto que ese progenitor único necesite forzosamente la ayuda de otro adulto para tirar adelante.
- f. **Familia de acogida:** Las familias de acogida constan de una pareja o un único adulto que acoge a uno o más niños de manera temporal mientras que no puedan vivir en su familia de origen o mientras no encuentren un hogar permanente. Son familias temporales que se encargan de ofrecer a menores en situación de necesidad el mejor entorno posible hasta que sean adoptados definitivamente o hasta que su familia biológica pueda ocuparse de ellos. El acogimiento puede ser de urgencia, de corta duración (hasta 2 años), de larga duración (más de 2 años) o de fines de semana y vacaciones escolares.
- g. **Familia adoptiva:** Las familias adoptivas constan de una pareja (o un adulto en solitario) con uno o más hijos adoptados. Pese a no tener vínculos de sangre, son igualmente familias que pueden desempeñar un rol parental igual de válido que las familias biológicas.

- h. Familia extensa:** La familia extensa está formada por varios miembros de la misma familia que conviven bajo el mismo techo. De este modo, pueden convivir padres, hijos y abuelos, o padres, hijos y tíos, etcétera (29).

2.2.2.4 Protección y prevención de la violencia en el hogar.

La violencia contra las niñas y los niños se puede prevenir. Esto requiere un enfoque multisectorial que aborde los determinantes sociales de la violencia.

La salud no es el único sector, pero es importante. La función del sector de la salud incluye ayudar a identificar el abuso en etapas muy tempranas, brindar a los sobrevivientes el tratamiento y el apoyo necesarios y derivar a las niñas y los niños a servicios esenciales en otros sectores.

En colaboración con otros, el sector de la salud también debe trabajar para evitar que se produzca violencia. Hay oportunidades para intervenir temprano y así reducir la carga de la violencia en las regiones, por ejemplo, integrar la prevención de la violencia en esfuerzos más amplios para mejorar la salud y el bienestar de las niñas y los niños o adolescentes (30).

La prevención del maltrato y la violencia en el hogar requiere un enfoque multisectorial. Los programas eficaces son los que prestan apoyo a los padres, les aportan conocimientos y técnicas positivas para criar a sus hijos. Entre ellos se encuentran:

- a. La primera medida para detener el maltrato intrafamiliar es reconocer la problemática a la que se está expuesto.
- b. Las visitas domiciliarias de enfermeras para ofrecer apoyo, formación e información.
- c. La formación de los padres, generalmente en grupos, para mejorar sus aptitudes para criar a los hijos, mejorar sus conocimientos sobre el desarrollo infantil y alentarlos a adoptar estrategias positivas en sus relaciones con los hijos.
- d. Las intervenciones tienen múltiples componentes, que generalmente incluyen el apoyo a los padres y su formación, la educación preescolar y la atención al niño (31).

2.2.3. VIOLENCIA FAMILIAR

2.2.3.1 Definición.

La violencia o abuso doméstico es un patrón de conducta que tiene como finalidad controlar a otros. Se trata de un comportamiento que castiga a una persona o la hace víctima repetidamente dentro de una relación romántica o íntima. Este comportamiento daña a la persona a la que está dirigido. Si no se interviene, la violencia doméstica se hará más frecuente e intensa y terminará con el asesinato o suicidio de la víctima. Como la violencia doméstica está relacionada con poder y control, no excluye a los hombres por lo cual ellos también pueden ser víctimas ocasionalmente (32).

La violencia en el hogar no diferencia sexo, raza, edad o condición social; se produce en diversos escenarios de la sociedad. Un hogar que vive en un contexto cotidiano de violencia, donde el hombre agrede física o verbalmente a la mujer delante de sus hijos o hijas, va a convertir a estos últimos también en víctimas de esa violencia (33).

La violencia contra las mujeres es una de las más severas manifestaciones contra los derechos humanos, y uno de los grandes problemas globales de salud pública. No obstante, las tasas de prevalencia de este fenómeno difieren entre países, por lo que evidentemente para algunos es necesario redoblar esfuerzos para combatirla. Un reciente estudio publicado estima que, previo a la pandemia, el 27% de mujeres en el mundo han sufrido violencia física o sexual a lo largo de su vida por parte de su pareja. En Perú, esta cifra asciende al 38%, superando no solamente el promedio global, sino también el de la región (26%) (34).

2.2.3.2 Características del agresor y víctima de la violencia en el hogar.

Tanto el agresor como la víctima de la violencia intrafamiliar comparten una serie de características que los hace más o menos vulnerables según la situación (35):

a. Características del agresor:

- a) Presenta problemas de baja autoestima.
- b) Tiene dificultades para expresar su afecto hacia los demás.
- c) Dificultad para controlar sus impulsos.

- d) Es una persona celosa.
- e) Demuestra inseguridad.
- f) Puede presentar problemas con el consumo de alcohol y drogas.
- g) Es una persona emocionalmente inestable.
- h) Puede presentarse como una persona inmadura.
- i) Omite sus obligaciones familiares.

b. Características de la víctima:

- a) Es una persona sumisa.
- b) Es insegura de sus capacidades e independencia, por tanto, se convierte en una persona dependiente económicamente.
- c) Tiene baja autoestima.
- d) Es temerosa y no se atreve a pedir ayuda.

2.2.3.3 Tipos de violencia familiar y niveles de gravedad.

Cada forma de violencia se ubica dentro de una escala de comportamiento, con menos o más probabilidades de resultar letal. Al evaluar el nivel de peligro, se puede diagnosticar y predecir la violencia doméstica.

1. Física: Contacto físico que lastima a la esposa, pareja, niños, padres ancianos, hermanos, u otros familiares o personas que vivan en la misma casa. Comienza con jalones, empujones o golpes a la persona y aumenta de intensidad dando lugar a lastimaduras, huesos rotos y lesiones internas. Si no se interviene, el abuso físico puede conducir al asesinato (32). La violencia física se puede diferenciar por sus niveles de gravedad, que son:

- a. Leve:** No se aprecian lesiones o son tan mínimas que no ha sido necesaria atención médica.
- b. Moderada:** la conducta maltratante ha provocado lesiones físicas que han requerido algún tipo de diagnóstico o tratamiento médico. Aparecen lesiones en distintas fases de cicatrización/curación.
- c. Grave:** Ha sido necesaria hospitalización o atención médica inmediata a causa de las lesiones producidas. Se presentan lesiones severas en distintas fases de cicatrización.

2. **Sexual:** Esto comienza con comentarios sexuales degradantes y manoseos contra la voluntad de la víctima. Al aumentar de intensidad, a menudo la víctima es forzada a tener relaciones sexuales durante las cuales resultará lastimada. Si no se interviene, el abuso sexual puede llevar a la violación y al asesinato. De igual forma, este tipo de violencia se diferencia por la gravedad en (32):
 - a. **Leve:** No hay contacto físico, ha tenido lugar en una sola ocasión y se dispone del apoyo de sus redes.
 - b. **Moderada:** Sin contacto físico, por una persona ajena a la familia, ha tenido lugar en varias ocasiones.
 - c. **Grave:** Abuso extrafamiliar con contacto físico.
3. **Emocional/Verbal Psicológica:** Esto comienza con insultos y aumenta de intensidad con comentarios humillantes, amenazas y culpando a la víctima. El comportamiento del abusador es errático e impredecible. Él o ella pueden emitir mensajes confusos o contradictorios. Por ejemplo, él o ella puede alegar que nunca dijo algo que la víctima asegura haber oído. El abuso emocional siempre acompaña al ataque físico y en muchos casos lo precede. El abuso emocional afecta gravemente la autoestima (32).
 - a. **Leve:** las conductas de maltrato no son frecuentes y además no tienen la intensidad suficiente como para afectar las interacciones sociales de la víctima.
 - b. **Moderada:** el rechazo, las amenazas son frecuentes o bien se realizan esfuerzos activos por evitar sus relaciones sociales. Evidencias de afectación emocional y dificultades para el desempeño de los roles normales.
 - c. **Grave:** cuando se produce al menos una de estas situaciones: hay un rechazo categórico, total y constante hacia la víctima. Las amenazas son extremas. Pueden provocar un daño emocional importante, haciendo preciso un tratamiento especializado de forma inmediata.
4. **Violencia económica o patrimonial:** Es la acción u omisión que ocasiona un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de las mujeres por su condición de tales o contra cualquier integrante del grupo familiar, en el marco de relaciones de poder, responsabilidad o confianza.

2.2.3.4 Efectos de la violencia familiar en los niños.

Los niños que viven en hogares donde un padre es víctima de abuso pueden sentirse temerosos y ansiosos. Es posible que siempre estén en guardia, preguntándose cuándo ocurrirá el próximo episodio de violencia. Esto puede generar que reaccionan de distintas maneras, según la edad (31):

- a. Niños en edad preescolar.** Los niños pequeños que son testigos de la violencia de pareja pueden comenzar a hacer cosas que solían hacer cuando eran más pequeños, como mojar la cama, chuparse el dedo y llorar con más frecuencia. Es posible que desarrollen problemas para dormir o quedarse dormidos, muestran signos de terror, como tartamudear u ocultarse, y muestran signos de ansiedad severa de separación. Asimismo, muestran su falta de apetito y escaso rendimiento escolar (36). En el ámbito emocional, se puede presentar baja autoestima, sentimientos de culpa, comportamiento errático, depresión, ansiedad, aislamiento, irritabilidad. En el ámbito académico, los niños pueden tener un bajo rendimiento escolar, interacciones pobres y relaciones tóxicas (37).
- b. Niños en edad escolar.** Los niños en este rango de edad pueden sentirse culpables por el abuso y culparse a sí mismos. La violencia doméstica y el abuso hiere la autoestima de los niños. Es posible que no participen en las actividades escolares u obtengan malas calificaciones, tengan menos amigos y se metan en problemas con más frecuencia. También pueden sufrir más dolores de cabeza y estómago.
- c. Adolescentes.** Los adolescentes que son testigos de abuso pueden actuar de maneras negativas, como pelear con los familiares o faltar a la escuela. Es posible que se involucren en comportamientos riesgosos, como mantener relaciones sexuales sin protección o ingerir drogas o alcohol. Es posible que tengan baja autoestima y no puedan hacer amigos con facilidad. Posiblemente comiencen peleas o acosen a otros, y son más propensos a meterse en problemas. Este tipo de comportamiento es más común en chicos adolescentes que fueron víctimas de abuso en la niñez que en chicas adolescentes. Las chicas son más propensas que los chicos a excluirse y experimentar depresión (31).

2.2.4. LA DESNUTRICIÓN

2.2.4.1 Definición.

Es el estado patológico, inespecífico, sistémico, potencialmente reversible de un individuo; resultado de la ingesta insuficiente de energía y nutrientes en la dieta, trastornos digestivos, problemas de absorción u otras condiciones médicas. En niñas y niños menores de 5 años es determinado cuando el P/T, P/E o T/E están por debajo de -2 DE, Minsa (2024) (38). Esta situación afecta principalmente a niñas y niños en sus primeros años de vida y genera graves consecuencias en su desarrollo físico y cognitivo dependiendo de su nivel de gravedad. Incluso, puede llegar a provocar la muerte si no recibe atención adecuada y oportuna (39).

2.2.4.2 Factores de riesgo

Característica, circunstancia o situación detectable que aumenta la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso de morbilidad y mortalidad produciendo un fenómeno de interacción negativo para el crecimiento y desarrollo de la niña o niño. Se clasifican en (38):

- a. Factores de Riesgo Biológico (Endógeno): constituyen el periodo prenatal, perinatal y post natal (bajo peso, prematuros o malformaciones congénitas, entre otros).
- b. Factores de Riesgo Social Ambiental (Exógeno): son condiciones sociales negativas como la falta de cuidados o de interacciones adecuadas con sus padres y familia, maltrato, negligencias, abusos, que alteran su proceso madurativo.

2.2.4.3 Causas de la desnutrición

- a. Causas inmediatas: las relacionadas con la ingesta inadecuada de alimentos y micronutrientes y las enfermedades de tipos infecciosos.
- b. Causas subyacentes: relacionadas con la inseguridad alimentaria en el hogar, que tiene que ver con la poca disponibilidad de alimentos, la falta de acceso a ellos y su uso inadecuado que, a su vez, tiene ver con patrones de inadecuada información.

- c. Causas básicas: relacionadas con las estructuras políticas, económicas e ideológicas en la sociedad que regulan el acceso a los recursos, la educación y las oportunidades y que finalmente determinan la pobreza de las familias, que es la raíz del problema (40).

2.2.4.4 Tipos de desnutrición.

La Organización Mundial de la Salud clasifica a la desnutrición en varias categorías, entre las más comunes están (41):

- a. Desnutrición aguda: Se caracteriza por una pérdida rápida de peso o un peso muy bajo en relación con la altura. Puede ser causada por infecciones, enfermedades o falta de acceso a alimentos. Se mide a menudo mediante el indicador peso-talla (P/T).
- b. Desnutrición crónica: Refleja una falta prolongada de nutrientes, afectando el crecimiento y desarrollo. Se mide con el indicador talla-edad (T/E) y puede resultar en un crecimiento más bajo de lo esperado para la edad.
- c. Desnutrición global: Se refiere a una combinación de desnutrición aguda y crónica, y se mide utilizando el indicador peso-edad (P/E). Puede ser indicativa de problemas nutricionales graves en la población.
- d. Desnutrición Leve, Moderada y Severa: Cada tipo de desnutrición puede clasificarse en leve, moderada o severa según el grado de afectación. Por ejemplo, la desnutrición aguda puede ser leve (pérdida de peso moderada) o severa (pérdida de peso crítica).
- e. Desnutrición Proteico-Energética (DPE): Resulta de una ingesta insuficiente de proteínas y calorías, afectando tanto el peso como la masa muscular.
- f. Desnutrición Micronutricional: Se refiere a deficiencias en vitaminas y minerales esenciales, como hierro, vitamina A y yodo, que pueden llevar a problemas de salud como anemia o trastornos de la visión.

2.2.4.5 Evaluación del estado nutricional en menores de 5 años según NTS N° 137, MINSA:

1. **Estado nutricional:** Es la situación de salud en que se encuentra una persona como resultado de su nutrición, régimen alimentario y estilo de vida (38). Es la situación biológica en que se encuentra un individuo como resultado de la ingesta

de nutrientes y alimentación adecuada para sus condiciones fisiológicas y de salud. Se relaciona directamente con la salud, el desempeño físico, mental y productivo, con repercusiones importantes en todas las etapas de la vida, ya sea por desnutrición o por sobrepeso en las etapas tempranas de la vida (42).

2. Antropometría en la Evaluación Nutricional: Las variables para construir los indicadores antropométricos en la vigilancia del crecimiento son: Peso, longitud o talla, edad, sexo y fecha de visita.

- a. Edad: es un dato muy importante a la fecha de la visita del niño o niña y se debe calcular con precisión para evitar ser fuente de error en la evaluación nutricional y crecimiento del niño y niña.
- b. Peso, longitud y talla: son medidas antropométricas utilizadas para conocer el estado nutricional y crecimiento del niño o niña de acuerdo a su edad.
- c. Índice Antropométrico: Es una construcción matemática que relaciona dos variables de naturaleza distinta. En la antropometría para fines de evaluación nutricional estas variables son: edad, sexo, longitud o talla y peso. Los índices antropométricos así contruidos son: Longitud o talla para la edad (T/E), peso para la edad (P/E), y peso para talla o longitud (T/E). Estos índices pueden ser utilizados como indicadores del estado nutricional cuando son interpretados usando las gráficas o tablas de patrones de crecimiento de acuerdo a los estándares de crecimiento infantil de la OMS (43).

3. Clasificación de la valoración nutricional antropométrica en menores de cinco años, según NTS N° 137, MINSA: (Ver anexo 06)

- a. Peso para la edad (P/E): Es el indicador resultante de comparar el peso de la niña o del niño con el peso de referencia correspondiente a su edad, sea en semanas, meses o años; y, que puede identificar desnutrición para una edad específica al compararlo con los datos de referencia. No debe usarse para clasificar sobrepeso y obesidad. Asimismo, no se recomienda su uso como parámetro único debido a que no permite diferenciar niñas y niños constitucionalmente pequeñas o pequeños, por lo que es inadecuado para evaluar a niñas y niños con bajo peso al nacer.
- b. Peso para la talla (P/T): Es el indicador resultante de comparar el peso de la niña o del niño con el peso de referencia correspondiente a su longitud

o estatura, refleja el peso corporal alcanzado en proporción a la longitud o estatura, e indica el nivel de reservas calóricas; por lo que, identifica niñas y niños adelgazadas/os o emaciadas/os (desnutrición aguda), o con sobrepeso y obesidad. Al no ser tan sensible el indicador P/E, toda niña y todo niño con peso para talla normal no se considera malnutrida/o cualquiera sea su P/E.

- c. Talla para la edad (T/E): Es un indicador que refleja el crecimiento lineal alcanzado en longitud o estatura para la edad, resultante de comparar la longitud o estatura de la niña o del niño con la longitud o estatura de referencia correspondiente a su edad. Asimismo, identifica la talla baja (desnutrición crónica) y es un buen indicador del estado nutricional a largo plazo.

4. Interpretación de los índices antropométricos:

- a. Bajo peso o desnutrición global: se obtiene de acuerdo al indicador P/E cuando el punto se ubica por debajo de -2 DS.
- b. Desnutrición aguda: se obtiene de acuerdo al indicador P/T cuando el punto se ubica por debajo de -2 DS.
- c. Talla baja o desnutrición crónica: se obtiene de acuerdo al indicador T/E cuando el punto se ubica por debajo de -2 DS.

5. Patrones de Crecimiento del Menor de Cinco Años: Los patrones de crecimiento generalmente son presentados en gráficas o tablas que describen cómo evolucionan las dimensiones corporales del niño de acuerdo a la edad y el sexo.

- a. **Unidades de medida:** Al transformar las mediciones directas en índices, también cambian las unidades en que se expresan, ya no hablamos de kilogramos o centímetros, sino que los índices antropométricos se expresan en tres sistemas principales, a saber:
- b. **Percentiles:** Son puntos estimativos de una distribución de frecuencias (de individuos ordenados de menor a mayor) que ubican a un porcentaje dado de individuos por debajo o por encima de ellos. Al evaluar un individuo, se calcula su posición en una distribución de referencia y se establece qué porcentaje de individuos del grupo iguala o excede.
- c. **Puntaje Z o puntaje de desvío estándar:** El puntaje Z es un criterio estadístico universal. Define la distancia a que se encuentra un punto (un

individuo) determinado, respecto del centro de la distribución normal en unidades estandarizadas llamadas Z.

- d. Porcentaje de adecuación a la mediana:** es el cociente entre una medición individual (por ejemplo, peso) y el valor de la mediana de la población de referencia para ese índice, expresado en porcentaje (44).
 - e. Gráficas de Crecimiento:** son instrumentos para el registro de los datos de talla y peso, obtenidos en las mediciones antropométricas que nos permiten conocer: el diagnóstico del estado nutricional en un determinado momento y la tendencia del crecimiento mediante mediciones sucesivas. Las gráficas tienen curvas que corresponden al puntaje Z respectivo: +1, +2, +3, -1, -2, -3 y la curva central corresponde a la mediana, puntaje Z 0. Se han diseñado gráficas específicas para niñas y niños (43).
- 6. Interpretación de la tendencia en las gráficas de crecimiento:** Cuando se le ha dado seguimiento al niño o niña se cuenta con dos o más puntos en las gráficas de crecimiento. Estos puntos se pueden unir por medio de una línea que indica el comportamiento o tendencia del crecimiento. Esta tendencia puede ser adecuada o inadecuada. El comportamiento o tendencia del crecimiento del niño o niña debe ser interpretado con el examen combinado de las dos gráficas: peso para longitud o talla (P/T) y talla para la edad (T/E) (43).
- 7. Vigilancia del crecimiento:** El propósito de la vigilancia del crecimiento es el monitoreo periódico y sistemático del peso y de la talla de la niña y del niño menor de 5 años de manera integral a través del análisis de los indicadores de crecimiento, para intervenir las múltiples causas que ocasionan los problemas de crecimiento del niño o niña en el momento de la evaluación y prevenir problemas nutricionales. La consolidación de la información obtenida de los individuos atendidos en los servicios permite evaluar el estado y evolución del crecimiento y problemas nutricionales presentes en las poblaciones atendidas (43).

2.3 HIPÓTESIS

Hi: La violencia familiar tiene relación con la desnutrición en los niños menores de cinco años.

Ho: La violencia familiar no tiene relación con la desnutrición en los niños menores de cinco años.

2.4 VARIABLES

Variable 1: Violencia familiar.

Variable 2: Desnutrición en los niños menores de cinco años.

2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES O CATEGORÍAS	INDICADORES CRITERIOS DE MEDICIÓN	VALORES FINALES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Violencia familiar	La violencia o abuso doméstico es un patrón de conducta que tiene como finalidad controlar a otros. Se trata de un comportamiento que castiga a una persona o la hace víctima repetidamente dentro de una relación romántica o íntima. (24)	Se considera la violencia en seis dimensiones o tipos, cada uno de ellos clasificados en tres niveles: leve, moderada y severa (45).	Leve	Violencia física	0-4	Cualitativa	Nominal
			Moderada		5-11		
			Severa	12 a más			
			Leve	Violencia sexual	0-6		
			Moderada		7-12		
			Severa	13 a más			
Leve	Violencia psicológica	0 – 8					
Moderada		9 – 16					
Severa	17 a más						
Leve	Violencia social	0-5					
Moderada		6-13					
Severa	14 a más						
Leve	Violencia patrimonial	0-4					
Moderada		5-9					
Severa	10 a más						
Leve	Violencia de género	0-4					
Moderada		5-10					
Severa	11 a más						
					Pt ≥: 68 pts.		

Desnutrición en niños menores de cinco años	Es el estado patológico, inespecífico, sistémico, potencialmente reversible de un individuo; resultado de la ingesta insuficiente de energía y nutrientes en la dieta, trastornos digestivos, problemas de absorción u otras condiciones médicas. En niñas y niños menores de 5 años es determinado cuando el P/T, P/E o T/E están por debajo de -2 DE, NTS 137, Minsa 2024 (19).	Medidas antropométricas cuantitativas y su respectiva clasificación o indicadores que muestran el estado nutricional del niño, registrados en la historia clínica.	Desnutrición global	Según peso/edad	1. Sí 2. No	Cualitativa	Nominal
			Desnutrición aguda	Según peso/talla	1. Sí 2. No		
			Desnutrición crónica	Según talla/edad	1. Sí 2. No		

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Diseño y tipo de estudio.

El presente trabajo de investigación se fundamentó como un estudio no experimental, observacional, porque las variables de estudio no fueron controladas por el investigador, sino que se limitó a observar, medir y analizar; correlacional y transversal, porque estudió la relación de dos variables en un momento determinado del tiempo. Solo se limitó a establecer relaciones, sin hablar de causas y efectos (46).

3.2 Área de estudio

El presente estudio se desarrolló en el Centro de Salud Pachacútec de la provincia de Cajamarca, departamento de Cajamarca, ubicado en la Av. Perú 990. Su clasificación actual es Zona Sanitaria V Pachacútec, categoría I-4 y pertenece a la Microred Pachacútec, RIS Cajamarca, DISA Cajamarca. Tiene 13 comunidades a su cargo, 6 unidades prestadoras de servicios de salud (UPSS) como emergencia, hospitalización, consultorios externos, apoyo al diagnóstico, nutrición y farmacia. Dispone de consultorios externos de medicina general, atención integral a la mujer, atención integral del niño, odontología, psicología y nutrición.

El centro de salud cuenta con 10 médicos generales y un médico gineco-obstetra, 15 obstetras, 18 enfermeras, 17 técnicos de enfermería, 2 nutricionistas, 4 odontólogos, 4 psicólogos y 2 químicos farmacéuticos.

3.3 Población de estudio

Población: constituida por los niños menores de cinco años, que realizaron su control de CRED en el Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca. Siendo un total de 333 niños.

3.4 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- a. Niños menores de 5 años atendidos en el consultorio de CRED del centro de salud.
- b. Madres de los niños atendidos en el consultorio de CRED del centro de salud.

- c. Madres que aceptaron participar voluntariamente en el estudio y firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- a. Madres que no brindaron su consentimiento informado.
- b. Madres solteras.

3.5 Unidad de análisis

Cada uno de los niños menores de cinco años atendidos en el centro de salud Pachacútec, Cajamarca.

3.6 Marco muestral

El marco muestral estuvo conformado por el listado en orden alfabético de los niños menores de cinco años que realizaron su control de CRED en el día establecido para la aplicación de la encuesta, en el Centro de Salud Pachacútec-Cajamarca, según el Registro de Atenciones Diarias RAD en dicho establecimiento.

3.7 Muestra

La muestra estuvo conformada por niños menores de cinco años que realizan su control de crecimiento y desarrollo en el Centro de Salud Pachacútec, constituida por 150 niños.

3.8 Selección de la muestra

Forma probabilística mediante selección aleatoria simple. El muestreo aleatorio simple fue la técnica de muestreo aplicada, en la que se seleccionó muestras de una población de manera aleatoria, de manera que cada elemento de la población tuvo la misma probabilidad de ser seleccionado. Al seleccionar una muestra aleatoria representativa, se infiere que las respuestas obtenidas son similares a las que se obtendrían si se encuestara a toda la población (47).

3.9 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica que se utilizó fue la encuesta.

Instrumento 1: Para medir la violencia familiar se usó la Escala de Medición de la Violencia Intrafamiliar VIF de tipo Likert desarrollada por Dr. Julio Jaramillo, doctor

en Psicología Clínica, que fue aplicada en Cuenca, Ecuador (2018) (45). El cual consta de 25 interrogantes para medir la violencia familiar y evaluación por escala; casi nunca=1, pocas veces=2, a veces=3, muchas veces=4 y casi siempre=5. Los valores superiores a 68 fueron considerados como personas de alto riesgo de sufrir lesiones incapacitantes y/o riesgo de femicidio.

El instrumento estuvo organizado en tres fases, obteniendo datos relacionados con la familia:

- a. Datos generales de la madre: edad, estado civil, religión, procedencia, tipo de familia, ocupación e ingresos económicos.
- b. Datos generales del padre: edad, religión, procedencia, ocupación.
- c. Valoración de la violencia intrafamiliar: La escala tiene 3 niveles de medición (leve, moderada, severa), considerando los 6 tipos de violencia: violencia física, violencia sexual, violencia psicológica, violencia social, violencia patrimonial y violencia de género.

Instrumento 2: Se elaboró una ficha de registro de información para recopilar los datos necesarios en relación con la desnutrición en los niños menores de cinco años, con los siguientes ítems:

- a. Datos generales: Sexo, edad.
- b. Datos antropométricos según indicadores: P/E (desnutrición global), P/T (desnutrición aguda), T/E (desnutrición crónica).

Proceso de recojo de información

1. Se realizó y emitió la solicitud correspondiente para que se tenga acceso al Registro de Atenciones Diarias, donde se encontró el total de la población objetivo. Definiendo próximamente el marco muestral.
2. Se solicitó permiso a la jefa del establecimiento para el acceso a las historias clínicas de los niños menores de 5 años con atenciones de CRED en dicho establecimiento.
3. Se coordinó la autorización de la jefa del centro de salud para la aplicación de los instrumentos correspondientes en días ya establecidos con anterioridad, teniendo en cuenta los días de control de los niños seleccionados, el cuestionario fue aplicado de manera presencial.

4. Se brindó el consentimiento informado a las madres de los niños elegidos, informando la razón de la investigación, los objetivos del estudio y la metodología por la que fueron seleccionadas para responder dicho cuestionario.
5. Se recopilaron los datos personales de los niños a través de su carnet de atención y se identificó la presencia o no de desnutrición según el diagnóstico registrado en el carnet de atención del niño/ niña y de acuerdo los indicadores antropométricos edad, la talla y el peso.
6. Se recopilaron los datos de los padres según la información proporcionada por la madre, y se continuó con el cuestionario de violencia intrafamiliar, teniendo énfasis en cada tipo de violencia presentada en dicho cuestionario.

3.10 Validación y confiabilidad

Validez: Se aplicó la escala de medición de la Violencia Intrafamiliar VIF. Esta escala tipo Likert fue aplicada en Cuenca, Ecuador en el año 2018, por Dr. Julio Jaramillo, la cual mantiene su consistencia interna a través del tiempo, con un Alfa de Cronbach inicial de 0,938, y un Alfa de Cronbach Retest de 0,944 (45).

Confiabilidad: Para determinar la confiabilidad, el instrumento se aplicó a 15 niños menores de cinco años con sus respectivas madres que posteriormente no participaron en la investigación. La información obtenida fue analizada estadísticamente con cálculo de fiabilidad de SPSS 25 utilizando el índice de consistencia interna Alpha de Cronbach, el cual fue de 0.87 que permitió estimar la fiabilidad del instrumento de medida. (Anexo 05)

3.11 Procesamiento y análisis de datos

El análisis de datos se efectuó solo mediante la herramienta del SPSS V. 25, siendo estadística descriptiva se presentó a través de tablas, con las frecuencias y porcentajes según el orden de los objetivos que se han propuesto en relación con las variables.

3.12 Consideraciones éticas

La información recolectada solo se utilizó para fines de investigación, considerando el consentimiento informado (en las madres de los niños menores

de cinco años) protegiendo el anonimato de los participantes. Se respetó en todo momento los principios éticos y morales, destacando:

- a. Principio ético de no maleficencia: Se procedió con la investigación de este proyecto, sin ocasionar perjuicios o riesgos durante todo el desarrollo correspondiente.
- b. Principio ético de justicia: Cada uno de los participantes fueron tratados con igual consideración y respeto, sin derecho de desigualdad ni discriminación.
- c. Principio de Beneficencia: Se cuidó en todo momento el bienestar de los participantes, aplicando de manera segura y efectiva las actividades.
- d. Principio de autonomía: Los participantes estuvieron en la libertad de decidir y expresar sus ideas al participar o no de dicha investigación, con una previa explicación de los objetivos del proyecto.
- e. Consentimiento informado: En este proyecto cada una de las madres tuvo el derecho y la capacidad de tomar la propia decisión de participar en la investigación.

3.13 Dificultades y limitaciones para el estudio

- a. Población: durante la aplicación de instrumentos parte de la muestra seleccionada mostraba temor y vergüenza para responder el cuestionario, dando respuestas limitadas.
- b. Tiempo de la muestra seleccionada: durante la realización de la encuesta muchas madres mostraban su apuro por tener que ir a su domicilio.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Características de las familias y los niños atendidos en el Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca.

Tabla 1a. Características de las familias.

Variables vinculadas a la madre	Frecuencia	%
Edad de la madre (años)		
15 a 20 Años	13	8.7
21 a 25 Años	25	16.7
26 a 30 Años	36	24.0
31 a 35 Años	35	23.3
36 a 40 Años	27	18.0
Procedencia		
Urbano	111	74.0
Rural	39	26.0
Estado Civil		
Casada	52	34.7
Conviviente	98	65.3
Religión		
Católica	98	65.3
Evangélica	33	22.0
Cristiana	17	11.3
Otros	2	1.3
Grado de Instrucción		
Primaria Completa	8	5.3
Primaria Incompleta	11	7.3
Secundaria Completa	50	33.3
Secundaria Incompleta	39	26.0
Superior Completa	18	10.0
Superior Incompleta	27	18.0
Ocupación		
Dependiente del Estado	8	5.3
Independiente	56	37.3
Ambulante	23	15.3
Ama de Casa	63	42
Número de hijos menores a cinco años		
Uno	116	77.3
Dos	34	22.7
Tipos de Familia		
Biparental	78	52.0
Reconstituida	28	18.7
Extensa	44	29.3
Ingreso Familiar		
Remuneración mínima Vital (1025)	65	43.3
Menor a remuneración mínima	8	5.3
Mayor a remuneración mínima	77	51.3
Total	150	100

Fuente: Bachiller en Enfermería, Daniela Estefani Chuquiruna Chávez.

En la presente tabla, se observa que el 24% de las madres tienen edades entre 26 a 30 años, seguido del 23% de madres que se encuentran entre 31 a 35 años de edad, siendo el promedio de 30.2 años de edad. Las madres proceden en un 74% de la zona urbana, 65.3% son convivientes y el 34.7% son casadas. La religión católica es la que predomina con un 65.3%. El 33.3% de madres han completado sus estudios secundarios, 26% tienen secundaria incompleta y el 18% han realizado estudios superiores incompletos. El 42% son amas de casa, el 37.3% trabajan de forma independiente y el 15.3% son ambulantes. El 34% de madres tienen hasta 3 hijos y el 32.7% tienen 2 hijos. 77.3% de las madres tiene en sus familias al menos un niño menor de 5 años.

Según reportan las madres de familia, el 52% forman parte de una familia de tipo biparental mientras que el 29.3% de familia extensa, 51.3% reportan que sus ingresos familiares son mayores a la remuneración mínima (>1025) y el 43.3% indican tener la remuneración mínima vital (1025).

La mayoría de las madres se encuentran en un rango de edad productivo (26-35 años), indicando que están en una etapa clave para el desarrollo de sus hijos y la participación laboral. El 74% de las madres proviene de zonas urbanas, lo que podría indicar un acceso relativamente mayor a servicios y oportunidades comparado con las zonas rurales. Solo el 34.7% son casadas, lo que puede tener implicaciones en la estabilidad familiar y en la dinámica de crianza.

Por otro lado, un 33.3% ha completado sus estudios secundarios, mientras que una parte significativa (44%) no ha terminado la secundaria o los estudios superiores. Esto puede limitar las oportunidades laborales y económicas de estas madres, afectando su capacidad para ofrecer un entorno de desarrollo favorable para sus hijos. Más de la mitad de las familias reportan ingresos superiores a la remuneración mínima vital, pero un 43.3% se encuentran justo en el límite. Esto sugiere que la estabilidad financiera sigue siendo un reto para una proporción considerable de estas familias.

En resumen, las madres tienen un perfil de juventud y un estado civil mayoritariamente conviviente. La situación educativa y laboral nos dan a entender que sugiere la necesidad de políticas de apoyo a la educación y la inclusión laboral. Además, el alto porcentaje de familias con niños pequeños destaca la importancia de invertir en programas que beneficien a esta población en desarrollo.

Tabla 1b. Características de las familias (pareja / esposo).

VARIABLES VINCULADAS A LA PAREJA/ESPOSO	FRECUENCIA	%
Edad de la pareja/ esposo		
16 a 25 Años	25	16.7
26 a 35 Años	61	40.7
36 a 45 Años	46	30.7
46 a 55 Años	18	12.0
Religión		
Católica	114	76.0
Evangélica	23	15.3
Cristiana	10	6.7
Otros	3	2.0
Grado de Instrucción		
Primaria completa	2	1.3
Primaria incompleta	2	1.3
Secundaria Completa	31	20.7
Secundaria incompleta	24	16.0
Superior Completo	61	40.7
Superior incompleto	30	20.0
Ocupación		
Dependiente del estado	32	21.3
Independiente	107	71.3
Ambulante	11	7.3
TOTAL	150	100

En la presente tabla, se observa que el 40.7% de las parejas tienen entre 26 a 35 años de edad, seguido por el 30.7% que tienen entre 36 a 45 años. La religión católica es la que predomina con un 76%. El 40.7% de esposos/parejas han llegado a culminar sus estudios superiores, el 20% tiene estudios superiores incompletos, mientras que el 20.7% concluyó solo la educación secundaria. 71.3% son trabajadores de manera independiente y el 21.3% trabajan para el estado.

El perfil de las parejas/ esposos analizados muestra una combinación de juventud y un nivel educativo relativamente alto, lo que podría ser beneficioso para el desarrollo económico y social. Sin embargo, la alta proporción de trabajadores independientes también sugiere la necesidad de políticas que apoyen el emprendimiento y la estabilidad laboral. Además, el porcentaje en la religión católica puede influir en sus decisiones familiares y en la educación de sus hijos. En general, todos estos factores interrelacionados indican áreas clave para el desarrollo comunitario y la implementación de programas de apoyo que mejoren la calidad de vida de estas parejas.

Tabla 1c. Características de los niños atendidos en el C.S. Pachacútec, Cajamarca.

Variable	Frecuencia	%
Sexo del Niño		
Masculino	80	53
Femenino	70	47
Edad en años cumplidos		
Uno	59	39
Dos	47	31
Tres	25	17
Cuatro	19	13
TOTAL	150	100

En la presente tabla, se observa que el 53% de los niños menores de cinco años atendidos en el C.S. Pachacútec son de sexo masculino. El 39% son niños de 1 año de edad seguido por el 31% de niños con 2 años de edad. El análisis de los datos sobre la población de niños menores de cinco años atendidos en el C.S. Pachacútec revela varios puntos importantes sobre la distribución de género y la edad de estos niños.

Con un 53% de los niños siendo de sexo masculino, se observa una ligera mayoría de varones en esta población. Esto puede tener implicaciones en la planificación de servicios y actividades, ya que se podría considerar la necesidad de enfoques específicos que tengan en cuenta las características de desarrollo de cada género. El 39% de los niños atendidos son de 1 año y el 31% son de 2 años. Esto indica que la mayoría de los niños en este grupo etario son muy pequeños, lo que sugiere que el centro de salud podría estar atendiendo principalmente a infantes y niños en las primeras etapas de desarrollo. Esta concentración en los primeros años de vida es determinante, ya que estos son momentos clave para el desarrollo físico, cognitivo y emocional.

La información nos indica que el Centro de Salud Pachacútec está atendiendo a una población predominantemente masculina en la primera infancia, con una alta concentración de niños de uno y dos años. Esto resalta la importancia de ajustar los programas de salud y educación para atender adecuadamente a las necesidades de este grupo etario específico.

Tabla 2. Tipo de desnutrición en los niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca.

Desnutrición		Peso/edad Desnutrición global		Peso/talla Desnutrición aguda		Talla/Edad Desnutrición crónica	
		(f)	%	(f)	%	(f)	%
1 año	Si	27	18.0	16	10.7	36	24.0
	No	32	21.3	43	28.7	23	15.3
2 años	Si	21	14.0	20	13.3	24	16.0
	No	26	17.3	27	18.0	23	15.3
3 años	Si	6	4.0	2	1.3	10	6.7
	No	19	12.7	23	15.3	15	10.0
4 años	Si	11	7.3	3	2.0	11	7.3
	No	8	5.3	16	10.7	8	5.3
Total		150	100	150	100	150	100

En la tabla presentada, se observa que, en el parámetro P/E, la desnutrición global afecta al 18% de los niños de 1 año, al 14% de los de 2 años, al 4% de los de 3 años y al 7.3% de los de 4 años. En cuanto al P/T, el 10.7% de los niños de 1 año y el 13.3% de los de 2 años presentan desnutrición aguda; sin embargo, el 15.3% de los niños de 3 años y el 10.7% de los de 4 años no padecen esta condición. En relación al T/E, la desnutrición crónica afecta al 24% de los niños de 1 año, al 16% de los de 2 años, al 6.7% de los de 3 años y al 7.3% de los de 4 años.

Resultados similares se encuentran en el estudio de Numpitai E. et al. (2022), que muestra que, entre 80 niños menores de cinco años en Amazonas, el 58.7% presenta desnutrición global, el 27.5% desnutrición aguda y el 13.7% desnutrición crónica, siendo la desnutrición global la más común (48).

Sin embargo, a nivel nacional las estadísticas son diferentes, el Minsa; en el primer semestre del año 2023, la desnutrición crónica afectó al 15.7% de los niños y niñas menores de cinco años en el país; por su parte, la desnutrición aguda afectó al 1.8% y la desnutrición global al 4%. Cajamarca destaca entre los departamentos con los niveles más altos de desnutrición crónica 24.4%, con desnutrición aguda del 1.3% y desnutrición global de 5.2% (49).

Si bien en Cajamarca, la nutrición de los niños ha mejorado en los últimos años, continúa siendo parte de las cinco regiones con mayor tasa de desnutrición crónica en menores de

5 años (50). En nuestro estudio según los datos obtenidos de los registros, con relación a la desnutrición aguda en los niños de uno, dos y tres años de edad, los porcentajes son altos, y muy superiores al promedio nacional y regional; por lo que es preocupante y de importancia para la salud pública en este grupo de niños, si esta situación se mantiene, especialmente en el establecimiento de salud del estudio.

Estos datos permiten inferir que podría estar relacionada con cuadros de enfermedades infecciosas frecuentes en los niños, durante el periodo del estudio, falta aguda de alimentación adecuada durante la fase de las enfermedades como infecciones gastrointestinales o respiratorias de muchos niños, que contribuyeron a condiciones que agravaron su estado nutricional. Además, estas enfermedades llevan a disminuir el apetito y la absorción de nutrientes, intensificando la desnutrición. También, puede estar vinculado con problemas característicos de la propia familia, como remuneración económica, educación, y problemas de suministro de alimentos; como señala la Unicef, las causas de la desnutrición infantil son un serie de deficiencias, relacionadas a falta de acceso a alimentos, insuficiente ingesta de nutrientes, parásitos intestinales, condiciones socioeconómicas precarias, prácticas de alimentación inadecuadas, falta de agua potable, nivel educativo de madres, padres y cuidadores (51).

En este sentido, se destaca la necesidad urgente de intervenciones para prevenir enfermedades y sus complicaciones graves y muertes en la población infantil. Pues, la desnutrición aguda es grave, y requiere de atención inmediata, ya que afecta todos los procesos vitales de los niños y debilita su sistema inmunológico, afectar gravemente el desarrollo físico y cerebral del niño, y con mayor riesgo de enfermar y morir (52).

Asimismo; Quintana et al. (2020) señalan que la desnutrición crónica interfiere en el crecimiento físico y el desarrollo intelectual de los niños, provocando daños irreversibles que afectan su futuro (53). En este contexto, Heckman J. (2022) destaca la importancia de enfocar estudios en la primera infancia, ya que el 90% del desarrollo cerebral ocurre en los primeros cinco años de vida, determinando así las oportunidades de aprendizaje en etapas posteriores (54).

Es preocupante que la desnutrición se considere una "emergencia silenciosa", destacando la necesidad de una mayor atención y recursos dirigidos a la nutrición infantil, ya que sus efectos son devastadores no solo para el crecimiento físico, sino también para el desarrollo intelectual. Invertir en esta etapa es una inversión en el futuro, pues asegurar

un crecimiento saludable puede transformar vidas y, a largo plazo, beneficiar a toda la sociedad.

La vigilancia en salud es esencial en los procesos de prevención de enfermedades y promoción de salud, es una herramienta vital del sistema de salud, así como en la evaluación de la eficiencia de programas y servicios(49). Los sistemas de vigilancia recogen, sistematizan y analizan datos, luego estos lo difunden hacia los decisores para que se tomen decisiones y se mejoren las prácticas saludables. Para llevar adelante la vigilancia es necesaria la preparación y la capacitación de los trabajadores de salud, el compromiso de los tomadores de decisiones, pero también es muy importante el funcionamiento adecuado de todas las estructuras y servicios (49).

Tabla 3. Presencia de violencia familiar según el tipo, en los hogares de niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca.

	Física		Psicológica		Sexual		Social		Patrimonial		De Género		(f)	%
	(f)	%	(f)	%	(f)	%	(f)	%	(f)	%	(f)	%		
Leve	90	60.0	136	90.7	98	65.3	48	32.0	79	52.7	63	42.0	106	70.7
Moderada	60	40.0	13	8.7	45	30.0	98	65.3	71	47.3	84	56.0	40	26.7
Severa			1	0.7	7	4.7	4	2.7			3	2.0	4	2.7
Total													150	100

La tabla presenta datos preocupantes sobre la violencia que enfrentan las madres. Se observa que el 60% de ellas experimenta violencia física de manera leve, mientras que el 40% lo sufre de forma moderada. En el ámbito de la violencia psicológica, el 90.7% enfrenta situaciones leves, y el 8.7% reporta experiencias moderadas. En cuanto a la violencia sexual, el 65.3% de las madres la vive de forma leve y el 30% de manera moderada. Además, el 65.3% se ve afectado por violencia social moderada y el 52.7% sufre violencia patrimonial leve. Por último, un 56% de las madres experimenta violencia de género moderada. En resumen, el 70.7% de las madres enfrentan algún tipo de violencia leve, mientras que el 26.7% lo hace de forma moderada. Estos resultados reflejan una realidad alarmante que requiere atención urgente.

Los hallazgos de esta investigación se alinean con el estudio de Chipana M. (2020), que analizó los niveles de violencia intrafamiliar en Lima Metropolitana, revelando un 47.3% de violencia moderada, 35.7% leve y 17.0% severa (55). Asimismo, la investigación de Sinchiguano K. (2020) destaca que el 28% de las mujeres sufren violencia por no cumplir con las exigencias de sus agresores, y un 37.3% reporta sufrir violencia debido a la desconfianza de sus parejas hacia amigos o conocidos (56). Por otra parte, Olalla y Toala (2020) identifican patrones recurrentes de violencia, como los celos y el maltrato psicológico, así como la violencia económica, que surgen de desacuerdos en la relación de pareja. Estos estudios reflejan una problemática compleja y multidimensional que requiere atención y abordaje integral (57).

El informe de Revoredo (2022) revela que la violencia contra la mujer en Perú alcanza un alarmante 38%, superando el promedio global del 27% y el 26% en la región de Cajamarca. Esta disparidad sugiere que las manifestaciones de violencia varían considerablemente entre distintas áreas del país (34). Según el INEI (2019), la violencia psicológica y/o verbal es la más prevalente (gritos, insultos, desprecios, burlas, ironías, situaciones de control, humillaciones, amenazas), afectando al 58.9% de las mujeres, seguida de la violencia física (golpes, empujones, patadas, abofeteadas, en diferentes niveles según su gravedad) afectando al 30.7% y la violencia sexual (6.8%) (58). Estos datos destacan la naturaleza multifacética de la violencia de género, como lo señala la ONU (2022), que clasifica el maltrato en diversas formas: psicológica, física, económica y sexual (59).

Montaño E. (2019) enfatiza la importancia de la violencia patrimonial, a menudo subestimada, que afecta la autonomía y dignidad de las mujeres (60). Por su parte, Zurbano B. et al. (2021) caracterizan la violencia de género como un reflejo extremo de desigualdad, apuntando a la vulneración de derechos básicos de las mujeres (61). Asimismo, Furukawa et al. (2022) añaden que la violencia psicológica y física son comunes, y que el daño psicológico es un factor crítico que puede desencadenar violencia física (62).

En conjunto, estos hallazgos resaltan la urgente necesidad de abordar la violencia de género desde múltiples enfoques, considerando no solo las diversas formas de agresión, sino también los contextos sociales y económicos que mantienen este problema.

Los diversos autores destacan que la violencia se manifiesta en la sociedad de múltiples formas, incluyendo aquellas que no involucran agresiones físicas, como la violencia patrimonial, psicológica y de género. Esto destaca un problema grave que afecta a las familias. Lamentablemente, las denuncias de violencia psicológica, emocional y patrimonial a menudo son ignoradas, lo que lleva a las posibles víctimas a dudar en acudir a los centros de ayuda. Esta falta de atención no solo afecta su confianza en el sistema, sino que también mantiene el ciclo de abuso, dificultando la búsqueda de apoyo y la posibilidad de recuperación. Es esencial que se reconozcan y aborden todas las formas de violencia para crear un entorno seguro y de confianza para las víctimas.

Tabla 4. Relación entre la violencia familiar y desnutrición en niños menores de cinco años.

Desnutrición		Violencia familiar				PV
		Si		No		
		(f)	%	(f)	%	
Peso/Edad	Si	31	20,7	16	10,7	0,000 ^a
Desnutrición global	No	34	22,7	69	46,0	
Peso/Talla	Si	25	16,7	22	14,7	0,000 ^a
Desnutrición aguda	No	16	10,7	87	58,0	
Talla/Edad	Si	35	23,3	12	8,0	0,001 ^a
Desnutrición crónica	No	46	30,7	57	38,0	
Total		150	100	150	100	

En la presente tabla, se observa que, según el índice P/E, el 20% de los niños con desnutrición global provienen de familias donde se reporta violencia. Asimismo, el índice P/T indica que el 16.7% de los niños con desnutrición aguda también pertenece a estas familias. En cuanto al índice T/E, se revela que el 23.3% de los niños con desnutrición crónica provienen de hogares con violencia. En total, el 60.7% de los niños con desnutrición están asociados a situaciones de violencia en sus familias.

Los datos coinciden con los hallazgos de Victorio G. (2022), quien reportó una prevalencia de desnutrición del 30% y un nivel de violencia familiar del 88%, concluyendo que existe una asociación significativa entre la violencia familiar y el maltrato hacia la madre con la desnutrición crónica infantil (20). Por su parte, Ambreen S. et al. (2023) encontraron en India que los niños cuyas madres sufrieron violencia de pareja presentaron un incremento del 7% en la prevalencia de retraso en el crecimiento infantil de moderado a grave. Asimismo, en Nepal, el retraso grave en el crecimiento estuvo fuertemente vinculado a la violencia física de pareja (17).

Asu vez, Paul P. et al. (2020) hallaron que la morbilidad y mortalidad eran más elevadas entre los niños cuyas madres sufrían violencia física, emocional o sexual por parte de sus parejas (63). En contraste, León J. et al. (2018) no encontraron una asociación directa entre la violencia infantil o materna y la desnutrición, aunque sí reconocen la violencia contra la mujer como un factor de riesgo significativo para la salud infantil, especialmente en relación con la prevalencia de enfermedades diarreicas agudas y respiratorias agudas

(15). De manera similar, en el estudio de Arrascue J. et al. (2022), tampoco se evidenció una asociación entre las diferentes formas de violencia intrafamiliar y un incremento significativo en la desnutrición crónica en niños menores de cinco años (21).

La estadística de que el 60.7% de los niños con desnutrición provienen de hogares donde se reporta violencia es alarmante y sugiere que la violencia no solo afecta el bienestar emocional y físico de los padres, sino que también tiene consecuencias directas en la salud de los niños. Los estudios citados corroboran esta tendencia, destacando que el maltrato hacia las madres está estrechamente relacionado con un aumento en la desnutrición y problemas de crecimiento infantil. Sin embargo, es interesante notar que algunos estudios no encontraron una asociación directa, lo que sugiere que la relación entre violencia y desnutrición puede ser más compleja y multifacética.

CONCLUSIONES

1. Las características de las familias y de los niños menores de cinco años que viven en entornos con violencia; respecto a las madres, el mayor porcentaje tienen edades de 26 a 35 años, con un promedio de 30.2 años. Un alto porcentaje viven en la zona urbana, en su mayoría son convivientes y tienen un niño menor de 5 años, más de la mitad son familias de tipo biparental y extensa. Asimismo, un alto porcentaje son amas de casa y otro grupo trabaja de forma independiente. Respecto a las parejas o esposos, la mayoría tienen edades entre 36 a 45 años, menos de la mitad ha llegado a concluir sus estudios superiores y gran porcentaje son trabajadores independientes. Respecto a los niños atendidos en el centro de salud, la mayoría de sexo masculino con edades entre uno y dos años.
2. Se determinó los tipos de desnutrición en los niños de acuerdo a los indicadores antropométricos peso/edad, peso/talla y talla/edad, evidenciándose porcentajes significativos de desnutrición aguda y crónica durante los primeros años de vida.
3. Se identificaron los tipos de violencia familiar presentes en los hogares de la ciudad de Cajamarca (física, psicológica, sexual, patrimonial, social y de género), cada uno con niveles de gravedad de leve a grave, evidenciando un mayor porcentaje de violencia psicológica leve seguida de la violencia social moderada.
4. Se encontró una relación estadística significativa entre la desnutrición de los niños menores de cinco años y la violencia familiar ($p < 0.05$); por lo que se acepta la hipótesis alternativa.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a la subgerente de Poblaciones Vulnerables del gobierno regional de Cajamarca, y jefa del Centro de Salud Pachacútec que los resultados obtenidos en este estudio sean reportados a entidades de interés público. Esto permitirá que se tomen las acciones necesarias para desarrollar e implementar programas de intervención dirigidos a las familias y madres de Cajamarca para prevenir la violencia familiar y mitigar sus consecuencias y repercusiones en los menores de cinco años.
2. Se recomienda al personal de enfermería del Centro de Salud Pachacútec potenciar el seguimiento (monitoreo, supervisión y evaluación) a niños con desnutrición crónica y aguda; a la vez, verificar la calibración de equipos para la toma adecuada de las medidas antropométricas.
3. Se recomienda a los estudiantes universitarios de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, así como a cualquier persona interesada en la investigación, que realicen estudios adicionales de tipo cualitativo sobre la violencia familiar a nivel local, especialmente en el ámbito rural y en centros poblados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sobrino M. et al. Desnutrición infantil en menores de cinco años en Perú: tendencias y factores determinantes. 2019;35.
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Mujeres víctimas de violencia psicológica, física o sexual en el año 2023. [Internet]. Perú; 2024. Report No.: 078. Disponible en: <https://m.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-n-078-2024-inei.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer. [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-mujer>
4. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2019 incluye a Perú entre las experiencias exitosas de lucha contra la desnutrición crónica infantil. 2019; Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/nota-de-prensa/estado-mundial-infancia-nutricion-alimentos-derechos-peru-experiencias-exitosas-desnutricion-cronica-infantil-reporte#:~:text=A%20escala%20mundial%2C%20al%20menos,demasiado%20peque%C3%B1os%20para%20su%20edad.&text=El%20sobrepeso%20y%20la%20obesidad,los%20continentes%2C%20incluso%20en%20%20C3%81frica.>
5. UNICEF. Nuevo informe de la ONU: el hambre en América Latina y el Caribe aumentó en 13,8 millones de personas en solo un año. 2021; Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/comunicados-prensa/nuevo-informe-de-la-onu-el-hambre-en-americalatinayelcaribeaumento#:~:text=La%20prevalencia%20del%20hambre%20en,aument%C3%B3%20en%202%20puntos%20porcentuales.>
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Población menor de cinco años de edad del país que sufrió desnutrición crónica en el año 2020. 2021; Disponible en: <https://www.inei.gov.pe/prensa/noticias/el-121-de-la-poblacion-menor-de-cinco-anos-de-edad-del-pais-sufrio-desnutricion-cronica-en-el-ano-2020-12838/>
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI. Desnutrición crónica afectó al 11,7% de la población menor de cinco años en el año 2022. [Internet]. Perú; 2022. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/noticias/759081-desnutricion-cronica-afecto-al-11-7-de-la-poblacion-menor-de-cinco-anos-en-el-ano-2022>
8. Álvarez L. Desnutrición infantil, una mirada desde diversos factores: Factores relacionados con la prevalencia de desnutrición en niños menores de 3 años. 2019;13(1):15-26.
9. Organización de las Naciones Unidas. Desnutrición infantil en el mundo [Internet]. 2020. Disponible en: <https://eacnur.org/es/actualidad/noticias/emergencias/desnutricioninfantil-en-el-mundo>
10. Coronado Z. Factores asociados a la desnutrición en niños menores de 5 años. [Internet]. 2019. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/09/15/Coronado-Zully.pdf>

11. Observatorio regional de violencia Cajamarca. Femicidio y violencia contra la mujer en la región de Cajamarca. [Internet]. 2024. Disponible en: <https://observatorio.regioncajamarca.gob.pe/portal/noticias/det/9270>
12. Chancafe F. Reportes de casos de violencia a la mujer en Cajamarca en los primeros cinco meses del 2023. [Internet]. Perú; 2023. Disponible en: <https://sinrodeoscajamarca.com/cajamarca-reporta-1252-casos-de-violencia-a-la-mujer-en-los-primero-cinco-meses-del-2023/>
13. Organización de las Naciones Unidas. Malnutrición en niños y niñas en América Latina y el Caribe. 22 de abril de 2018; Disponible en: <https://www.cepal.org/es/enfoques/malnutricion-ninos-ninas-america-latina-caribe>
14. Ruiz P, et al. Asociación entre violencia contra la mujer ejercida por la pareja y desnutrición crónica en sus hijos menores de cinco años en Perú. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S17264634201400010003
15. León J, et al. Los efectos de la violencia doméstica sobre la salud infantil de los niños y las niñas menores de cinco años en el Perú [Internet]. Disponible en: <https://www.grade.org.pe/wp-content/uploads/Di82.pdf>
16. Marini A, et al. Dando la talla: El éxito del Perú en la lucha contra la desnutrición crónica. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/891441505495680959/pdf/FINAL-Peru-Nutrition-Book-in-Spanish-Oct-11.pdf>
17. Ambreen S, et al. Asociación entre las experiencias maternas de violencia de pareja y el retraso del crecimiento infantil: un análisis secundario de las Encuestas de Salud Demográfica de cuatro países del sur de Asia. 2023;14:10.
18. Martín V, et al. Frecuencia de desnutrición en niños y adolescentes con maltrato infantil. Nutrición hospitalaria [Internet]. 2022;39(2). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112022000200006
19. Salazar L. Asociación entre la violencia de pareja a la mujer y el estado nutricional de los niños menores de 5 años según ENDES 2019. [Internet]. Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/11626>
20. Victorio GE. Violencia familiar y desnutrición infantil en los asentamientos humanos de Pachacútec, Vantanilla. [Internet]. 2022. Disponible en: https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/6513/UNFV_EUPG_Victorio_Arribasplata_Gladys_Edith_Maestria_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. Arrascue J, et al. Asociación entre violencia íntima de pareja contra la mujer y desnutrición crónica entre los hijos de 5 años a menos: Análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del 2020 en Perú. Revista del Cuerpo Médico del HNAAA [Internet]. 2022;15(4). Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rcmhnaaa/v15n4/2227-4731-rcmhnaaa-15-04-e1396.pdf>
22. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. [Internet]. Ginebra: OMS; 2018 p. 12. Disponible en:

- https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67411/a77102_spa.pdf;jsessionid=F6D2D8B3CD1BEDDA5A55780134259508?sequence=1
23. Organización Panamericana de la Salud. Prevención de la violencia. [Internet] 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-violencia>
 24. Programa Nacional de la Violencia Familiar y Sexual. El consumo de alcohol como factor de riesgo de la violencia contra la mujer y la familia. [Internet]. Perú: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables; 2018 p. 16. Disponible en: [https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con5_uibd.nsf/3C6B139518A6AAA505258294006B63AD/\\$FILE/Folleto_Comsumo-Alcohol-violencia.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con5_uibd.nsf/3C6B139518A6AAA505258294006B63AD/$FILE/Folleto_Comsumo-Alcohol-violencia.pdf)
 25. Perez M. Definición de Violencia. [Internet]. 2023 jun. Disponible en: <https://conceptodefinicion.de/violencia/>
 26. Organización Mundial de la Salud. La diversidad en las familias. [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.aldeasinfantiles.org.mx/noticias/columna-sos/la-diversidad-en-las-familias>
 27. Peña B. La importancia de la familia en el crecimiento de un niño. 2023; Disponible en: <https://mejorconsalud.as.com/la-importancia-de-la-familia-en-el-crecimiento-de-un-nino/>
 28. Greenland Panamerican School. La importancia de la familia en el desarrollo infantil. 2020; Disponible en: <https://blog.ecagrupoaducativo.mx/greenland/la-importancia-de-la-familia-en-el-desarrollo-infantil>
 29. Formainfancia European School. La importancia de la familia en el desarrollo del niño. 2021; Disponible en: <https://formainfancia.com/importancia-familia-desarrollo-ninos/>
 30. Organización Panamericana de la Salud. Violencia contra las niñas y los niños. [Internet]. PAHO; 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-ninas-ninos>
 31. Organización Mundial de la Salud. Maltrato Infantil [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
 32. Salinas M. Qué hacer con la violencia doméstica. 2019; Disponible en: <http://www.forodeseguridad.com/artic/miscel/6089.htm>
 33. RPP. Consecuencias de la violencia familiar en los niños y niñas. [Internet]. Perú; 2018. Disponible en: <https://rpp.pe/lima/actualidad/consecuencias-de-la-violencia-familiar-en-los-ninos-y-ninas-noticia-620234>
 34. Revoredo C. Violencia contra las mujeres y desigualdades territoriales en Cajamarca. [Internet]. Perú; 2022. Disponible en: <https://www.noticiasser.pe/violencia-contra-las-mujeres-y-desigualdades-territoriales-en-cajamarca>
 35. Morales A. Violencia intrafamiliar. [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.todamateria.com/violencia-intrafamiliar/>

36. World Vision Ecuador. Secuelas que deja la violencia intrafamiliar en niños y niñas. 2021; Disponible en: <https://worldvisionamericalatina.org/ec/blog/4-secuelas-que-deja-la-violencia-intrafamiliar-en-ninos-y-ninas>
37. Hasselmann M, et al. Violencia de pareja íntima y alimentación en la niñez. [Internet]. 2019. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7025644>
38. Ministerio de Salud. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la niña y el niño de 0 a 11 años. [Internet]. Lima, Perú; 2024 p. 69. Report No.: 034. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/RM-034-2024-minsa.pdf>
39. Bienestar familiar G de C. Señales para detectar la desnutrición infantil a tiempo. [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/ser-papas/senales-de-alerta-de-la-desnutricion-infantil>
40. Botero D. Señales para detectar la desnutrición infantil a tiempo. [Internet]. Colombia; 2019. Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/ser-papas/senales-de-alerta-de-la-desnutricion-infantil>
41. Organización Mundial de la Salud. Desnutrición. 2021.
42. Figueroa D, et al. Estado nutricional como factor y resultado de la seguridad alimentaria.-2019;Disponible-en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01240064200400020002#:~:text=El%20estado%20nutricional%20es%20el,%2Dsocio%2Decon%C3%B3micos%20y%20ambientales.
43. Programa de atención integral a la niñez. Vigilancia nutricional de los niños menores de cinco años de edad. [Internet]. Honduras: secretaria de Salud Honduras; 2021 p. 93.Disponible.en:<https://www3.paho.org/hon/dmdocuments/6%20Norma%20de%20VN%20junio%202011.pdf>
44. Dr. Abeyá E. Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría. [Internet]. 2019. Disponible en: <https://cesni-biblioteca.org/archivos/manual-evaluacion-nutricional.pdf?t=1587919707>
45. Jaramillo J. Secretaría de Estado de la Mujer P. Cuestionario de evaluación a víctimas de-violencia-intrafamiliar.[Internet].2018.Disponible-en:
https://observatoriojusticiaygenero.gob.do/documentos/PDF/buenas_practicas/DBP_cuestionario_evaluacion_victimas_PGRMM.pdf
46. Padilla J. ¿Qué es un estudio transversal? [Internet]. 2021. Disponible en: <https://lamenteesmaravillosa.com/estudio-transversal/>
47. Velásquez E. Guía básica de Muestreo Aleatorio Simple. [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.eduardvelazquez.com/guia-muestreo-aleatorio-simple/>
48. Numpitai B, et al. Factores asociados a la desnutrición infantil en niños menores de cinco años en el distrito Cajaruro, Amazonas-Perú, 2022. [Internet]. 2022. Disponible en:
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/118135/Numpitai_BE-Ruiz_VH-SD.pdf?sequence=1

49. Ministerio de Salud. Informe Gerencial SIEN HIS. Estado Nutricional de Niños menores de cinco años que acceden a Establecimientos de Salud. [Internet]. 2023. Disponible-en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5209893/Informe%20Gerencial%20SIEN-HIS%20Ni%C3%B1os%20Primer%20Semestre%202023.pdf>
50. Instituto Peruano de Economía. Avances y desafíos de salud en Cajamarca. [Internet]. Perú; 2023. Disponible en: <https://www.ipe.org.pe/portal/avances-y-desafios-de-salud-en-cajamarca/#:~:text=La%20nutrici%C3%B3n%20de%20los%20ni%C3%B1os,en%20menores%20de%205%20a%C3%B1os>
51. UNICEF. Desnutrición infantil. [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.unicef.es/causas/desnutricion-infantil>
52. UNICEF. Reduciendo la desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años, embarazadas y madres lactantes. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.unicef.org/dominicanrepublic/plan-nacional-para-la-reduccion-de-la-desnutricion-aguda>
53. Quintana F, et al. La desnutrición y su incidencia en el rendimiento del aprendizaje. [Internet]. 2020. Disponible en: <file:///C:/Users/LENOVO/Downloads/320-article-954-1-10-20200606.pdf>
54. Heckman J, et al. La importancia de invertir en la primera infancia: ¿Cómo vamos en la desnutrición crónica? [Internet]. Perú; 2022. Disponible en: <https://www.comexperu.org.pe/articulo/la-importancia-de-invertir-en-la-primera-infancia-como-vamos-en-la-desnutricion-cronica>
55. Chipana M. Violencia intrafamiliar y estrategias de afrontamiento en mujeres de Lima Metropolitana, 2020. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/58489>
56. Sinchiguano K et al. Las redes de apoyo como recurso ante la violencia de pareja. [Internet]. Ecuador; 2020. Disponible en: <https://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/3770/1/Art%C3%ADculo%20Sinchiguano%20%20C3%81lvarez%20Kevin%20-%20Tip%C3%A1n%20Castillo%20Gabriela%20A0-%20Vega%20Vel%C3%A1zquez%20Maricela.pdf>
57. Olalla J, et al. Redes de apoyo en mujeres víctimas de violencia, una propuesta para generar resiliencia. [Internet]. Ecuador; 2020. Disponible en: <https://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/3780/4/Art%C3%ADculo%20Olalla%20Naranjo%20Jenny%20-%20Toala%20Zavala%20Kevin%20A0.pdf>
58. Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Violencia contra las mujeres, niños y niñas. [Internet]. Perú; 2019. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/pdf/cap012.pdf
59. Organización de las Naciones Unidas. ¿Qué es el maltrato en el hogar? [Internet]. ONU; 2022. Disponible en: <https://www.un.org/es/coronavirus/what-is-domestic-abuse>

60. Montaña E, et al. Niveles de riesgo en las mujeres víctimas de violencia. 2019;4(7). Disponible en: <file:///C:/Users/LENOVO/Downloads/Dialnet/NivelesDeRiesgoEnLasMujeresVictimasDeViolenciaIntr-7164372.pdf>
61. Zurbano B, et al. El concepto social de la violencia contra las mujeres en España: aproximaciones a los imaginarios de jóvenes estudiantes. [Internet]. México; 2021. Report.No.:2. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S239591852015000200145#:~:text=en%20nuestra%20sociedad.-,Se%20trata%20de%20una%20violencia%20que%20se%20dirige%20sobre%20las,2004%3A%20Exposici%C3%B3n%20de%20motivos.
62. Redondo J, et al. Tipos de violencia y factores sociodemográficos asociados a la violencia intragénero en Colombia. [Internet]. 2023. Disponible en: <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/2842/3219>
63. Paul P, Mondal D. Experiencia materna de violencia de pareja y su asociación con la morbilidad y mortalidad infantil: evidencia de la India. 2020;4(15). Disponible en: e0232454. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232454>

ANEXOS

ANEXO 01.

ESCALA DE MEDICIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR VIF

Instructivo: Las siguientes preguntas están dirigidas a las madres de familia con niños menores de 5 años, por favor se le pide contestar todas las preguntas que se le realizará a continuación con absoluta seriedad y sinceridad. Se indicará con una x la respuesta que usted considere apropiada, la información que usted proporcione es estrictamente confidencial.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA FAMILIA

A. Datos Generales de la Madre:

1. Edad:
2. Estado Civil: 1. Casada 2. Viuda 3. Conviviente 4. Divorciada
3. Procedencia: 1. Urbano 2. Rural
4. Religión: 1. Católica 2. Evangélica 3. Cristiana 4. Otro
5. Tipo de familia:
 1. Biparental (Por un padre, una madre y el/los hijo/s biológico/s)
 2. Reconstituida (Los hijos viven con su madre o su padre y con su respectiva nueva pareja, que puede tener también sus propios hijos a cargo)
 3. Extensa (Se convive con padres, hijos y abuelos, o padres, hijos y tíos, etc)
6. Grado de instrucción:
 1. Primaria completa
 2. Primaria incompleta
 3. Secundaria completa
 4. Secundaria incompleta
 5. Superior completo
 6. Superior incompleto
7. Número de hijos:
8. N° de hijos menores de cinco años:
9. Ocupación:
 1. Dependiente del estado
 2. Independiente
 3. Ambulante
 4. Ama de casa
 5. Ninguno
10. Ingresos económicos de la familia:
 1. Remuneración mínima vital (S/. 1025)
 2. Menor a remuneración mínima
 3. Mayor a remuneración mínima
 4. Otro

B. Datos Generales de la pareja / esposo:

- | | | |
|--------------------------------|--|---------------------------------|
| 1. Edad | | 3. Ocupación: |
| 2. Grado de instrucción: | | 1. Dependiente del estado |
| 1. Primaria completa | | 2. Independiente |
| 2. Primaria incompleta | | 3. Ambulante |
| 3. Secundaria completa | | 4. Hogar |
| 4. Secundaria incompleta | | 5. Ninguno |
| 5. Superior completo | | |
| 6. Superior incompleto | | |
4. Religión: 1. Católica 2. Evangélica 3. Cristiana Otro

C. Algunas características relacionadas a la violencia:

1. ¿Ha sufrido violencia dentro de la familia? 1. Si () 2. No ()
2. ¿Quién es el agresor? 1. Esposo /pareja ... 2. Madre / Padre ... 3. Abuelos 4. Ninguno...
3. ¿El agresor vive en la misma casa? 1. Si () 2. No ()
4. ¿El agresor consume alcohol? 1. Si () 2. No ()
5. ¿El agresor consume algún tipo de droga? 1. Si () 2. No ()

D. Cuestionario de Identificación de violencia intrafamiliar

Se presenta el cuestionario de preguntas referida a los tipos de violencia intrafamiliar, cada pregunta tiene cinco opciones de respuestas que van de 1 al 5.

	PREGUNTAS	RESPUESTAS				
		Casi nunca (1)	Pocas veces (2)	A veces (3)	Muchas veces (4)	Casi siempre (5)
Violencia Física						
1	¿Su pareja le pega?					
2	¿Su pareja le ha hecho moretones cuando le golpea?					
3	¿Ha sangrado a causa de los golpes recibidos por su pareja?					
4	¿Por los golpes recibidos por su pareja ha necesitado atención médica?					
Violencia psicológica						
5	¿Su pareja le hace callar cuando usted da su opinión?					
6	¿Su pareja le insulta enfrente de otras personas?					
7	¿Su pareja le ha sido infiel?					
8	¿Su pareja ha amenazado con suicidarse si le abandona?					
9	¿Usted siente temor cuando su pareja llega a la casa?					
Violencia Sexual						
10	¿Su pareja le ha dicho que sexualmente no le satisface?					

11	¿Su pareja le obliga a tener relaciones sexuales cuando usted no desea?						
12	¿Su pareja le prohíbe asistir a control médico ginecológico?						
13	¿Su pareja le prohíbe el uso de métodos anticonceptivos?						
14	¿Su pareja le prohíbe embarazarse?						
15	¿Su pareja le ha obligado a abortar?						
Violencia Social							
16	¿Su pareja se pone molesta cuando usted se arregla?						
17	¿Su pareja le impide hablar por celular con otras personas?						
18	¿Su pareja le amenaza con golpearla si usted sale de su casa sin el permiso de él?						
19	¿Su pareja se pone celoso cuando usted habla con otras personas?						
Violencia Patrimonial							
20	¿Su pareja ha roto las cosas del hogar?						
21	¿Su pareja le ha impedido el ingreso a su domicilio?						
22	¿Su pareja le limita el dinero para los gastos del hogar?						
Violencia de Género							
23	¿Al momento de tomar decisiones su pareja ignora su opinión?						
24	¿Su pareja nunca colabora en las labores del hogar?						
25	¿Su pareja le impide tener un trabajo remunerado, fuera de casa?						

Realizado por: Jaramillo J. y cols. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca (2018)

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA ESCALA VIF

La escala VIF determina el tipo de violencia intrafamiliar y la severidad de la misma:

TIPOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR							
SEVERIDAD DE LA VIOLENCIA	Física	Psicológica	Sexual	Social	Patrimonial	De Género	Puntaje total
Leve	≤4 puntos	≤8 puntos	≤6 puntos	≤5 puntos	≤4 puntos	≤4 puntos	≤35 puntos
Moderada	5 – 11 puntos	9 – 16 puntos	7 – 12 puntos	6 – 13 puntos	5 – 9 puntos	5 – 10 puntos	36 – 67 puntos
Severa	≥12 puntos	≥17 puntos	≥13 puntos	≥14 puntos	≥10 puntos	≥11 puntos	≥68 puntos

Fuente: Base de datos. Realizado por: Jaramillo J. y cols.

ANEXO 2.

REGISTRO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE DESNUTRICIÓN EN EL/LA NIÑO/A

DATOS GENERALES	
1. Sexo:	
1. Masculino	2. Femenino
2. Edad en años cumplidos	
Datos Antropométricos/ Indicadores	
Según peso para la edad:	
Desnutrición global:	
1. SÍ	2. NO
Según peso para la talla:	
Desnutrición aguda:	
1. SÍ	2. NO
Según talla para la edad:	
Desnutrición crónica:	
1. SÍ	2. NO

*OMS

ANEXO 03.

SOLICITO PERMISO PARA APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DIRIGIDOS A
MADRES DE LOS NIÑOS QUE REALIZAN CONTROL DE CRED EN EL C.S.
PACHACÚTEC

LIC ENF. EMPERATRIZ CHAVEZ GUIVIN

JEFE DE ZONA SANITARIA PACHACUTEK, CAJAMARCA.

Yo, Daniela Estefani Chuquiruna Chávez, identificado con el DNI N°74950347, código universitario N° 2017010030, estudiante de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca, ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, recurro a su despacho, con la finalidad de solicitar permiso y la autorización, para la aplicación de un cuestionario y recolección de datos de los niños menores de 5 años que realizan su control de CRED para la realización de mi proyecto de tesis: “VIOLENCIA FAMILIAR Y DESNUTRICIÓN EN LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS ATENDIDOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD PACHACÚTEC-CAJAMARCA, 2023.”

Por lo expuesto, ruego a usted, tenga a bien acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Adjunto:

- Modelo de cuestionario

Cajamarca, 2023

Atentamente

Daniela Chuquiruna Chávez

74950347

ANEXO 04.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación, con una clara explicación, la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

Propósito del estudio: Determinar y analizar la relación entre la violencia familiar y la desnutrición de los niños menores de cinco años, atendidos en el establecimiento de salud Pachacútec-Cajamarca, 2023.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a preguntas en un cuestionario (15 min); asimismo, se accederá a datos de su menor hijo (a) atendido (a) en su control de CRED.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recogerá será confidencial y de manera anónima, no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Si tiene alguna duda sobre este proyecto puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación, igualmente, puede retirarse en cualquier momento sin que eso perjudique a usted o a su menor hijo (a) de ninguna forma. Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación titulada Violencia familiar y desnutrición en los niños menores de cinco años atendidos en el C.S. Pachacútec, 2023, siendo informada previamente del propósito de la misma. Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y permitir el acceso a datos sobre el control de CRED de mi menor hijo (a). Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto perjudique a mi persona o a mi menor hijo (a).

Firma de la participante

ANEXO 05. Confiabilidad de criterio, Alfa de Cronbach

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Para determinar la confiabilidad del instrumento se realizó una prueba piloto, la cual consistió en aplicar el instrumento a 15 niños con sus respectivas madres que formar parte del C.S. Pachacútec, los cuales posteriormente no participaron en la investigación. La información obtenida fue analizada estadísticamente con cálculo de fiabilidad de SPSS 25, cuyo coeficiente de Alfa de Cronbach, fue de 0,87 lo que representa un 87% de confiabilidad, evidenciando que el instrumento es altamente confiable.

Alfa de Cronbach – SPSS V.25.0

Suma cada violencia

Alfa de Cronbach	N° Elementos
0,864	6

Total de violencia intrafamiliar

Alfa Cronbach	N° Elementos
0,877	25

ANEXO 06.

Clasificación del estado nutricional de niñas y niños menores de 5 años

Desviaciones estándar (punto de corte)	Peso para la edad	Peso para la talla	Talla para la edad
	Clasificación	Clasificación	Clasificación
>3 DE		Obesidad*	
>2 DE	Sobrepeso*	Sobrepeso*	Alto
2 DE a -2 DE	Normal	Normal**	Normal
< -2 DE a -3 DE	Bajo peso	Bajo peso/emaciado	Talla baja
<-3 DE	Bajo peso severo	Bajo peso severo	Talla baja severa

Fuente: Adaptado de Organización Mundial de la Salud. 2008. Patrones de crecimiento del niño.

ANEXO 07.

Profesionales de salud del Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca 2023.

Profesionales	Cantidad
Médicos	10
Enfermeras	18
Obstetras	15
Técnicos de enfermería	17
Psicólogo	4
Odontólogos	4
Nutricionista	2

Fuente: Informes del Centro de Salud Pachacútec. 2023

NOMBRE DEL TRABAJO

**2024_ UNC_DANIELA_CHUQUIRUNA_V1
_PDF.pdf**

AUTOR

**DANIELA ESTEFANI CHUQUIRUNA CHA
VEZ**

RECUENTO DE PALABRAS

20257 Words

RECUENTO DE CARACTERES

109754 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

70 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

646.9KB

FECHA DE ENTREGA

Oct 13, 2024 10:48 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Oct 13, 2024 10:50 PM GMT-5**● 23% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 19% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 15% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Coincidencia baja (menos de 20 palabras)
- Bloques de texto excluidos manualmente
- Fuentes excluidas manualmente