

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA



TESIS

“Hábitos alimenticios en familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica, Centro de Salud Amarilis – Huánuco, 2025”

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA: Leonor Yazmín, Torres Paz

ASESOR: Nicolas Magno, Fretel Quiroz

HUÁNUCO – PERÚ

2026

U

D

H

**TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:**

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional ()
- Trabajo de investigación ()
- Trabajo Académico ()

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud pública.**AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN** (2020)**CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:****Área:** Ciencias médicas, ciencias de la salud**Subárea:** Ciencias de la salud**Disciplina:** Enfermería**DATOS DEL PROGRAMA:**

Nombre del Grado/Título a recibir: Título profesional de licenciada en Enfermería.

Código del programa: P03

Tipo de financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ()
- Fondos concursables ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 76136320

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 42092646

Grado/Título: Doctor en administración de la educación.

Código ORCID: 0000-0002-2724-8116

DATOS DE LOS JURADOS:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Chavez Martel, Edilberto	Doctor en Ciencias de la Salud	42059334	0000-0002-2058-1530
2	Correa Chuquiyauri, Dania Alida	Máster en gobierno y gerencia en salud	22515697	0000-0001-9221-3721
3	Serna Román, Bertha	Segunda especialidad profesional en enfermería en pediatría.	22518726	0000-0002-8897-0129



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

**UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA**



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las 15:00 horas del día 18 del mes de junio del año dos mil veintiséis, en Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- | | | |
|--------------------------------------|---|-------------|
| • DR. EDILBERTO CHAVEZ MARTEL | - | PRESIDENTE |
| • MG. DANIA ALIDA CORREA CHUQUIYAURI | - | SECRETARIO |
| • MG. EMMA AIDA FLORES QUIÑONEZ | - | VOCAL |
| • LIC. ENF. BERTHA SERNA ROMAN | - | ACCESITARIO |
| • DR. NICOLAS MAGNO FRETTEL QUIROZ | - | ASESOR |

Nombrados mediante Resolución N° 1792-2026-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulado: "HÁBITOS ALIMENTICIOS EN FAMILIAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA, CENTRO DE SALUD AMARILIS - HUÁNUCO 2025"; presentado por el(la) Bachiller en Enfermería: Leonor Yazmin TORRES PAZ, se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) aprobado Por unanimidad con el calificativo cuantitativo de 12 y cualitativo de suficiente

Siendo las, 16:00 horas del día 18 del mes de Junio del año 2026, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

PRESIDENTE

DR. EDILBERTO CHAVEZ MARTEL
Cod. 0000-0002-2058-1530
DNI: 42059334

SECRETARIO

MG. DANIA ALIDA CORREA CHUQUIYAURI
Cod. 0000-0001-9221-3721
DNI: 22515697

VOCAL

LIC. ENF. BERTHA SERNA ROMAN
Cod. 0000-0002-8897-0129
DNI: 22518726



CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: **LEONOR YAZMIN TORRES PAZ**, de la investigación titulada **"HÁBITOS ALIMENTICIOS EN FAMILIAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA, CENTRO DE SALUD AMARILIS - HUÁNUCO 2025"**, con asesor(a): **NICOLAS MAGNO FRETTEL QUIROZ**, designado(a) mediante documento: **RESOLUCIÓN N° 391-2025-D-FCS-UDH** del P. A. de ENFERMERÍA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del **14 %** verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 27 de mayo de 2026



MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

Nota: La presente constancia tendrá una vigencia de cuatro (4) meses, conforme a lo establecido en la Directiva del Software de Identificación de Similitud y Originalidad, aprobada mediante Resolución N° 532-2024-P-CD-UDH.

Vencido dicho plazo, el solicitante deberá realizar nuevamente el procedimiento correspondiente para la emisión de una nueva constancia.

Válida hasta el 27 de septiembre de 2026.

89. LEONOR YAZMIN TORRES PAZ.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

14%

INDICE DE SIMILITUD

14%

FUENTES DE INTERNET

7%

PUBLICACIONES

5%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

repositorio.udh.edu.pe

Fuente de Internet

3%

2

Submitted to ueb

Trabajo del estudiante

1%

3

repositorio.ucsm.edu.pe

Fuente de Internet

1%

4

repositorio.unc.edu.pe

Fuente de Internet

1%

5

repositorio.unjbg.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

6

apirepositorio.unh.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

7

hdl.handle.net

Fuente de Internet

<1%

8

tesis.unap.edu.pe

Fuente de Internet

<1%

9

Submitted to uncedu

Trabajo del estudiante

<1%

DEDICATORIA

A Dios por bendecirme en cada etapa de mi vida.

A mis queridos padres y hermanos, por su apoyo incondicional y por siempre inculcarme valores y deseos de superación y ser mi compañía en cada paso de mi vida para alcanzar mis metas.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, expreso mi gratitud a Dios por haberme dado la fortaleza y la oportunidad de culminar este proyecto de investigación.

De manera muy especial, agradezco a mi padre, cuyo ejemplo de esfuerzo y dedicación ha sido una guía constante en mi formación profesional. Su apoyo y confianza han sido fundamentales para alcanzar este logro. Extiendo también mi reconocimiento a mi familia, quienes con su cariño y respaldo me acompañaron en cada etapa de este camino.

A las autoridades de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad de Huánuco, por su disposición y las facilidades brindadas para el cumplimiento de los requisitos administrativos necesarios en el desarrollo de mi tesis.

Mi agradecimiento más profundo a mi asesor de investigación, por su orientación, paciencia y compromiso en guiarme durante todo el proceso. Sus enseñanzas y consejos fueron esenciales para la elaboración de este trabajo académico.

Finalmente, agradezco sinceramente a las madres de Amarilis, quienes con generosidad me brindaron su tiempo y colaboración en la recolección de datos, haciendo posible la realización de esta investigación.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VI
ÍNDICE DE FIGURAS	VIII
ÍNDICE DE ANEXOS	IX
RESUMEN	X
ABSTRACT	XI
INTRODUCCIÓN	XII
CAPÍTULO I	14
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.	14
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	17
1.2.1. PROBLEMA GENERAL.....	17
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	17
1.3. OBJETIVOS	18
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	18
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	19
1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA.....	19
1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA.....	19
1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA	20
1.4.4. JUSTIFICACIÓN SOCIAL	21
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	21
1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	22
CAPÍTULO II	23
MARCO TEÓRICO	23
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	23
2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL	23
2.1.2. A NIVEL NACIONAL.....	26
2.1.3. A NIVEL LOCAL	28
2.2. BASES TEÓRICAS	31
2.2.1. MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA PENDER.....	31

2.2.2. TEORÍA ECOLÓGICA DEL DESARROLLO HUMANO – BRONFENBRENNER.....	31
2.2.3. TEORÍA SOCIAL COGNITIVA – ALBERT BANDURA	32
2.3. BASES CONCEPTUALES	34
2.3.1. HÁBITOS ALIMENTICIOS.....	34
2.4. HIPÓTESIS	38
2.5. VARIABLES	38
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	39
CAPÍTULO III	42
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	42
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	42
3.1.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	42
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	43
3.1.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	43
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	44
3.3. RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	48
3.4. ASPECTOS ÉTICOS.	54
CAPÍTULO IV.....	55
RESULTADOS.....	55
4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	55
CAPÍTULO V.....	75
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	75
5.1. CONTRASTACIÓN DE RESULTADOS.....	75
CONCLUSIONES	81
RECOMENDACIONES.....	83
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86
ANEXOS	93

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Ficha técnica: Cuestionario de características sociodemográficas y datos antropométricos	49
Tabla 2. Ficha técnica: Cuestionario de Hábitos Alimenticios para familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica	50
Tabla 3. Fiabilidad del instrumento de hábitos alimentarios, Amarilis – Huánuco, 2025 (n=10)	51
Tabla 4. Características sociodemográficas de las madres de niños menores de cinco años. Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025.	55
Tabla 5. Características biológicas y nutricionales de los niños menores de cinco años con desnutrición crónica. Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025.....	57
Tabla 6. Distribución de respuestas de la dimensión “Variedad y calidad de la dieta familiar” según categorías de frecuencia. Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025 (n = 80).	58
Tabla 7. Distribución de respuestas de la dimensión “Frecuencia y regularidad de las comidas” según categorías de respuesta. Centro de Salud Amarilis – Huánuco, 2025 (n = 80).	60
Tabla 8. Distribución de respuestas de la dimensión “Prácticas adecuadas de alimentación infantil” según categorías de frecuencia. Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025 (n = 80).....	62
Tabla 9. Distribución de respuestas de la dimensión “Higiene en la preparación y conservación de alimentos” según categorías de respuesta. Centro de Salud Amarilis – Huánuco, 2025 (n = 80).....	64
Tabla 10. Distribución de respuestas de la dimensión “Consumo de alimentos no nutritivos” según categorías de frecuencia. Centro de Salud Amarilis – Huánuco, 2025 (n = 80).	66
Tabla 11. Categorías de hábitos alimenticios por dimensiones en familias de niños menores de cinco años con desnutrición crónica. Centro de Salud Amarilis – Huánuco, 2025 (n = 80).....	68
Tabla 12. Categoría general de hábitos alimenticios de las familias con niños menores de cinco años. Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025.	70

Tabla 13. Categorías globales de hábitos alimenticios según el indicador peso para la edad (P/E). Centro de Salud Amarilis – Huánuco, 2025 (n = 80).....	72
Tabla 14. Categorías globales de hábitos alimenticios según el indicador peso para la talla (P/T). Centro de Salud Amarilis – Huánuco, 2025 (n = 80)	73
Tabla 15. Categorías globales de hábitos alimenticios según el indicador talla para la edad (T/E). Centro de Salud Amarilis – Huánuco, 2025 (n = 80).....	74

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución porcentual de los niveles de hábitos alimenticios en la dimensión “Variedad y calidad de la dieta familiar”. Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025 (n = 80)	59
Figura 2. Categorías agrupadas de la dimensión “Frecuencia y regularidad de las comidas”. Centro de Salud Amarilis – Huánuco, 2025 (n = 80).....	61
Figura 3. Categorías globales de la dimensión “Prácticas adecuadas de alimentación infantil”. Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025 (n = 80). 63	
Figura 4. Categorías de hábitos de higiene en la preparación y conservación de alimentos en familias de niños con desnutrición crónica. Centro de Salud Amarilis – Huánuco, 2025 (n = 80).....	65
Figura 5. Categorías globales de la dimensión “Consumo de alimentos no nutritivos” en familias de niños menores de cinco años. Centro de Salud Amarilis – Huánuco, 2025 (n = 80).....	67
Figura 6. Categoría general de hábitos alimenticios de las familias con niños menores de cinco años. Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025.	70

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA	94
ANEXO 2. CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA.....	98
ANEXO 3. CUESTIONARIO DE Hábitos Alimenticios de Familias con Niños Menores de 5 años con Desnutrición Crónica...	99
ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO	102
ANEXO 5. CONSTANCIAS DE VALIDACIÓN	103
ANEXO 6. AUTORIZACIÓN DEL ÁMBITO DE ESTUDIO	109

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de hábitos alimenticios en las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025. **Métodos:** Estudio de enfoque cuantitativo, prospectivo, observacional, descriptivo y transversal. La población accesible estuvo conformada por 118 familias y la muestra por 80 madres como unidad informante, seleccionadas mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se empleó la encuesta y dos cuestionarios: uno sociodemográfico y antropométrico, y otro de hábitos alimenticios de 25 ítems en cinco dimensiones, validado por juicio de expertos. La información se procesó con estadística descriptiva mediante frecuencias y porcentajes, respetando el consentimiento informado, la confidencialidad y los principios bioéticos. **Resultados:** El nivel global de hábitos alimenticios fue moderadamente adecuado en 58,8% de las familias, inadecuado en 22,5% y adecuado en 18,8%. Según dimensiones, se identificaron prácticas que requieren fortalecimiento en la variedad y calidad de la dieta, frecuencia y regularidad de las comidas, alimentación infantil, higiene en la preparación y conservación de alimentos, y consumo de productos no nutritivos. La distribución descriptiva según indicadores antropométricos mostró presencia de hábitos inadecuados en algunos niños con compromiso nutricional; sin embargo, por el diseño del estudio, estos resultados no establecen asociación estadística ni causalidad. **Conclusión:** Predominó el nivel moderadamente adecuado de hábitos alimenticios, con una proporción importante de prácticas inadecuadas, lo que evidencia la necesidad de fortalecer la educación alimentaria y la consejería nutricional familiar.

Palabras clave: hábitos alimentarios; desnutrición crónica; familia; alimentación infantil; estado nutricional.

ABSTRACT

Objective: To determine the level of dietary habits in families with children under five years of age with chronic malnutrition treated at the Amarilis Health Center, Huánuco – 2025. **Methods:** A quantitative, prospective, observational, descriptive, and cross-sectional study was conducted. The accessible population consisted of 118 families, and the sample included 80 mothers as a reporting unit selected through non-probabilistic convenience sampling. The survey technique was used, applying two questionnaires: one sociodemographic and anthropometric questionnaire, and a 25-item dietary habits questionnaire organized into five dimensions, validated by expert judgment. The information was processed using descriptive statistics through frequencies and percentages, respecting informed consent, confidentiality, and bioethical principles. **Results:** The overall level of dietary habits was moderately adequate in 58.8% of the families, inadequate in 22.5%, and adequate in 18.8%. According to the dimensions, practices requiring strengthening were identified in the variety and quality of the diet, frequency and regularity of meals, child feeding, hygiene in food preparation and preservation, and consumption of non-nutritious products. The descriptive distribution according to anthropometric indicators showed the presence of inadequate habits in some children with nutritional compromise; however, due to the study design, these results do not establish statistical association or causality. **Conclusion:** The moderately adequate level of dietary habits predominated, with a significant proportion of inadequate practices, which highlights the need to strengthen food education and family nutritional counseling.

Keywords: eating habits; chronic malnutrition; family; child feeding; nutritional status.

INTRODUCCIÓN

La desnutrición crónica infantil continúa siendo uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, especialmente en países de ingresos medios y bajos, donde los patrones alimentarios inadecuados afectan de manera significativa el crecimiento y desarrollo infantil. Los déficits prolongados en la alimentación durante los primeros años de vida representan una causa importante de retraso en talla y comprometen el potencial de desarrollo físico y cognitivo del niño. En el Perú se observa una prevalencia nacional de 11,7% de desnutrición crónica en menores de cinco años, con mayor afectación en regiones de la sierra y selva, donde influyen determinantes socioculturales y limitaciones en los hábitos alimentarios del hogar.

En este escenario, los hábitos alimenticios familiares desempeñan un rol fundamental en la aparición y persistencia de la desnutrición crónica, pues condicionan la calidad y frecuencia de la ingesta alimentaria, la diversidad nutricional y las prácticas cotidianas de cuidado del niño. En Huánuco, y particularmente en el ámbito del Centro de Salud Amarilis, se observa que parte de la población infantil atendida presenta dificultades de crecimiento relacionadas con patrones alimentarios insuficientes o poco adecuados, lo cual motiva la necesidad de analizar de manera sistemática estas prácticas dentro del núcleo familiar.

Ante ello, el presente estudio tuvo como objetivo describir los hábitos alimenticios de las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica, atendidos en el Centro de Salud Amarilis durante el año 2025. Se desarrolló un estudio observacional, cuantitativo, transversal y descriptivo, que permitió caracterizar cinco dimensiones clave: variedad y calidad de la dieta, frecuencia y regularidad de las comidas, prácticas adecuadas de alimentación infantil, higiene en la preparación y conservación de alimentos y consumo de alimentos no nutritivos.

El informe final se organiza en cinco capítulos. El Capítulo I presenta la situación problemática, los objetivos, la justificación, las limitaciones y la viabilidad del estudio. En el Capítulo II se desarrollan los antecedentes, las

bases conceptuales y los fundamentos teóricos relacionados con la alimentación infantil y el estado nutricional. El Capítulo III expone la metodología empleada, incluyendo el enfoque, tipo y diseño del estudio, población, muestra, instrumentos, procedimientos y aspectos éticos. El Capítulo IV muestra los resultados descriptivos obtenidos. Finalmente, el Capítulo V comprende la discusión, las conclusiones y las recomendaciones orientadas a mejorar las prácticas alimentarias familiares desde el primer nivel de atención.

Este estudio contribuye con evidencia actualizada sobre las prácticas alimentarias en familias que afrontan desnutrición crónica infantil, aportando información útil para la planificación de intervenciones educativas y nutricionales en el Centro de Salud Amarilis y en otros establecimientos que atienden poblaciones vulnerables.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En diferentes familias del país se observa que los niños menores de cinco años con desnutrición crónica continúan recibiendo una alimentación insuficiente en variedad, frecuencia y calidad, lo que impide mejorar su estado nutricional pese a estar en seguimiento sanitario. Esta situación se caracteriza por rutinas de alimentación poco estructuradas, uso limitado de alimentos nutritivos y repetición de preparaciones de escaso valor energético, lo cual mantiene el riesgo de deterioro en la salud infantil ⁽¹⁾. A nivel global, organismos internacionales advierten que millones de niños no reciben una alimentación adecuada para su edad, manteniendo dietas poco diversas y con deficiencia de micronutrientes esenciales durante periodos críticos del crecimiento. Esta brecha persiste incluso en países con programas de apoyo nutricional, generando un impacto significativo en el desarrollo infantil y contribuyendo a la desnutrición crónica ⁽²⁾.

Los informes mundiales también señalan que gran parte de la población infantil vive en hogares donde predominan alimentos de bajo valor nutricional, lo que incrementa la probabilidad de retrasos en el crecimiento y limita el desarrollo cognitivo desde los primeros años de vida. Esta tendencia se ha convertido en un problema recurrente en diferentes regiones, especialmente en hogares con bajos recursos ⁽³⁾. Al mismo tiempo, se ha documentado que el aumento del consumo de productos accesibles pero pobres en nutrientes, especialmente en contextos donde predominan alimentos industrializados, afecta la calidad de la dieta infantil y favorece la persistencia de la desnutrición crónica, incluso en hogares donde la disponibilidad de alimentos básicos es aparentemente suficiente ⁽⁴⁾.

En América Latina, se ha evidenciado un incremento del acceso y consumo de alimentos ultraprocesados que desplazan el consumo de alimentos frescos y tradicionales. Este cambio en los patrones alimentarios explica parte del estancamiento en la reducción del retraso en talla, especialmente en poblaciones vulnerables ⁽⁵⁾. En Perú, pese a los avances en

la reducción de la desnutrición crónica en décadas recientes, la prevalencia sigue afectando a un porcentaje considerable de niños menores de cinco años. La persistencia del problema se relaciona con desigualdades territoriales, limitaciones económicas y dificultades para acceder a alimentos variados y nutritivos ⁽⁶⁾.

En la región Huánuco, la desnutrición crónica mantiene valores superiores al promedio nacional, según reportes departamentales, especialmente en distritos rurales y comunidades con acceso limitado a mercados y servicios básicos. Esta tendencia refleja una vulnerabilidad estructural que impacta de manera directa la alimentación de los niños pequeños ⁽⁷⁾. Además, análisis espaciales en la región muestran que las zonas con menores oportunidades educativas y con menor seguridad alimentaria presentan las tasas más altas de restricción en talla infantil, evidenciando un patrón territorial que condiciona la posibilidad de acceso a alimentos nutritivos ⁽⁸⁾.

Aunque existen lineamientos oficiales que orientan la alimentación de los niños pequeños, muchas familias no logran implementar estas recomendaciones debido a limitaciones económicas, barreras culturales y conocimientos insuficientes sobre combinaciones de alimentos adecuadas para mejorar el estado nutricional ⁽⁹⁾.

Otros estudios en comunidades de la sierra y selva indican que ciertas creencias sobre alimentos considerados “pesados” o inadecuados para los niños influyen en la selección de productos de menor calidad nutricional, lo que restringe el consumo de proteínas, frutas y verduras necesarias para un crecimiento adecuado ⁽¹⁰⁾. Asimismo, intervenciones educativas dirigidas a madres y cuidadores han mostrado que, si no se adaptan al contexto familiar, los cambios en la alimentación tienden a ser parciales y no sostenidos, lo que impide mejorar la calidad de la dieta infantil a mediano plazo ⁽¹¹⁾.

También se ha demostrado que las dietas poco diversas incrementan la vulnerabilidad del niño a enfermedades infecciosas, las cuales reducen la absorción de nutrientes y refuerzan el deterioro del estado nutricional, sobre todo en hogares sin acceso seguro al agua ⁽¹²⁾.

En diversos entornos rurales, las dinámicas económicas del hogar priorizan la venta de alimentos nutritivos para obtener ingresos, mientras que los niños consumen preparaciones de baja densidad energética, lo que perpetúa la desnutrición crónica a pesar de contar con ciertos recursos alimentarios ⁽¹³⁾. El retraso en talla adquirido en los primeros años presenta una recuperación muy limitada y se mantiene como una condición permanente que afecta la salud en etapas posteriores de la vida, aumentando el riesgo de morbilidad y fragilidad ⁽¹⁴⁾. Las deficiencias alimentarias en la primera infancia también limitan el desarrollo cognitivo, afectando la memoria, el lenguaje y las habilidades necesarias para el aprendizaje, lo que incrementa la probabilidad de bajo rendimiento escolar ⁽¹⁵⁾.

En el ámbito económico, se ha estimado que la desnutrición infantil genera pérdidas sustanciales en productividad futura y mayores gastos en servicios de salud, lo que impacta negativamente en el desarrollo social y económico del país ⁽¹⁶⁾. Las consecuencias sobre el capital humano incluyen un mayor riesgo de perpetuar ciclos de pobreza, ya que la desnutrición crónica condiciona las oportunidades educativas y laborales durante la adolescencia y la adultez ⁽¹⁷⁾. Los organismos internacionales recomiendan implementar intervenciones que prioricen la nutrición infantil en los primeros años de vida, dado que este tipo de acciones produce una alta rentabilidad social y mejora la salud futura de la población ⁽¹⁸⁾.

También se propone fortalecer las políticas orientadas a mejorar la calidad de la dieta infantil mediante estrategias culturalmente pertinentes, sostenibles y basadas en evidencia, articuladas con los servicios de salud locales ⁽¹⁹⁾. A nivel nacional, los reportes más recientes evidencian que la desnutrición crónica continúa concentrándose en los hogares más pobres, por lo que resulta necesario describir los hábitos alimentarios específicos de las familias atendidas en el Centro de Salud Amarilis para diseñar intervenciones educativas más efectivas y focalizadas ⁽²⁰⁾.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es el nivel de hábitos alimenticios en las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

Pe1: ¿Cuáles son las Características sociodemográficas de las madres en las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025?

Pe2: ¿Cuáles son las Características biológicas y nutricionales de los niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025?

Pe3: ¿Cuál es el nivel de la variedad y calidad de la dieta familiar en las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025?

Pe4: ¿Cuál es el nivel de la frecuencia y regularidad de las comidas en las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025?

Pe5: ¿Cuál es el nivel de las prácticas adecuadas de alimentación infantil en las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025?

Pe6: ¿Cuál es el nivel de la higiene en la preparación y conservación de alimentos en las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025?

Pe7: ¿Cuál es el nivel del consumo de alimentos no nutritivos en las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025?

Pe8: ¿Cuáles son las categorías globales de los hábitos alimenticios según los indicadores nutricionales en las familias con niños

menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de hábitos alimenticios en las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OE₁: Describir las características sociodemográficas de las madres en las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025

OE₂: Describir las características biológicas y nutricionales de los niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025

OE₃: Describir el nivel de la variedad y calidad de la dieta familiar en las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025.

OE₄: Describir el nivel de la frecuencia y regularidad de las comidas en las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025.

OE₅: Describir el nivel de las prácticas adecuadas de alimentación infantil en las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025.

OE₆: Describir el nivel de la higiene en la preparación y conservación de alimentos en las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025.

OE7: Describir el nivel del consumo de alimentos no nutritivos en las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025.

OE8: Describir las categorías globales de los hábitos alimenticios según los indicadores nutricionales en las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

La presente investigación se justificó teóricamente porque permitió profundizar en la comprensión de los hábitos alimenticios de las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica, aspecto que no suele abordarse con detalle en los estudios que se centran solo en prevalencias o factores biomédicos. Al analizar de manera estructurada dimensiones como la variedad y calidad de la dieta, la frecuencia de las comidas, las prácticas de alimentación infantil, la higiene de los alimentos y el consumo de productos no nutritivos, el estudio aportó información empírica útil para ampliar el marco conceptual sobre prácticas alimentarias familiares en contextos de vulnerabilidad. Además, el trabajo se alineó con la línea de investigación en Salud Pública de la Universidad de Huánuco al vincular los hábitos alimenticios con determinantes sociales y comunitarios, y se apoyó en referentes teóricos como el modelo ecológico del desarrollo humano (que permite entender al niño dentro de su entorno familiar y comunitario) y una teoría de enfermería centrada en el cuidado y el autocuidado familiar. De este modo, la investigación contribuyó a generar evidencia local que puede servir de base para futuras investigaciones correlacionales o de intervención que busquen explicar o modificar estas prácticas.

1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

Desde el punto de vista práctico, la investigación se justificó porque brindó información concreta y actualizada sobre cómo se estaban

alimentando los niños con desnutrición crónica en las familias atendidas en el Centro de Salud Amarilis. Conocer el nivel de los hábitos alimenticios en cada dimensión permitió identificar con mayor precisión en qué aspectos se requería reforzar la educación nutricional y la consejería de enfermería (por ejemplo, en mejorar la diversidad de la dieta, regularizar los tiempos de comida o reducir el consumo de alimentos no nutritivos). Los resultados se constituyeron en una herramienta útil para el equipo de salud, ya que orientaron el diseño de sesiones educativas, visitas domiciliarias y materiales didácticos adaptados a la realidad de las familias con niños desnutridos. Asimismo, la información generada puede apoyar la toma de decisiones de la estrategia de nutrición y alimentación saludable de la Red de Salud Huánuco, al ofrecer un diagnóstico específico de las prácticas alimentarias de una población prioritaria, con potencial para ser incorporado en planes, programas y actividades de mejora continua en el primer nivel de atención.

1.4.3. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Metodológicamente, el estudio se justificó porque empleó un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal adecuado para medir con objetividad el nivel de hábitos alimenticios en las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica. La construcción y aplicación de un instrumento estructurado por dimensiones permitió obtener datos comparables y sistemáticos, que facilitaron la clasificación de las prácticas alimentarias en niveles definidos, de acuerdo con criterios previamente operacionalizados. Este procedimiento fortaleció la validez interna del estudio y generó un referente metodológico que puede ser utilizado o adaptado por futuros tesis de enfermería interesados en evaluar hábitos alimentarios u otras prácticas de cuidado en el hogar. Además, el uso de técnicas estadísticas descriptivas claras y replicables contribuyó a que la investigación pueda ser tomada como modelo de diseño y análisis dentro del Programa Académico de Enfermería, especialmente para estudios que busquen caracterizar conductas de salud en poblaciones específicas.

1.4.4. JUSTIFICACIÓN SOCIAL

Social y contextualmente, la investigación se justificó porque se centró en una población especialmente vulnerable: familias con niños pequeños que ya presentan desnutrición crónica en un entorno con conocidas brechas socioeconómicas como Huánuco. Indagar en los hábitos y prácticas alimentarias de estos hogares permitió visibilizar aspectos de la vida cotidiana que favorecen o dificultan el acceso de los niños a una alimentación adecuada, más allá de las cifras globales de desnutrición. La pertinencia del estudio radicó en que sus resultados pueden contribuir a fortalecer las acciones de promoción de la salud y prevención de la desnutrición desde el propio contexto comunitario, respetando las características culturales y las limitaciones reales de las familias. Al aportar evidencia local, la investigación favoreció la formulación de intervenciones más pertinentes y equitativas, orientadas a mejorar el bienestar de los niños y a reducir el impacto intergeneracional de la desnutrición crónica en la comunidad atendida por el Centro de Salud Amarilis.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio presentó limitaciones teóricas, metodológicas, personales, espaciales y temporales, que fueron abordadas de manera planificada. A nivel teórico, la escasez de investigaciones locales y el acceso restringido a bases de datos de pago se compensaron revisando repositorios nacionales, tesis y literatura de libre acceso, adaptando referentes internacionales al contexto de Huánuco. Metodológicamente, la disponibilidad variable de las familias y los horarios de atención se manejaron mediante muestreo por conveniencia, coordinación previa con el Centro de Salud Amarilis y aplicación del cuestionario en tiempos pactados, luego de su validación y prueba piloto.

En el plano personal, las limitaciones de tiempo y recursos económicos del tesista se mitigaron con un cronograma ajustado, el uso de software institucional y herramientas gratuitas, y el acompañamiento cercano del asesor. En cuanto al espacio, el trabajo se centró en un solo establecimiento, por lo que los resultados se asumieron de alcance local y referencial.

Finalmente, las restricciones del calendario académico se enfrentaron con una programación intensiva de la recolección de datos, procurando no comprometer la calidad ni la completitud de la información obtenida.

1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación fue viable porque contó con condiciones favorables en población, tiempo y recursos. En primer lugar, la población objetivo del Centro de Salud Amarilis estuvo conformada por un número suficiente de familias con niños menores de cinco años con diagnóstico de desnutrición crónica, lo que permitió seleccionar una muestra adecuada para un estudio cuantitativo descriptivo sin comprometer la potencia del análisis. En cuanto al tiempo, se elaboró y cumplió un cronograma ajustado al calendario académico de la Universidad de Huánuco y a la disponibilidad semanal del tesista, programando la recolección de datos en coordinación con el establecimiento de salud y en periodos de menor carga laboral y estudiantil. Desde el aspecto financiero, el estudio fue autofinanciado con gastos moderados, utilizando recursos gratuitos o institucionales (bibliografía, aulas, equipos de cómputo, impresiones básicas) y traslados de bajo costo dada la cercanía del centro de salud al domicilio del tesista. Metodológicamente, la viabilidad estuvo respaldada por el acompañamiento permanente de un asesor con experiencia en investigación, el acceso a literatura científica en repositorios de libre acceso y el uso de instrumentos validados y procesados con software disponible (SPSS y Excel). Finalmente, en términos de recursos humanos, la autorización de la jefatura del Centro de Salud Amarilis y la colaboración del personal de salud facilitaron el contacto con las familias, garantizando la ejecución ordenada y completa del trabajo de campo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL

En España, 2024, Ortega-Ramírez et al. ⁽²⁴⁾ publicaron el estudio “Early feeding practices and eating behaviour in preschool children: The CORALS cohort”, con el propósito de evaluar si la duración de la lactancia materna y el método de inicio de la alimentación complementaria condicionan el comportamiento alimentario en preescolares de 3 a 6 años. Emplearon un análisis transversal sobre una cohorte de 1 215 niños participantes en un estudio longitudinal más amplio, midiendo mediante el cuestionario validado Child Eating Behaviour Questionnaire (CEBQ) variables como “disfrute por la comida” (EF) y “comportamiento quisquilloso/con rechazo” (FF). Los resultados evidenciaron que los niños que fueron amamantados por al menos 4 meses tenían menor probabilidad de presentar conducta alimentaria quisquillosa (OR 0,86; $p = 0,031$), y aquellos que iniciaron alimentación complementaria con métodos responsivos (baby-led weaning o mixto) mostraron mayor disfrute por la comida y menor rechazo. Concluyeron que las prácticas tempranas de alimentación influyen en la formación de hábitos alimentarios positivos en la edad preescolar. El aporte de este estudio a la presente investigación radica en que demuestra cómo las decisiones de alimentación desde los primeros meses de vida pueden modificar comportamientos alimentarios futuros, lo que resulta directamente relevante para analizar la dimensión “forma de administración / diversidad dietética” en familias con niños con desnutrición crónica.

En Chile, 2023, Herrán et al. ⁽²¹⁾, en su investigación titulada “Hábitos de alimentación infantil y su relación con las prácticas y conocimientos nutricionales parentales”, analizaron cómo las rutinas alimentarias de los cuidadores se relacionan con la calidad de la dieta infantil en estudiantes de instituciones públicas. Su metodología

consistió en un estudio cuantitativo, transversal y correlacional, aplicado a 1 162 padres o cuidadores mediante cuestionarios validados sobre prácticas alimentarias, estilos de crianza y conocimiento nutricional. Sus resultados muestran que la alta ingesta de ultraprocesados y la baja frecuencia de frutas y verduras son prácticas comunes, y que los estilos parentales responsivos favorecen mejores hábitos alimentarios, mientras que las prácticas autoritarias o permisivas incrementan el consumo de alimentos no saludables. Concluyeron que la práctica alimentaria real del cuidador tiene mayor impacto que su nivel de conocimiento teórico, influyendo directamente en la calidad de la dieta infantil. El aporte de esta investigación al presente estudio radica en demostrar que las decisiones y rutinas familiares son determinantes directos del estado nutricional, reforzando la importancia de caracterizar los hábitos alimenticios en familias con niños con desnutrición crónica. Este antecedente guarda relación directa con la dimensión de prácticas alimentarias del hogar.

En Colombia, 2023, Acosta et al. ⁽²³⁾, en su trabajo titulado “Prácticas dietéticas y estado nutricional de niños atendidos en un programa de madres sustitutas” (Dietary practices and nutritional status of children served in a surrogate mothers’ social program), examinaron la relación entre hábitos dietéticos y estado nutricional infantil en el programa Aldeas Infantiles SOS. Se utilizó un diseño transversal con 139 niños de 0 a 5 años, evaluando indicadores peso/talla y talla/edad según OMS, niveles de hemoglobina y un cuestionario validado de prácticas alimentarias. Los resultados muestran que el consumo frecuente de bebidas azucaradas, snacks y el hábito de ver televisión durante las comidas incrementan la probabilidad de talla baja y bajo peso, mientras que contar con normas alimentarias en el hogar reduce el riesgo de retraso en talla. Concluyeron que las prácticas del hogar influyen directamente en los indicadores nutricionales, independientemente del apoyo institucional. El aporte de este antecedente reside en demostrar que los patrones alimentarios familiares pueden perpetuar o corregir la desnutrición, reforzando la pertinencia de estudiar hábitos alimenticios

en familias atendidas en un establecimiento de salud. Este antecedente se relaciona con la dimensión prácticas del entorno familiar durante las comidas.

En Argentina, 2023, Zapata et al. ⁽²⁵⁾ realizaron el estudio “Ultra-processed foods consumption and diet quality among preschool children and women of reproductive age from Argentina”, con el fin de evaluar la asociación entre el consumo de alimentos ultraprocesados (UPF) y la calidad de la dieta en preescolares de 2 a 5 años. Utilizaron un diseño transversal poblacional representativo, con 7022 niños incluidos, clasificando los alimentos según el sistema NOVA, y aplicando regresión lineal para determinar la relación entre proporción de UPF en la dieta y consumo de frutas, verduras, legumbres, cereales integrales y nutrientes protectores. Encontraron que los UPF representaban alrededor del 27% de la ingesta energética en niños, y que su mayor consumo se asociaba con menor ingesta de alimentos saludables y mayor aporte de nutrientes relacionados con enfermedades crónicas. Concluyeron que una alta dependencia de UPF deteriora la calidad dietética infantil. Este antecedente contribuye a la presente investigación al poner en evidencia que el consumo frecuente de alimentos ultraprocesados puede desplazar dietas nutritivas, lo que debe considerarse en la dimensión “calidad de la dieta / densidad nutricional” en familias con niños desnutridos crónicos.

En México, 2022, Rivera et al. ⁽²²⁾, en su estudio denominado “Prácticas de alimentación infantil de cuidadores principales, conducta alimentaria y estado nutricional de preescolares”, evaluaron la asociación entre el comportamiento alimentario, las prácticas de alimentación de cuidadores y el estado nutricional de niños en edad preescolar. La investigación empleó un diseño cuantitativo transversal, con una muestra de 249 preescolares, midiendo IMC, porcentaje de grasa corporal y prácticas alimentarias mediante instrumentos estandarizados. Sus resultados señalan que el IMC infantil se relaciona con la preocupación del cuidador por el peso del niño y que las prácticas restrictivas o permisivas se asocian con mayor probabilidad de exceso

de peso o alteraciones alimentarias. Concluyeron que las prácticas de alimentación del cuidador influyen directamente en el estado nutricional, incluso más que las características socioeconómicas. El aporte para el presente estudio radica en evidenciar que las prácticas familiares pueden explicar variaciones en indicadores antropométricos, lo que subraya la importancia de evaluar hábitos alimentarios en familias con niños con desnutrición crónica. Este antecedente se relaciona con la dimensión frecuencia y tipo de alimentos consumidos.

En Polonia, 2022, Masztalerz-Kozubek et al. ⁽²⁶⁾ llevaron a cabo el estudio “Early feeding factors and eating behaviors among toddlers”, cuyo objetivo fue identificar asociaciones entre factores tempranos de alimentación (lactancia, inicio y tipo de alimentación complementaria, entorno durante comidas) y conductas alimentarias en niños de 1 a 3 años. Se empleó un diseño transversal mediante encuesta en línea, con 467 madres de niños pequeños. Los resultados mostraron que ciertos factores de alimentación precoz —como ofrecer líquidos en biberón, comenzar complementación con alimentación no responsiva o inconsistente— se asociaron con mayor probabilidad de conductas alimentarias problemáticas: rechazo de alimentos, selectividad, ansiedad al comer. Concluyeron que los primeros meses de alimentación y el entorno durante las comidas condicionan comportamientos alimentarios en la infancia temprana. El aporte de este antecedente a la tesis reside en subrayar que la forma de administración y las rutinas de alimentación familiar desde edades muy tempranas pueden influir en la aceptación o rechazo de alimentos, lo cual es relevante al analizar la dimensión “aceptabilidad y tolerancia” de la dieta en niños con desnutrición crónica.

2.1.2. A NIVEL NACIONAL

En Perú, 2025, Morales-Cahuancama et al. ⁽²⁷⁾, en su estudio titulado “Factores asociados a la desnutrición crónica infantil durante los primeros 12 meses de vida en niños de una cohorte peruana”, analizaron los determinantes tempranos del retraso en talla a partir del seguimiento de una cohorte de recién nacidos hasta cumplir un año de edad.

Realizaron un estudio longitudinal, evaluando variables como lactancia materna, prácticas de alimentación complementaria, diversidad dietética, episodios de enfermedad y características maternas y del hogar. Sus resultados mostraron que la introducción tardía o inadecuada de alimentos complementarios, la baja diversidad de la dieta, la falta de consumo de alimentos fuente de hierro, y el escaso número de comidas apropiadas por edad incrementaron significativamente el riesgo de desnutrición crónica al primer año de vida. Concluyeron que las prácticas de alimentación familiar durante los primeros meses son determinantes críticos para el crecimiento infantil y que las intervenciones deben priorizar el acompañamiento nutricional dirigido a las madres. El aporte de esta investigación a la presente tesis radica en demostrar que la calidad de los hábitos alimenticios y la organización de la alimentación en el hogar son factores predictivos tempranos de la desnutrición crónica, reforzando la necesidad de evaluar estas prácticas en familias con niños menores de cinco años atendidos en el Centro de Salud Amarilis. Este antecedente guarda relación directa con la dimensión frecuencia, calidad y diversidad de la dieta infantil.

En Perú, 2024, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) ⁽²⁸⁾, mediante el informe “Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2024. Resumen Perú”, presentó los indicadores nutricionales más recientes del país. Se empleó un diseño poblacional probabilístico, evaluando diversidad alimentaria, frecuencia mínima aceptable de comidas y estado nutricional infantil. Los resultados revelaron que la desnutrición crónica continúa concentrándose en los quintiles de mayor pobreza y en departamentos andinos, donde la diversidad mínima aceptable de la dieta infantil y el consumo de alimentos frescos son insuficientes. Concluyeron que la dieta inadecuada y la insuficiente frecuencia de comidas son factores claves del retraso en talla. Su aporte radica en contextualizar el problema con evidencia reciente, reafirmando que las prácticas alimentarias del hogar son un determinante nacional prioritario, lo cual sustenta la necesidad de describir los hábitos alimenticios en familias atendidas en Amarilis.

En Perú, 2019, Rojas-Guerrero et al. ⁽²⁹⁾, en su estudio titulado “Prácticas maternas de alimentación en niños de 6 a 24 meses atendidos en establecimientos de salud de Lima e Iquitos”, analizaron las prácticas de alimentación complementaria en dos contextos urbanos con diferentes características socio-culturales. Desarrollaron un estudio observacional, descriptivo y transversal en 319 madres de niños de 6 a 24 meses, atendidos en un centro de salud de Lima y otro de Iquitos, evaluando indicadores de la OMS como lactancia materna exclusiva, oportunidad de inicio de la alimentación complementaria, diversidad alimentaria mínima, dieta mínima aceptable y consumo de multimicronutrientes. Sus resultados mostraron diferencias significativas entre ambas ciudades, observándose en Lima mayor incumplimiento de lactancia materna exclusiva y menor consumo de multimicronutrientes, mientras que en Iquitos fue más frecuente el incumplimiento de la dieta mínima aceptable. Concluyeron que las prácticas maternas de alimentación complementaria varían según el contexto de residencia y que estas diferencias pueden influir en el riesgo nutricional de los niños. El aporte de esta investigación a la presente tesis radica en evidenciar que las prácticas de alimentación que las madres aplican en el hogar — en términos de oportunidad, diversidad y adecuación de la dieta— son determinantes para la calidad de la alimentación infantil, lo que respalda la importancia de describir los hábitos alimenticios de las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis.

2.1.3. A NIVEL LOCAL

En Huánuco, 2023, Granizo ⁽³⁰⁾, en su tesis titulada “Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en niños menores de dos años del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2023”, analizó la relación entre el momento de introducción de la alimentación complementaria y el estado nutricional infantil. Su metodología correspondió a un estudio cuantitativo, analítico, observacional y transversal de diseño relacional, aplicado a 179 niños mediante un

cuestionario estructurado y una ficha de valoración antropométrica. Los resultados evidenciaron que el 24% de niños inició la alimentación complementaria de manera tardía, lo que se asoció significativamente con un estado nutricional inadecuado ($p = 0,000$). Además, se demostraron asociaciones estadísticas entre inicio tardío de la alimentación y los indicadores peso/edad, talla/edad y peso/talla. Concluyó que la oportunidad del inicio de la alimentación complementaria influye directamente en la condición nutricional durante los primeros dos años de vida. El aporte de este antecedente al presente estudio radica en mostrar que las prácticas alimentarias del hogar —incluida la oportunidad y organización de la alimentación infantil— tienen un impacto directo en la desnutrición, reforzando la pertinencia de evaluar los hábitos alimenticios de familias con niños con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis. Este antecedente se relaciona directamente con la dimensión frecuencia y organización de la alimentación infantil.

En Huánuco, 2024, Amancio ⁽³¹⁾, en su estudio titulado “El Programa Articulado Nutricional y la desnutrición infantil en la región Huánuco, Perú”, analizaron la relación entre la implementación presupuestal del programa estatal de nutrición (PAN) y la desnutrición crónica infantil en una micro red de salud del distrito de Panao, provincia de Pachitea — región Huánuco. Utilizaron un diseño correlacional no experimental con datos secundarios de la autoridad sanitaria regional (DIRESA–Huánuco) para el período 2018–2021. Los resultados mostraron una correlación negativa significativa ($r = - 0,74$) entre la ejecución del PAN y la prevalencia de desnutrición crónica infantil, lo que indica que una mejor gestión del programa se asocia con menores tasas de desnutrición. Concluyeron que la ejecución efectiva del PAN puede contribuir a reducir la desnutrición crónica en contextos vulnerables. El aporte de este antecedente para la tesis radica en evidenciar que las intervenciones institucionales influyen en el estado nutricional infantil, pero también sugiere que la evaluación de hábitos alimenticios familiares —como complemento de las políticas públicas— es necesaria para

comprender por qué, en algunos casos, la desnutrición persiste. Este antecedente se vincula con la dimensión contexto institucional y accesibilidad alimentaria.

En Huánuco, 2019, Alvarez-Ortega et al. ⁽³²⁾, en su estudio titulado “Desnutrición infantil: una mirada desde diversos factores en niños menores de 3 años en la provincia de Huánuco”, investigaron los factores asociados a la prevalencia de desnutrición entre menores de tres años. El estudio adoptó un diseño observacional, analítico y correlacional, con una muestra de 234 niños; se aplicó ficha de valoración antropométrica y cuestionario a sus madres para identificar factores sociodemográficos, económicos, ambientales y de prácticas alimentarias. Sus resultados indicaron que variables como la deficiente calidad en servicios materno-infantiles, condiciones económicas adversas, y cambios en las prácticas agrícolas locales aumentaban la probabilidad de desnutrición. Concluyeron que la desnutrición infantil en la zona responde a una combinación multicausal, entre ellas las limitaciones en la oferta y acceso a alimentos nutritivos. El aporte para la presente tesis radica en mostrar que, en el contexto local, los determinantes estructurales y ambientales influyen en la alimentación familiar y en la nutrición infantil, lo que subraya la necesidad de describir detalladamente los hábitos alimenticios en familias de zonas con alta vulnerabilidad. Este antecedente se conecta con las dimensiones de disponibilidad de alimentos, contexto socioeconómico y acceso a servicios de salud.

En Huánuco, 2017, Orosco ⁽³³⁾, en su investigación titulada “hábitos alimentarios en familias con niños en desnutrición crónica del distrito de Churubamba – Huánuco 2016”, desarrolló un estudio de nivel descriptivo, observacional, prospectivo y transversal, aplicado a 60 niños de 1 a 2 años con desnutrición crónica y a sus madres, utilizando una encuesta sociodemográfica y un cuestionario específico sobre hábitos alimentarios familiares. Sus resultados muestran que predominaron hábitos alimentarios inadecuados en las familias, con una proporción importante de madres que presentaban cuidado nutricional, cuidado de la salud y cuidado afectivo–emocional catalogados como inadecuados,

hallándose diferencias estadísticamente significativas entre las categorías de las dimensiones analizadas. La autora concluyó que una parte considerable de las madres mantiene prácticas alimentarias y de cuidado que no favorecen la recuperación nutricional de los niños con desnutrición crónica, perpetuando el riesgo de retraso en talla. El aporte de esta investigación al presente estudio radica en que describe directamente los hábitos alimentarios de familias con niños en desnutrición crónica en un distrito de Huánuco, evidenciando la presencia de patrones inadecuados similares a los que se pretende caracterizar en el ámbito del Centro de Salud Amarilis. Este antecedente guarda relación directa con la variable hábitos alimenticios y sus dimensiones de cuidado nutricional y organización familiar de la alimentación.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA PENDER

Nola Pender ⁽³⁴⁾ sostiene que las conductas saludables se construyen a partir de experiencias previas, características personales, beneficios percibidos, barreras identificadas, autoeficacia e influencias familiares o sociales. En el presente estudio, este modelo permite comprender que los hábitos alimenticios de las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica no dependen únicamente del acceso a alimentos, sino también de las prácticas aprendidas en el hogar, la orientación recibida por el personal de salud y la disposición familiar para modificar conductas alimentarias. Desde esta perspectiva, la enfermería cumple un rol educativo y preventivo al promover decisiones alimentarias más saludables, fortalecer la consejería nutricional y acompañar a las familias en la adopción de prácticas que favorezcan el crecimiento infantil.

2.2.2. TEORÍA ECOLÓGICA DEL DESARROLLO HUMANO – BRONFENBRENNER

La Teoría Ecológica del Desarrollo Humano, propuesta por Urie Bronfenbrenner en 1979, sostiene que la conducta y el desarrollo infantil

están determinados por la interacción dinámica entre el niño y los sistemas ecológicos que lo rodean: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema. Esta teoría explica que las prácticas de alimentación en los hogares no son solo decisiones individuales de la madre, sino el resultado de influencias familiares, culturales, económicas y comunitarias que operan simultáneamente. Su aporte central es comprender los hábitos alimentarios familiares como conductas multicausales, moduladas tanto por la disponibilidad de alimentos como por creencias, estilos de crianza y condiciones estructurales. En el contexto de la presente investigación, esta teoría permite sustentar que los hábitos alimenticios que reciben los niños con desnutrición crónica se originan en dinámicas internas del hogar, pero también en factores externos como pobreza, acceso a servicios e información nutricional ⁽³⁵⁾.

Entre sus postulados principales, la teoría destaca que el microsistema —la familia y sus prácticas alimentarias diarias— constituye el nivel donde se forman los patrones de consumo, mientras que el mesosistema incluye la interacción entre familia, servicios de salud y comunidad, influyendo en la adopción o mantenimiento de prácticas adecuadas de alimentación infantil. El exosistema determina la accesibilidad a alimentos nutritivos, programas de nutrición y oportunidades educativas, y el macrosistema incorpora creencias culturales sobre la alimentación del niño. Para esta investigación, estos postulados explican cómo las dimensiones estudiadas (variedad de la dieta, frecuencia de comidas, higiene y consumo de alimentos no nutritivos) emergen de condiciones ecológicas interactuantes. De acuerdo con Hernández Sampieri, una teoría es base cuando permite explicar y predecir el fenómeno estudiado, y Bronfenbrenner ofrece un marco sólido para orientar la formulación de objetivos e interpretar los resultados.

2.2.3. TEORÍA SOCIAL COGNITIVA – ALBERT BANDURA

La Teoría Social Cognitiva, desarrollada por Albert Bandura en 1986, plantea que la conducta humana se aprende y modifica a través

de la observación, la experiencia y la interacción social, en un proceso denominado determinismo recíproco. Según esta teoría, los hábitos alimentarios de los niños se forman principalmente por la influencia directa del comportamiento de los cuidadores, la disponibilidad de alimentos en el hogar y las prácticas alimentarias modeladas durante la convivencia diaria. Asimismo, factores como la autoeficacia materna, las creencias sobre alimentación infantil y las expectativas de resultados influyen en la adopción de prácticas adecuadas o inadecuadas. En el presente estudio, esta teoría aporta un sustento claro para explicar cómo las madres estructuran rutinas de alimentación, qué alimentos eligen y cómo responden a las necesidades del niño, especialmente en contextos donde existe desnutrición crónica ⁽³⁶⁾.

Entre sus postulados, Bandura destaca el aprendizaje observacional, la autorregulación y la autoeficacia, los cuales permiten entender cómo los cuidadores adoptan prácticas alimentarias basadas en modelos familiares, experiencias previas o indicaciones sanitarias. La teoría también subraya que las conductas persisten cuando se refuerzan mediante recompensas sociales o emocionales, lo que explica por qué ciertas familias mantienen prácticas alimentarias inadecuadas aun con conocimiento nutricional. Para este estudio, la teoría Social Cognitiva fundamenta la importancia de evaluar dimensiones como frecuencia, calidad de la dieta, uso de alimentos no nutritivos y prácticas de higiene, al señalar que estas conductas se sustentan en procesos de aprendizaje y creencias internalizadas. Una teoría es base cuando sustenta las dimensiones de la variable; en este caso, Bandura explica los mecanismos que originan y mantienen los hábitos alimentarios familiares.

La Teoría Ecológica permite comprender que los hábitos alimenticios familiares no son únicamente prácticas individuales, sino el resultado de múltiples sistemas que condicionan la diversidad, calidad y frecuencia de los alimentos ofrecidos al niño. Esto sustenta la operacionalización multidimensional de la variable “hábitos alimenticios”,

ya que explica los factores estructurales que perpetúan la desnutrición crónica.

Contento ⁽³⁷⁾, indica que las prácticas alimentarias del hogar dependen del aprendizaje social y de los modelos disponibles, por lo tanto, se confirma que los cuidadores influyen en la formación de hábitos.

Por su parte, la Teoría Social Cognitiva se articula directamente con las conductas alimentarias observables, fundamentando por qué los cuidadores adoptan o mantienen prácticas inadecuadas, lo cual apoya la elaboración de objetivos y la interpretación de los resultados. Ambas teorías juntas permiten explicar el fenómeno desde un enfoque multinivel (Bronfenbrenner) y conductual (Bandura), garantizando el soporte teórico necesario para el análisis de la variable central del estudio.

2.3. BASES CONCEPTUALES

2.3.1. HÁBITOS ALIMENTICIOS

Los hábitos alimenticios constituyen un conjunto de prácticas, decisiones y patrones conductuales que una familia adopta de manera cotidiana para seleccionar, preparar y ofrecer alimentos a un niño. Desde un enfoque de salud pública, estos hábitos se configuran por factores biológicos, culturales, económicos y ambientales que influyen en la calidad de la dieta y en la oportunidad con que se satisfacen los requerimientos nutricionales infantiles. Diversos organismos, como la Organización Mundial de la Salud, destacan que los hábitos alimentarios adquiridos en los primeros años de vida condicionan el crecimiento, el riesgo de desnutrición crónica y la futura relación del niño con los alimentos ⁽³⁸⁾. Para efectos de investigación, los hábitos alimenticios se analizan como una conducta observable y mensurable, compuesta por dimensiones que permiten evaluar la suficiencia y calidad de la alimentación diaria. En esta tesis, este concepto constituye la variable principal, y se relaciona con los patrones que sostienen o protegen el estado nutricional del niño menor de cinco años.

Los hábitos alimenticios también se describen como un fenómeno social aprendido, donde la familia actúa como principal mediadora del comportamiento alimentario infantil. La literatura señala que la disponibilidad de alimentos, las creencias sobre alimentación, el conocimiento nutricional de la madre y las rutinas del hogar influyen directamente en la conformación de patrones saludables o inadecuados ⁽³⁹⁾. Su estudio permite identificar prácticas que pueden contribuir a la desnutrición crónica, como dietas monótonas, baja diversidad alimentaria o frecuencia insuficiente de comidas. Por ello, este concepto se operacionaliza en dimensiones específicas que permiten su medición: variedad y calidad de la dieta, frecuencia de comidas, prácticas de alimentación infantil, higiene de manipulación de alimentos y consumo de alimentos no nutritivos.

Dimensión 1: Variedad y calidad de la dieta

La variedad y calidad de la dieta se refiere al conjunto y diversidad de alimentos que recibe el niño, evaluando la inclusión adecuada de grupos alimentarios como frutas, verduras, cereales, menestras, lácteos y alimentos de origen animal. Organismos como la FAO y la OMS destacan que una dieta diversa favorece la provisión de micronutrientes esenciales —hierro, zinc, vitamina A y proteínas de alto valor biológico— necesarios para el crecimiento lineal y el desarrollo fisiológico ⁽⁴⁰⁾. En la práctica, una dieta limitada a pocos grupos alimentarios se asocia con mayor riesgo de talla baja y con menor densidad nutricional. Este concepto fundamenta indicadores como consumo de verduras, frutas frescas, proteínas de origen animal y alimentos ricos en micronutrientes.

La calidad dietética también implica evaluar la proporcionalidad y el balance entre alimentos nutritivos y preparaciones de bajo valor nutricional. Un patrón dietético adecuado favorece la prevención de desnutrición crónica al garantizar energía y nutrientes suficientes para el crecimiento infantil. Estudios nacionales como ENDES han demostrado que los niños con baja diversidad alimentaria presentan mayor probabilidad de retraso en talla, especialmente en contextos de

vulnerabilidad social ⁽⁴¹⁾. Esta dimensión es clave en la presente investigación, pues permite identificar prácticas que fortalecen o limitan el potencial de crecimiento del niño.

Dimensión 2: Frecuencia y regularidad de las comidas

La frecuencia de comidas se define como el número de veces que el niño recibe alimentos sólidos o semisólidos a lo largo del día, considerando además la regularidad con la que se cumplen los horarios. Las guías alimentarias del Ministerio de Salud del Perú recomiendan entre tres y cinco comidas diarias según la edad, más una o dos colaciones, con el fin de cubrir las necesidades energéticas del menor en crecimiento ⁽⁴²⁾. La evidencia indica que una frecuencia inadecuada —menos de tres comidas completas al día— puede limitar el crecimiento lineal y contribuir al desarrollo de desnutrición crónica, especialmente cuando la calidad de la dieta también es insuficiente.

La regularidad de las comidas también forma parte de esta dimensión, entendida como el mantenimiento de horarios estables que permiten una adecuada distribución de la ingesta energética. La literatura señala que la irregularidad en los horarios de alimentación se asocia con menor apetito, alteraciones metabólicas y dificultades para adquirir hábitos alimentarios saludables ⁽⁴³⁾. En esta investigación, la frecuencia y regularidad de comidas permite evaluar si los niños con desnutrición crónica reciben una oferta alimentaria suficiente y acorde a sus necesidades fisiológicas.

Dimensión 3: Prácticas de alimentación infantil

Las prácticas de alimentación infantil comprenden las acciones y decisiones que los cuidadores realizan durante el proceso de alimentación del niño, como quién ofrece los alimentos, cómo responde a las señales de hambre y saciedad, el tipo de interacción durante la comida y el modo en que se fomenta la aceptación de alimentos nuevos. La UNICEF señala que las prácticas responsivas —en las que la madre responde adecuadamente al ritmo y necesidades del niño— favorecen el crecimiento saludable y la prevención de desnutrición crónica ⁽⁴⁴⁾. Por

el contrario, prácticas coercitivas, permisivas o poco atentas pueden limitar la ingesta adecuada de nutrientes.

Estas prácticas también incluyen el uso de alimentos ultraprocesados, la presión para comer, la sustitución de comidas por líquidos o alimentos con bajo contenido nutricional, y el grado de involucramiento de la familia en la preparación de alimentos. La investigación científica ha demostrado que estas prácticas modulan la conducta alimentaria del niño y pueden influir directamente en su estado nutricional ⁽⁴⁵⁾. En esta tesis, la dimensión permite evaluar indicadores como interacciones durante las comidas, uso de alimentos no nutritivos y organización familiar del proceso alimentario.

Dimensión 4: Higiene en la preparación y manipulación de alimentos

La higiene alimentaria comprende las medidas que garantizan la inocuidad de los alimentos ofrecidos al niño, considerando el lavado de manos del cuidador, la limpieza de utensilios y superficies, el almacenamiento correcto y la adecuada cocción de los alimentos. La OMS describe que las fallas en estas prácticas incrementan el riesgo de infecciones gastrointestinales que pueden deteriorar el estado nutricional del niño y agravar la desnutrición crónica ⁽⁴⁶⁾. Por ello, esta dimensión es esencial en el análisis de factores que influyen en el crecimiento infantil.

Indicadores como lavado de manos, higiene de utensilios y manejo de agua segura permiten evaluar las condiciones en las que se preparan y consumen los alimentos en el hogar. La literatura científica demuestra que episodios recurrentes de diarrea asociados a prácticas deficientes de higiene pueden conducir a pérdida de peso, malabsorción de nutrientes y retraso en talla ⁽⁴⁷⁾. En esta investigación, esta dimensión contribuye a comprender cómo las condiciones higiénicas familiares influyen en la persistencia de la desnutrición crónica.

Dimensión 5: Consumo de alimentos no nutritivos

El consumo de alimentos no nutritivos se refiere a la oferta frecuente de productos industrializados como bebidas azucaradas, golosinas, frituras y snacks ultraprocesados, los cuales presentan alta densidad energética, pero bajo valor nutricional. La OPS advierte que este tipo de alimentos desplaza el consumo de alimentos saludables y reduce la ingesta de micronutrientes esenciales, afectando el crecimiento infantil ⁽⁴⁸⁾. En contextos de vulnerabilidad, estos productos suelen convertirse en sustitutos de comidas completas debido a su bajo costo y alta disponibilidad.

El efecto de estos productos incluye la reducción del apetito por alimentos nutritivos, la ingesta desequilibrada de carbohidratos simples y grasas saturadas, y la mayor probabilidad de que el niño experimente retraso en talla o malnutrición dual. En esta tesis, esta dimensión permite identificar si la presencia de alimentos no nutritivos en la dieta diaria del niño constituye una barrera para alcanzar un estado nutricional adecuado.

2.4. HIPÓTESIS

Dado que el estudio es de nivel descriptivo, no experimental y de corte transversal, no se formulan las hipótesis, lo cual es coherente con el enfoque metodológico adoptado.

2.5. VARIABLES

VARIABLE PRINCIPAL

Hábitos alimenticios en familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica.

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Valores	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento de medición
Hábitos alimenticios en familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica	Grado en que las familias brindan prácticas alimentarias adecuadas o inadecuadas al niño menor de cinco años con desnutrición crónica, considerando la variedad, frecuencia, prácticas de alimentación, higiene y consumo de alimentos no nutritivos. Evaluada mediante un cuestionario de 25 ítems distribuidos en cinco dimensiones.	1. Variedad y calidad de la dieta familiar	• Consumo de verduras • Consumo de frutas frescas • Ingesta de proteínas • Comidas balanceadas • Alimentos ricos en vitaminas y minerales.	Escala Likert (1–5) 1 = Nunca 2 = Rara vez 3 = A veces 4 = Casi siempre 5 = Siempre Interpretación: 20–25 = Adecuado 15–19 = Moderado 5–14 = Inadecuado	Cualitativa ordinal	Ordinal	Cuestionario de Hábitos Alimenticios
		2. Frecuencia y regularidad de las comidas	• Tres comidas diarias • Desayuno nutritivo • Horarios definidos • Refrigerios saludables • Evitar dormir sin cenar (ítem inverso)			Ordinal	Cuestionario de Hábitos Alimenticios
		3. Prácticas adecuadas de alimentación infantil	• Motivación para comer • Re ofrecimiento de alimentos • Supervisión • Refuerzo positivo • Porciones adecuadas			Ordinal	Cuestionario de Hábitos Alimenticios
		4. Higiene en la preparación y conservación de alimentos	• Lavado de manos • Lavado de alimentos • Uso de agua potable • Limpieza de utensilios • Conservación adecuada			Ordinal	Cuestionario de Hábitos Alimenticios

5. Consumo de alimentos no nutritivos (ítems inversos)	• Consumo de Golosinas • Ofrece Bebidas azucaradas • Consumo de Snacks fritos • Bebe Jugos artificiales • Reemplazo de comidas no nutritiva	Escala Likert (1–5) 1 = Siempre 2 = Casi siempre 3 = A veces 4 = Rara vez 5 = Nunca Interpretación: 20–25 = Adecuado 15–19 = Moderado 5–14 = Inadecuado	Ordinal	Cuestionario de Hábitos Alimenticios
--	---	---	---------	--------------------------------------

Variable de caracterización.

Variable	Definición operacional	Indicadores	Valores / Categorías	Tipo de variable	Escala de medición	Instrumento de medición
Edad de la madre	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la madre/cuidadora hasta la fecha de la entrevista.	• Edad cronológica expresada en grupos etarios.	19–28 años 29–34 años 35–40 años	Cuantitativa ordinal	Ordinal	Cuestionario
Estado civil	Condición legal o convivencial declarada por la madre/cuidadora al momento de la entrevista.	• Situación civil.	Soltera/separada Conviviente/casada Viuda	Cualitativa nominal	Nominal	Cuestionario
Grado de instrucción	Máximo nivel educativo alcanzado y aprobado por la madre/cuidadora.	• Nivel educativo formal.	Primaria Secundaria Superior	Cualitativa ordinal	Ordinal	Cuestionario
Ocupación principal	Actividad laboral o rol predominante desempeñado por la madre/cuidadora al momento de la recolección de datos.	• Tipo de ocupación.	Agricultora Ama de casa Trab. independiente Otro	Cualitativa nominal	Nominal	Cuestionario
Procedencia	Lugar habitual de residencia y socialización de la familia.	• Zona de residencia.	Rural Urbana	Cualitativa nominal	Nominal	Cuestionario
Número de hijos	Cantidad total de hijos vivos que tiene la madre/cuidadora.	• Total de hijos declarados.	1–2 hijos 3–4 hijos 5–6 hijos	Cuantitativa ordinal	Ordinal	Cuestionario

Edad del niño	Tiempo cumplido en meses por el niño menor de cinco años con diagnóstico de desnutrición crónica.	• Edad cronológica agrupada en meses.	12–23 meses 24–35 meses 36–59 meses	Cuantitativa ordinal	Ordinal	Cuestionario
Sexo del niño	Condición biológica que clasifica al niño como masculino o femenino.	• Sexo biológico.	Femenino Masculino	Cualitativa nominal	Nominal	Cuestionario
Estado nutricional Peso para la Edad (P/E)	Condición nutricional del niño según relación peso/edad evaluada con estándares OMS.	• Categoría P/E	Normal Riesgo de desnutrición Desnutrición moderada	Cualitativa nominal	Nominal	Cuestionario
Estado nutricional Peso para la Talla (P/T)	Condición nutricional del niño según relación peso/talla basada en tablas OMS.	• Categoría P/T	Normal Desnutrición aguda Desnutrición severa	Cualitativa ordinal	Ordinal	Cuestionario
Estado nutricional Talla para la Edad (T/E)	Estado de crecimiento del niño según relación talla/edad con curvas OMS.	• Categoría T/E	Talla baja moderada Talla baja severa	Cualitativa ordinal	Ordinal	Cuestionario

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio fue observacional, debido a que durante su ejecución no se manipuló ninguna de las condiciones propias de las familias ni las características nutricionales de los niños. La información se obtuvo tal como ocurrió en su contexto cotidiano dentro del Centro de Salud Amarilis, permitiendo registrar las prácticas alimentarias sin intervenir en ellas.

En relación con la temporalidad, la investigación fue prospectiva, ya que la recolección de datos se realizó directamente durante el año 2025, en el periodo previsto para el trabajo de campo, sin recurrir a información histórica o registros previos.

Asimismo, correspondió a un estudio transversal, pues las variables fueron medidas en un único momento, describiendo la situación existente sobre los hábitos alimenticios de las familias cuyos niños presentaban diagnóstico de desnutrición crónica. Esta medición puntual permitió analizar el comportamiento alimentario sin seguimiento longitudinal.

Por su finalidad, se trató de una investigación de nivel descriptivo simple, orientada exclusivamente a caracterizar las dimensiones del constructo “hábitos alimenticios” (variedad, frecuencia, prácticas de alimentación infantil, higiene y consumo de alimentos no nutritivos), sin establecer relaciones causales ni comparaciones analíticas entre grupos. La naturaleza descriptiva fue coherente con los objetivos planteados y con el propósito de comprender el perfil alimentario de la población estudiada.

3.1.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

El estudio adoptó un enfoque cuantitativo, dado que las variables de interés fueron medidas mediante instrumentos estructurados que utilizaron escalas ordinales y categóricas. Esta estrategia permitió transformar las respuestas en valores numéricos y analizarlas mediante procedimientos estadísticos descriptivos.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La investigación fue de alcance descriptivo, en tanto se centró en caracterizar los hábitos alimenticios a partir de sus cinco dimensiones operacionales. Este nivel permitió identificar la distribución, frecuencia y tendencias de las prácticas alimentarias de las familias, sin pretender establecer asociaciones entre variables ni evaluar efectos o predictores. La elección de este nivel respondió a la naturaleza del problema, que buscó comprender la manera en que se desarrollaban los hábitos alimentarios en un grupo específico de niños con desnutrición crónica atendidos en un establecimiento del primer nivel de atención.

3.1.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño empleado fue no experimental, porque las variables no fueron manipuladas y se limitaron a ser observadas tal como se presentaron en el entorno natural de las familias participantes. Dentro de esta categoría, se utilizó un diseño transversal descriptivo, debido a que la información se recopiló en un único periodo del año 2025 y su análisis tuvo como propósito describir las características de los hábitos alimentarios sin comparaciones longitudinales.

Este diseño resultó pertinente para investigaciones en salud pública que buscan conocer conductas o patrones alimentarios en una población específica, particularmente cuando se trabaja con niños con desnutrición crónica y sus familias, donde no se requiere intervención ni modificación de las condiciones habituales.

Diagrama o esquema:



Dónde:

n = Muestra (familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica)

O = Observación y medición de la variable “hábitos alimenticios”

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1 POBLACIÓN

La población estuvo constituida por todas las familias con niños menores de cinco años diagnosticados con desnutrición crónica (DC) y adscritas a la jurisdicción del Centro de Salud Amarilis, ubicado en la provincia de Huánuco. Durante la fase de revisión documental, el establecimiento reportó una base nominal de 205 niños registrados con DC en los sistemas locales; sin embargo, esta cifra fue considerada con cautela, debido a que se identificaron inconsistencias en la adscripción territorial y casos que no pertenecían realmente al ámbito jurisdiccional del establecimiento.

Adicionalmente, la propia tendencia decreciente de la desnutrición crónica en la región, en concordancia con las estadísticas sanitarias recientes, evidenció que la población accesible real era menor a lo reportado inicialmente, lo que limitó el número de familias disponibles para ser encuestadas durante el trabajo de campo.

Desde el punto de vista epidemiológico, el Centro de Salud Amarilis atiende a una población heterogénea, predominantemente urbana, pero también recibe usuarios procedentes de zonas periurbanas y asentamientos en expansión, donde persisten condiciones de vulnerabilidad alimentaria. Este contexto permitió desarrollar el estudio en un entorno representativo del primer nivel de atención y de la realidad local de crecimiento infantil.

a) Criterios de inclusión:

Se incluyeron a:

- Madres o cuidadoras de niños menores de cinco años con diagnóstico de desnutrición crónica registrado en CRED.
- Familias adscritas a la jurisdicción del Centro de Salud Amarilis.
- Participantes que aceptaron voluntariamente responder el cuestionario y firmaron el consentimiento informado.
- Niños cuyo registro antropométrico permitía calcular los indicadores P/E, P/T y T/E.

b) Criterios de exclusión:

Se excluyeron únicamente los casos donde no fue posible confirmar la adscripción jurisdiccional o cuando el niño no contaba con datos antropométricos recientes que permitieran validar el diagnóstico nutricional.

Ubicación espacial:

El estudio se desarrolló en el Centro de Salud Amarilis, establecimiento de primer nivel categorizado como I-3, perteneciente a la Microred Amarilis, en la provincia de Huánuco. La zona de intervención se caracteriza por presentar una mezcla de barrios urbanos consolidados y sectores periurbanos de reciente crecimiento, donde persisten desigualdades socioeconómicas que influyen en la dinámica alimentaria de las familias y en la persistencia de casos de desnutrición crónica.

Ubicación temporal:

La investigación se ejecutó durante el año 2025. La recolección de datos se realizó entre los meses de septiembre y octubre de 2025, tras un proceso de depuración de la base nominal que permitió identificar los casos realmente ubicados dentro del ámbito jurisdiccional. Este periodo fue adecuado para la captación de participantes, puesto que coincidió con la programación regular del seguimiento CRED, facilitando el acceso a las madres.

3.2.2 MUESTRA

- a) Unidad de análisis:** La unidad de análisis estuvo constituida por cada familia con un niño menor de cinco años diagnosticado con desnutrición crónica, adscrita al Centro de Salud Amarilis. Cada madre proporcionó información directa sobre las prácticas alimentarias del hogar y los datos antropométricos del niño, lo que permitió medir las dimensiones del instrumento de hábitos alimenticios.
- b) Marco muestral:** El marco muestral se formó a partir de la base nominal de 205 niños con diagnóstico de desnutrición crónica (DC)

registrados en los sistemas CRED y en la estadística local del Centro de Salud Amarilis. Sin embargo, durante la depuración de datos se identificaron tres problemas que redujeron el número real de casos elegibles:

- Inconsistencia de adscripción territorial: varios registros correspondían a familias que ya no residían en la jurisdicción o que pertenecían a otros establecimientos vecinos.
- Registros antropométricos desactualizados: un número importante no contaba con talla o peso reciente, lo que imposibilitaba confirmar el diagnóstico actual de DC.
- Duplicaciones y registros inactivos: algunos niños figuraban en la base, pero habían migrado, cambiado de Microred o no asistían al seguimiento CRED desde meses anteriores.

Tras esta verificación, el marco muestral efectivo se redujo a aproximadamente 118 casos válidos, que representaron la población accesible real para la investigación.

- c) **Población muestral:** La población muestral estuvo constituida por 80 familias, que fueron aquellas que: cumplían todos los criterios de inclusión, tenían un registro antropométrico verificable (P/E, P/T y T/E), y aceptaron participar durante el periodo de trabajo de campo. Las restantes familias del marco muestral no pudieron ser incluidas debido a: ausencia reiterada al momento de la visita domiciliar o contacto, domicilio inaccesible o no localizado, negativa voluntaria a participar, o imposibilidad de validar los datos del niño. La tasa de no participación esperada fue consistente con la realidad del primer nivel de atención, donde existe alta movilidad poblacional, especialmente en familias que migran temporalmente por trabajo y que no acuden regularmente a controles CRED.
- d) **Tipo de muestreo:** Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, debido a que la captación dependió exclusivamente de: la disponibilidad real de las familias, su ubicación territorial dentro de la jurisdicción, y la verificación del diagnóstico en CRED.

Este método fue adecuado para el diseño transversal descriptivo, ya que el propósito del estudio fue caracterizar los hábitos alimenticios en un grupo específico con condiciones nutricionales homogéneas, sin intención de estimar parámetros poblacionales generalizables mediante inferencia estadística compleja.

- e) **Tamaño de la muestra:** Aunque inicialmente se dispuso de una base con 205 casos reportados, la depuración redujo la población accesible real a aproximadamente 118 niños.

Para estudios descriptivos, la aplicación de fórmulas de tamaño muestral cuando la población es conocida. Utilizando la fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{N * Z_a^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_a^2 * p * q}$$

Donde:

N: 118 (tamaño poblacional)

n: Tamaño de la muestra

Z: 1,96 (nivel de confianza 95%)

p: 0,5 (proporción esperada)

q: 0,5 (proporción complementaria)

d: 0,05 (margen de error)

Reemplazando:

$$n = \frac{118 * (1,96)^2 * (0,5) * (0,5)}{(0,05)^2 * (118 - 1) + (1,96)^2 * (0,5) * (0,5)}$$

$$n = 90$$

No obstante, en campo solo fue posible encuestar a 80 familias, debido a alta movilidad de la población infantil, domicilios no localizados o vacíos al momento de la visita, inconsistencias en el diagnóstico registrado y en los datos antropométricos, negativa voluntaria de algunas madres o cuidadoras.

Aunque la cifra final fue ligeramente inferior a la estimada, los 80 casos representan el total real accesible y constituyen una muestra suficiente para cumplir los objetivos descriptivos definidos en el estudio, sin comprometer la validez interna del análisis.

3.3. RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para la recolección de datos.

a) Técnicas

La técnica utilizada fue la encuesta estructurada, aplicada mediante entrevista individual presencial a la madre del niño menor de cinco años con desnutrición crónica. Este método permitió recolectar información homogénea y estandarizada sobre las prácticas alimentarias del hogar, asegurando que todas las participantes respondieran bajo las mismas condiciones.

La modalidad de entrevista se justificó porque un número significativo de cuidadoras presentaba limitaciones de lectura, escaso manejo de formatos escritos o dificultades para interpretar escalas ordinales. La entrevista estructurada permitió garantizar la comprensión exacta de cada ítem, minimizar errores de interpretación y asegurar la validez del contenido. Cada aplicación tuvo una duración aproximada de 15 minutos, y fue realizada por la investigadora principal, quien aplicó un protocolo uniforme de lectura neutral y de respeto a la confidencialidad.

b) Instrumentos

Se emplearon dos instrumentos diferenciados, ambos derivados de la matriz de operacionalización y alineados con los objetivos del estudio: **Cuestionario de características sociodemográficas y antropométricas:** Permite recopilar información básica de la familia y del niño, incluyendo edad, procedencia, estado civil, nivel educativo, ocupación, número de hijos y datos antropométricos (peso, talla, P/E, P/T y T/E). Estos indicadores permitieron contextualizar adecuadamente la muestra y clasificar el estado nutricional según los parámetros establecidos por el CRED.

Cuestionario de hábitos alimenticios: Instrumento principal del estudio, conformado por 25 ítems distribuidos en cinco dimensiones operativas: Variedad y calidad de la dieta familiar, frecuencia y regularidad de las comidas, prácticas adecuadas de alimentación infantil, higiene en la preparación y conservación de alimentos, consumo de alimentos no nutritivos (ítems inversos).

Los ítems fueron valorados mediante una escala Likert de cinco categorías (Nunca–Siempre), lo que permitió transformar las respuestas en puntuaciones cuantificables por dimensión y a nivel global.

La aplicación se realizó de manera presencial mediante entrevista estructurada, asegurando privacidad, voluntariedad y comprensión total de las preguntas. El instrumento fue sometido a validación por juicio de expertos y presentó niveles óptimos de confiabilidad.

Tabla 1. Ficha técnica: Cuestionario de características sociodemográficas y datos antropométricos

Ítem	Descripción
Autor	Elaboración propia
Objetivo del instrumento	Recoger información sociodemográfica de la madre/cuidadora y los datos antropométricos del niño para caracterizar la muestra en el estudio.
Estructura del instrumento	Dos secciones: Total: 11 ítems 1.Datos sociodemográficos (6 ítems) y 2.Datos del niño/a (5 ítems).
Técnica de administración	Cuestionario estructurado con supervisión del encuestador; incluye verificación de datos en el registro CRED.
Momento de aplicación	Durante la primera fase de recolección de datos, antes de aplicar el cuestionario de hábitos alimenticios.
Tiempo de aplicación	Aproximadamente 5 minutos por participante.
Medición del instrumento general	Recoge variables nominales, ordinales y de razón; no genera puntaje.
Medición por dimensiones	Dimensión I: Datos sociodemográficos. Dimensión II: Características del niño. Dimensión III: Indicadores antropométricos (P/E, P/T, T/E).

Tabla 2. Ficha técnica: Cuestionario de Hábitos Alimenticios para familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica

Ítem	Descripción
Autora	Elaboración propia.
Objetivo del instrumento	Evaluar la frecuencia y calidad de las prácticas alimentarias familiares mediante cinco dimensiones: variedad, frecuencia de comidas, prácticas de alimentación infantil, higiene y consumo de alimentos no nutritivos.
Estructura del instrumento	25 ítems distribuidos en cinco dimensiones (5 ítems por dimensión). Ítems 21–25 son inversos.
Técnica de administración	Cuestionario estructurado autoaplicado o aplicado por encuestador.
Momento de aplicación	Durante la segunda parte del proceso de recolección de datos, inmediatamente después del cuestionario sociodemográfico.
Tiempo de aplicación	Aproximadamente 10 a 12 minutos por participante.
Medición del instrumento general	Escala Likert (1–5). Puntuación global (25 ítems): • 100–125 = Hábitos adecuados • 75–99 = Moderadamente adecuados • 25–74 = Hábitos inadecuados

c) Validez y confiabilidad de instrumentos

Validez por juicio de expertos: La validez de contenido del instrumento fue asegurada mediante la técnica de juicio de expertos, procedimiento indispensable para determinar si los ítems representaban adecuada y suficientemente las dimensiones del constructo “hábitos alimenticios en familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica”. Para ello se convocó a un panel conformado por profesionales con experiencia en nutrición infantil, metodología de la investigación, salud pública y atención primaria, quienes evaluaron la claridad, pertinencia, coherencia interna y adecuación cultural de cada reactivo.

Los especialistas calificaron los ítems utilizando una escala de 1 a 4 puntos (1 = deficiente, 4 = excelente). Sus observaciones permitieron ajustar la redacción de los ítems, mejorar la precisión semántica, adecuar el lenguaje a un nivel comprensible para madres con bajo nivel educativo, y verificar la correspondencia entre los ítems y las cinco

dimensiones teóricas del instrumento. Este proceso fortaleció la validez de contenido, garantizando que el cuestionario midiera de forma pertinente los aspectos más relevantes de los hábitos alimenticios.

Como resultado, se obtuvo una versión final coherente, culturalmente apropiada y alineada con los objetivos del estudio.

Confiabilidad estadística de instrumentos: La confiabilidad del instrumento se evaluó mediante una prueba piloto aplicada a 10 madres de familia con hijos menores de cinco años en seguimiento nutricional. La aplicación se realizó mediante entrevista estructurada y los datos fueron procesados con SPSS v27, utilizando el coeficiente Alfa de Cronbach (α) debido a que el instrumento emplea una escala Likert de cinco categorías.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Tabla 3. Fiabilidad del instrumento de hábitos alimentarios, Amarilis – Huánuco, 2025 (n=10)

Dimensión	Alfa de Cronbach	Interpretación
Variedad y calidad de la dieta	0.79	Aceptable
Frecuencia y regularidad de comidas	0.76	Buena
Prácticas de alimentación infantil	0.81	Excelente
Higiene y conservación	0.84	Excelente
Consumo de alimentos no nutritivos (ítems inversos)	0.72	Adecuada
Alfa global	0.816	Buena consistencia

Fuente: Prueba piloto aplicada en Pillcomarca - Amarilis.

El coeficiente alfa global de 0.816 indicó que el instrumento presentó alta consistencia interna, apropiada para estudios descriptivos en salud infantil. Ninguna dimensión obtuvo valores por debajo del umbral metodológico aceptado ($\alpha \geq 0.70$).

Dimensiones con mayor número de ítems (5 ítems por dimensión) mostraron coeficientes más altos, mientras que la dimensión con ítems inversos presentó valores menores, aunque dentro del rango aceptable

una vez realizada la recodificación correspondiente. Este comportamiento es consistente, ya que el alfa disminuye cuando el número de ítems es reducido o cuando la escala contiene reactivos inversos, sin que ello signifique baja calidad del instrumento.

Observaciones cualitativas de la prueba piloto. Durante la prueba piloto se identificó que:

- Las madres comprendieron adecuadamente la mayoría de los ítems.
- Los reactivos inversos requirieron una breve aclaración antes de iniciar la aplicación, pero fueron respondidos sin dificultad.
- El tiempo promedio de aplicación fue 8 minutos, considerado adecuado en contextos con limitaciones educativas o de tiempo.
- No se reportaron rechazos al cuestionario, lo que respalda su aceptabilidad cultural.

Conclusión de la validez y confiabilidad. El proceso de validación y prueba piloto permitió concluir que el cuestionario:

- Es válido, ya que los ítems representan adecuadamente las dimensiones teóricas del constructo.
- Es confiable, con un alfa global de 0.816 y todas las dimensiones con coeficientes superiores a 0.70.
- Es aplicable en campo, comprensible para las madres y de rápida administración.
- Es pertinente para estudios sobre hábitos alimentarios en poblaciones con niños con desnutrición crónica.

d) Recolección de datos

La recolección de datos se realizó de manera organizada y bajo condiciones que garantizaron la calidad y la ética del proceso. Antes del trabajo de campo se gestionaron las autorizaciones con el Centro de Salud Amarilis y se informó a las madres o cuidadoras sobre los objetivos y alcances del estudio. Cada participante recibió una explicación sencilla del propósito del cuestionario y brindó su consentimiento informado

mediante firma o huella digital, asegurándose la participación voluntaria y confidencial.

La aplicación de los instrumentos se efectuó mediante entrevista estructurada presencial, modalidad adecuada para este grupo debido a las posibles dificultades de comprensión lectora en algunas cuidadoras. Las entrevistas fueron breves, se realizaron en un ambiente de privacidad y siguieron un guion uniforme para evitar sesgos. Antes de archivar los cuestionarios se revisó su completitud, legibilidad y coherencia interna para asegurar la calidad del registro.

e) Para la presentación de datos

Los datos recolectados fueron codificados y digitados en una base elaborada en IBM SPSS Statistics v27. En esta fase se efectuó un proceso de depuración que incluyó la identificación de errores de digitación, la verificación de valores extremos y la revisión de ítems incompletos. Una vez validada la base, la información se organizó mediante tablas de frecuencia y medidas descriptivas (frecuencia absoluta, porcentaje, media y desviación estándar), tanto para las características de la muestra como para las cinco dimensiones del cuestionario de hábitos alimenticios.

Los puntajes obtenidos se agruparon siguiendo los rangos definidos en la matriz de operacionalización, clasificando los hábitos alimenticios en adecuados, moderadamente adecuados e inadecuados. Los resultados finales se presentaron en tablas y figuras que sintetizaron la distribución de cada dimensión y del nivel global, permitiendo una lectura clara de los hallazgos más relevantes.

f) Para el análisis e interpretación de datos.

El análisis tuvo como finalidad describir el nivel de hábitos alimenticios en las familias estudiadas y valorar la distribución de los puntajes en cada dimensión. Se desarrolló en dos etapas.

Primera fase: Análisis descriptivo

En esta etapa se verificó la consistencia de los cuestionarios, se codificaron los ítems y se procesó la base en SPSS. Cada reactivo fue transformado en valores numéricos de acuerdo con la escala Likert, recodificando los ítems inversos según correspondía. Con esta base depurada se calcularon frecuencias y porcentajes por ítem, dimensión y categoría global. Este análisis permitió identificar patrones de alimentación familiar y las prácticas predominantes en los hogares con niños con desnutrición crónica.

3.4. ASPECTOS ÉTICOS.

El estudio se desarrolló bajo los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, los cuales guiaron todo el proceso de investigación con las madres y cuidadoras participantes. Antes de la recolección de los datos, a cada familiar se le explicó de manera clara el propósito del estudio, los procedimientos, los riesgos mínimos y el uso estrictamente académico de la información recopilada. Solo después de verificar su comprensión se obtuvo el consentimiento informado, mediante firma o huella digital, respetando plenamente su decisión voluntaria de participar.

La confidencialidad fue garantizada durante todas las etapas del estudio. Los cuestionarios no incluyeron nombres propios ni información que permitiera identificar a las participantes o a sus hijos. La base de datos fue codificada y almacenada exclusivamente por la investigadora, cumpliendo lo dispuesto por la Ley N.º 29733 – Ley de Protección de Datos Personales, que exige resguardar la privacidad y evitar cualquier uso indebido de la información.

Asimismo, la investigación respetó las disposiciones de la Guía de Buenas Prácticas en Investigación del CONCYTEC, que establece la obligación de proteger el bienestar de los participantes y asegurar que el beneficio científico no genere riesgos o incomodidades innecesarias. Las entrevistas se realizaron en un ambiente seguro, procurando evitar fatiga, presión o interferencias en las actividades cotidianas de las cuidadoras.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Tabla 4. Características sociodemográficas de las madres de niños menores de cinco años. Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025.

Características de la madre	n = 80	
	fi	%
Edad de la madre		
De 19 a 28 años	49	61,3
De 29 a 34 años	24	30,0
De 35 a 40 años	7	8,7
Estado civil		
Soltera/separada	31	38,8
Conviviente/casada	43	53,7
Viuda	6	7,5
Grado de instrucción		
Primaria	7	8,8
Secundaria	42	52,5
Superior	31	38,7
Ocupación principal		
Agricultora	8	10,0
Ama de casa	52	65,0
Trabajadora independiente	19	23,7
Otro	1	1,3
Procedencia		
Rural	32	40,0
Urbana	48	60,0
Número de hijos		
De 1 a 2 hijos	48	60,0
De 3 a 4 hijos	24	30,0
De 5 a 6 hijos	8	10,0

Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario aplicado

El análisis mostró que la mayoría de las madres se encontró en el grupo etario de 19 a 28 años (61,3%, 49 madres), seguido por el grupo de 29 a 34 años (30,0%). Solo el 8,7% tenía entre 35 y 40 años, evidenciando que la población estuvo conformada principalmente por mujeres jóvenes.

Respecto al estado civil, predominó la condición de conviviente/casada con 53,7% (43 madres), seguida por solteras/separadas (38,8%). El 7,5% declaró ser viuda.

En relación con el grado de instrucción, más de la mitad alcanzó estudios secundarios (52,5%), mientras que el 38,7% tuvo educación superior. Solo un 8,8% presentó nivel primario.

Sobre la ocupación principal, se observó que 65,0% eran amas de casa, seguidas por trabajadoras independientes (23,7%) y agricultoras (10,0%). La categoría "otro" representó únicamente el 1,3%.

En cuanto a la procedencia, el 60,0% de las madres provenía del área urbana, mientras que el 40,0% residía en zonas rurales, lo que evidencia una participación heterogénea pero con predominancia urbana.

Finalmente, el número de hijos mostró que el 60,0% tenía entre 1 y 2 hijos, un 30,0% entre 3 y 4, y solo un 10,0% entre 5 y 6.

Tabla 5. Características biológicas y nutricionales de los niños menores de cinco años con desnutrición crónica. Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025

CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS Y NUTRICIONALES	n=80	
	fi	%
Edad del niño		
12–23 meses	33	41,3
24–35 meses	26	32,5
36–59 meses	21	26,2
Sexo del niño		
Femenino	41	51,2
Masculino	39	48,8
Indicador T/E (Talla para la edad)		
Talla baja moderada	51	63,8
Talla baja severa	29	36,2
Indicador P/T (Peso para la talla)		
Normal	54	67,5
Desnutrición aguda	22	27,5
Desnutrición severa	4	5,0
Indicador P/E (Peso para la edad)		
Normal	32	40,0
Riesgo de desnutrición	36	45,0
Desnutrición moderada	12	15,0

Fuente: cuestionario aplicado.

En cuanto a la edad del niño, el grupo más frecuente fue el de 12 a 23 meses (41,3%, 33 niños), seguido por los grupos de 24–35 meses (32,5%) y 36–59 meses (26,2%). Esto evidenció que la mayor proporción de niños con diagnóstico de desnutrición crónica se concentró en los menores de dos años. Respecto al sexo, la distribución fue equilibrada: 51,2% femenino y 48,8% masculino, sin diferencias relevantes entre grupos.

En el indicador Talla/Edad (T/E), el 63,8% presentó talla baja moderada, mientras que el 36,2% mostró talla baja severa. Esto confirmó que todos los niños del estudio presentaban retraso de crecimiento compatible con desnutrición crónica, con predominio de la forma moderada. En el indicador Peso/Talla (P/T), la mayoría se encontró en condición normal (67,5%), aunque un 27,5% presentó desnutrición aguda y el 5,0% desnutrición severa. Esta distribución mostró coexistencia de desnutrición aguda en más de una cuarta parte de los casos. En el indicador Peso/Edad (P/E), el 45,0% se ubicó en riesgo de desnutrición, seguido por el 40,0% en estado normal y el 15,0% con desnutrición moderada.

Tabla 6. Distribución de respuestas de la dimensión “Variedad y calidad de la dieta familiar” según categorías de frecuencia. Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025 (n = 80).

Ítems de la dimensión 1	Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
	fi (%)	fi (%)	fi (%)	fi (%)	fi (%)
1. Ofrecemos verduras en las comidas de mi hijo/a prácticamente todos los días.	20 (25,0)	10 (12,5)	9 (11,3)	19 (23,8)	22 (27,5)
2. Mi hijo/a consume frutas frescas de forma diaria.	21 (26,3)	13 (16,3)	12 (15,0)	18 (22,5)	16 (20,0)
3. Incluimos alimentos ricos en proteína varias veces por semana.	17 (21,3)	22 (27,5)	10 (12,5)	9 (11,3)	22 (27,5)
4. Procuramos que las comidas sean balanceadas con alimentos de todos los grupos.	22 (27,5)	21 (26,3)	9 (11,3)	9 (11,3)	19 (23,8)
5. Mi hijo/a consume alimentos ricos en vitaminas y minerales al menos una vez por semana.	22 (27,5)	9 (11,3)	11 (13,8)	16 (20,0)	22 (27,5)

Nota: La dimensión 1 evalúa a través de cinco ítems tipo Likert. Las frecuencias corresponden a las respuestas directas sin recodificación.

La Tabla 6 muestra la distribución de respuestas directas de la dimensión “Variedad y calidad de la dieta familiar”. En el consumo de verduras, el 27,5% de las madres refirió que siempre las ofrece en las comidas del niño; sin embargo, el 25,0% indicó que nunca lo hace. En cuanto al consumo diario de frutas frescas, el 26,3% respondió nunca y el 20,0% siempre, lo que evidencia una práctica heterogénea entre las familias evaluadas.

Respecto a la inclusión de alimentos ricos en proteínas, se observó una distribución dispersa, con 27,5% en la categoría rara vez y 27,5% en siempre. En el caso de las comidas balanceadas, el 27,5% manifestó que nunca procura incluir alimentos de todos los grupos y el 26,3% señaló que rara vez lo hace. Asimismo, el consumo de alimentos ricos en vitaminas y minerales presentó valores similares en los extremos de respuesta, con 27,5% en nunca y 27,5% en siempre.

En conjunto, los resultados por ítems muestran que la variedad y calidad de la dieta familiar no se expresa de manera uniforme, debido a que coexisten

prácticas favorables con conductas insuficientes en la incorporación regular de verduras, frutas, proteínas y alimentos ricos en micronutrientes. Este comportamiento permite identificar una dimensión que requiere fortalecimiento mediante educación alimentaria familiar desde el primer nivel de atención.

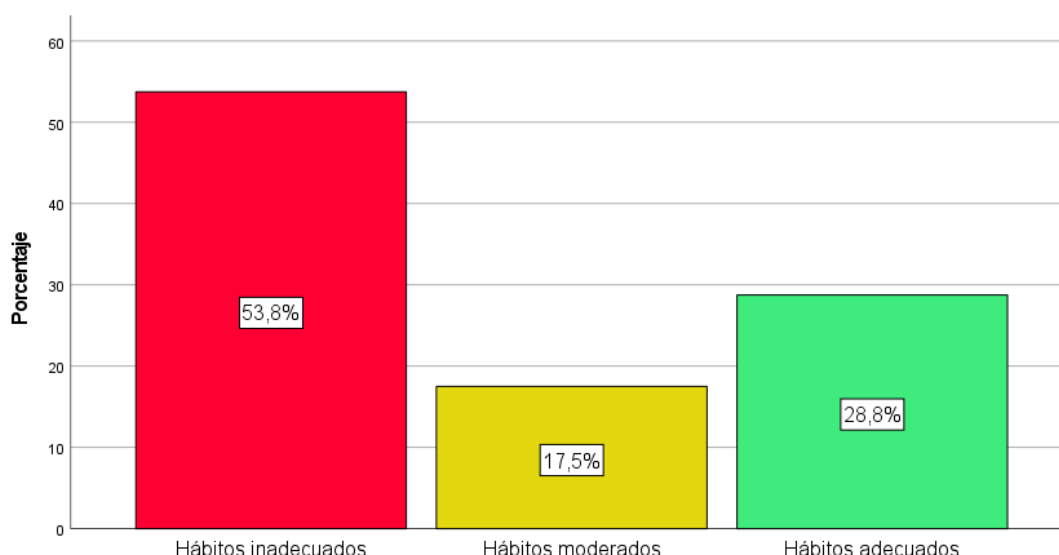


Figura 1. Distribución porcentual de los niveles de hábitos alimenticios en la dimensión “Variedad y calidad de la dieta familiar”. Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025 (n = 80)

La Figura 1 muestra que, en la dimensión “Variedad y calidad de la dieta familiar”, el 53,8% de las familias presentó hábitos inadecuados, el 28,8% hábitos adecuados y el 17,5% hábitos moderadamente adecuados. Este resultado evidencia que más de la mitad de las familias evaluadas no mantiene de forma suficiente una dieta variada y de calidad para el niño menor de cinco años con desnutrición crónica.

Desde el análisis descriptivo, esta dimensión constituye una de las áreas con mayor proporción de prácticas inadecuadas, especialmente por la irregularidad observada en el consumo de verduras, frutas, proteínas, comidas balanceadas y alimentos ricos en micronutrientes. Por ello, los resultados orientan la necesidad de reforzar la consejería nutricional familiar, priorizando la diversidad alimentaria y la selección de alimentos protectores en la dieta infantil.

Tabla 7. Distribución de respuestas de la dimensión “Frecuencia y regularidad de las comidas” según categorías de respuesta. Centro de Salud Amarilis – Huánuco, 2025 (n = 80).

Ítems	Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
	fi (%)	fi (%)	fi (%)	fi (%)	fi (%)
6. Mi hijo/a consume tres comidas principales al día sin saltarse ninguna.	17 (21,3)	14 (17,5)	14 (17,5)	10 (12,5)	25 (31,3)
7. Todos los días aseguro que mi hijo/a tome un desayuno nutritivo.	18 (22,5)	15 (18,8)	11 (13,8)	17 (21,3)	19 (23,8)
8. Tenemos horarios fijos para las comidas del niño/a.	28 (35,0)	8 (10,0)	14 (17,5)	10 (12,5)	20 (25,0)
9. Si mi hijo/a tiene hambre entre comidas, le ofrezco refrigerios saludables.	17 (21,3)	13 (16,3)	15 (18,8)	13 (16,3)	22 (27,5)
10. El niño/a se va a dormir sin cenar ni recibir comida por la noche.*	19 (23,8)	20 (25,0)	7 (8,8)	17 (21,3)	17 (21,3)

Nota: * Ítem formulado en sentido inverso. Frecuencias basadas en respuestas directas sin recodificación.

La Tabla 7 muestra que la dimensión “Frecuencia y regularidad de las comidas” presentó prácticas variables entre las familias evaluadas. En el consumo de tres comidas principales al día, el 31,3% de las madres respondió que siempre cumple esta práctica; sin embargo, el 21,3% indicó que nunca la realiza y el 17,5% que rara vez la cumple. En relación con el desayuno nutritivo diario, solo el 23,8% manifestó garantizarlo siempre, mientras que el 22,5% señaló que nunca lo asegura, evidenciando irregularidad en un tiempo alimentario importante para el niño.

Respecto a los horarios fijos para las comidas, el 35,0% refirió que nunca los mantiene, siendo el indicador más desfavorable de la dimensión. Asimismo, aunque el 27,5% indicó que siempre ofrece refrigerios saludables cuando el niño tiene hambre entre comidas, el 21,3% manifestó que nunca lo hace. En el ítem inverso, referido a que el niño se acuesta sin cenar o sin recibir comida por la noche, el 42,6% respondió casi siempre o siempre. En conjunto, estos resultados muestran debilidades en la organización diaria de la alimentación infantil, principalmente en la regularidad de comidas, horarios establecidos, refrigerios saludables y alimentación nocturna.

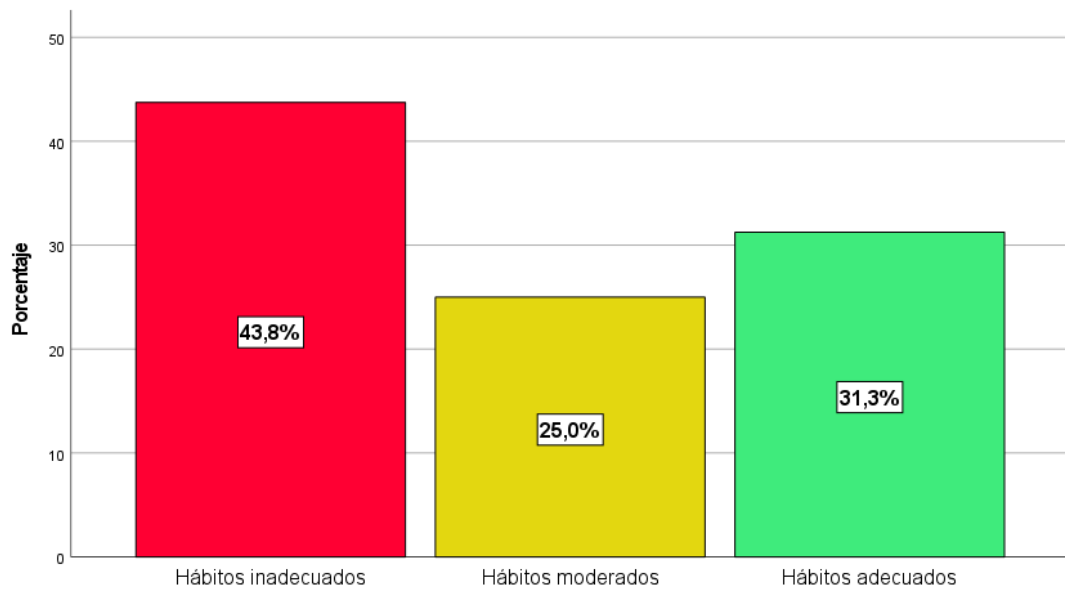


Figura 2. Categorías agrupadas de la dimensión “Frecuencia y regularidad de las comidas”. Centro de Salud Amarilis – Huánuco, 2025 (n = 80).

La Figura 2 muestra que el 43,8% de las familias presentó hábitos inadecuados en la dimensión “Frecuencia y regularidad de las comidas”, seguido del 31,3% con hábitos adecuados y del 25,0% con hábitos moderadamente adecuados. Este resultado resume lo observado en los ítems de la tabla, donde se identificaron dificultades en el cumplimiento de tres comidas principales, desayuno nutritivo, horarios fijos, refrigerios saludables y prevención de ayunos nocturnos. Por tanto, esta dimensión evidencia una práctica alimentaria poco constante en una proporción importante de hogares, lo que justifica reforzar la consejería nutricional familiar sobre organización diaria de la alimentación infantil.

Tabla 8. Distribución de respuestas de la dimensión “Prácticas adecuadas de alimentación infantil” según categorías de frecuencia. Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025 (n = 80).

Ítems de la dimensión 3	Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
	fi (%)	fi (%)	fi (%)	fi (%)	fi (%)
11. Animo con paciencia a mi hijo/a cuando muestra falta de apetito o se rehúsa a comer.	21 (26,3)	17 (21,3)	6 (7,5)	21 (26,3)	15 (18,8)
12. Si rechaza un alimento nuevo, vuelvo a ofrecérselo en otro momento o preparado de otra forma.	15 (18,8)	20 (25,0)	19 (23,8)	10 (12,5)	16 (20,0)
13. Me siento con mi hijo/a durante las comidas y lo superviso o acompaño con atención positiva.	22 (27,5)	10 (12,5)	15 (18,8)	20 (25,0)	13 (16,3)
14. Elogio o felicito a mi hijo/a cuando come bien o prueba alimentos saludables.	26 (32,5)	13 (16,3)	6 (7,5)	14 (17,5)	21 (26,3)
15. Sirvo porciones adecuadas a su edad y lo animo a comer según su apetito.	21 (26,3)	10 (12,5)	14 (17,5)	18 (22,5)	17 (21,3)

Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario de hábitos alimenticios.

La Tabla 8 muestra que las prácticas adecuadas de alimentación infantil presentaron respuestas variables entre las madres evaluadas. En el ítem referido a animar con paciencia al niño cuando presenta falta de apetito o rechazo a los alimentos, el 26,3% respondió nunca y el 21,3% rara vez, mientras que solo el 18,8% indicó hacerlo siempre. Asimismo, ante el rechazo de un alimento nuevo, el 25,0% señaló que rara vez vuelve a ofrecerlo y el 23,8% solo lo hace a veces, evidenciando limitada persistencia en el reofrecimiento alimentario.

Respecto al acompañamiento durante las comidas, el 27,5% manifestó que nunca se sienta con el niño para supervisarlo o brindarle atención positiva. De igual forma, el refuerzo positivo mostró debilidades, pues el 32,5% indicó que nunca felicita al niño cuando come bien o prueba alimentos saludables. En cuanto a servir porciones adecuadas a la edad y animar al niño según su

apetito, el 26,3% respondió nunca, aunque un 22,5% lo realiza casi siempre y 21,3% siempre. En conjunto, estos resultados muestran que las principales debilidades se concentran en el acompañamiento, la paciencia ante el rechazo alimentario, el refuerzo positivo y la adecuación de porciones.

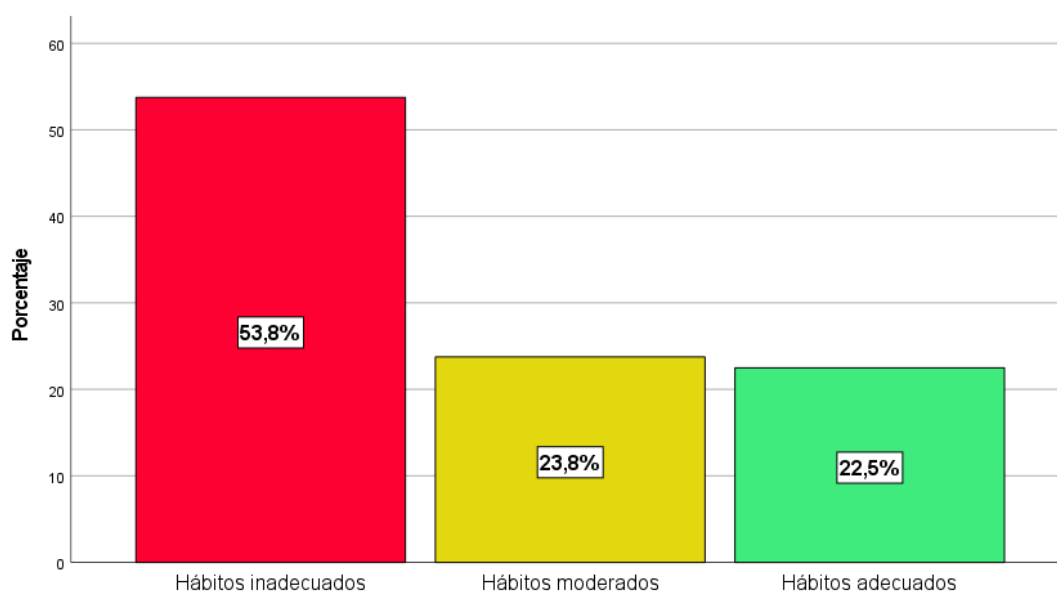


Figura 3. Categorías globales de la dimensión “Prácticas adecuadas de alimentación infantil”. Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025 (n = 80).

La Figura 3 muestra que el 53,8% de las familias presentó prácticas inadecuadas de alimentación infantil, seguido del 23,8% con prácticas moderadamente adecuadas y del 22,5% con prácticas adecuadas. Este resultado resume las debilidades observadas en los ítems de la tabla, principalmente en el acompañamiento durante las comidas, el reofrecimiento de alimentos rechazados, el refuerzo positivo y la orientación de porciones según la edad y el apetito del niño. Por ello, esta dimensión representa un área prioritaria para fortalecer la consejería nutricional familiar y las prácticas de alimentación sensible en niños menores de cinco años con desnutrición crónica.

Tabla 9. Distribución de respuestas de la dimensión “Higiene en la preparación y conservación de alimentos” según categorías de respuesta. Centro de Salud Amarilis – Huánuco, 2025 (n = 80).

Ítems de la dimensión 4	Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
	fi (%)	fi (%)	fi (%)	fi (%)	fi (%)
16. Todos en casa nos lavamos las manos con agua y jabón antes de preparar alimentos y antes de que mi hijo/a coma.	17 (21,3)	14 (17,5)	13 (16,3)	16 (20,0)	20 (25,0)
17. Lavamos bien las frutas, verduras y alimentos crudos antes de servirlos o cocinarlos.	18 (22,5)	19 (23,8)	12 (15,0)	7 (8,8)	24 (30,0)
18. Utilizamos agua potable segura (hervida, filtrada o clorada) para cocinar y beber.	23 (28,7)	13 (16,3)	13 (16,3)	16 (20,0)	15 (18,8)
19. Mantenemos limpios los utensilios y superficies donde preparamos los alimentos del niño/a.	11 (13,8)	16 (20,0)	14 (17,5)	17 (21,3)	22 (27,5)
20. Almacenamos correctamente alimentos y sobras (refrigeración, envases tapados) para evitar contaminación.	16 (20,0)	16 (20,0)	3 (3,8)	17 (21,3)	28 (35,0)

Fuente: A partir del cuestionario de hábitos alimenticios.

La Tabla 9 muestra que las prácticas de higiene en la preparación y conservación de alimentos fueron variables entre las familias evaluadas. En el lavado de manos antes de preparar alimentos y antes de que el niño coma, el 25,0% respondió que siempre cumple esta práctica; sin embargo, el 21,3% indicó que nunca la realiza. Respecto al lavado de frutas, verduras y alimentos crudos, el 30,0% señaló que siempre lo hace, mientras que el 22,5% manifestó que nunca cumple esta medida.

El uso de agua potable segura fue uno de los indicadores con mayor debilidad, debido a que el 28,7% respondió que nunca utiliza agua hervida, filtrada o clorada para cocinar y beber. En cuanto a la limpieza de utensilios y superficies, el 27,5% indicó que siempre mantiene esta práctica, aunque el 13,8% señaló que nunca la realiza. Finalmente, el almacenamiento correcto de alimentos y sobras presentó el mayor porcentaje en la categoría siempre, con 35,0%; no obstante, el 20,0% respondió nunca. En conjunto, estos

resultados evidencian brechas en prácticas básicas de inocuidad alimentaria, principalmente en lavado de manos, uso de agua segura y conservación adecuada de alimentos.

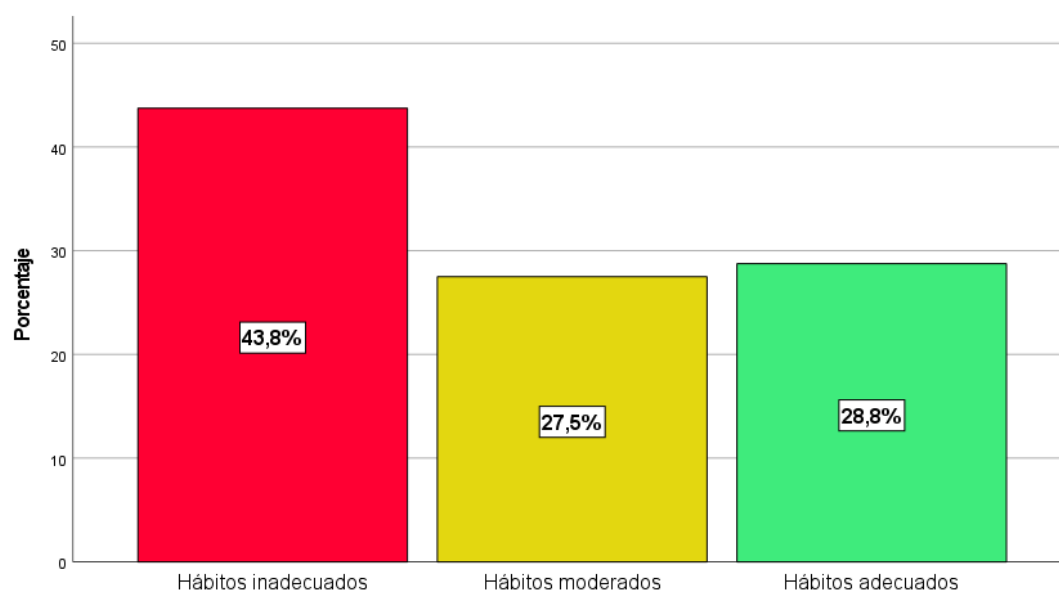


Figura 4. Categorías de hábitos de higiene en la preparación y conservación de alimentos en familias de niños con desnutrición crónica. Centro de Salud Amarilis – Huánuco, 2025 (n = 80).

La Figura 4 muestra que el 43,8% de las familias presentó hábitos inadecuados en la dimensión “Higiene en la preparación y conservación de alimentos”, seguido del 28,8% con hábitos adecuados y del 27,5% con hábitos moderadamente adecuados. Este resultado resume las debilidades observadas en los ítems de la tabla, especialmente en el lavado de manos, lavado de alimentos crudos, uso de agua segura, limpieza de utensilios y almacenamiento de alimentos. Por ello, esta dimensión requiere reforzamiento educativo orientado a mejorar la inocuidad alimentaria dentro del hogar.

Tabla 10. Distribución de respuestas de la dimensión “Consumo de alimentos no nutritivos” según categorías de frecuencia. Centro de Salud Amarilis – Huánuco, 2025 (n = 80).

Ítems de la dimensión 5	Nunca fi (%)	Rara vez fi (%)	A veces fi (%)	Casi siempre fi (%)	Siempre fi (%)
21. Mi hijo/a consume golosinas o dulces todos los días.*	20 (25,0)	16 (20,0)	17 (21,3)	15 (18,8)	12 (15,0)
22. Le damos bebidas gaseosas o refrescos azucarados con mucha frecuencia.*	19 (23,8)	21 (26,3)	16 (20,0)	11 (13,8)	13 (16,3)
23. El niño/a suele comer snacks fritos o productos de paquete varias veces por semana.*	15 (18,8)	15 (18,8)	20 (25,0)	13 (16,3)	17 (21,3)
24. En lugar de agua, mi hijo/a acostumbra a beber jugos artificiales o refrescos azucarados.*	21 (26,3)	12 (15,0)	20 (25,0)	13 (16,3)	14 (17,5)
25. A veces reemplazamos una comida por algo no nutritivo.*	16 (20,0)	17 (21,3)	16 (20,0)	17 (21,3)	14 (17,5)

Nota: *Ítems formulados en sentido inverso. Las frecuencias corresponden a respuestas directas sin recodificación.

La Tabla 10 muestra la distribución directa de respuestas de la dimensión “Consumo de alimentos no nutritivos”, conformada por cinco ítems inversos. En el consumo diario de golosinas o dulces, el 21,3% respondió a veces, mientras que el 18,8% indicó casi siempre y el 15,0% siempre. Respecto al consumo frecuente de bebidas gaseosas o refrescos azucarados, el 20,0% respondió a veces y el 30,1% se ubicó entre casi siempre y siempre.

En relación con el consumo de snacks fritos o productos de paquete, el 25,0% respondió a veces y el 37,6% casi siempre o siempre, siendo uno de los indicadores con mayor exposición. Asimismo, el reemplazo del agua por jugos artificiales o refrescos azucarados alcanzó 25,0% en a veces y 33,8% entre casi siempre y siempre. Finalmente, el reemplazo de una comida por alimentos no nutritivos mostró 20,0% en a veces y 38,8% entre casi siempre y siempre. En conjunto, estos resultados evidencian presencia frecuente o

intermitente de productos no nutritivos en la alimentación infantil, especialmente snacks, bebidas azucaradas y sustitución de comidas.

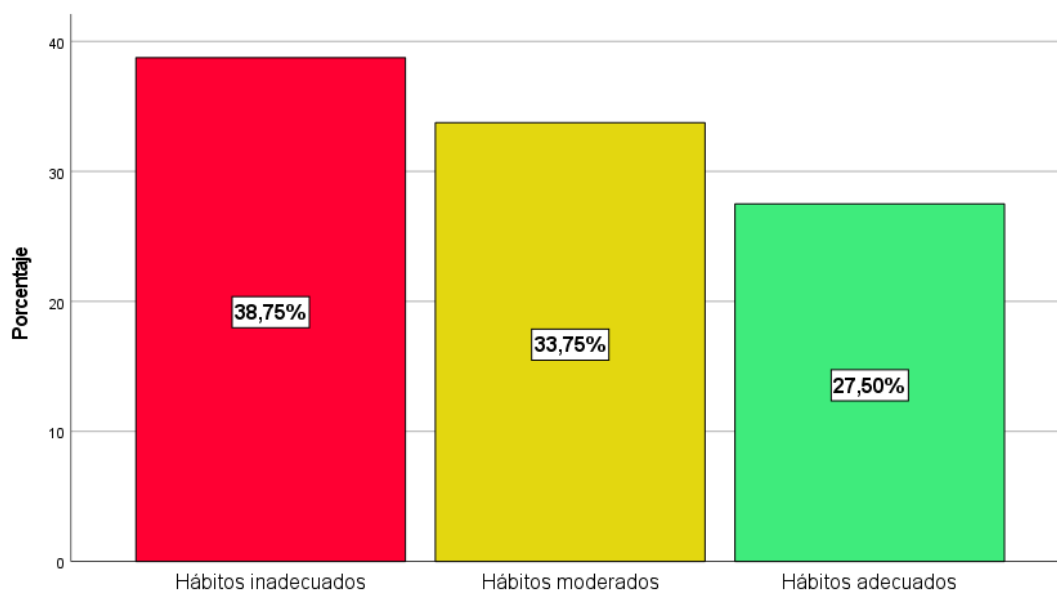


Figura 5. Categorías globales de la dimensión “Consumo de alimentos no nutritivos” en familias de niños menores de cinco años. Centro de Salud Amarilis – Huánuco, 2025 (n = 80).

La Figura 5 muestra que, luego de la recodificación de los ítems inversos, el 38,8% de las familias presentó hábitos inadecuados en la dimensión “Consumo de alimentos no nutritivos”, seguido del 33,8% con hábitos moderadamente adecuados y del 27,5% con hábitos adecuados. Este resultado resume lo observado en los ítems de la tabla, donde se identificó consumo frecuente o intermitente de golosinas, bebidas azucaradas, snacks, jugos artificiales y reemplazo de comidas por productos de bajo valor nutricional.

Desde el análisis descriptivo, esta dimensión evidencia una proporción relevante de familias con exposición alimentaria desfavorable, aunque no permite establecer relación causal con el estado nutricional. Por ello, los resultados orientan la necesidad de reforzar la consejería nutricional familiar, priorizando la reducción de productos ultraprocesados y la promoción de alternativas saludables en la alimentación del niño.

Tabla 11. Categorías de hábitos alimenticios por dimensiones en familias de niños menores de cinco años con desnutrición crónica. Centro de Salud Amarilis – Huánuco, 2025 (n = 80).

Dimensiones	Hábitos inadecuados		Hábitos moderadamente adecuados		Hábitos adecuados	
	fi	%	fi	%	fi	%
Variedad y calidad de la dieta familiar	43	53,8	14	17,5	23	28,8
Frecuencia y regularidad de las comidas	35	43,8	20	25,0	25	31,3
Prácticas adecuadas de alimentación infantil	43	53,8	19	23,8	18	22,5
Higiene en la preparación y conservación de alimentos	35	43,8	22	27,5	23	28,8
Consumo de alimentos no nutritivos*	31	38,8	27	33,8	22	27,5

Nota: *Los ítems de la dimensión 5 fueron recodificados para su interpretación.

La Tabla 11 muestra que, al analizar los hábitos alimenticios por dimensiones, predominó el nivel inadecuado en cuatro de las cinco dimensiones evaluadas. En la dimensión variedad y calidad de la dieta familiar, el 53,8% de las familias presentó hábitos inadecuados, seguido del 28,8% con hábitos adecuados y del 17,5% con hábitos moderadamente adecuados. Este resultado evidencia limitaciones importantes en la incorporación regular de verduras, frutas, proteínas y alimentos ricos en vitaminas y minerales en la alimentación infantil.

En la dimensión frecuencia y regularidad de las comidas, el 43,8% presentó hábitos inadecuados, mientras que el 31,3% alcanzó hábitos adecuados y el 25,0% se ubicó en nivel moderadamente adecuado. Esto muestra que una proporción considerable de familias no mantiene de forma constante horarios, comidas principales y refrigerios saludables. De igual manera, en las prácticas adecuadas de alimentación infantil, el 53,8% se ubicó en nivel inadecuado, lo que refleja debilidades en el acompañamiento durante las comidas, el refuerzo positivo, el reofrecimiento de alimentos y la supervisión alimentaria del niño.

Respecto a la higiene en la preparación y conservación de alimentos, el 43,8% presentó hábitos inadecuados, seguido del 28,8% con hábitos adecuados y del 27,5% con hábitos moderadamente adecuados. Este

resultado evidencia que aún existen brechas en prácticas básicas de inocuidad alimentaria, como lavado de manos, uso de agua segura, limpieza de utensilios y conservación adecuada de alimentos. Finalmente, en la dimensión consumo de alimentos no nutritivos, luego de la recodificación de los ítems inversos, el 38,8% presentó hábitos inadecuados, el 33,8% hábitos moderadamente adecuados y el 27,5% hábitos adecuados, lo que indica exposición frecuente o intermitente a golosinas, bebidas azucaradas, snacks y sustitución de comidas por productos de bajo valor nutricional.

En conjunto, los resultados por dimensiones muestran que las principales debilidades se concentran en la variedad y calidad de la dieta familiar y en las prácticas adecuadas de alimentación infantil, ambas con 53,8% de hábitos inadecuados. No obstante, la categoría global de la variable debe interpretarse de manera independiente, porque corresponde al puntaje total del instrumento; por ello, aunque varias dimensiones presentan deficiencias, el resultado global puede ubicarse predominantemente en el nivel moderadamente adecuado.

Tabla 12. Categoría general de hábitos alimenticios de las familias con niños menores de cinco años. Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025.

Categoría general	fi	%
Hábitos inadecuados	18	22,5%
Hábitos moderadamente adecuados	47	58,8%
Hábitos adecuados	15	18,7%
Total	80	100

Fuente: Elaboración propia a partir de la puntuación total del instrumento de hábitos alimenticios (25 ítems).

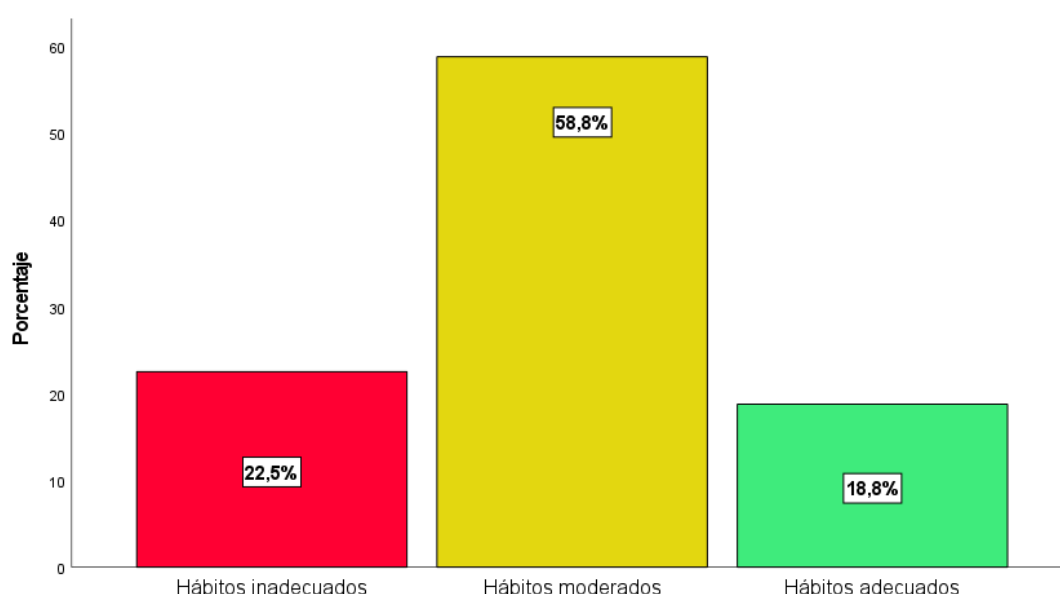


Figura 6. Categoría general de hábitos alimenticios de las familias con niños menores de cinco años. Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025.

La Tabla 12 y la Figura 6 muestran que el nivel global de hábitos alimenticios fue moderadamente adecuado en el 58,8% de las familias evaluadas. Asimismo, el 22,5% presentó hábitos inadecuados y el 18,7% hábitos adecuados. Este resultado indica que la mayoría de familias no alcanzó un nivel plenamente adecuado, sino una categoría intermedia, caracterizada por la presencia de prácticas alimentarias favorables, pero aplicadas de manera irregular o no sostenida.

Este hallazgo debe interpretarse de forma global, a partir del puntaje total del instrumento de 25 ítems. Por ello, aunque algunas dimensiones presentaron porcentajes importantes de hábitos inadecuados, la suma total de respuestas ubicó a la mayoría de las familias en el nivel moderadamente

adecuado. En términos descriptivos, este resultado evidencia que los hábitos alimenticios de las familias requieren fortalecimiento, especialmente en calidad de la dieta, regularidad de comidas, prácticas de alimentación infantil, higiene alimentaria y reducción del consumo de productos no nutritivos.

Tabla 13. Categorías globales de hábitos alimenticios según el indicador peso para la edad (P/E). Centro de Salud Amarilis – Huánuco, 2025 (n = 80).

Hábitos alimenticios	Normal		Riesgo de desnutrición		Desnutrición moderada		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Hábitos inadecuados	5	15,6	9	25,0	4	33,3	18	22,50
Hábitos moderadamente adecuados	19	59,4	22	61,1	6	50,0	47	58,75
Hábitos adecuados	8	25,0	5	13,9	2	16,7	15	18,75
Total	32	100,0	36	100,0	12	100,0	80	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario aplicado.

La Tabla 13 muestra la distribución de los hábitos alimenticios según el indicador peso para la edad. En los niños con P/E normal, predominó el nivel moderadamente adecuado con 59,4%, seguido del nivel adecuado con 25,0% e inadecuado con 15,6%. En los niños con riesgo de desnutrición también predominó el nivel moderadamente adecuado con 61,1%; sin embargo, el porcentaje de hábitos inadecuados fue mayor, alcanzando el 25,0%.

En los niños con desnutrición moderada, el 50,0% presentó hábitos moderadamente adecuados, el 33,3% hábitos inadecuados y el 16,7% hábitos adecuados. En términos descriptivos, se observa que la proporción de hábitos inadecuados aumenta conforme el indicador P/E muestra mayor compromiso nutricional: 15,6% en niños con P/E normal, 25,0% en riesgo de desnutrición y 33,3% en desnutrición moderada. No obstante, por el diseño descriptivo del estudio, estos resultados no establecen asociación estadística ni causalidad.

Tabla 14. Categorías globales de hábitos alimenticios según el indicador peso para la talla (P/T). Centro de Salud Amarilis – Huánuco, 2025 (n = 80)

Hábitos alimenticios (global)	Normal		Riesgo		Desnutrición moderada		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Hábitos inadecuados	9	16,7	7	31,8	2	50,0	18	22,50
Hábitos moderadamente adecuados	35	64,8	10	45,5	2	50,0	47	58,75
Hábitos adecuados	10	18,5	5	22,7	0	0,0	15	18,75
Total	54	100,0	22	100,0	4	100,0	80	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario aplicado.

La Tabla 14 muestra la distribución de los hábitos alimenticios según el indicador peso para la talla. En los niños con P/T normal, predominó el nivel moderadamente adecuado con 64,8%, seguido del nivel adecuado con 18,5% e inadecuado con 16,7%. En los niños con desnutrición aguda, también predominó el nivel moderadamente adecuado con 45,5%; sin embargo, el porcentaje de hábitos inadecuados fue mayor, alcanzando el 31,8%.

En los niños con desnutrición severa, el 50,0% presentó hábitos inadecuados y el 50,0% hábitos moderadamente adecuados, sin casos en el nivel adecuado. En términos descriptivos, se observa que la proporción de hábitos inadecuados aumenta conforme el indicador P/T expresa mayor compromiso nutricional: 16,7% en niños con P/T normal, 31,8% en desnutrición aguda y 50,0% en desnutrición severa. No obstante, por el diseño descriptivo y transversal del estudio, estos resultados no establecen asociación estadística ni causalidad.

Tabla 15. Categorías globales de hábitos alimenticios según el indicador talla para la edad (T/E). Centro de Salud Amarilis – Huánuco, 2025 (n = 80)

Hábitos alimenticios (global)	Talla baja moderada		Talla baja severa		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Hábitos inadecuados	10	19,6	8	27,6	18	22,50
Hábitos moderadamente adecuados	31	60,8	16	55,2	47	58,75
Hábitos adecuados	10	19,6	5	17,2	15	18,75
Total	51	100,0	29	100,0	80	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir del cuestionario aplicado.

La Tabla 15 muestra la distribución de los hábitos alimenticios según el indicador talla para la edad. En los niños con talla baja moderada, predominó el nivel moderadamente adecuado con 60,8%, mientras que los niveles inadecuado y adecuado representaron 19,6% cada uno. En los niños con talla baja severa, también predominó el nivel moderadamente adecuado con 55,2%, seguido del nivel inadecuado con 27,6% y del nivel adecuado con 17,2%.

En términos descriptivos, se observa que los hábitos inadecuados fueron proporcionalmente mayores en los niños con talla baja severa que en aquellos con talla baja moderada. Sin embargo, en ambos grupos predominó el nivel moderadamente adecuado, lo que indica que las prácticas alimentarias familiares no alcanzaron un nivel plenamente favorable. Por el diseño descriptivo y transversal del estudio, estos resultados no establecen asociación estadística ni causalidad, pero orientan la necesidad de fortalecer la educación alimentaria y la consejería nutricional familiar en niños con compromiso del crecimiento.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. CONTRASTACIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio tuvo como objetivo determinar el nivel de hábitos alimenticios en las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025. Los resultados evidenciaron que el 58,8% de las familias presentó hábitos alimenticios moderadamente adecuados, el 22,5% hábitos inadecuados y el 18,7% hábitos adecuados. Este hallazgo permitió establecer que la mayoría de las familias no alcanzó un nivel plenamente adecuado, sino una categoría intermedia, caracterizada por la presencia de algunas prácticas alimentarias favorables, pero aplicadas de manera irregular o no sostenida.

Debido al diseño descriptivo, transversal y no experimental del estudio, la discusión se orientó a interpretar los resultados observados y contrastarlos con antecedentes, teorías y documentos técnicos pertinentes, sin establecer asociación estadística, causalidad ni significancia inferencial. Por ello, los hallazgos deben comprenderse como una caracterización del comportamiento alimentario familiar en una población específica de niños con desnutrición crónica, y no como una explicación causal del estado nutricional infantil.

El resultado global moderadamente adecuado debe interpretarse considerando que la puntuación total del instrumento integró las cinco dimensiones evaluadas. Aunque varias dimensiones presentaron predominio de hábitos inadecuados, la suma global de los puntajes ubicó a la mayoría de las familias en un nivel intermedio. Este comportamiento evidenció un patrón mixto: por un lado, existieron prácticas parcialmente favorables en algunas familias; por otro, persistieron debilidades importantes en la variedad de la dieta, regularidad de comidas, prácticas de alimentación infantil, higiene alimentaria y consumo de productos no nutritivos.

Este hallazgo difirió parcialmente de lo reportado por Orosco (33), quien identificó predominio de hábitos alimentarios inadecuados en familias con niños con desnutrición crónica del distrito de Churubamba, Huánuco. En el

presente estudio, aunque el análisis por dimensiones mostró porcentajes importantes de inadecuación, el resultado global fue predominantemente moderadamente adecuado. Esta diferencia podría explicarse por el contexto urbano y periurbano del Centro de Salud Amarilis, las características de la muestra, la forma de baremación del instrumento y el momento de recolección de datos, por lo que la comparación debe asumirse con cautela.

En la dimensión variedad y calidad de la dieta familiar, el 53,8% de las familias presentó hábitos inadecuados. Este resultado evidenció limitaciones en la incorporación regular de verduras, frutas, proteínas, comidas balanceadas y alimentos ricos en micronutrientes. Arimond y Ruel ⁽¹⁾ señalaron que la diversidad alimentaria se relaciona con mejores condiciones nutricionales infantiles y constituye un indicador importante de calidad dietética. En ese sentido, los hallazgos del presente estudio mostraron que una proporción relevante de familias no mantuvo una dieta suficientemente diversa, situación especialmente importante en niños con desnutrición crónica.

Este resultado también se relacionó con las recomendaciones nacionales de alimentación infantil, que promueven una dieta variada, suficiente, segura y adecuada a la edad del niño. El Ministerio de Salud del Perú ⁽¹¹⁾ plantea que la alimentación infantil debe incluir alimentos de origen animal, menestras, frutas, verduras y preparaciones consistentes que cubran los requerimientos nutricionales. Sin embargo, en la población estudiada se observaron prácticas irregulares en el consumo de estos grupos alimentarios, lo que evidenció una brecha entre la recomendación técnica y la práctica alimentaria cotidiana.

Respecto a la frecuencia y regularidad de las comidas, el 43,8% de las familias presentó hábitos inadecuados. Los ítems mostraron dificultades en el cumplimiento de tres comidas principales, desayuno nutritivo, horarios fijos, refrigerios saludables y prevención de ayunos nocturnos. Estos hallazgos guardaron relación con lo descrito por Rojas-Guerrero y Espinoza-Bernardo ⁽²⁹⁾, quienes reportaron que las prácticas maternas de alimentación complementaria varían según el contexto y que la dieta mínima aceptable no

siempre se cumple en niños pequeños. En Amarilis, la irregularidad en la organización de las comidas reflejó una debilidad concreta en la rutina alimentaria familiar.

En la dimensión prácticas adecuadas de alimentación infantil, también predominó el nivel inadecuado con 53,8%. Las principales debilidades se observaron en el acompañamiento durante las comidas, el reofrecimiento de alimentos rechazados, el refuerzo positivo, la paciencia ante la falta de apetito y la adecuación de porciones según edad y apetito. Pérez-Escamilla ⁽⁴⁵⁾ destaca que la alimentación responsiva favorece una interacción cuidador-niño más adecuada durante el acto alimentario, permitiendo responder a señales de hambre, saciedad y aceptación de alimentos. Bajo esta perspectiva, los resultados evidenciaron que no solo importa el alimento ofrecido, sino también la forma en que la familia acompaña el proceso de alimentación.

Estos hallazgos pueden interpretarse desde la Teoría Social Cognitiva de Bandura ⁽³⁶⁾, según la cual las conductas se aprenden mediante observación, repetición, refuerzo y expectativas de resultado. En el contexto familiar, los hábitos alimenticios del niño se forman a partir de modelos cotidianos proporcionados por los cuidadores. Por ello, cuando el acompañamiento, el refuerzo positivo o la persistencia ante el rechazo alimentario son limitados, la adquisición de prácticas alimentarias saludables puede debilitarse. Esta explicación resulta pertinente para enfermería, porque orienta la consejería hacia la modificación de conductas familiares observables.

En la dimensión higiene en la preparación y conservación de alimentos, el 43,8% de las familias presentó hábitos inadecuados. Las respuestas mostraron brechas en lavado de manos, lavado de alimentos crudos, uso de agua segura, limpieza de utensilios y almacenamiento adecuado. La Organización Mundial de la Salud ⁽⁴⁶⁾ establece que la inocuidad alimentaria requiere medidas básicas como higiene de manos, agua segura, limpieza de superficies, cocción adecuada y conservación correcta. Los hallazgos del

presente estudio mostraron que estas prácticas no se realizaron de forma constante en una parte importante de los hogares evaluados.

Sin embargo, estos resultados deben interpretarse con prudencia, porque el diseño del estudio no permitió afirmar que las deficiencias de higiene hayan producido o agravado el estado nutricional de los niños. Lo que sí permitió establecer fue la presencia de prácticas familiares insuficientes en la preparación y conservación de alimentos. Desde el primer nivel de atención, esta información resulta útil para reforzar intervenciones educativas sobre inocuidad alimentaria, prevención de contaminación y cuidado domiciliario de los alimentos.

En cuanto al consumo de alimentos no nutritivos, luego de la recodificación de los ítems inversos, el 38,8% de las familias presentó hábitos inadecuados, el 33,8% hábitos moderadamente adecuados y el 27,5% hábitos adecuados. Este resultado mostró exposición frecuente o intermitente a golosinas, bebidas azucaradas, snacks, jugos artificiales y reemplazo de comidas por productos de bajo valor nutricional. Zapata et al. ⁽²⁴⁾ reportaron que el consumo de alimentos ultraprocesados en niños preescolares se relaciona con menor calidad de la dieta, al desplazar alimentos frescos y protectores. Aunque el presente estudio no evaluó asociación estadística, sus hallazgos descriptivos evidenciaron un patrón alimentario compatible con esta preocupación nutricional.

La Organización Panamericana de la Salud ⁽⁷⁾ advierte que los productos ultraprocesados han incrementado su disponibilidad en América Latina y representan un problema para la calidad alimentaria de la población. En el presente estudio, estos productos aparecieron como parte de las prácticas alimentarias familiares, incluso en hogares con niños con desnutrición crónica. Este hallazgo permitió identificar la necesidad de reforzar la consejería nutricional no solo en torno a los alimentos que deben incorporarse, sino también respecto a los productos que deben reducirse o evitarse en la dieta infantil.

Al describir las categorías globales de hábitos alimenticios según indicadores antropométricos, se observó que la proporción de hábitos

inadecuados fue mayor en los grupos con mayor compromiso nutricional. En peso para la edad, los hábitos inadecuados aumentaron de 15,6% en niños con P/E normal a 25,0% en riesgo de desnutrición y 33,3% en desnutrición moderada. En peso para la talla, se incrementaron de 16,7% en niños con P/T normal a 31,8% en desnutrición aguda y 50,0% en desnutrición severa. En talla para la edad, los hábitos inadecuados fueron proporcionalmente mayores en talla baja severa que en talla baja moderada.

Estos resultados no establecieron relación estadística ni causalidad; sin embargo, describieron una distribución menos favorable de los hábitos alimenticios en los niños con mayor compromiso antropométrico. Morales-Cahuancama et al. ⁽²⁷⁾ identificaron que la baja diversidad dietética, la alimentación complementaria inadecuada y la frecuencia insuficiente de comidas se vinculan con la desnutrición crónica infantil durante los primeros meses de vida. En el presente estudio, la distribución descriptiva observada fue coherente con esa evidencia, aunque el alcance metodológico fue distinto.

A nivel local, Granizo ⁽³⁰⁾ encontró asociación entre el inicio de la alimentación complementaria y el estado nutricional en niños menores de dos años del Centro de Salud Perú Corea, Huánuco. A diferencia de ese estudio, la presente investigación no buscó probar asociación, sino describir hábitos alimenticios y su distribución según indicadores nutricionales. No obstante, ambos trabajos coincidieron en señalar que las prácticas alimentarias del hogar constituyen un componente relevante para comprender la situación nutricional infantil en el contexto de Huánuco.

Desde el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender ⁽³⁴⁾, los resultados permitieron comprender que los hábitos alimenticios familiares no dependen únicamente del conocimiento, sino también de experiencias previas, barreras percibidas, autoeficacia, apoyo familiar y orientación recibida del personal de salud. El predominio global del nivel moderadamente adecuado sugiere que las familias poseen algunas prácticas favorables, pero requieren acompañamiento sostenido para convertirlas en conductas más estables y protectoras.

La Teoría Ecológica de Bronfenbrenner ⁽³⁵⁾ también resultó pertinente para interpretar los hallazgos, porque los hábitos alimenticios del niño se forman dentro de un sistema familiar, comunitario e institucional. La disponibilidad de alimentos, las rutinas del hogar, las condiciones económicas, las creencias culturales y el contacto con los servicios de salud influyen en la alimentación infantil. Por ello, los resultados no deben atribuirse únicamente a decisiones individuales de las madres, sino a un entorno más amplio que condiciona las prácticas alimentarias.

Una fortaleza del estudio fue la evaluación de los hábitos alimenticios mediante cinco dimensiones específicas, lo que permitió identificar áreas concretas de intervención. A diferencia de una medición global aislada, el análisis dimensional mostró que las principales debilidades se concentraron en la variedad y calidad de la dieta familiar y en las prácticas adecuadas de alimentación infantil. Esta información puede ser utilizada por el personal de salud para organizar consejería nutricional, sesiones educativas y seguimiento familiar más focalizado.

Entre las limitaciones, se reconoció que el estudio utilizó muestreo no probabilístico por conveniencia y se desarrolló en un solo establecimiento de salud, por lo que los resultados tienen alcance local y no deben generalizarse estadísticamente a toda la población infantil de Huánuco. Asimismo, por su diseño transversal descriptivo, los hallazgos permitieron caracterizar prácticas alimentarias, pero no establecer causalidad ni evaluar cambios en el tiempo. También pudo existir sesgo de recuerdo o deseabilidad social, debido a que la información fue declarada por madres o cuidadoras.

Como proyección, se recomienda desarrollar estudios correlacionales o longitudinales que evalúen la relación entre hábitos alimenticios y evolución antropométrica en niños con desnutrición crónica. También serían pertinentes investigaciones de intervención que midan el efecto de programas de consejería nutricional familiar sobre la mejora de prácticas alimentarias, higiene alimentaria, regularidad de comidas y reducción del consumo de productos no nutritivos.

CONCLUSIONES

1. Se concluyó que el nivel global de hábitos alimenticios en las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica fue predominantemente moderadamente adecuado, con 58,8%. Asimismo, el 22,5% presentó hábitos inadecuados y el 18,7% hábitos adecuados. Este resultado muestra que la mayoría de las familias desarrolló algunas prácticas favorables, pero estas no fueron plenamente consistentes ni suficientes en todas las dimensiones evaluadas.
2. Las características sociodemográficas mostraron que la mayoría de las madres se encontró entre los 19 y 28 años, predominó la condición de conviviente o casada, el nivel educativo secundario, la ocupación de ama de casa y la procedencia urbana. Estas características permitieron contextualizar a la población participante, sin establecer relación estadística con los hábitos alimenticios.
3. Las características biológicas y nutricionales evidenciaron que el grupo más frecuente de niños correspondió a los 12 a 23 meses, con distribución similar según sexo. En el indicador talla para la edad predominó la talla baja moderada; en peso para la talla predominó la condición normal, aunque se identificaron casos de desnutrición aguda y severa; y en peso para la edad fue más frecuente el riesgo de desnutrición.
4. En la dimensión variedad y calidad de la dieta familiar predominó el nivel inadecuado, lo que evidencia limitaciones en la incorporación regular de verduras, frutas, proteínas, comidas balanceadas y alimentos ricos en micronutrientes dentro de la alimentación infantil.
5. En la dimensión frecuencia y regularidad de las comidas predominó el nivel inadecuado, identificándose debilidades en el cumplimiento de tres comidas principales, desayuno nutritivo, horarios establecidos, refrigerios saludables y prevención de ayunos nocturnos.
6. En la dimensión prácticas adecuadas de alimentación infantil predominó el nivel inadecuado, principalmente por limitaciones en el acompañamiento durante las comidas, reofrecimiento de alimentos,

refuerzo positivo, paciencia ante el rechazo alimentario y adecuación de porciones según edad y apetito.

7. En la dimensión higiene en la preparación y conservación de alimentos predominó el nivel inadecuado, lo que evidencia brechas en lavado de manos, lavado de alimentos crudos, uso de agua segura, limpieza de utensilios y conservación adecuada de alimentos.
8. En la dimensión consumo de alimentos no nutritivos, luego de la recodificación de los ítems inversos, predominó el nivel inadecuado, seguido del nivel moderadamente adecuado. Esto mostró exposición frecuente o intermitente a golosinas, bebidas azucaradas, snacks, jugos artificiales y reemplazo de comidas por productos de bajo valor nutricional.
9. Según los indicadores antropométricos, la distribución descriptiva mostró que la proporción de hábitos inadecuados fue mayor en los grupos con mayor compromiso nutricional en P/E, P/T y T/E. Sin embargo, estos resultados no establecen asociación estadística ni causalidad, debido al diseño descriptivo y transversal del estudio.

RECOMENDACIONES

A las madres y cuidadores de los niños menores de cinco años

- a) Se recomienda mejorar progresivamente la variedad de la dieta infantil, incorporando en las comidas alimentos disponibles y accesibles para la familia, como verduras, frutas, huevo, menestras, sangrecita, hígado, pescado, pollo u otras fuentes locales de proteína y micronutrientes. Esta recomendación responde a que la dimensión variedad y calidad de la dieta familiar presentó una elevada proporción de hábitos inadecuados.
- b) Se recomienda organizar horarios básicos para la alimentación diaria del niño, procurando mantener desayuno, almuerzo, cena y uno o dos refrigerios saludables, según la edad y tolerancia del menor. Esta medida busca reducir la omisión de comidas, los ayunos prolongados y la alimentación desordenada observada en una proporción importante de familias.
- c) Se recomienda acompañar al niño durante las comidas, animarlo con paciencia cuando rechaza algún alimento, volver a ofrecer los alimentos saludables en otra preparación y felicitarlo cuando los acepte. Estas acciones son factibles dentro del hogar y responden a las debilidades encontradas en las prácticas adecuadas de alimentación infantil.
- d) Se recomienda reforzar prácticas simples de higiene alimentaria, como lavado de manos antes de preparar y ofrecer alimentos, lavado de frutas y verduras, uso de agua segura y conservación de alimentos en recipientes limpios y tapados. Estas acciones no requieren altos costos y pueden aplicarse en la rutina diaria del hogar.
- e) Se recomienda reducir la entrega frecuente de golosinas, bebidas gaseosas, refrescos azucarados, snacks y jugos artificiales, reemplazándolos por agua segura, frutas, mazamorra caseras, menestras u otras preparaciones nutritivas de bajo costo.

Al personal de enfermería y nutrición del Centro de Salud Amarilis

- f) Se recomienda incorporar una consejería nutricional breve y práctica durante los controles CRED de los niños con desnutrición crónica, priorizando tres mensajes por atención: qué alimento incorporar, qué

práctica corregir y qué compromiso familiar cumplir hasta el siguiente control.

- g) Se recomienda utilizar el cuestionario de hábitos alimenticios como una ficha de orientación educativa, no necesariamente como instrumento de investigación, para identificar rápidamente si la familia requiere refuerzo en diversidad alimentaria, frecuencia de comidas, alimentación responsiva, higiene o reducción de productos no nutritivos.
- h) Se recomienda realizar sesiones demostrativas mensuales con grupos pequeños de madres, utilizando alimentos locales y de bajo costo. Estas sesiones deben centrarse en preparaciones sencillas, porciones para la edad, combinación de alimentos y alternativas saludables frente a productos no nutritivos.
- i) Se recomienda priorizar la visita domiciliaria a familias de niños con talla baja severa, desnutrición aguda o desnutrición severa, debido a que en estos grupos se observó mayor proporción descriptiva de hábitos inadecuados. La visita debe verificar prácticas reales de alimentación, higiene, almacenamiento de alimentos y barreras familiares.

A la jefatura y equipo de gestión del Centro de Salud Amarilis

- j) Se recomienda implementar un registro simple de seguimiento de niños con desnutrición crónica que incluya, además del peso y talla, una observación breve sobre hábitos alimenticios familiares. Esto permitirá identificar familias que requieren consejería repetida o visita domiciliaria priorizada.
- k) Se recomienda programar actividades educativas trimestrales sobre alimentación infantil saludable, integrando al servicio de enfermería, nutrición y promoción de la salud, con énfasis en las dimensiones más deficitarias encontradas en el estudio.
- l) Se recomienda elaborar materiales educativos breves, visuales y de fácil comprensión para las madres y cuidadores, usando ejemplos de alimentos disponibles en Amarilis y mensajes concretos sobre horarios de comida, alimentos protectores, higiene y reducción de bebidas azucaradas.

A la Microred Amarilis y Red de Salud Huánuco

- m)** Se recomienda fortalecer el acompañamiento técnico al Centro de Salud Amarilis para el seguimiento de niños con desnutrición crónica, priorizando capacitación al personal en consejería nutricional familiar, alimentación responsiva y educación sanitaria domiciliaria.
- n)** Se recomienda articular acciones con actores comunitarios, municipalidad y programas sociales pertinentes para promover el acceso a alimentos frescos y nutritivos en familias vulnerables, evitando planteamientos generales que excedan la capacidad operativa del establecimiento.

A futuros investigadores

- o)** Se recomienda desarrollar estudios correlacionales que evalúen la relación entre hábitos alimenticios y evolución antropométrica, utilizando pruebas estadísticas acordes con variables ordinales y categóricas.
- p)** Se recomienda ejecutar estudios de intervención educativa en el primer nivel de atención para valorar si la consejería nutricional familiar mejora la variedad de la dieta, la frecuencia de comidas, la higiene alimentaria y la reducción del consumo de productos no nutritivos.
- q)** Se recomienda aplicar y validar el cuestionario de hábitos alimenticios en muestras más amplias o en otros establecimientos de salud, con el fin de fortalecer su utilidad como herramienta de evaluación en salud infantil.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arimond M, Ruel MT. Dietary diversity is associated with child nutritional status: evidence from 11 demographic and health surveys. *J Nutr* [Internet]. 2004 Oct [Consultado 30 Nov 2025];134(10):2579-85. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/jn/134.10.2579>
2. Taylor CM, Wernimont SM, Northstone K, Emmett PM. Picky/fussy eating in children: review of definitions, assessment, prevalence and dietary intakes. *Appetite* [Internet]. 2015 [Consultado 30 Nov 2025];95:349-59. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26232139/>
3. Juella-Tiban EV, Chileno-Camacho LF. Prevención de la desnutrición infantil y educación sobre los hábitos alimenticios en las madres: revisión sistemática. *Rev Cient Arbitrada GESTAR* [Internet]. 2024 [Consultado 30 Nov 2025];7(14). Disponible en: <https://journalgestar.org/index.php/gestar/article/view/153>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Infant and young child feeding. Fact sheet [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [Consultado 30 Nov 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
5. UNICEF. Global Annual Results Report 2023: Nutrition for Every Child [Internet]. Nueva York: UNICEF; 2020 [Consultado 30 Nov 2025]. Disponible en: <https://knowledge.unicef.org/resource/global-annual-results-report-2023>
6. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). The State of Food and Agriculture 2023: Revealing the true cost of food [Internet]. Roma: FAO; 2023 [Consultado 30 Nov 2025]. Disponible en: <https://openknowledge.fao.org/items/445c9d27-b396-4126-96c9-50b335364d01>
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Ultra-processed food and drink products in Latin America: sales, sources, nutrient profiles and policy implications [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2019 [Consultado 30 Nov 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/ultra-processed-food-and-drink-products-latin-america-sales-sources-nutrient-profiles-and>

8. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Desnutrición crónica afectó al 11,5% de la población menor de cinco años. Nota de Prensa N°13587 [Internet]. Lima: INEI; 2022 [Consultado 30 Nov 2025]. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/desnutricion-cronica-afecto-al-115-de-la-poblacion-menor-de-cinco-anos-13587/>
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2020. Informe Departamental Huánuco: Estado nutricional [Internet]. Lima: INEI; 2021 [Consultado 30 Nov 2025]. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/departamentales/Endes10/pdf/Cap09.pdf>
10. Programa Mundial de Alimentos; Ministerio de Salud; CEPAL. La malnutrición le cuesta al Perú el equivalente al 4,6% de su PIB. Salud con Lupa [Internet]. 2022 Jul 10 [Consultado 30 Nov 2025]. Disponible en: <https://saludconlupa.com/noticias/la-malnutricion-le-cuesta-a-peru-el-equivalente-al-46-de-su-pib/>
11. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Guías alimentarias para niñas y niños menores de 2 años de edad [Internet]. Lima: MINSA; 2020 [Consultado 30 Nov 2025]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3287949/Gu%C3%ADas%20alimentarias%20para%20ni%C3%B1as%20y%20ni%C3%B1os%20menores%20de%202%20a%C3%B1os%20de%20edad.pdf>
12. Maraví L, Rojas G. Prácticas alimentarias y factores socioculturales asociados al estado nutricional infantil en comunidades andinas. Rev Socialium [Internet]. 2019 [Consultado 30 Nov 2025];3(2):75-92. Disponible en: <https://revistas.uncp.edu.pe/index.php/socialium/article/view/666>
13. Divya N, et al. The study of dietary diversity score in children between 6 to 23 months: a hospital-based study. Int J Contemp Pediatr [Internet]. 2018 [Consultado 30 Nov 2025];5(3):1053-7. Disponible en: <https://doi.org/10.18203/2349-3291.ijcp20181541>
14. Creed-Kanashiro H, et al. Prácticas de alimentación infantil y su relación con el estado nutricional en zonas rurales del Perú. Rev Peru Med Exp

- Salud Publica [Internet]. 2013 [Consultado 30 Nov 2025];30(4):641-8. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe>
15. Victora CG, et al. Revisiting maternal and child undernutrition in low-income and middle-income countries: variable progress towards an unfinished agenda. Lancet [Internet]. 2021 Mar 7 [Consultado 30 Nov 2025];397(10282):1388-99. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00394-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00394-9)
 16. Black MM, Hurley KM. Investment in early childhood development and nutrition. Lancet [Internet]. 2016 [Consultado 30 Nov 2025];387(10017):2280-1. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27116251/>
 17. Huamán-Espino L, et al. Desnutrición crónica en menores de cinco años en Perú: análisis espacial 2010-2016. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2017 [Consultado 30 Nov 2025];91:e201703014. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272017000100203
 18. Banco Mundial. An Investment Framework for Nutrition: Reaching the Global Targets for Stunting, Anemia, Breastfeeding, and Wasting [Internet]. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2017 [Consultado 30 Nov 2025]. Disponible en: <https://www.worldbank.org/en/topic/nutrition/publication/investment-framework-nutrition>
 19. International Food Policy Research Institute (IFPRI). Global Nutrition Report 2021: The state of global nutrition [Internet]. Washington, D.C.: IFPRI; 2021 [Consultado 30 Nov 2025]. Disponible en: <https://globalnutritionreport.org/>
 20. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2023. Resumen ejecutivo [Internet]. Lima: INEI; 2024 [Consultado 30 Nov 2025]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/8133969/6813623-resumen-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2024.pdf>
 21. Ortega-Ramírez A, et al. Early feeding practices and eating behaviour in preschool children: The CORALS cohort. Matern Child Nutr [Internet].

- 2024 [Consultado 30 Nov 2025];20(1):e13672. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/mcn.13672>
22. Herrán OF, et al. Hábitos de alimentación infantil y su relación con las prácticas y conocimientos nutricionales parentales. *Rev Chil Nutr* [Internet]. 2023 [Consultado 30 Nov 2025];50(6):617-26. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182023000600617
 23. Acosta LD, et al. Dietary practices and nutritional status of children served in a social program for surrogate mothers in Colombia. *BMC Nutr* [Internet]. 2023 [Consultado 30 Nov 2025];9:85. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s40795-023-00685-1>
 24. Zapata ME, et al. Ultra-processed foods consumption and diet quality among preschool children and women of reproductive age from Argentina. *Public Health Nutr* [Internet]. 2023 [Consultado 30 Nov 2025];26(7):1312-21. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S1368980023000931>
 25. Rivera JA, et al. Prácticas de alimentación infantil de cuidadores principales, conducta alimentaria y estado nutricional de preescolares. *Rev Mex Trastor Aliment* [Internet]. 2022 [Consultado 30 Nov 2025];13(4):e573. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2020.4.573>
 26. Masztalerz-Kozubek D, et al. Early feeding factors and eating behaviors among toddlers. *Nutr J* [Internet]. 2022 [Consultado 30 Nov 2025];21:23. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35684080/>
 27. Morales-Cahuancama B, Gonzales-Achuy E, Solis-Sánchez G, Quispe-Gala C, Bautista-Olortegui W, Santos-Antonio G, et al. Factores asociados a la desnutrición crónica infantil durante los primeros 12 meses de vida en niños de una cohorte peruana. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2025;42(1):14–27. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/13662>
 28. Instituto Nacional de Estadística e Informática. ENDES 2024. Lima: INEI; 2024. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/8133969/6813623->

resumen-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2024.pdf

29. Rojas-Guerrero Nady, Espinoza-Bernardo Sissy. Prácticas maternas de alimentación en niños de 6 a 24 meses atendidos en establecimientos de salud de Lima e Iquitos. An. Fac. med. [Internet]. 2019 Abr [citado 2025 Dic 02] ; 80(2): 157-162. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832019000200003&lng=es
30. Granizo Huayta HR. Inicio de alimentación complementaria y estado nutricional en niños menores de dos años del Centro de Salud Perú Corea – Huánuco 2023 [Tesis]. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2023. Disponible en: <https://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14257/5978/Granizo%20Huayta%20C%20Hern%C3%A1n%20Roy.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. Amancio Villanera AE, Calero R. El Programa Articulado Nutricional y la desnutrición infantil en la región Huánuco, Perú. Rev Peru Cienc Salud [Internet]. 2024 Jul 16 [Consultado 2 Dic 2025];6(3):163-8. Disponible en: <https://doi.org/10.37711/rpcs.2024.6.3.560>
32. Alvarez Ortega LG. Desnutrición infantil, una mirada desde diversos factores. Investig Valdizana [Internet]. 2019 Mar 8 [Consultado 2 Dic 2025];13(1):15-26. <https://doi.org/10.33554/riv.13.1.168>
33. Orosco Alba YM. Hábitos alimentarios en familias con niños en desnutrición crónica del distrito de Churubamba – Huánuco 2016 [Internet]. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2017 [Consultado 2 Dic 2025]. Disponible en: <http://repositorio.udh.edu.pe/123456789/690>
34. Aristizábal-Hoyos GP, Blanco-Borjas DM, Sánchez-Ramos A, Ostiguín-Meléndez RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: una reflexión en torno a su comprensión. Enferm Univ [Internet]. 2011 [citado 2026 abr 29];8(4):16-23. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632011000400003&script=sci_arttext
35. Bronfenbrenner U. The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Harvard University Press; 1979.

36. Bandura A. Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. Prentice Hall; 1986.
37. Contento IR. Nutrition Education: Linking Research, Theory, and Practice. Jones & Bartlett; 2016.
38. World Health Organization (WHO). Infant and young child feeding [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [Consultado 2 Dic 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
39. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2022 [Internet]. Roma: FAO; 2022 [Consultado 2 Dic 2025]. Disponible en: <https://www.fao.org/publications/sofi/2022>
40. Food and Agriculture Organization (FAO). Dietary diversity and nutrition [Internet]. Rome: FAO; 2020 [Consultado 2 Dic 2025]. Disponible en: <https://www.fao.org/nutrition/dietary-diversity>
41. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2024 [Internet]. Lima: INEI; 2024 [Consultado 2 Dic 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/inei>
42. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Guías alimentarias para niñas y niños menores de 2 años [Internet]. Lima: MINSA; 2020 [Consultado 2 Dic 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/minsa>
43. United Nations Children’s Fund (UNICEF). Improving young children’s diets [Internet]. New York: UNICEF; 2023 [Consultado 2 Dic 2025]. Disponible en: <https://www.unicef.org/nutrition>
44. United Nations Children’s Fund (UNICEF). Responsive feeding guidelines [Internet]. New York: UNICEF; 2021 [Consultado 2 Dic 2025]. Disponible en: <https://www.unicef.org/nutrition>
45. Pérez-Escamilla R. How responsive feeding improves child growth. Matern Child Nutr [Internet]. 2020 [Consultado 2 Dic 2025];16(1):e12926. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/mcn.12926>
46. World Health Organization (WHO). Five keys to safer food manual [Internet]. Geneva: WHO; 2006 [Consultado 2 Dic 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241594639>

47. Black RE, Morris SS, Bryce J. Diarrheal disease and child malnutrition. Lancet [Internet]. 2013 [Consultado 2 Dic 2025];361(9351):2226-34. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12842379>
48. Pan American Health Organization (PAHO). Ultra-processed food consumption in children [Internet]. Washington, D.C.: PAHO; 2023 [Consultado 2 Dic 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org>

Cómo citar este trabajo:

Torres-Paz LY. Hábitos alimenticios en familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica, Centro de Salud Amarilis – Huánuco, 2025 [Tesis de pregrado en Enfermería]. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2026.

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“HÁBITOS ALIMENTICIOS EN FAMILIAS CON NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA, CENTRO DE SALUD AMARILIS – HUÁNUCO, 2025”

Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	Variables	Metodología
¿Cuál es el nivel de hábitos alimenticios en las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025?	Determinar el nivel de hábitos alimenticios en las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025.	Por tratarse de un estudio descriptivo simple y de una sola variable principal, no corresponde formular hipótesis general.	Variable principal: Hábitos alimenticios en familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica. Variables de caracterización: • Edad de la madre • Estado civil • Grado de instrucción • Ocupación principal • Procedencia • Número de hijos • Edad del niño • Sexo del niño • Estado nutricional P/E • Estado nutricional P/T • Estado nutricional T/E	Tipo de estudio: Observacional. Enfoque: Cuantitativo. Temporalidad: Prospectivo. Nivel: Descriptivo simple. Diseño: No experimental, transversal descriptivo. Población: 118 familias accesibles con niños menores de cinco años con desnutrición crónica adscritas al Centro de Salud Amarilis. Muestra: 80 familias que cumplieron criterios de inclusión y aceptaron participar. Muestreo: No probabilístico por conveniencia.

Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas	Variable	Dimensiones	Indicadores	Escala
Pe1: ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las madres en las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025?	OE1: Describir las características sociodemográficas de las madres en las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025.	No se formula hipótesis por tratarse de un estudio descriptivo simple de una sola variable principal.	Características sociodemográficas de la madre/cuidadora	Datos sociodemográficos	Edad de la madre, estado civil, grado de instrucción, ocupación principal, procedencia, número de hijos.	Nominal y ordinal (según cada indicador).
Pe2: ¿Cuáles son las características biológicas y nutricionales de los niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025?	OE2: Describir las características biológicas y nutricionales de los niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025.		Características biológicas y nutricionales del niño	Datos del niño e indicadores antropométricos	Edad del niño (meses), sexo, estado nutricional P/E, estado nutricional P/T, estado nutricional T/E.	Nominal y ordinal (según cada indicador).
Pe3: ¿Cuál es el nivel de la variedad y calidad de la dieta familiar en las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025?	OE3: Describir el nivel de la variedad y calidad de la dieta familiar en las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025.		Hábitos alimenticios en familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica	Variedad y calidad de la dieta familiar	Consumo de verduras, consumo de frutas frescas, ingesta de proteínas, comidas balanceadas, alimentos ricos en vitaminas y minerales.	Cualitativa ordinal (escala Likert 1–5, baremada en tres niveles).
Pe4: ¿Cuál es el nivel de la frecuencia y regularidad	OE4: Describir el nivel de la frecuencia y		Hábitos alimenticios	Frecuencia y	Tres comidas diarias, desayuno nutritivo,	Cualitativa ordinal

de las comidas en las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025?

regularidad de las comidas en las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025.

Pe5: ¿Cuál es el nivel de las prácticas adecuadas de alimentación infantil en las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025?

OE5: Describir el nivel de las prácticas adecuadas de alimentación infantil en las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025.

Pe6: ¿Cuál es el nivel de la higiene en la preparación y conservación de alimentos en las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025?

OE6: Describir el nivel de la higiene en la preparación y conservación de alimentos en las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025.

regularidad de las comidas

horarios definidos, refrigerios saludables, evitar dormir sin cenar (ítem inverso). Clasificación por dimensión según puntaje: adecuado, moderado, inadecuado (rangos análogos a la dimensión 1).

(escala Likert 1–5, baremada en tres niveles).

Hábitos alimenticios

Prácticas adecuadas de alimentación infantil

Motivación para comer, reofrecimiento de alimentos, supervisión, refuerzo positivo, porciones adecuadas.

Cualitativa ordinal (escala Likert 1–5, baremada en tres niveles).

Hábitos alimenticios

Higiene en la preparación y conservación de alimentos

Lavado de manos, lavado de alimentos, uso de agua potable, limpieza de utensilios, conservación adecuada de alimentos.

Cualitativa ordinal (escala Likert 1–5, baremada en tres niveles).

Pe7: ¿Cuál es el nivel del consumo de alimentos no nutritivos en las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025?	OE7: Describir el nivel del consumo de alimentos no nutritivos en las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025.	Hábitos alimenticios	Consumo de golosinas, ofrece bebidas azucaradas, consumo de snacks fritos, consumo de jugos artificiales, reemplazo de comidas por alimentos no nutritivos.	Cualitativa ordinal (escala Likert 1–5 invertida, baremada en tres niveles).
Pe8: ¿Cuáles son las categorías globales de los hábitos alimenticios según los indicadores nutricionales en las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025?	OE8: Describir las categorías globales de los hábitos alimenticios según los indicadores nutricionales en las familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el Centro de Salud Amarilis, Huánuco – 2025.	Hábitos alimenticios globales e indicadores nutricionales	Nivel global de hábitos alimenticios e indicadores P/E, P/T, T/E Nivel global de hábitos alimenticios (adecuado, moderadamente adecuado, inadecuado)	Cualitativa ordinal (hábitos) y nominal/ordinal (indicadores nutricionales), analizados en forma descriptiva.

ANEXO 2.

CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

Código:

FECHA:

Título: “Hábitos alimenticios en familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica, Centro de Salud Amarilis – Huánuco, 2025”

Esperamos su colaboración, respondiendo con sinceridad el presente cuestionario.

La prueba es anónima.

Lea usted con atención y conteste a las preguntas marcando con “x” o encerrando en un círculo una sola alternativa o completando con palabras en las líneas punteadas

I. Características sociodemográficas de la familia

1. Edad de la madre (años): _____

2. Procedencia:

☐ Urbana

☐ Rural

3. Estado civil:

☐ Soltera

☐ Conviviente

☐ Casada

☐ Divorciada

☐ Viuda

4. Grado de instrucción:

☐ Primaria

☐ Secundaria

☐ Superior

☐ Otro: _____

5. Ocupación principal:

☐ Agricultora

☐ Ama de casa

☐ Trabajadora independiente

☐ Otro: _____

6. Número de hijos vivos: _____

II. Datos del niño o niña

7. Edad del niño (meses): _____

8. Sexo del niño:

☐ Masculino

☐ Femenino

9. Peso (kg) según último control CRED: _____

10. Talla (cm) según último control CRED: _____

11. Indicador P/E (solo encuestador).....

12. Indicador P/T (solo encuestador).....

13. Indicador T/E (solo encuestador).....

ANEXO 3.

CUESTIONARIO DE HÁBITOS ALIMENTICIOS DE FAMILIAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICION CRONICA

Código:

FECHA:

Lea cuidadosamente cada pregunta de este cuestionario y marque con un aspa (X) la alternativa que a Ud. le parezca correcta, por favor que sea totalmente sincero(a).

Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
N	RV	AV	CS	S

Nº	ÍTEM	Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
DIMENSIÓN 1: Variedad y calidad de la dieta familiar						
Indique con qué frecuencia ocurre cada situación en su familia:						
1	Ofrecemos verduras en las comidas de mi hijo/a prácticamente todos los días.					
2	Mi hijo/a consume frutas frescas de forma diaria (como parte de sus comidas o refrigerios).					
3	Incluimos alimentos ricos en proteína (carne, pollo, pescado, huevo o legumbres) varias veces a la semana en la dieta del niño/a.					
4	Procuramos que las comidas de mi hijo/a sean balanceadas , incorporando alimentos de diferentes grupos (cereales o tubérculos, proteínas, lácteos, verduras y frutas) en cada tiempo de comida.					
5	Mi hijo/a suele consumir alimentos ricos en vitaminas y minerales (por ej., vegetales de hoja verde, hígado, menestras) al menos una vez por semana.					
DIMENSIÓN 2: Frecuencia y regularidad de las comidas						
Indique con qué frecuencia se cumple cada afirmación en su caso:						
6	Mi hijo/a consume tres comidas principales al día (desayuno, almuerzo y cena) sin saltarse ninguna.					
7	Todos los días aseguro que mi hijo/a tome un desayuno nutritivo por la mañana.					
8	Tenemos horarios fijos para las comidas del niño/a (horas establecidas para desayunar, almorzar y cenar).					
9	Si mi hijo/a tiene hambre entre comidas, le ofrezco refrigerios saludables (ej.: fruta, yogur) en lugar de que pase muchas horas sin comer.					
10	El niño/a se va a dormir sin cenar , ni recibir alguna comida por la noche. (R)					

DIMENSIÓN 3: Prácticas adecuadas de alimentación infantil		Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
Indique la frecuencia con que usted realiza lo siguiente:						
11	Animo con paciencia a mi hija/o a comer cuando muestra falta de apetito o se rehúsa a probar algún alimento, en lugar de rendirme de inmediato.					
12	Si mi hijo/a rechaza un alimento nuevo, vuelvo a ofrecérselo en otro momento o preparado de otra forma, para ayudarle a acostumbrarse al sabor.					
13	Me siento con mi hijo/a durante las comidas y lo superviso o acompaño mientras come, sin distracción brindándole atención y apoyo positivo.					
14	Elogio o felicito a mi hijo/a cuando come bien o prueba alimentos nuevos que son saludables.					
15	Sirvo porciones adecuadas a la edad de mi hijo/a y le animo a comer según su apetito, asegurándome de que obtenga suficientes nutrientes sin forzarlo.					
DIMENSIÓN 4: Higiene en la preparación y conservación de alimentos		Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
Indique con qué frecuencia ocurre cada acción en su hogar:						
16	Todos en casa (adultos y niños) nos lavamos las manos con agua y jabón antes de preparar los alimentos y antes de que mi hijo/a coma.					
17	Lavamos bien las frutas, verduras y otros alimentos crudos antes de cocinarlos o servirlos al niño/a.					
18	Utilizamos agua potable segura (hervida, filtrada o clorada) para cocinar los alimentos y beberla.					
19	Mantenemos limpios los utensilios (platos, cucharas, biberones si los usa) y la superficie donde preparamos la comida del niño/a.					
20	Almacenamos correctamente los alimentos y las sobras (refrigeración, envases tapados) para evitar su descomposición o contaminación.					
DIMENSIÓN 5: Consumo de alimentos no nutritivos (hábitos poco saludables)		Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
Indique con qué frecuencia sucede en su familia:						
21	Mi hijo/a consume golosinas o dulces (caramelos, chocolates, etc.) todos los días. (R)					
22	Le damos a mi hijo/a bebidas gaseosas o refrescos azucarados con mucha frecuencia. (R)					
23	El niño/a suele comer snacks fritos o productos de paquete (papas fritas, galletas, etc.) varias veces por semana. (R)					

24	En lugar de agua, mi hijo/a acostumbra a beber jugos artificiales o refrescos azucarados durante el día. (R)					
25	A veces reemplazamos una comida del niño/a por algo ligero no nutritivo (por ejemplo, darle solo té, café o un caldo aguado en vez de un almuerzo completo). (R)					

ANEXO 4.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: “Hábitos alimenticios en familias con niños menores de cinco años con desnutrición crónica, Centro de Salud Amarilis – Huánuco, 2025”.

Estimad(a) madre o cuidadora: Su niño(a) tiene diagnóstico de **desnutrición crónica**, y por eso queremos conocer cómo se alimenta en su hogar. Esta información nos ayudará a entender mejor las prácticas alimentarias de las familias y así apoyar futuras acciones de salud.

¿Qué le pedimos?

- Responder una **entrevista breve** (10 a 15 minutos) sobre la alimentación de su familia y datos generales del niño(a).
- Revisar su registro de peso y talla del servicio CRED.

¿Hay algún riesgo?

No. Solo responderá preguntas. La entrevista es tranquila y se hará en un ambiente cómodo.

¿Tiene algún beneficio?

No recibirá un beneficio directo; sin embargo, sus respuestas ayudarán a mejorar la atención nutricional en la comunidad.

Confidencialidad

- **No se registrará su nombre ni el de su niño(a).**
- Toda la información será confidencial y usada **solo para fines académicos.**
- Se respetará la **Ley de Protección de Datos Personales (Ley N.º 29733).**

Participación voluntaria

- Usted puede participar o no.
- Puede retirarse en cualquier momento sin ningún problema ni afectación a la atención de su niño(a).
- Se pedirá su firma o huella solo si usted entiende y acepta participar.

Consentimiento

Yo, _____,

madre/cuidadora de _____,

he comprendido la información y **acepto voluntariamente participar** en la entrevista.

Firma o huella: _____

Fecha: ____ / ____ / 2025

Investigadora: _____

ANEXO 5. CONSTANCIAS DE VALIDACIÓN



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN



CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Laura Olmos Sarmiento Galaray

de profesión Nutricionista, actualmente ejerciendo el cargo de Nutricionista

Por medio del presente hago constar que he revisado y validado los instrumentos de recolección de datos, presentado por **Torres Paz, Leonor Yazmin** identificada con DNI, estudiantes de la EAP de Enfermería el cual será utilizado para recabar información necesaria para la investigación titulada "HÁBITOS ALIMENTICIOS EN FAMILIAS CON NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA, CENTRO DE SALUD AMARILIS – HUÁNUCO, 2025".

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Instrumento 1 Nombre: CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	☐ Aplicable después de corregir ☒ Aplicable ☐ No aplicable
Instrumento 2 Nombre: CUESTIONARIO DE HÁBITOS ALIMENTICIOS DE FAMILIAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICION CRONICA	☐ Aplicable después de corregir ☒ Aplicable ☐ No aplicable

Apellidos y nombres del juez/experto validador

Dr/Mg : Lic. Sarmiento Galaray Laura Olmos

DNI : 24526614

Especialidad del validador: Nutricionista


Lic. Sarmiento Galaray
 NUTRICIONISTA
 CIP 2178
 Sello y Firma



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN



CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, FLOR DE MARIA VENTURO GÓMEZ
de profesión LIC. ENFERMERIA, actualmente ejerciendo el cargo
de ENFERMERA ASISTENCIAL DEL H.C. H. V. P.

Por medio del presente hago constar que he revisado y validado los instrumentos de recolección de datos, presentado por Torres Paz, Leonor Yazmín identificada con DNI 76136320, estudiantes de la EAP de Enfermería el cual será utilizado para recabar información necesaria para la investigación titulada "HÁBITOS ALIMENTICIOS EN FAMILIAS CON NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA, CENTRO DE SALUD AMARILIS - HUÁNUCO, 2025".

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Instrumento 1 Nombre: CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	☐ Aplicable después de corregir ☒ Aplicable ☐ No aplicable
Instrumento 2 Nombre: CUESTIONARIO DE HÁBITOS ALIMENTICIOS DE FAMILIAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICION CRONICA	☐ Aplicable después de corregir ☒ Aplicable ☐ No aplicable

Apellidos y nombres del juez/experto validador

Dr/Mg : FLOR DE MARIA VENTURO GÓMEZ

DNI : 22508493

Especialidad del validador: PEDIATRIA


Lic. Dr. Flor de María Venturo Gómez
Lic. en Enfermería
C.O.P. - S.C.E.S. - Perú, 2025



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN



CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Mayra Nayla Damasceno Valdivia
de profesión Licenciada en enfermería, actualmente ejerciendo el cargo
de Enfermera asistencial del H.E.H.U.H.

Por medio del presente hago constar que he revisado y validado los instrumentos de recolección de datos, presentado por **Torres Paz, Leonor Yazmín** identificada con DNI 76136320, estudiantes de la EAP de Enfermería el cual será utilizado para recabar información necesaria para la investigación titulada "HÁBITOS ALIMENTICIOS EN FAMILIAS CON NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA, CENTRO DE SALUD AMARILIS - HUÁNUCO, 2025".

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Instrumento 1 Nombre: CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	☐ Aplicable después de corregir ☒ Aplicable ☐ No aplicable
Instrumento 2 Nombre: CUESTIONARIO DE HÁBITOS ALIMENTICIOS DE FAMILIAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA	☐ Aplicable después de corregir ☒ Aplicable ☐ No aplicable

Apellidos y nombres del juez/experto validador

Dr/Mg : Mayra Nayla Damasceno Valdivia

DNI : 76439286

Especialidad del validador:





CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, KELLY BRISO CANIEND
de profesión LICENCIADA EN ENFERMERIA, actualmente ejerciendo el cargo
de ENFERMERA ASISTENCIAL DEL HRIIUM

Por medio del presente hago constar que he revisado y validado los instrumentos de recolección de datos, presentado por **Torres Paz, Leonor Yazmín** identificada con DNI 76136320, estudiantes de la EAP de Enfermería el cual será utilizado para recabar información necesaria para la investigación titulada "HÁBITOS ALIMENTICIOS EN FAMILIAS CON NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA, CENTRO DE SALUD AMARILIS - HUÁNUCO, 2025".

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Instrumento 1 Nombre: CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	☐ Aplicable después de corregir ☒ Aplicable ☐ No aplicable
Instrumento 2 Nombre: CUESTIONARIO DE HÁBITOS ALIMENTICIOS DE FAMILIAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICION CRONICA	☐ Aplicable después de corregir ☒ Aplicable ☐ No aplicable

Apellidos y nombres del juez/experto validador

Dr/Mg : KELLY BRISO CANIEND

DNI : 73216476

Especialidad del validador:


Kelly Briso Caniend
Enfermera
EAP 18067



CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Dra. Luzmila Yariel Ortiz
de profesión Lic. Enfermera, actualmente ejerciendo el cargo
de Profesora asociada del curso

Por medio del presente hago constar que he revisado y validado los instrumentos de recolección de datos, presentado por **Torres Paz, Leonor Yazmín** identificada con DNI 76136320, estudiantes de la EAP de Enfermería el cual será utilizado para recabar información necesaria para la investigación titulada "HÁBITOS ALIMENTICIOS EN FAMILIAS CON NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA, CENTRO DE SALUD AMARILIS - HUÁNUCO, 2025".

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Instrumento 1 Nombre: CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	☐ Aplicable después de corregir ☒ Aplicable ☐ No aplicable
Instrumento 2 Nombre: CUESTIONARIO DE HÁBITOS ALIMENTICIOS DE FAMILIAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA	☐ Aplicable después de corregir ☒ Aplicable ☐ No aplicable

Apellidos y nombres del juez/experto validador

Dr/Mg : Dra. Luzmila Yariel Ortiz

DNI : 20181815

Especialidad del validador:

Dra. Luzmila Yariel Ortiz
Profesora Asociada



CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, MERCEDES D. ESQUIVEL AYALA
de profesión LICENCIADA EN ENFERMERÍA, actualmente ejerciendo el cargo
de ENFERMERA ASISTENCIAL DEL HRHUM

Por medio del presente hago constar que he revisado y validado los instrumentos de recolección de datos, presentado por **Torres Paz, Leonor Yazmin** identificada con DNI 76136320, estudiantes de la EAP de Enfermería el cual será utilizado para recabar información necesaria para la investigación titulada "HÁBITOS ALIMENTICIOS EN FAMILIAS CON NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA, CENTRO DE SALUD AMARILIS - HUÁNUCO, 2025".

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Instrumento 1 Nombre: CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	☐ Aplicable después de corregir ☒ Aplicable ☐ No aplicable
Instrumento 2 Nombre: CUESTIONARIO DE HÁBITOS ALIMENTICIOS DE FAMILIAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA	☐ Aplicable después de corregir ☒ Aplicable ☐ No aplicable

Apellidos y nombres del juez/experto validador

Dr/Mg MERCEDES D. ESQUIVEL AYALA

DNI 45079878

Especialidad del validador:

Dr. Mercedes D. Esquivel Ayala
C.E.P. 9304

Sello y Firma

Logo of the Ministry of Health and the Regional Government of Huanuco are visible at the top left. The logo of the Centro de Salud Amarilis is at the top right.

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Amarilis, 23 de octubre de 2025

PROVEIDO N 017-2025 -GR-HCO-DRS-RED-HCOMRA-CSA-CADI

EL JEFE DEL CENTRO DE SALUD Y CORDINADOR APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION DEL CENTRO DE SALUD DE AMARILIS QUE AL FINAL SUSCRIBE:

Que, visto la solicitud de Don/Dña **LEONOR YASMIN TORRES PAZ**, con argumento en solicitud pide la autorización para la ejecución de su proyecto **"HÁBITOS ALIMENTICIOS EN FAMILIA CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA, CENTRO DE SALUD AMARILIS - HUANUCO 2025"**; con el visto bueno del COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACION mediante el INFORME N° **018-2025--ECM-PCEI/CS AMARILIS/MRSA**, se otorga el PROVEIDO FAVORABLE para la ejecución de su proyecto en mención en el Centro de Salud Amarilis con código IPRESS 27821 a partir de la fecha, cuya muestra proyectada según matriz estará constituida a madres con niños menores de 5 años.

Así mismo, cabe señalar que luego de terminada la ejecución de su proyecto sean compartidos con nuestra institución para planes y acciones de mejora sucesivos.

Se expide el presente a solicitud del interesado para los fines que estime por conveniente realizar ante las instancias competentes.

ATENTAMENTE,

Signature of the Head of the Center of Health Amarilis is present.

Logo of the Centro de Salud Amarilis is present.

JEFE DEL CENTRO DE SALUD AMARILIS

Signature of the Coordinator of Support to Teaching and Investigation is present.

Logo of the Centro de Salud Amarilis is present.

COORDINADOR APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION