



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

**VIOLENCIA FAMILIAR Y LA DESNUTRICIÓN INFANTIL EN ASENTAMIENTOS
HUMANOS DE PACHACÚTEC - VENTANILLA**

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Salud Pública

Autora:

Victorio Arribasplata, Gladys Edith

Asesora:

La Rosa Botonero, José Luis
(ORCID: 000-002-2908-272X)

Jurado:

Alvitez Morales, Juan Daniel
Checa Chávez, Elena Ernestina
Astocóndor Fuertes, Ana María

Lima - Perú

2022



Referencia:

Victorio, G. (2022). *Violencia familiar y la desnutrición infantil en asentamientos humanos de Pachacútec - Ventanilla*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6513>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSTGRADO

VIOLENCIA FAMILIAR Y LA DESNUTRICION INFANTIL EN ASENTAMIENTOS HUMANOS DE PACHACUTEC - VENTANILLA

Línea de Investigación: Salud Pública

Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Salud Pública

Autor:

Victorio Arribasplata, Gladys Edith

Asesor:

La Rosa Botonero, José Luis

(ORCID: 000-002-2908-272X)

Jurado:

Alvitez Morales, Juan Daniel

Checa Chávez, Elena Ernestina

Astocóndor Fuertes, Ana María

Lima- Perú

2022

ÍNDICE

RESUMEN	III
ABSTRAC	IV
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	2
1.2. Descripción del problema	7
1.3. Formulación del problema	11
1.3.1. Problema General:.....	11
1.3.2 Problemas Específicos:	11
1.4. Antecedentes	11
1.5. Justificación de la investigación	17
1.6. Limitaciones de la investigación.....	18
1.7. Objetivos	19
1.7.1. Objetivo General:	19
1.7.2. Objetivos Específicos:.....	19
1.8. Hipótesis.....	19
1.8.1. Hipótesis General:	19
1.8.2. Hipótesis Específicas:	19
II. MARCO TEORICO	20
2.1. Marco conceptual	20
III. MÉTODO	39
3.1. Tipo de investigación	39
3.2. Población y muestra	40
3.3. Operacionalización de variables.....	42
3.4. Instrumentos	46
3.5. Procedimientos	46
3.6. Análisis de datos.....	47
3.7. Consideraciones Éticas.....	47
IV. RESULTADOS.....	49
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	61
VI. CONCLUSIONES.....	70
VII. RECOMENDACIONES	71
VIII. REFERENCIAS.....	72
IX. ANEXOS	83

RESUMEN

Introducción: La violencia familiar afecta gravemente la estabilidad de los hogares y sus miembros, dejando secuelas permanentes en quienes la experimentan. Los niños son un grupo vulnerable que recibe sus efectos cotidianos, siendo su condición nutricional seriamente afectada. **Objetivo:** Establecer la relación entre la violencia familiar y la desnutrición infantil de los niños expuestos. **Método:** El estudio es descriptivo, transversal, correlacional, de casos y controles en niños menores de 5 años y sus madres con experiencias de violencia familiar (violencia contra la mujer y/o maltrato infantil), de una población urbano marginal y de bajos recursos. Recibimos a través de una encuesta el auto reporte de la madre y se realizaron mediciones antropométricas a sus niños. Los datos recolectados se analizaron en el programa SPSS v23, incluyendo análisis descriptivo e inferencial (Odds Ratio, intervalo de confianza y regresión logística). **Resultados:** Se analizaron datos de 43 casos (desnutridos) y 95 controles (no desnutridos) encontrando una prevalencia de desnutrición crónica de 30% y un nivel de violencia familiar de 88%. Al analizar la asociación se encontró significancia con la violencia familiar (OR:8,506; IC: 1,090 – 66,385) y contra la madre o violencia íntima de pareja (VPI) (OR: 8,205; IC: 1,014 – 66,402). No hubo significancia en relación con el maltrato infantil. La regresión logística confirmó la asociación con un OR ajustado:8.498 (IC:1.047 – 68.935) y $p < 0.05$. **Conclusiones:** La violencia familiar y el maltrato contra la madre están asociados significativamente con la desnutrición crónica infantil, lo que demanda una atención prioritaria a estos hogares de riesgo.

Palabras claves: violencia familiar, desnutrición crónica, maltrato infantil.

ABSTRACT

Introduction: Family violence seriously affects the stability of families and their members, leaving permanent sequels in those who experience it. Children are a vulnerable group that receives its daily effects, their nutritional condition becomes seriously affected. **Objective:** To establish the relationship between family violence and child malnutrition of exposed children.

Method: The study is descriptive, cross-sectional, correlational, of cases and controls in children under 5 years of age and their mothers who experience family violence (violence against women and/or child abuse), from marginal urban population areas and low resources. Through a survey, we received the mother's self-report and anthropometric measurements were made on their children. The collected data was analyzed in the SPSS v23 program, including descriptive and inferential analysis (Odds Ratio, confidence interval and logistic regression).

Results: Data from 43 cases (malnourished) and 95 controls (not malnourished) were analyzed, finding a prevalence of chronic malnutrition of 30% and any level of family violence of 88%. When the association got analyzed, significance was found in family violence (OR: 8.506; CI: 1.090 – 66.385) and violence against the mother or intimate partner violence (IPV) (OR: 8.205; CI: 1.014 – 66.402). There was no significance in relation to child abuse. Logistic regression confirmed the association with an adjusted OR: 8.498 (CI: 1.047 – 68.935) and $p < 0.05$.

Conclusions: Family violence and mistreatment against the mother are significantly associated with chronic child malnutrition, which demands priority attention to these risk households.

Keywords: family violence, chronic malnutrition, child abuse.

I. INTRODUCCIÓN

La violencia familiar es un problema que afecta directamente a la base de la sociedad que es la familia peruana. Durante el estado de emergencia causado por la pandemia del Covid-19, se ha evidenciado este problema exacerbado por la inmovilidad, las dificultades económicas en el hogar y el estrés propio por el riesgo de enfermarse; de modo que, hasta la actualidad, muchos casos permanecen sin ser debidamente registrados en las instancias pertinentes. Los casos que se reportan son los daños severos después de intentos de feminicidio y filicidios, solo cuando estos intentos contra la vida han sido ejecutados y la población que los expone son atendidos por la prensa nacional.

Las autoridades vienen realizando esfuerzos para sensibilizar a la población al respecto, fomentando el apoyo de la policía femenina en las comisarías, lo que facilita las denuncias de hechos graves. Existen modalidades de violencia familiar contra la madre que afectan a los niños de manera que estos experimentan maltrato de género, psicológico, moral, sexual y físico; dejando en los menores de edad las huellas indelebles sobre el estado nutricional y el desarrollo cognitivo que tienen repercusiones en el potencial productivo y otras áreas que los afectara en su etapa adulta, las mismas que a la postre generaran mayor carga social para el estado peruano.

El presente trabajo, describirá la relación de la violencia familiar y la desnutrición de niños menores de 5 años en la zona Urbano Marginal del distrito de Ventanilla de la Provincia Constitucional del Callao.

1.1. Planteamiento del problema

1.1.1. Violencia Familiar

La violencia familiar es un problema de importancia en salud pública cuyas consecuencias negativas afectan a todos los miembros de la familia y la sociedad en su conjunto. La violencia intrafamiliar daña tanto a las mujeres en la pareja como a los demás miembros del hogar: niños(as), adultos mayores y adolescentes. (Mayor y Salazar, 2019)

El maltrato infantil se refiere a cualquier forma de abuso que causa o tiene el potencial de causar daño a los menores de 18 años. Incluye abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, negligencia y exposición a la violencia de pareja (IPV). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), el 36,3% de los niños en todo el mundo han experimentado abuso emocional, 22% abuso físico y el 16.3% negligencia, mientras que 18% de las niñas y el 8% de los niños ha sufrido abuso sexual. (Gardner et al., 2019)

A nivel mundial, los niveles de violencia contra los niños son muy altos. Más del 50% de los niños informan haber experimentado alguna forma de violencia en el último año, y los estudios de metaanálisis globales sugieren que el 10% de los niños y el 20% de las niñas han experimentado violencia sexual en su vida. Los miembros del hogar son los perpetradores más comunes de violencia física y emocional contra los niños. (Devries et al., 2018)

En el Perú, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables informó que los Centros de Emergencia Mujer (CEM) durante el 2019 (enero a setiembre), reportaron 40,204 casos de violencia contra niños, niñas y adolescentes, de estos 21% sexual, 32% física y 46% psicológica. Las diez regiones con más casos son: Lima, Arequipa, Cusco, Junín, La Libertad, Ancash, San Martín, Callao, Ica y Piura. Se ha implementado los Módulos de Atención al Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud (MAMIS) para la prevención e intervención del maltrato infantil–adolescente.(Adjuntia para la niñez y adolescencia de la defensoria del pueblo, 2019)

La violencia contra las mujeres involucra violencia física (jalones de cabello, golpes, empujones, puntapiés, entre otros), psicológica (conductas de control, humillaciones, insultos), sexual (actos sexuales humillantes o sin consentimiento), económica (disposición de dinero, gastos, control sobre sus ingresos) y el feminicidio íntimo, como situación de mayor gravedad. (Durand y Peña, 2019)

A nivel mundial, 35% mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida, según la OMS. La violencia de pareja representa la mayoría de estos casos. La prevalencia de la violencia de pareja reportada es 23,2% en países de ingresos altos, 37,7% en Asia Sudoriental, 24,6% en Pacífico Occidental y 37% en Mediterráneo Oriental (Organización Mundial de la Salud, 2017).

En el Perú, el 63,2% de las mujeres de 15 a 49 años sufrieron algún tipo de violencia en algún momento de su vida por el esposo o compañero; el 58,9% fue psicológica, 30,7% física y el 6,8% sexual (ENDES 2018). La mayoría de las víctimas de violencia familiar eran amas de casa (39,5%); además están los comerciantes (13,9%), los profesionales, técnicos y estudiantes (16,6%) y los informales (29,8%), según denuncias de los meses de enero a mayo 2019. El 57,5% de las víctimas tenían nivel educativo secundario. El 28,9% de las mujeres víctimas de violencia física acudieron a alguna institución cuando fueron maltratadas físicamente: Comisaría (74,1%); Defensoría Municipal-DEMUNA (10,4%), Fiscalía 8,9% y Juzgado 8%. (Durand y Peña, 2019)

Los informes del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) nos indican que las zonas rurales presentan, entre otras características, elevados índices de dispersión poblacional, mayores niveles de pobreza y altos índices de analfabetismo; generando un mayor estado de precariedad en sus pobladores y consecuentemente un acceso limitado a los servicios básicos fundamentales; siendo la violencia contra la mujer más frecuente en estas zonas. (Castro y Rivera, 2015)

1.1.2. Estado Nutricional

A nivel mundial, un tercio de los niños menores de cinco años tiene problemas de crecimiento por padecer alguna forma de malnutrición: retraso en el crecimiento, emaciación y sobrepeso; lo cual limita la capacidad de millones de niños para crecer y desarrollar todo su potencial. El déficit de crecimiento es un indicador de que los niños en un país no se desarrollan bien, tuvieron privaciones pasadas y se proyectan a la pobreza en el futuro. (Hayachi et al., 2019)

Los primeros años de la infancia es un período crítico para el desarrollo neurológico infantil. Las deficiencias nutricionales, la infección y la inflamación son los principales contribuyentes al deterioro del desarrollo neurológico infantil en estos años, particularmente en entornos de bajos recursos. Al menos cuatro micronutrientes se han asociado con el desarrollo neurológico durante la infancia temprana y media: yodo, zinc, vitamina B12 y hierro. (John et al., 2017). Los efectos en el desarrollo y las implicancias económicas, sociales y en la salud, producto de la malnutrición a nivel mundial son graves y prolongadas, para las familias, comunidades y naciones. La desnutrición en los niños los hace más vulnerables a la enfermedad y la muerte. (Organización Mundial de la Salud, 2020)

A nivel mundial, la OMS para el 2020 manifiesta que, en los niños menores de 5 años, hay cincuenta y dos millones con emaciación, 155 millones con retraso del crecimiento y 41 millones tienen sobrepeso o son obesos. En niños menores de 5 años la desnutrición está relacionada con el 45% de las muertes, principalmente en países de ingresos bajos, asimismo las tasas de sobrepeso y obesidad en la niñez están aumentando. (Organización Mundial de la Salud, 2020)

En la región de Latinoamérica y el Caribe, la desnutrición crónica afecta al 10% de la población, lo cual se encuentra en la mayoría de los países muy pobres en 67%. Existen diferencias entre países y dentro de ellos, sumándose más de 7 millones de niños y niñas con

desnutrición crónica. Desde 1990 a la fecha los países de la región han disminuido la prevalencia de desnutrición crónica en 40% como promedio. Además, se observó un aumento de la prevalencia de sobrepeso en el tramo de 0 a 4 años (7%). Los últimos estudios de OMS indican que la anemia por deficiencia de hierro afecta a más del 35% de los niños entre 6 y 59 meses de edad en la región. (Comisión Económica para América Latina y El Caribe, 2018)

En el Perú, el déficit calórico (baja ingesta de energía), en el último trimestre 2019, se encontró en el 27,5% de los hogares que tienen entre sus miembros a un niño/niña y/o adolescente, al menos uno de los miembros presenta déficit calórico. Según área de residencia, afectó en Lima Metropolitana 29,1%, rural 27,3% y el resto urbano 26,7%. (Calhuavilca, 2020). La proporción de Desnutrición Crónica en < 5 años mostró una tendencia a decrecer, del 2009 al 2018 en un total de 8 puntos porcentuales según el patrón de crecimiento de OMS, mientras que en el I Semestre 2019 la proporción fue de 16,3%. La Desnutrición Aguda se mantuvo en 1,3% y la Desnutrición Global afecta a 1 de cada 27 niños. (Zavaleta y Tarqui, 2019). La desnutrición crónica es más prevalente en el área rural (25,2%) que urbana (7,3%), niños de madres con bajo nivel educativo (25,6%) y < 3 años (13,1%). En el año 2018, la prevalencia de anemia en niños de 6 a 35 meses alcanzó a 42,2%, disminuyendo 4,6 puntos porcentuales los últimos cinco años. (García, 2019). En el I semestre 2019 alcanzó el 31,1%. En este mismo periodo el sobrepeso alcanzó el 6,0% y la proporción acumulada de exceso de peso (sobrepeso y obesidad) alcanzó el 7,5% a nivel nacional, es decir, 3 de cada 40 niños presentó sobrepeso u obesidad en el país. (Zavaleta y Tarqui, 2019)

1.1.3. Violencia familiar y Riesgo infantil

El abandono de los niños es un grave problema mundial. El abandono físico nos habla de un estado de carencia en las necesidades físicas del menor, las cuales requieren atención, ellas son: pobre alimentación, falta de higiene, atención inadecuada de salud, analfabetismo, no tener una vivienda digna entre otros. (Franco et al., 2017)

El conjunto de evidencia acumulada proporciona una visión sustancial de cómo el maltrato infantil y la privación psicosocial experimentados, apuntan a cambios funcionales y estructurales en múltiples sistemas en todo el cerebro lo que da lugar a dificultades emocionales y cognitivas. (Bick y Nelson, 2016)

Los estudios indican que la violencia domestica tiene impacto en la salud infantil.(Arcos et al., 2003; Wickramasinghe et al., 2019; Paul y Mondal, 2020; Nakphong y Ehrenstein, 2020; King y Khanijahani, 2020 y Norman et al., 2012). Los niños en vulnerabilidad social mostraron un rendimiento inferior en la mayoría de las habilidades motoras, competencia percibida moderada y rendimiento escolar inferior. (Nobre et al., 2018). Los ACE (Eventos adversos de la infancia) experimentados muy temprano en el desarrollo están asociados con niños cuya salud está en riesgo más tarde en la infancia. (McKelvey et al., 2019; Hughes et al., 2017 y Bright et al., 2016).La violencia contra la mujer tiene un efecto positivo significativo sobre la morbilidad infantil y constituye en un riesgo significativo para la violencia y daño en la salud de los niños. (León et al., 2016; Gage y Silvestre, 2010)

En relación con la influencia de la percepción de los padres y la sociedad, los estudios reportan: Que los niños afectados no califican en el maltrato como tal y su percepción es influida por su entorno social. (Tovar et al., 2016). Las experiencias se asociaron con un aumento de las creencias y comportamientos de los padres favorables al abuso y la negligencia infantil; y la predisposición a que el niño tenga un desarrollo socioemocional en riesgo.(McKelvey et al., 2016). Los factores de riesgo relacionados con los padres: comportamiento antisocial/delito, problemas mentales/psiquiátricos, problemas mentales/físicos y experiencias de abuso en la propia infancia; estuvieron presentes en la negligencia infantil. (Mulder et al., 2018)

La condición socioeconómica es relevante en los reportes. La pobreza no es un factor determinante para la negligencia, pero presenta un muy favorable contexto para que se exprese

la negligencia.(Pasian et al., 2020). La privación del cuidado infantil en la pobreza es una forma importante de abandono; las cifras de retraso en el crecimiento, bajo peso y emaciación indican que muchos niños se vieron privados de una adecuada nutrición, tal privación es más probable que conduzca a deficiencia cognitiva y pobreza física. (Ogwumike y Ozughalu, 2018). En hogares pobres tienen dos veces más probabilidades de ser víctimas de daños físicos por violencia que los niños de familias de mayores ingresos.(Benavides et al., 2015). Se observaron asociaciones estadísticas significativas entre la posición socioeconómica de la infancia y las ACE. (Walsh et al., 2019). El maltrato infantil es común y está asociado con grandes pérdidas económicas porque muchos niños maltratados sufren angustia psicológica sustancial y pueden adoptar comportamientos que aumentan su riesgo de enfermedades crónicas (Fang et al., 2015)

1.2. Descripción del problema

1.2.1. Violencia familiar y estado nutricional

La negligencia nutricional puede incluir no solo fracaso para crecer relacionado a no enfermedad, pero también obesidad mórbida. La apariencia física de un niño puede ser la primera indicación de negligencia nutricional. Los signos físicos de la desnutrición pueden incluir bradicardia, hipotermia, apatía, pérdida de grasa y músculo, costillas y huesos faciales prominentes, distensión abdominal, edema y cabello escaso.(Jackson et al., 2015)

El examen general del niño puede revelar evidencia de negligencia, incluyendo desnutrición, caries dental extensa, dermatitis del pañal no tratada o cuidado inadecuado de heridas. Es importante medir y trazar cuidadosamente todas las medidas de crecimiento en una tabla de crecimiento, y obtener mediciones previas puede ayudar a evaluar si la velocidad de crecimiento ha sido apropiada. El abuso físico y la negligencia a veces son concurrentes, y en ocasiones, los niños pueden morir de hambre intencionalmente. (Christian y Neglect, 2015)

A nivel mundial y nacional, se han desarrollado estudios que relacionan la violencia y el estado nutricional, con diversos enfoques y metodologías, lo que resalta su importancia y la necesidad de evidencias en una problemática global:

Estudios a nivel mundial mostraron que: Los niños maltratados físicamente tienen más probabilidades de tener deficiencia de hierro no hemínico y problemas de comportamiento (China) (Cui et al., 2018). El retraso en el crecimiento en los niños se asoció positivamente con la exposición materna a la violencia física, sexual o ambas, siendo mayor en zonas urbanas y bajo nivel educativo materno (China) (Chai et al., 2016). Existe asociación de incidentes de violencia doméstica (abuso por retención de alimentos) con anemia y bajo peso en mujeres y sus niños. (India) (Ackerson y Subramanian, 2008). Hay relación entre la exposición materna a la IPV (Violencia de pareja íntima) física o sexual con el bajo peso y retraso en el crecimiento del niño. (Bangladesh) (Rahman et al., 2012). En 2042 mujeres con al menos un niño menor de 5 años de edad, con experiencia de IPV (Violencia de Pareja Íntima), física 49.4% y sexual 18.4% , la prevalencia de retraso en el crecimiento, emaciación y bajo peso en sus hijos menores de 5 años era 44.3%, 18.4% y 42.0%, respectivamente (Shirin et al., 2014 y Ziaei et al., 2014). En 2467 díadas madre-hijo se encontró que los informes maternos de violencia doméstica sexual en el año anterior predijeron puntajes z ajustados más bajos para altura/edad y peso/altura, así como mayores probabilidades de retraso en el crecimiento y bajo peso.(Liberia) (Sobkoviak et al., 2012). En niños preescolares maltratados física y emocionalmente se encontró desnutrición crónica y retraso en el crecimiento secundario a factores nutricionales y psicosociales. (España) (Oliván, 2003). La relación entre la exposición materna a IPV con niños menores de 2 años (Mortalidad en < 2 años) y el retraso en el crecimiento en Kenia, Honduras y Malawi sugiere que, en estos países, la IPV juega un papel en la desnutrición y mortalidad infantil. (Rico et al., 2011)

Estudios en Latinoamérica siguiendo una línea similar reportan que: La exposición materna a cualquier IPV durante el embarazo se asoció con puntaje Z promedio de talla para la edad más bajos. (Nicaragua). (Salazar et al., 2012). El abuso por inanición debe considerarse en la causalidad de la desnutrición infantil. (Brasil) (Montenegro et al., 2016) . Las niñas con abuso físico presentaron desnutrición aguda y crónica, mientras las niñas con abuso sexual sobrepeso y obesidad. (México) (Martín y Loredó, 2010).

A nivel nacional también se revisaron estudios que tuvieron los siguientes hallazgos: La proporción de niños con retraso en el crecimiento y desarrollo en un medio con presencia de violencia intrafamiliar es mayor que en ausencia de esta. (Perú) (Sirlopu, 2013). La prevalencia de desnutrición crónica se asoció con el reporte de violencia física severa contra la mujer ejercida por la pareja, en menores de cinco años. (Perú). (Ruiz-Grosso et al., 2014). Las familias con experiencias de violencia familiar tuvieron niños con desnutrición crónica 36.4% y las familias sin experiencias de violencia en 17.2%. (Perú) (Estacio, 2016)

La negligencia, tiene alcance en todo el mundo y el progreso para abordarlo siguen sin estar claro. La negligencia prevalece en todos los países, aunque su extensión y forma varían. La mayoría de ellos reconocen el abandono como una forma de maltrato y tienen políticas básicas de Servicios de Protección Infantil (CPS) y algún sistema establecido, pero la implementación de servicios de prevención e intervención sigue siendo inadecuada incluso en países de altos ingresos. Las barreras económicas y de otro tipo inhiben el progreso para abordar el abandono de los niños. (Kobulsky et al., 2019)

Este conjunto de problemas genera grandes costos al país, en la salud y rehabilitación. El maltrato y abuso que padecen los niños no les permiten atender sus estudios, lo cual hace infructuosos los esfuerzos del estado para mejorar la educación. Ello se evidencia como el maltrato y abuso sexual generan y perpetúan la pobreza, oponiéndose al progreso de nuestra sociedad. Es responsabilidad del estado y la sociedad construir un país donde las niñas, niños

y adolescentes tengan igualdad de oportunidades y alcancen un desarrollo pleno con un ambiente sano y libre de violencia. (Mendoza y Anchiraico, 2012)

La desnutrición infantil sigue sobrepasando el promedio nacional en Asentamientos Humanos o zonas Urbano marginales y a pesar de los esfuerzos en programas de asistencia y promoción persisten las diferencias con otras zonas de características demográficas y condiciones socioeconómicas semejantes, teniendo mayor número de niños desnutridos.

Hoy se reconoce que en el distrito de Ventanilla el mayor porcentaje de la población habita en asentamientos humanos. En el Mapa de la Pobreza del Perú elaborado por INEI 2020, se especifica que el mayor grado de pobreza de la provincia del Callao se ubica en el distrito de Ventanilla que alcanza el 26% (García y Sánchez, 2020), en tanto que la desnutrición en el Callao alcanza el 8% teniendo este distrito el mayor porcentaje. Ventanilla tiene 37% de anemia, habiéndose registrado 3 puntos de incremento respecto al año 2017. En el Asentamiento Humano Pachacútec el 45% de los menores de 3 años padece de anemia zona limítrofe con el área de estudio.

La crisis de valores en toda la sociedad peruana y mundial, incremento el número de muertes por violencia familiar, así como de denuncias civiles y penales por este concepto, El Callao reporta un índice de violencia contra la mujer de 20.75%. (ENDES, 2013) y 12.3% (ENDES, 2018). Según el último reporte del observatorio regional (abril, 2020) Ventanilla ocupa el 2do lugar en denuncias con 35% (Física 42%, Psicológica 43%, Física y Psicológica 12% y Sexual 0.8% (Castro y Rivera, 2015).

La manera como los padres interactúan entre ellos y con los hijos son el sustrato sobre el cual se instalan las consecuencias de situaciones de violencia familiar. Estos eventos podrían ser medidos y determinarse su relación con la malnutrición, estableciéndose como factor de riesgo para el estado nutricional y la salud según tiempo de exposición del niño a la violencia familiar.

La asociación de estos factores: violencia familiar y maltrato infantil, y su relación con el estado nutricional en una zona Urbano marginal del distrito de Ventanilla es materia del presente estudio. Esto permitiría enfocar las actividades preventivas promocionales de salud integral hacia la intervención en el primer nivel de atención de salud y contribuiría a evitar consecuencias negativas en el potencial físico, intelectual y la calidad de vida de los futuros ciudadanos peruanos.

1.3 Formulación del problema

1.3.1. Problema General

- ¿Cuál es la relación entre la violencia familiar y la desnutrición infantil en Asentamientos Humanos de Pachacútec-Ventanilla?

1.3.2 Problemas Específicos

- ¿Cuál es la relación entre la violencia contra la madre y la desnutrición infantil en Asentamientos Humanos de Pachacútec - Ventanilla?
- ¿Cuál es la relación entre maltrato infantil y la desnutrición de los niños en Asentamientos Humanos de Pachacútec-Ventanilla?

1.4. Antecedentes

1.4.1. Antecedentes internacionales

Oliván (2003) en su estudio longitudinal: **Evaluación del crecimiento de recuperación en niños varones de edad preescolar descuidados físicamente y maltratados emocionalmente largo tiempo**, tuvo el objetivo de evaluar el crecimiento de recuperación de estos niños después de ingresar a hogares de acogida. Ingresaron al estudio 87 niños de entre 24 y 48 meses (54 hombres / 33 mujeres) sin embargo, solo 20 niños cumplieron con permanecer 1 año después de su llegada. El peso, la altura y la circunferencia de la cabeza se establecieron al ingreso y el seguimiento. En el inicio, los parámetros analizados estaban por debajo de los estándares normales, mostrando una diferencia estadísticamente significativa

para la altura y peso. La velocidad de crecimiento anual para todos los parámetros estuvo por encima de los estándares normales, mostrando una diferencia estadísticamente significativa para la altura. Se concluye que los niños varones en edad preescolar físicamente descuidados y maltratados emocionalmente largo periodo, mostraron una forma leve de desnutrición crónica con insuficiencia de crecimiento lo cual fue reversible con los cuidados adecuados. Se demuestra que este retraso en el crecimiento fue secundario a factores nutricionales y psicosociales.

Ackerson y Subramanian (2008) en un estudio denominado: **Violencia doméstica y desnutrición crónica entre mujeres y niños en India**, cuyo objetivo fue investigar la relación entre violencia doméstica y desnutrición. Se incluyeron datos de 69.072 mujeres de 15 a 49 años y 14.552 niños de 12 a 35 meses de la Encuesta Nacional de Salud India de 1998-1999. La victimización por violencia doméstica física fue auto informada por las mujeres. Aspectos del estado nutricional incluido en este estudio fue anemia y bajo peso. Se realizaron exámenes de hemoglobina y medición antropométrica (niños) e IMC (mujeres). Encontraron asociación de incidentes de violencia doméstica en el año anterior con anemia y bajo peso en mujeres y una relación sugerida entre los niños. El mecanismo de la relación incluye la retención de alimentos como una forma de abuso y mediación del estrés. Se concluye que existe influencia de la violencia doméstica en los resultados nutricionales.

Martín y Loredo (2010) en su estudio transversal retrospectivo y descriptivo: **Estado de nutrición en niños víctimas de abuso físico (AF) y de abuso sexual (AS)**, cuyo objetivo fue evaluar y relacionar la condición nutricional por tipo de abuso, incluyeron 178 casos de niños menores de 12 años atendidos en una clínica de atención integral al Niño maltratado dependiente de un instituto nacional y universitario. Se relacionó el tipo de abuso con el estado nutricional según dos rangos de edad (3 meses a < de 5 años) y por sexo. En las niñas según grupo de edad, el abuso físico (AF) fue significativa la relación con talla baja (AF: 21% vs.

AS: 0%, $p < 0.002$) y emaciación (AF: 21% vs. AS: 0%, $p < 0.002$). Concluyó que la desnutrición aguda y crónica en las niñas estuvo relacionada con el abuso físico.

Rico et al. (2011) en su estudio descriptivo correlacional: **Asociaciones entre experiencias maternas de violencia de pareja íntima (IPV) con nutrición y mortalidad infantil**, tuvieron por objetivo: Establecer la relación entre la mortalidad infantil y la desnutrición, con la exposición materna a IPV. Fueron analizados los datos de población en Egipto, Honduras, Kenia, Malawi y Ruanda; respecto a la exposición materna a IPV y resultados infantiles de retraso del crecimiento o mortalidad (6 a 59 meses). La prevalencia de IPV física y / o sexual varió de 15.5% (Honduras) a 46.2% (Kenia). El retraso del crecimiento infantil varió del 25.4% (Egipto) al 58.0% (Malawi) y la mortalidad 3.6% (Honduras) al 15.2% (Ruanda). En Kenia se identificó la asociación entre la exposición materna a IPV y la mayor mortalidad o retraso en el crecimiento infantil. Se concluyó que las IPV participan en la desnutrición y mortalidad infantil.

Sobkoviak et al. (2012) en un estudio descriptivo multivariado denominado: **Violencia doméstica y nutrición infantil en Liberia**, cuyo objetivo fue examinar si las medidas antropométricas de los niños fueron afectadas por la exposición materna a la violencia doméstica. Incluyeron 2467 binomios madre-hijo de la encuesta demográfica de salud de Liberia, resultando que los reportes de violencia doméstica sexual en la madre predijeron puntajes z ajustados más bajos para talla/edad y peso/talla, además fue mayor la posibilidad de retraso en el crecimiento y bajo peso. Llegaron a la conclusión que hay asociación significativa entre medidas antropométricas con informes maternos de violencia doméstica en menores de 5 años.

Salazar et al. (2012) en su estudio de cohorte: **Violencia de pareja íntima (IPV) y crecimiento infantil temprano** tuvo como objetivo analizar la asociación de la exposición de la madre a violencia de pareja en la gestación y el índice de crecimiento lineal del niño.

Participaron 478 mujeres y 461 bebés, Se realizó un seguimiento antropométrico hasta los 4 años. La exposición materna a cualquier IPV durante el embarazo se asoció con puntaje Z promedio de talla / edad 0,24 más bajas ($p = 0,02$). El mismo efecto se encontró asociado al comportamiento de control por parte del padre del niño ($p < 0,01$). Se concluye que las diferentes formas de IPV sobre la madre tiene efectos sobre la salud infantil.

Rahman et al. (2012) en un trabajo correlacional denominado: **Exposición materna a la violencia de la pareja íntima y el riesgo de desnutrición entre los niños menores de 5 años en Bangladesh**, tuvieron como objetivo, establecer la asociación entre el riesgo de desnutrición entre los niños menores de 5 años con las experiencias maternas de violencia de pareja íntima (IPV). Con datos de la encuesta de salud demográfica, se incluyó 1851 mujeres casadas y sus niños menores de 5 años. Las IPV física o sexual contra la madre se asociaron con un mayor riesgo de retraso en el crecimiento y bajo peso en sus niños. Concluyeron que la exposición materna a la IPV física o sexual influye en el bajo peso y retraso en el crecimiento de sus niños.

Ziaei et al. (2014) en un estudio transversal, correlacional, denominado: **La exposición de las mujeres a la violencia de pareja íntima (VPI) y desnutrición infantil**, que tuvo por objeto, conocer la asociación entre la exposición de las mujeres a IPV y el estado nutricional de sus hijos. Ingresaron 2042 mujeres y sus niños menores de 5 años. El 49.4% reportó experiencia de VPI física y/o sexual. Sus niños tenían 44.3%, 18.4% y 42.0% de prevalencia de retraso en el crecimiento, emaciación y bajo peso. Las posibilidades de tener un hijo con retraso en el crecimiento aumentaban con la experiencia de IPV física o sexual. Se concluyó que la VPI contra la madre, compromete el crecimiento de los niños.

Montenegro et al. (2016) en su reporte de casos sobre: **Desnutrición proteica-calórica severa en dos hermanos debido al abuso por inanición**, tuvieron por objetivo, describir dichos casos con fines de análisis y propuestas. Evaluados en una clínica de gastroenterología

pediátrica para investigación diagnóstica de la causa de la desnutrición, los exámenes fueron todos normales para patologías específicas. Se encontró indicios de trastornos en la interacción familiar con abuso e inanición. Fueron tratados por dos meses en el hospital, recibiendo una dieta hiperproteica e hipercalórica, con una importante recuperación nutricional. El abuso infantil se acompaña muchas veces de restricción alimentaria en familias disfuncionales por lo que debe considerarse un riesgo para la desnutrición infantil.

Chai et al. (2016), en un estudio correlacional: **Asociación entre violencia de pareja íntima y crecimiento infantil deficiente** cuyo objetivo fue determinar cómo se afecta el estado nutricional de los niños por la experiencia de violencia de la pareja contra las mujeres. Los datos de 42 encuestas demográficas y de salud en 29 países respecto de la exposición materna a la violencia física o sexual por parte de la pareja íntima y sus niños menores de 5 años. 34.1% de mujeres casadas reportaron VPI. El retraso en el crecimiento en los niños se asoció positivamente con la exposición materna a la violencia física, sexual o ambas; también en zonas urbanas, bajo nivel educativo y países de ingreso medio. Se concluyó que la violencia de pareja íntima es perjudicial tanto para la mujer como para el crecimiento de sus hijos.

Cui et al. (2017) en un estudio transversal denominado: **Abuso físico infantil, deficiencia de hierro no anémica y problemas de comportamiento**, cuyo objetivo fue determinar cómo el comportamiento infantil se ve afectado por el abuso físico y la deficiencia de hierro no anémica. Incluyeron a 314 niños de 11 a 14 años, los cuales auto informaron sus experiencias de abuso físico y problemas de comportamiento. El 38% informaron haber sufrido abuso físico, el 17.5% tenía deficiencia de hierro no anémica y ambos factores el 8.0%. Concluyeron que el maltrato físico está relacionado con la deficiencia de hierro no anémica y estos a su vez con los problemas de comportamiento.

1.4.2. Antecedentes nacionales

Sirlopú, (2013) en su Tesis: **Violencia intrafamiliar asociada al crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años**, en una investigación de tipo cuantitativa, analítica, de abordaje transversal, prospectivo cuyo objetivo fue determinar la relación de la violencia intrafamiliar con las etapas del crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años. Se consideraron dos grupos independientes, uno con violencia intrafamiliar y otro sin ella, incluyéndose una muestra de 50 niños por cada grupo. En las conclusiones se encontró que, en un clima de violencia familiar, la proporción de niños con retraso en el crecimiento y desarrollo es predominante en comparación con un ambiente sin violencia.

Ruiz-Grosso et al. (2014) desarrollaron un estudio transversal y correlacional: **Asociación entre violencia contra la mujer ejercida por la pareja y desnutrición crónica en sus hijos menores de cinco años en Perú**, con el objetivo de evaluar dicha asociación entre ambas variables. Se analizó la Encuesta Demográfica de Salud Familiar que tiene representatividad nacional, incluyéndose datos de 5154 madres con auto reporte de violencia por su pareja e hijos menores de 5 años desnutridos crónicos. La prevalencia presentada de desnutrición crónica fue de 19.8% siendo mayor en violencia física severa. No hubo asociación con los otros tipos de violencia. Se concluyó que la presencia de violencia física severa en el último año se asoció a la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años.

León et al. (2016) en un estudio: **Los efectos de la violencia doméstica sobre la salud infantil de los niños menores de cinco años en el Perú**, cuyo objetivo fue medir el efecto de diferentes variables de violencia doméstica (violencia infantil, testigo de violencia hacia la madre y violencia contra la mujer) sobre la salud infantil (desnutrición y morbilidad). Con información de la Encuesta ENDES que tiene datos de violencia infantil a nivel individual, se exploró la repercusión de estas variables en la salud infantil. Con modelos de regresión logística se estimaron los efectos de la violencia doméstica sobre la salud de los niños menores de 5 años en nuestro país. Se encontró que la violencia infantil, ya sea física o psicológica, no tiene

un efecto sobre la desnutrición. El ser testigo de violencia hacia la madre influyó en que los niños sufran de violencia física o psicológica. Existe un efecto positivo y significativo de la violencia contra la mujer sobre la morbilidad infantil y es riesgo de suma importancia para la violencia y perjuicio de la salud en los niños.

Estacio (2016) en su Tesis: **Violencia familiar como factor asociado a la desnutrición crónica infantil**, cuyo objetivo fue establecer la asociación entre ambas variables. Con una muestra de 225 niños menores de 5 años para casos y controles que fueron atendidos en diferentes centros de salud de la Microred El Porvenir, se aplicó una encuesta a las madres o cuidadoras sobre experiencias de violencia en la familia hacia sí mismas o sus niños. El estado nutricional se estableció mediante las medidas antropométricas de los niños. Se encontró que los niños desnutridos crónicos estuvieron expuestos en un 26.6% a la violencia familiar, mientras los controles sanos solo en un 11.6%. Observándose diferencias significativas entre los dos grupos. Se concluyó que la violencia familiar es un factor asociado a la desnutrición crónica infantil.

1.5. Justificación de la investigación

La ejecución de la investigación sobre este problema se justifica por lo siguiente:

- **Conveniencia:** La desnutrición en niños menores de cinco años que han sufrido violencia familiar ha sido ampliamente reportada por diferentes investigaciones, observándose relación entre la violencia familiar dirigida contra la madre y los niños, con las múltiples carencias que esto implica, y el limitado acceso a los alimentos que conduce a la deficiente ingesta calórica, proteica y de micronutrientes. Por tanto, establecer información para un perfil de riesgo es de importancia para la detección oportuna del déficit nutricional y su manejo adecuado, así como las medidas de prevención de la violencia.
- **Relevancia social:** La intervención nutricional de pacientes expuestos a la violencia familiar, atenuará los efectos de la desnutrición crónica, en los niños y sus repercusiones a largo

plazo. La información obtenida al difundirse a las organizaciones de base de la comunidad permitirá a la población empoderarse de las medidas de respuesta y solución sostenibles sobre la seguridad del niño y la familia frente a la violencia familiar.

- Teórica: Investigaciones previas a nivel nacional e internacional han abordado la asociación entre violencia y desnutrición con resultados contradictorios que no son aplicables a nuestra realidad, por lo que se hace necesario usar información propia para obtener los resultados que sirvan al análisis y propuestas de intervención a nivel local y nacional.
- Metodológica: Esta investigación propone una investigación de campo mediante la aplicación de un instrumento elaborado para tal fin, el mismo que puede ser un elemento útil para nuevas investigaciones en la materia ya que el mismo se ha elaborado según las características de nuestra población.
- Aplicación práctica: La desnutrición es un problema prevalente en nuestras comunidades urbano-marginales y se han atribuido múltiples causas que necesitamos intervenir de manera preventiva por lo cual se hace necesario ampliar la información sobre el tema para su mejor conocimiento y sustento.

1.6 Limitaciones de la investigación

La propuesta de investigación puede presentar las siguientes limitaciones:

- La posibilidad de ocultar datos de parte de la mujer entrevistada para evitar represalias por parte de los familiares o la pareja, o la decisión de la víctima de no denunciar el abuso.
- El sesgo de recuerdo de la informante podría modificar datos o disminuir la calidad de la información.
- La influencia cultural de la familia que puede tomar las situaciones de violencia como socialmente aceptables y por tanto no entregarla como información.
- La naturaleza transversal de los datos no permite definir la evolución histórica del maltrato y su característica, así como el paralelismo con el estado nutricional.

- Malas interpretaciones de las preguntas dependiendo del nivel educativo o de la estructuración de estas, lo cual puede disminuir la veracidad de la información.
- Influencias del contexto de crisis social y económica nacional en que nos encontramos, así como las condiciones de estrés en que viven padres e hijos, puede exacerbar las conductas violentas y las carencias de la familia.
- Variables de control como: edad, procedencia y escolaridad de los padres; así como el nivel socioeconómico, que pueden influir en el cuidado y condición nutricional de los niños.

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivo General

- Establecer la relación entre la violencia familiar y la desnutrición infantil en Asentamientos Humanos de Pachacútec- Ventanilla.

1.7.2. Objetivos Específicos

- Determinar la relación entre violencia contra la madre y la desnutrición infantil en Asentamientos Humanos de Pachacútec- Ventanilla.
- Determinar la relación entre el maltrato infantil y la desnutrición de los niños en Asentamientos Humanos de Pachacútec-Ventanilla.

1.8 Hipótesis

1.8.1. Hipótesis General

- Existe relación entre la violencia familiar y la desnutrición infantil en Asentamientos Humanos de Pachacútec- Ventanilla.

1.8.2. Hipótesis Específicas

- Existe relación entre la violencia contra la madre y la desnutrición infantil en Asentamientos Humanos de Pachacútec- Ventanilla.
- Existe relación entre maltrato infantil y la desnutrición de niños en Asentamientos Humanos de Pachacútec- Ventanilla.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco conceptual

2.1.1. *Diversos conceptos sobre violencia*

A. Violencia Familiar

Según el Consejo de Europa (1985), se refiere a aquella acción u omisión realizada en el seno familiar por uno de sus miembros, que daña la vida, integridad física y/o psicológica, o la libertad de algún miembro, dando como resultado una severa lesión al desarrollo de su personalidad.

La Ley N° 30364, de prevención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres y grupo familiar, considera las acciones o conductas que causen muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico cometidas por un integrante a otro del grupo familiar, habiendo de por medio una relación de responsabilidad, confianza o poder.

Mayor y Salazar (2019), toma en cuenta las actitudes o comportamientos de abuso de un miembro de la familia contra otro, que comprometen su integridad física y psicológica; con el fin de tomar control en forma sistemática y cuyo trasfondo son las deficiencias en las relaciones, la comunicación y los patrones de comportamiento promovidos por una subjetividad violenta.

B. Violencia contra la madre o Violencia contra la mujer

Gonzales (2017), la describe como la acción o conducta que tenga como consecuencia la muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico de la mujer; por su condición de género y en cualquier ámbito de su vida.

C. Maltrato Infantil

El Centro Internacional de la Infancia de París (1953) considera a toda acción, omisión o trato negligente, no casual, que afecte al niño en sus derechos y bienestar, poniendo en riesgo

su desarrollo físico, psíquico o social, efectuada por personas, instituciones o la propia sociedad.

La Organización Mundial de la Salud (2020) considera el abuso y la desatención que afecta a menores de 18 años, incluyendo todos los tipos de maltrato, que dañen o amenacen la salud, desarrollo o dignidad del niño; exponiéndolo su vida al peligro en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

2.1.2. Perspectivas teóricas de la violencia intrafamiliar

Según Escudero y Montiel (2017), Las teorías más importantes para la explicación de la violencia doméstica son:

A. Teoría Feminista

La perspectiva de género se centra en cuestiones culturales y sociales, entendiendo la violencia contra las mujeres como un abuso de poder establecido en un contexto social proclive al predominio masculino sobre el femenino, fomentando el maltrato de hombres sobre mujeres para dar apariencia de superioridad, como un modelo propio de la cultura patriarcal. La Teoría Feminista estudia sistemáticamente la situación de las mujeres, su lugar en la sociedad y el modo para lograr su emancipación.

B. Teoría del Aprendizaje Social

La Teoría del Aprendizaje Social, plantea que las personas adquieren nuevas conductas por el aprendizaje observacional de los factores sociales de su entorno. Independiente de que sea un comportamiento adecuado o no, los individuos imitan la conducta observada. No obstante, existen procesos que orientan a reproducir el comportamiento del modelo observado, siendo explicado este fenómeno por el condicionamiento clásico u operante. Los niños tienden a imitar la conducta de quien perciben más parecido, o por las consecuencias gratificantes.

C. Teoría del Modelo Ecológico

Se basa en la interacción de factores culturales, psicológicos y sociales que son determinantes en la violencia. Estos factores se clasifican en cuatro niveles:

- Nivel del individuo: Son los factores biológicos y la historia personal que domina la conducta de los sujetos y los hace proclives a ser víctimas o ejecutores de actos violentos: características demográficas, trastornos mentales, uso de sustancias, los antecedentes de comportamientos agresivos o maltrato, etc.
- Nivel de las relaciones o microsistema: Son las relaciones sociales más cercanas (pareja, familia, amigos) las que aumentan el riesgo de padecer o cometer hechos violentos: la convivencia con un agresor, relación con personas violentas, etc.
- Nivel de la comunidad o exosistema: las relaciones sociales que se establecen en el contexto comunitario (colegio, trabajo, comunidad de vecinos), pueden determinar un mayor peligro de ser víctimas o perpetradores de actos violentos: población heterogénea, cambio frecuente de vivienda, tráfico de drogas, desempleo o aislamiento social.
- Nivel de la sociedad o macrosistema: El clima de aceptación o inhibición de la violencia depende de los factores sociales que se promueven: la usan para resolver conflictos, lo usan como factor de dominio, como políticas sanitarias, educativas, económicas, sociales, etc.

D. Teoría del Círculo Interactivo de la Violencia Familiar

Propone que el origen de la violencia intrafamiliar es una extensión de la violencia de género y alcanza a otros miembros de la familia. Sus repercusiones son dos:

- La mujer maltratada es afectada en su papel de madre con un alto nivel de estrés que traslada gran ansiedad en su vínculo con el menor, manifestando síntomas físicos y psicológicos que afecta el cuidado de sus hijos.

- Los descendientes con una carga alta de estrés, con un vínculo estrecho y expuestos a los actos de violencia intrafamiliar intensifican sus síntomas comportamentales y emocionales.

2.1.3. Modelos explicativos del maltrato físico infantil

Según Moreno (2006), los modelos explicativos del maltrato físico infantil son los siguientes:

A. Modelos tradicionales

Sostienen el modelo psiquiátrico-psicológico que explica el maltrato físico a partir de la psicopatología parental. Plantean la relación que existe entre el maltrato físico y la enfermedad mental de los padres. Se consideran: La hiperreactividad negativa, penuria económica, consumo de sustancias tóxicas, dificultad para expresar y reconocer emociones, expectativas irrealistas, soledad del progenitor, aceptación social del castigo físico, organización social, aislamiento social, rasgos del niño que provocan rechazo.

B. Modelos de segunda generación

Son teorías que plantean la confluencia de variables del niño, los padres y las situacionales en una interacción dinámica. De mayor complejidad por su perspectiva multicausal y la Interacción de diversos sistemas: la familia (microsistema), la comunidad (exosistema), la cultura (macrosistema), ámbito de desenvolvimiento del niño (mesosistema), aspectos que rodean y afectan directamente al individuo (ecosistema).

C. Modelos de tercera generación.

Estos modelos se introducen al plano explicativo mediante los procesos psicológicos que subyacen al maltrato: defectos en el procesamiento de la información social (percepción, interpretación, control de respuesta), procesamiento automático (reacciones inmediatas y explosivas), el estrés y su afrontamiento (naturaleza y factores del estrés, tipo de respuesta).

2.1.4. Modelos explicativos del abandono físico o negligencia infantil

Según Moreno (2006), los modelos explicativos del Abandono Físico o Negligencia

Infantil son los siguientes:

A. -Modelo sociológico: Cuya principal explicación son las situaciones de restricción económica que le dan lugar.

B. -Modelo del síndrome de apatía o de falta de motivación en los padres, que se expresa en decidía al satisfacer los requerimientos de la familia, en la deficiente supervisión de los niños y la ausencia de cuidados médicos, entre otros.

C. -Modelo de tipo cognitivo, Los padres negligentes tienen distorsiones cognitivas similares a las de las madres que maltratan físicamente, su percepción del niño es negativa , y sus atribuciones internas y permanentes del comportamiento también son negativos. El comportamiento predominante es la evitación.

D. -Modelo de la tipología de las madres negligentes: apática, inmadura, con retraso mental, con depresión reactiva y psicótica. Incapacitadas para desempeñar el rol parental lo que conduce al fracaso cuando pretende satisfacer las necesidades básicas de los hijos.

E. -Modelo de afrontamiento del estrés: El estilo de procesamiento de información influye en la capacidad para percibir los diferentes estados de los niños e interpretar adecuadamente su significado, tener una respuesta adaptativa y satisfacer adecuadamente sus necesidades. Por su exclusión perceptiva no perciben ciertas señales o le asigna un significado errado que explica la conducta de evitación o el pasar por alto tal señal.

2.2. Violencia familiar

2.2.1. Clasificación de la violencia familiar

La Violencia Familiar según el rol de abusador o abusado, se puede clasificar de la siguiente manera, según Mayor y Salazar (2019):

- **Violencia física:** Constituye una invasión del espacio físico de la mujer y se considera la forma más nítida del maltrato, cuya forma más frecuente es el contacto directo con el cuerpo. Puede incluir armas o elementos lesivos y contundentes.

- **Violencia psicológica o emocional:** Relacionada con acciones u omisiones dirigidas a degradar o controlar creencias, decisiones y acciones de la mujer a través de la amenaza, la cosificación, la intimidación; actos que inciden en los sentimientos y las emociones.
- **Violencia sexual:** Consiste en imponer a la mujer ideas y actos sexuales que no desea, con el uso de la fuerza o métodos intimidatorios, negándole la posibilidad de elegir con burlas o humillación.
- **Violencia económica:** Uso del dinero para chantajear, establecer dominio, crear zozobra u obligar a actos ilegales o inmorales.

2.2.2. Tipos de violencia familiar

Camarero et al. (2019), describe en función de quién o quiénes sean las víctimas de la violencia doméstica, la siguiente clasificación:

A. • Maltrato infantil

Se define el maltrato infantil como cualquier acción u omisión no accidental, abuso o desatención que dañe física o psicológicamente a un niño o adolescente (menor de 18 años) perpetrada por sus padres o cuidadores. Los autores suelen ser los padres, pero puede ser cualquier miembro de la familia. Incluye todos los tipos de maltrato que pueda causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia.

Los casos de maltrato infantil son difíciles de detectar. Las víctimas no suelen verbalizarlo ni denunciarlo, por lo que es un crimen que permanece oculto en gran medida.

B. • Violencia filio-parental

La violencia filio-parental (VFP) es la violencia de los hijos a los padres —o aquellas figuras parentales que les sustituyan, como tutores o educadores—. Incluyen un conjunto de conductas reiteradas como agresiones verbales, físicas o no verbales. En los casos de la violencia filio-parental, son los hijos quienes toman el poder y controlan a sus padres, mientras

que son los progenitores los que viven con miedo. Se trata de un grave problema social que persiste en el tiempo y que está en aumento.

C. • Violencia contra adultos (que no son parejas sentimentales)

Dentro del ámbito familiar, los ancianos son víctimas frecuentes de violencia doméstica. La OMS define la violencia contra los ancianos como “un acto único o reiterativo que daña o causa sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas preventivas para esto, que se da lugar en una relación basada en la confianza”. Adopta formas variadas de maltrato (físico, emocional, sexual o psíquico), abuso de la confianza, falta de respeto en cuestiones económicas o una actitud negligente. Este tipo de maltrato suele pasar inadvertido.

D. • Violencia contra el hombre en la pareja

Son acciones violentas donde el rol de agresor es tomado por la mujer en parejas heterosexuales, o por quien representa al varón en las parejas homosexuales. Este tipo de violencia doméstica es poco visible, pues, los hombres maltratados no suelen denunciarlo para evitar ser considerados débiles por la influencia de la educación o la cultura en ciertas sociedades.

E. • Violencia contra la Madre o Mujer

La violencia contra la mujer es cualquier comportamiento dañino o conducta agresiva dirigida contra mujeres y niñas a causa de su sexo. Naciones Unidas la define como “todo acto que implique violencia y se basa en la pertenencia al sexo femenino, que implique daño, sufrimiento físico, psicológico o sexual para la mujer; asimismo la amenaza de tales actos, coaccionar o privar de la libertad, en ámbito de la vida pública o privada”. Es la expresión más grave de desigualdad de género y más común de violación de derechos humanos en la actualidad. La manifestación más extendida y prevalente de esta violencia en el mundo es la que efectúa su pareja en la intimidad, que conlleva a riesgo de muerte inclusive. Es lo que se suele denominar violencia de género.

2.3. Maltrato infantil

2.3.1. Clasificación de la violencia infantil

Hay diferentes tipos de violencia y, habitualmente, el niño que sufre alguno de ellos está expuesto a los demás. Para entender mejor sus diferencias y sus implicancias, Del Águila (2015), los describe:

A. Maltrato físico: Es aquel acto intencional, que viene de los padres o cuidadores, y da lugar o pone en riesgo de daño físico o enfermedad al niño.

B. Maltrato emocional o psicológico: Son diversas formas de hostilidad verbal, carencia de afecto o presencia física y emocional, bloqueos a las acciones y al reconocimiento de logros, y la acción sobreprotectora. Maltrato generalmente atribuido a los padres.

C. Negligencia: Es el maltrato por omisión, que se expresa en la inacción para salvaguardar la salud, bienestar y seguridad del niño. Su mayor manifestación es el abandono. Se puede clasificar en:

(a) Negligencia física: Descuido reiterativo y sistemático de la atención a sus necesidades de desarrollo y crecimiento, sean la vivienda, higiene, ropa, seguridad, nutrición, etc.

(b) Negligencia médica: Negar al niño sus controles de salud regulares y oportunos (crecimiento y desarrollo, enfermedades comunes, inmunizaciones y salud mental).

(c) Negligencia emocional: deprivación afectiva y ausencia de soporte emocional.

(d) Negligencia educacional: Excesiva permisividad ante los actos desadaptativos, ausencia de límites y falta de atención en sus valores y conducta.

D. Abuso sexual: Es todo tipo de contacto o influencia de naturaleza sexual ejercida por un adulto en posición de poder o autoridad y con relación filial o no.

2.3.2. Factores asociados a la violencia infantil

Según Benavides y León (2013), existen tres grupos de factores que influyen en la ocurrencia de este tipo de eventos:

A. Factores inmediatos: Aquellos que están relacionados con características demográficas o físicas de los niños son:

- La edad. Esta variable tiene dos tipos de efectos.
 - ✓ Las consecuencias. Aumenta el riesgo de fatalidad debido a su mayor fragilidad.
 - ✓ La magnitud. Las tasas más elevadas entre los 6 y 11 años, edades en que hay mayor capacidad de reflexión y conciencia de sus actos.
- El género. Las niñas son mayormente objeto de violencia psicológica o sexual y los niños de violencia física, sean países desarrollados o no.
- La discapacidad. Por sus limitaciones para defenderse y tener mayores necesidades emocionales, físicas y económicas; tienen un riesgo que duplica al de los niños sin discapacidad.

B. Factores familiares

- El bajo nivel de bienestar de las familias (o nivel de ingresos)
- El bajo nivel educativo de los padres
- El desempleo
- El hacinamiento
- Ser padre o madre soltero(a) o ser joven
- La influencia de la cultura o de los miembros del hogar.
- La historia de violencia vivida por los padres, que influye en la forma de disciplinar a los hijos o resolver sus conflictos.
- Las actitudes violentas de madres que padecen violencia afectan el trato con sus hijos.

C. Factores contextuales

- La comunidad violenta ejerce efectos directos (víctimas o testigos de la violencia) o indirectos (entorno inadecuado para su desarrollo socioemocional).
- En las regiones o comunidades con más carencias hay mayor riesgo de exposición a la violencia.
- El insuficiente control social (armas, consumo de alcohol, delincuencia), el deterioro de la infraestructura comunal y la ausencia de orden o autoridad son propicios para mayor estrés y actos violentos.

2.4. Violencia contra la madre o mujer

2.4.1. Violencia física y psicológica contra la madre o mujer en la relación de pareja

El MIMP (Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables), plantea el siguiente marco conceptual:

A. La violencia física es “la acción o conducta que daña o pone en riesgo la integridad corporal o la salud, incluye el maltrato por negligencia, descuido o privación de las necesidades” (Ley N° 30364, art 8, inc a, 2015). La violencia de esta naturaleza es la más denunciada y visible.

B. La violencia psicológica es “la acción o conducta que pretende humillar, controlar o aislar a la persona; sin considerar su voluntad y conllevando a daños psíquicos y emocionales” (Ley N° 30364, art 8, inc b, 2015). Por lo general se suma a las otras formas de violencia y tiene como punto de partida la desigualdad de género.

C. Daño psíquico es “la afectación o alteración de ciertas funciones mentales o capacidades de la persona, que se producen por uno o un conjunto de hechos de violencia, dando lugar a un deterioro temporal o permanente, reversible o irreversible del estado integral previo” (Ley N° 30364, art 8, inc b, 2015). Este tipo de daño causa un impacto severo en la autoestima, proyectos futuros, aspiraciones y afirmación de las mujeres afectadas.(Calderón et al., 2016)

2.4.2. Patrones de victimización existen en el Perú

En el caso peruano existen cuatro patrones de victimización:

A. Control Limitado. La violencia es psicológica de un solo tipo y no reciente pero sí en historial previo. Son agresiones que ya no se repiten o son aisladas, poco severas y su escalamiento casi improbable.

B. Control Extendido. Solo psicológica, pero con mayor variedad, y pretenden apartar a la mujer de sus familiares y amigos. Hay antecedente de violencia física pero no es reciente, siendo intermitente o en cese definitivo.

C. Control Violento Regular. Violencia física presente y actual, con regularidad y variedad de formas de agresión. Esta violencia es mayor y más frecuente, alcanzando un nivel medio a alto. Se suma también la psicológica con menor intensidad.

D. Control Violento con Riesgo de Femicidio. La violencia psicológica y física es amplia, **variada** y frecuente. El nivel de severidad pone a la víctima en riesgo de femicidio. (Hernandez y Morales, 2019)

2.4.3. Tipología de agresores en el Perú

Se encuentran tres tipos de agresores de mujeres en situación de pareja:

A. Violentos en lo Familiar de Baja Intensidad: La violencia es de bajo nivel y poco posible de aumentar. Es el tipo más numeroso que por lo general ataca a la pareja. No hay indicios definitivos de trastornos de personalidad.

B. Violentos en lo Familiar de Alta Intensidad: La frecuencia y severidad de este comportamiento es mayor con diversas modalidades, sean físicas, sexuales o psicológicas. El objeto de agresión es la pareja. Se identifican algunos casos de trastorno de personalidad.

C. Violentos en General: La agresión es frecuente alcanzando niveles de severidad medios y altos por lo general. Emplean mecanismos de coerción, daño físico y psicológico. Es espectro de agresión se extiende, alcanzando familiares y su entorno. Los trastornos de personalidad son comunes y están ligados a la agresividad o desencadenantes de violencia. (Hernández y Morales, 2019)

2.4.4 Marco legal sobre violencia familiar en el Perú

A. Ley N° 30364 (2015), tiene por objeto: Prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. La ley tiene por objeto prevenir, erradicar y sancionar toda forma de violencia producida en el ámbito público o privado contra las mujeres por su condición de tales, y contra los integrantes del grupo familiar; en especial, cuando se encuentran en situación de vulnerabilidad, por la edad o situación física como las niñas, niños, adolescentes, personas adultas mayores y personas con discapacidad. Para tal efecto, establece mecanismos, medidas y políticas integrales de prevención, atención y protección de las víctimas, así como reparación del daño causado; y dispone la persecución, sanción y reeducación de los agresores sentenciados con el fin de garantizar a las mujeres y al grupo familiar una vida libre de violencia asegurando el ejercicio pleno de sus derechos.

B. Decreto Legislativo N° 1386 (2018), Modificatoria de la ley 30364; tiene por objeto fortalecer la prevención, erradicación y sanción de toda forma de violencia contra las mujeres y contra los integrantes del grupo familiar, mejorando los mecanismos de atención y protección de las víctimas, especialmente el marco que regula las medidas de protección.

C. Los Centros Emergencia Mujer (CEM- Resolución Ministerial N°157-2016-MIMP), son los servicios que brindan atención especializada, integral y gratuita a las personas afectadas por la violencia familiar y sexual, mediante la consejería psicológica, apoyo social, orientación legal y defensa judicial, prestando especial atención a las mujeres. Asimismo, realizan campañas de promoción de derechos, capacitaciones a agentes sociales y efectúan coordinaciones necesarias para implementar acciones de prevención.

Somos el órgano de línea encargado de dirigir, coordinar y la gestión de las políticas públicas para la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia de género en sus diferentes manifestaciones (física, sexual, psicológica y económica) que se produce en las relaciones interpersonales, la familia, la comunidad y/o el Estado.

D. Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables, creada por Decreto Legislativo N° 1098-2012, tiene por misión, diseñar, establecer, promover, ejecutar y supervisar políticas públicas a favor de las mujeres, niñas, niños, adolescentes, personas adultas mayores, personas con discapacidad y migrantes internos, para garantizar el ejercicio de sus derechos y una vida libre de violencia, desprotección y discriminación en el marco de una cultura de paz.(Bocanegra y Angelino, 2021 y Comité Estadístico Interinstitucional de la Criminalidad, 2019)

E. Módulos de Atención al Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud (MAMIS – Directiva Sanitaria N°041-MINSA/DGSP-V.01). Es una unidad que depende del Departamento o Servicio de Emergencia, Pediatría o de la Dirección del establecimiento de salud; constituida en los establecimientos de las categorías I-4, II-1, II-2 y III-1, compuesta por un conjunto de recursos humanos, físicos y apoyos tecnológicos organizados para la atención resolutive, atención integral multidisciplinaria, trabajo en equipo, entrenamiento y capacitación e intervención en redes intersectoriales.(Ministerio de Salud, 2011)

F. Defensoría Municipal del Niño, Niña y Adolescente – DEMUNA. Fue creada con la Ley N° 26102 (1992): Código de los Niños y Adolescentes, y ratificada en la Ley N° 27337 (2000) que se encuentra vigente. La DEMUNA es un servicio gratuito del Sistema Nacional de Atención Integral cuya finalidad es promover y proteger los derechos que la legislación reconoce a los niños, niñas y adolescentes, con un enfoque multidisciplinario, cuando son vulnerados los mismos en las denuncias de presunto abandono moral y material y presunto maltrato infantil. Brinda atención gratuita mediante la conciliación sobre las materias de alimentos, tenencia y régimen de visitas.(Diario Oficial El Peruano, 2000)

2.5. La malnutrición infantil en la actualidad

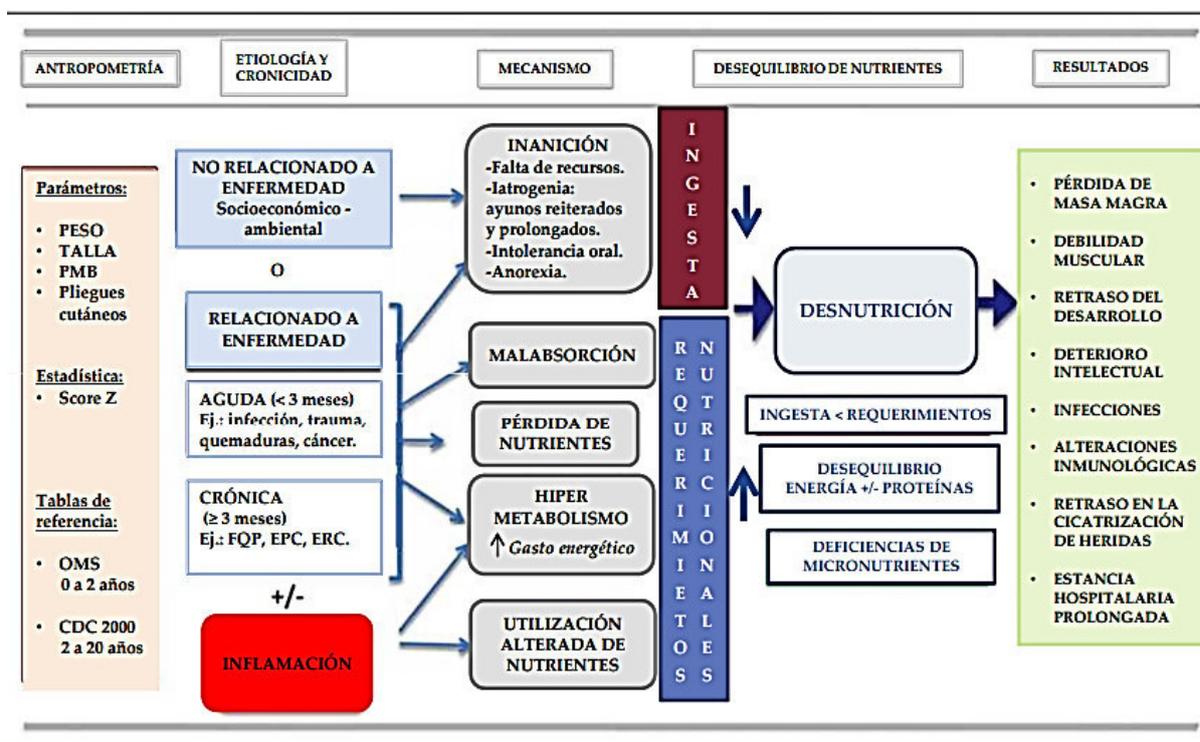
2.5.1. Desnutrición

Mehta et al. (2013), define la desnutrición pediátrica como un desequilibrio entre el requerimiento y la ingesta de nutrientes, da lugar a un déficit acumulativos de energía, proteínas o micronutrientes que pueden influir negativamente en el crecimiento, el desarrollo y otros resultados relevantes.

El desequilibrio entre el requerimiento y la ingesta se explica en la Figura N°1 siguiente:

Figura 1

Definiendo la Malnutrición en el paciente pediátrico hospitalizado



Nota: Tomado de "Definición de Desnutrición Pediátrica", por Mehta et al., 2013, Journal of Parenteral and Enteral Nutrition. Vol. 37 No. 4 pp 460-481.

Minsalud y UNICEF (2017) consideran a la desnutrición como un problema de raíces sociales, expresión última del estado de inseguridad alimentaria y nutricional de una comunidad, afectando principalmente a la niñez. La caracterizan el desmedro de la composición corporal y la afectación sistémica de las funciones orgánicas y psicosociales.(Minsalud y UNICEF, 2017)

A. Clasificación de la desnutrición y la malnutrición

A.1. La desnutrición aguda se clasifica de acuerdo con la intensidad de pérdida de peso para la talla en:

- ✓ Desnutrición aguda moderada: Cuando el puntaje Z del indicador P/T está entre -2 y -3 DE. Se acompaña de cierto grado de emaciación o delgadez a consecuencia de la pérdida reciente de peso. Es prioritaria su detección y manejo oportuno para evitar secuelas mayores o complicaciones infecciosas con riesgo de muerte. El subregistro es frecuente especialmente cuando hay enfermedades asociadas.
- ✓ Desnutrición aguda severa: Cuando el puntaje Z del indicador P/T está por debajo de -3 DE. Puede identificarse complicaciones como edema bilateral hasta anasarca o diferentes niveles de emaciación. Es común la adinamia y pobre respuesta al entorno.

A.2. La desnutrición calórico-proteica severa:

- Marasmo: Caracterizado por masa grasa y muscular atroficas, debido a que el organismo utiliza fuentes de energía alternativa por la falta de aporte, dejando escaso tejido graso debajo de la piel que cubre los huesos.
- Kwashiorkor: Caracterizado por edema bilateral que toma primero los pies y manos, signos clínicos de carencias nutricionales específicas como: alopecia difusa, queilosis, cambios en el color del pelo, atrofia de las papilas gustativas, lesiones en la piel y demás.
- Marasmo – kwashiorkor: se caracteriza por emaciación y edema bilateral combinados en distinto grado. Es la manifestación más severa de desnutrición aguda. Se puede apreciar en los niños el predominio de una de las dos tipologías.(Minsalud y UNICEF, 2017)

A.3. Manifestaciones principales de la malnutrición son:

- ❖ El retraso en el crecimiento

Se refiere a los niños que tienen una estatura deficitaria que no corresponde su edad.

Esta situación corresponde a un proceso crónico de deprivación que va más allá del aspecto

nutricional y su impacto es mayor en los 1.000 primeros días. Es una expresión del bienestar y las desigualdades sociales que caracterizan a cada comunidad.

Las causas del retraso en el crecimiento tienen su origen en el estado nutricional de la madre y continúa en función del aporte deficitario de nutrientes. La permanencia de esta condición física y social puede perennizar la precariedad y la pobreza en las comunidades.

❖ La emaciación

Es la condición de un niño presenta muy bajo peso para su estatura, suele referirse a una pérdida de peso reciente como consecuencia de una ingesta gravemente insuficiente de nutrientes, una enfermedad o una combinación de ambas. La emaciación, es la forma más extendida de la desnutrición aguda, puede tener consecuencias desastrosas para los niños. Esta condición aumenta a 12 veces más las probabilidades de morir que un niño sano. (Hayachi et al., 2019)

❖ El hambre oculta

Es la carencia de micronutrientes (las vitaminas y los minerales esenciales para la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo) que cuando es crónica y severa, puede tener graves consecuencias. Los efectos suelen ser invisibles o aparecen cuando ya es demasiado tarde para tomar medidas.

Como en cualquier forma de malnutrición, los malos hábitos en la alimentación desempeñan un papel importante en el hambre oculta. La variedad en la alimentación y la capacidad de absorción son aspectos muy relevantes en el déficit de micronutrientes. Enfermedades como la diarrea y las inflamaciones intestinales crónicas pueden influir, así como el origen animal o vegetal del alimento. (Hayachi et al., 2019)

❖ El sobrepeso y la obesidad

Repercuten en la salud de los niños, tanto durante la infancia como en etapas posteriores de la vida. En la infancia, pueden dar lugar a distintas enfermedades, como complicaciones de tipo

gastrointestinal, musculoesqueléticas y ortopédico, así como la aparición temprana de diabetes de tipo 2, problemas emocionales y de comportamiento como depresión y estigmatización. La obesidad en la infancia es un indicador fiable de obesidad en la edad adulta, que puede tener consecuencias muy graves para la salud y la economía.

El sobrepeso no solo es un problema de los países ricos, también afecta en la actualidad a los países de bajos y medianos ingresos además crece con rapidez. Las investigaciones apuntan a una serie de factores clave, como la ingesta cada vez mayor de calorías, el abandono de la dieta tradicional en favor de una dieta moderna, la urbanización y la disminución del ejercicio físico..(Hayachi et al., 2019)

B. Causas de retraso del crecimiento y malnutrición

El retraso del crecimiento o desmedro es la condición clínica en la que se detiene el progreso del niño respecto al ritmo esperado para su edad. Es consecuencia de la desnutrición que se refleja clínicamente en la alteración del tamaño y composición corporales.

○ Causas primarias o ambientales. Proviene de la ingesta deficiente o inadecuada de alimentos, que usualmente se asocia a condiciones desfavorables del entorno del niño sean ambientales o psicosociales:

a) Defectos en la técnica (frecuencia desordenada, biberones mal preparados, alimentos hipocalóricos), en la composición (dietas desbalanceadas, vegetarianismo) o en el tiempo de inicio (retraso en el inicio de la alimentación complementaria).

b) Vinculo inadecuado madre-hijo y alteración de la conducta alimentaria del niño. La actitud y modelo de los padres en el proceso de creación de hábitos hasta la autonomía es muy importante, pues contribuye al desarrollo del control del apetito regulando el ingreso de energía y reconociendo las sensaciones de hambre y saciedad. El niño debe aprender a comer variedad de alimentos y el control de la cantidad con la guía de los padres.

c) La marginación social, la pobreza e ignorancia, conllevan a una alimentación insuficiente.

Esta problemática se acentuó en los últimos años con la inmigración acompañada de precariedad social y sanitaria.

- Causas secundarias. Diversas enfermedades desencadenan trastornos nutricionales por diversos mecanismos:

- a) Imposibilidad de ingestión: parálisis cerebral infantil, encefalopatías, anorexia de las enfermedades crónicas o de las infecciones de repetición.

- b) Mal digestión o malabsorción: fibrosis quística, celiaquía, intolerancia a la proteína de leche de vaca, parasitosis (giardiasis), síndrome de intestino corto, etc.

- c) Excesivo gasto energético, de las pérdidas y/o de los requerimientos: enfermedad pulmonar crónica, enfermedades inflamatorias del intestino, nefropatías, cardiopatías cáncer, etc. (Sociedad Española de Gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica y Asociación Española de Pediatría, 2010)

2.6. Antropometría

2.6.1. Patrones de crecimiento.

La OMS (2006) ha desarrollado parámetros para la comparación de índices y elaborado un patrón de referencia internacional para niños según edad y sexo, que consideran las medidas de peso en Kilogramos, longitud en centímetros y estatura en metros. La metodología compara los índices de la relación Peso para Talla (Peso/talla), Talla para edad (Talla/edad) con el patrón de referencia, que también ha sido aprobado por el ministerio de salud del Perú.

2.6.2. Cálculo de índices

Con las medidas del peso en Kilogramos, longitud para niños menores de dos años y talla en centímetros para mayores de dos años se contrastan los resultados con las tablas OMS MINSA, según sexo y edad para clasificar el estado nutricional de los niños.

- ❖ Índice de masa corporal (IMC). Este índice se calcula a partir de la relación del peso en Kilogramos, con la talla en metros elevada al cuadrado (kg/m^2) lo cual adquiere mayor validez

a partir de los 5 años en adelante. Es relevante considerar que la OMS también presenta estas tablas según el sexo, y la edad. Durante la propuesta de investigación solo será utilizado este índice para confirmar los resultados de los índices peso para talla obtenidos. (Sociedad Española de Gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica y Asociación Española de Pediatría, 2010)

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

3.1.1. Tipo de Estudio

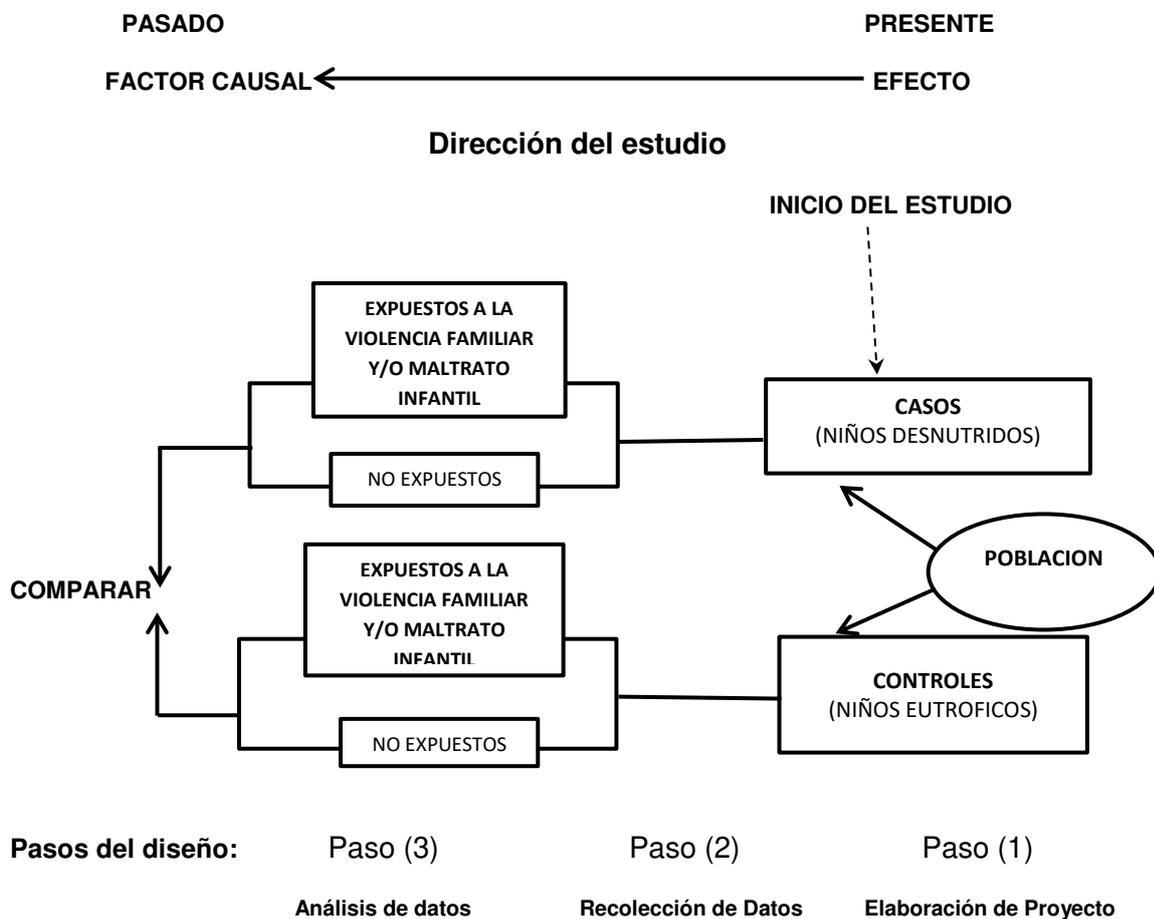
- ✓ Observacional: No se intervino la variable
- ✓ Analítico: Que establece relación entre las variables.

3.1.2. Diseño de la Investigación

- ✓ Transversal: Se realizó la medición de las variables en un solo momento.
- ✓ Retrospectivo: Se recopiló información de hechos previos
- ✓ De casos y controles: Identificó factores relacionados para establecer asociaciones de causalidad. (Manterola et al., 2019)

Figura 2

Representación gráfica del estudio de casos y controles de Violencia familiar y el estado nutricional de niños menores de cinco años en la zona urbano marginal del distrito de Ventanilla



3.2. Población y muestra

3.2.1 Ubicación geográfica

La propuesta se desarrolló en el ámbito de la zona urbano marginal de Pachacútec. Para el desarrollo del presente trabajo se seleccionó tres asentamientos humanos: Los Cedros I y II, Los Angelitos e Hiroshima; por ser representativos en densidad poblacional y aspectos económico-sociales de la zona. Con la finalidad de ubicar de manera adecuada las familias con niños menores de cinco años y agruparlos en casos y controles.

3.2.2 Población

El grupo de niños está constituido por todos los niños menores de cinco años y sus familias residentes de los tres asentamientos humanos mencionados.

3.2.3 Tamaño de muestra

Tamaño de muestra se calculó al 95% de confianza, para encontrar resultados estadísticamente significativos, usando el programa Epidat 4.2, obteniéndose un total de 114 niños menores de cinco años; los cuales cuentan con los criterios de inclusión considerados para formar los dos grupos: casos y controles.

Datos:

Proporción de Casos expuestos: 34,421%

Proporción de Controles expuestos: 11,600%

Odds ratio a detectar: 4,000

Número de Controles por caso: 2

Nivel de Confianza: 95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra *		
	Casos	Controles	Total
80,0	38	76	114

(*) Tamaños de muestra para aplicar la prueba χ^2 sin corrección por continuidad

En la práctica de recolección de información casa por casa se obtuvo 43 casos y 95 controles con información completa para el análisis respectivo.

3.2.4. Criterios de inclusión y exclusión

A. Criterios de Inclusión

CASOS	CONTROLES
1. Niños mayores de 1 año y menores de 5 años. 2. Niños residentes en asentamientos humanos circundantes al Puesto de Salud Los Cedros y que posean más de la mitad de la edad cronológica del niño residiendo en la zona. 3. Niños Expuestos o no a Violencia Familiar 4. Poseer diagnóstico nutricional de: Desnutrido agudo, desnutrido crónico, desnutrido crónico reagudizado obtenido por antropometría con punto de corte de -2 DE para los indicadores evaluados.	1. Niños mayores de 1 año y menores de 5 años. 2. Niños residentes del ámbito asentamientos humanos circundantes al Puesto Salud Los Cedros y/o asentamientos humanos aledaños y que posean más de la mitad de la edad cronológica del niño residiendo en la zona. 3. Niños expuestos o no a la violencia Familiar 4. Poseer diagnóstico nutricional de: Eutrófico y/o normal, obtenido por antropometría con punto de corte de - 0.8 a más DE, para los indicadores evaluados.

B. Criterios de Exclusión:

- 1) Niños que no residen en el área por más del 50% de su vida cronológica o solo se encuentran de visita temporalmente.
- 2) Niños con enfermedad congénita, crónica, degenerativa o invalidante.
- 3) Niños de edad igual o menor de 1 año o mayor a 5 años.

3.2.5. Muestreo Empleado

Se usó el muestreo aleatorio simple para casos y controles de tipo no apareado. Entre los grupos de casos (desnutridos) y controles (eutróficos) se buscó semejanzas en edades y condiciones demográfico-sociales importantes.

3.2.6. Unidad de análisis

Niños mayores de un año y menores de cinco años: con diagnóstico de desnutrición (casos) y

eutrófico (controles).

3.2.7. Unidad de Muestreo

Lista de familias con niños menores de cinco años que residen en los tres asentamientos humanos mencionados.

3.2.8. Marco Muestral

Planos de los tres asentamientos humanos ubicados en el área Pachacútec – Ventanilla.

3.3 Operacionalización de variables

3.3.1 Definición de Variables.

A. Variable Independiente:

Violencia familiar: “Conjunto de actitudes o de comportamientos de abuso de un miembro de la familia contra otro, de carácter sistemático, en la que se afecta su integridad física y psicológica, con el objetivo de control sobre el familiar violentado. (Mayor Walton y Salazar Perez, 2019)

Tipos de Violencia familiar:

- 1) Violencia física: Acción intencional que provoca daño físico o enfermedad o limita el movimiento con uso de la fuerza.
- 2) Violencia Psicológica: Todas las formas de hostilidad verbal, falta de afecto o reconocimiento, ridiculización, bloqueo de sus iniciativas, control de acciones, creencias y decisiones; mediante amenazas y actos que atacan los sentimientos y las emociones.
- 3) Violencia Sexual: Cualquier clase de contacto o acto de connotación sexual por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad, impuestos contra la voluntad (pareja) o con la intención de degradar.
- 4) Abandono o Negligencia: Es el maltrato por omisión, en el que se deja de salvaguardar la salud, seguridad y bienestar del niño o de la pareja.

B. Variable Dependiente:

Desnutrición Infantil: “Desequilibrio entre el requerimiento y la ingesta de nutrientes, lo que resulta en déficits acumulativos de energía, proteínas o micronutrientes que pueden afectar negativamente el crecimiento, el desarrollo y otros resultados relevantes” (Mehta et al., 2013)

Estado Nutricional:

- 1) Eutrófico: Talla/Edad y Peso/Talla (-2 DE a +2 DE) (Controles).
- 2) Desnutrido Agudo: Talla/Edad normal, Peso/Talla (<-2 DE) (Casos)
- 3) Desnutrido Crónico: Talla/Edad (<-2 DE) y Peso/Talla normal (Casos)
- 4) Desnutrido Crónico Global: Talla/Edad (<-2 DE) y Peso/Talla (<-2 DE)

C. Variables de Control:

1. Edad de los padres: Número de años de vida actual (< 20 años, 20 a 30 años, > 30 años)
2. Procedencia de los padres: Lugar de procedencia previo más prolongado (Costa, Sierra y Selva)
3. Escolaridad de los padres: Nivel de instrucción actual (Primaria 3 a 6 años de estudio, Secundaria 9 a 11 años de estudio y Superior \geq 14 años de estudio)
4. Nivel socioeconómico: Nivel de riqueza según gastos alimentarios (Pobreza extrema <300 soles/mes, pobreza 300 – 500 soles/mes y medio > 500 soles/mes).

Figura 3

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VIOLENCIA FAMILIAR Y LA DESNUTRICIÓN INFANTIL EN ASENTAMIENTOS HUMANOS DE PACHACÚTEC - VENTANILLA						
VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	ATRIBUTO
VIOLENCIA FAMILIAR	Conjunto de actitudes o de comportamientos de abuso de un miembro de la familia contra otro, de carácter sistemático, en la que se afecta su integridad física y psicológica, con el objetivo de controlar al familiar violentado. (Mayor y Salazar, 2019)	CATEGÓRICA CUALITATIVA DICOTÓMICA	VIOLENCIA CONTRA LA MADRE. (MUJER)	<ul style="list-style-type: none"> • Violencia Física • Violencia Psicológica • Violencia Sexual • Abandono o Negligencia 	NOMINAL (Nº, %)	SI/No
			MALTRATO INFANTIL	<ul style="list-style-type: none"> • Violencia Física • Violencia Psicológica • Violencia Sexual • Abandono o Negligencia 	NOMINAL (Nº, %)	SI/No
VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	ATRIBUTO
DESNUTRICIÓN INFANTIL	Desequilibrio entre el requerimiento y la ingesta de nutrientes, lo que resulta en déficits acumulativos de energía, proteínas o micronutrientes que pueden afectar negativamente el crecimiento, el desarrollo y otros resultados relevantes (Mehta et al, 2013).	CATEGÓRICA CUALITATIVA POLITÓMICA	DESNUTRICIÓN AGUDA	Talla/Edad normal, Peso/Talla (<-2 DE)	ORDINAL (Nº, %)	SI/No
			DESNUTRICIÓN CRÓNICA.	Talla/Edad (<-2 DE) y Peso/Talla normal	ORDINAL (Nº, %)	SI/No
			DESNUTRICIÓN CRÓNICA GLOBAL	Talla/Edad (<-2 DE) y Peso/Talla (<-2 DE)	ORDINAL (Nº, %)	SI/No
			EUTRÓFICO (CONTROLES)	Talla/Edad y Peso/Talla (>2 DE a < 2DE)	ORDINAL (Nº, %)	SI/No

Figura 3.1*OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES*

“VIOLENCIA FAMILIAR Y DESNUTRICION INFANTIL EN ASENTAMIENTOS HUMANOS DE PACHACUTEC- VENTANILLA” (continuación)						
VARIABLES DE CONTROL	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	ATRIBUTO
EDAD DE LA MADRE	Número de años de vida actual	CUANTITATIVA DISCRETA	< 20 AÑOS 20 – 30 AÑOS > 30 AÑOS	Años de vida	ORDINAL (Nº, %)	SI/NO
PROCEDENCIA DE LA MADRE	Lugar de residencia previo más prolongado	CUALITATIVA	COSTA SIERRA SELVA	Zona geográfica	NOMINAL (Nº, %)	SI/NO
ESCOLARIDAD DE LA MADRE	Nivel de instrucción actual	CUALITATIVA CATEGORICA	PRIMARIA SECUNDARIA SUPERIOR	3 a 6 años de estudio 9 a 11 años de estudio ≥ 14 años de estudio	ORDINAL (Nº, %)	SI/NO
NIVEL SOCIOECONÓMICO	Nivel de riqueza según gastos alimentarios	CUALITATIVA CATEGÓRICA	POBREZA EXTREMA POBREZA MEDIO	< 300 soles 300-500 soles > 500 soles	ORDINAL (Nº, %)	SI/NO

3.4 Instrumentos

Se elaboró una ficha de registro de información como instrumento para recopilar los datos necesarios en relación con los objetivos propuestos, con los siguientes ítems:

- Código de cada una de las encuestas y fecha.
- Nombre del entrevistado y domicilio de la familia.
- Características demográficas.
- Características socioeconómicas.
- Estado Nutricional: Según diagnóstico nutricional basado en la antropometría. Se recopilaron tres datos: Peso, talla y edad; generándose el estado nutricional antropométrico.
- Violencia familiar: A la que están expuestos la madre y el niño, sea esta psicológica, física, sexual o moral.

3.5 Procedimientos

a. Método:

- La Encuesta-Entrevista para los datos demográficos económicos incluyendo los de exposición a la violencia.
- La Medición Antropométrica para la determinación objetiva del estado nutricional de los infantes.

b. Recolección propiamente dicha:

- ❖ Tiempo de recojo de datos: veinte días.
- ❖ Estandarización del Material Antropométrico para la determinación del estado nutricional de los niños casos y controles.
- ❖ Recolección de Información:
 - ◆ Mapeo de las viviendas con niños cuyas fechas de nacimiento y características concuerdan con los criterios de inclusión.

◆ Entrevista domiciliaria sin la presencia del cónyuge o agresor a las madres o encargados del cuidado del niño.

c. Elaboración de la información

La Ficha de recolección de información fue sometida a control de la calidad de la información recolectada.

3.6. Análisis de datos

3.6.1. Presentación de los datos

Se elaboraron los cuadros o tablas para la presentación ordenada de los datos en relación con el análisis estadístico descriptivo.

3.6.2. Análisis e interpretación de los datos

A. Análisis Descriptivo

Análisis de frecuencias: Se agruparán los datos en tres niveles (leve < 50%, moderado 50 a 79% y alto \geq 80%)

Tablas de contingencia

B. Análisis Inferencial bivariado:

Razón de Productos Cruzados (Odds Ratio) e intervalo de confianza ($p < 0.05$ o 95% de confiabilidad) con el fin de valorar retrospectivamente la asociación entre la exposición a factores de riesgo con los resultados encontrados en los niños los expuestos y no expuestos según sean los casos y controles.

3.7 Consideraciones Éticas

Esta investigación contempló la participación de sujetos humanos por lo que se tuvieron en cuenta los principios éticos para las investigaciones de este tipo, basados en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (2008):

Se tomó en cuenta que la entrevista, toma de información y el manejo de esta no comprometa la dignidad, la integridad, la intimidad y la confidencialidad de las personas que participan en investigación,

La madre del niño y/o la persona(s) responsable(s) del cuidado del niño fue informada sobre el objetivo y la libertad de decisión sobre su derecho de participar o no en la investigación y de desistir en su participación en cualquier momento, así como los beneficios y confidencialidad de la información clara y entendible información que será brindada por el encuestador para la suscripción del consentimiento informado que consta en anexos. Además, se aplicó el tamizaje nutricional al niño mediante el método antropométrico en la vivienda para mantener en reserva la intimidad de la familia.

La investigación responderá a las necesidades y prioridades de salud relacionadas al tema de la población vulnerable y generar información para los planes sociales de la zona. Se excluye por completo factores que puedan dañar el medio ambiente.

IV. RESULTADOS

4.1 Análisis e interpretación. Obtenida la información a través de la encuesta de campo, para responder a los problemas planteados para las variables del estado nutricional es ingresada la información a la base de datos y luego del procesamiento de estos; se obtuvieron los resultados de los grupos de casos y controles que presentamos a continuación:

4.1.1. Análisis descriptivo de variables demográficas.

Tabla 1

Variables demográficas de casos y controles según violencia familiar

VARIABLES	CASOS			CONTROLES		
	VIOLENCIA FAMILIAR	NO VIOLENCIA FAMILIAR	TOTAL	VIOLENCIA FAMILIAR	NO VIOLENCIA FAMILIAR	TOTAL
	42 (98%)	1 (2%)	43(100%)	79 (83%)	16 (17%)	95(100%)
ESTRUCTURA FAMILIAR						
FAMILIA NUCLEAR	34 (97%)	1 (3%)	35 (81.4%)	63 (83%)	13 (17%)	76 (80%)
OTRO COMPROM. FN+OTROS FAM	1 (100%)	0	1 (2.3%)	3 (75%)	1 (25%)	4 (4.2%)
	7 (100%)	0	7 (16.3%)	13 (87%)	2 (13%)	15 (15.8%)
SEXO DE NIÑOS						
MASCULINO	21(100%)	0	21(48.8%)	37 (90%)	4 (10%)	41 (43.2%)
FEMENINO	21(95.5%)	1(4.5%)	22(51.2%)	42 (78%)	12 (22%)	54 (56.8%)
EDAD NIÑOS						
1 AÑO	13 (100%)	0	13(30.2%)	26 (76%)	8 (24%)	34 (35.8%)
2 AÑOS	13 (100%)	0	13(30.2%)	14 (82%)	3 (18%)	17 (17.9%)
3 AÑOS	7 (100%)	0	7(16.3%)	13 (87%)	2 (13%)	15 (15.8%)
4 AÑOS	9 (90%)	1(10%)	10(23.2%)	26 (90%)	3 (10%)	29 (30.5%)
EDAD DEL PADRE						
< 20 AÑOS	0	0	0	0	0	0
20 A 30 AÑOS	26 (100%)	0	26 (60.5%)	42 (89%)	5 (11%)	47 (49.5%)
> 30 AÑOS	14 (93%)	1 (7%)	15 (34.9%)	32 (76%)	10 (24%)	42 (44.2%)
SIN DATO	2(100%)	0	2(4.7%)	5 (83%)	1 (17%)	6 (6.3%)
EDAD DE LA MADRE						
< 20 AÑOS	2 (100%)	0	2 (4.7%)	1 (100%)	0	1 (1%)
20 A 30 AÑOS	29 (97%)	1 (3%)	30 (69.8%)	49 (84%)	9 (16%)	58 (61%)
> 30 AÑOS	11 (100%)	0	11 (25.6%)	28 (80%)	7 (20%)	35 (37%)
ESCOLARIDAD DEL PADRE						
PRIMARIA	5 (83%)	1 (7%)	6 (14%)	15 (88%)	2 (12%)	17 (17.9%)
SECUNDARIA	28 (100%)	0	28 (65.1%)	43 (86%)	7 (14%)	50 (52.6%)
SUPERIOR	6 (100%)	0	6 (14%)	13 (68%)	6 (32%)	19 (20.0%)
NINGUNA	1(100%)	0	1(2.3%)	4 (100%)	0	4 (4.2%)
ESCOLARIDAD DE LA MADRE						
PRIMARIA	11(92%)	1(8%)	12 (27.9%)	29 (91%)	3 (9%)	32 (33.7%)
SECUNDARIA	27(100%)	0	27 (62.8%)	35 (80%)	9 (20%)	44 (46.3%)
SUPERIOR	2 (100%)	0	2 (4.7%)	11 (79%)	3 (21%)	14 (14.7%)
NINGUNA	2	0	2(4.7%)	4 (80%)	1 (20%)	5 (5.3%)
PROCEDENCIA DEL PADRE						
COSTA	27 (96%)	1 (4%)	28 (65.1%)	47 (94%)	3 (6%)	50 (52.6%)

SIERRA	11 (100%)	0	11 (25.6%)	27 (73%)	10 (27%)	37 (38.9%)
SELVA	2 (100%)	0	2 (4.7%)	2 (50%)	2 (50%)	4 (4.2%)
SIN DATO	2 (100%)	0	2 (4.7%)	3 (75%)	1 (25%)	4 (4.2%)
PROCEDENCIA DE LA MADRE						
COSTA	20 (95%)	1 (5%)	21 (48.8%)	49 (83%)	10 (17%)	59 (62.1%)
SIERRA	16 (100%)	0	16 (37.2%)	20 (77%)	6 (23%)	26 (27.4%)
SELVA	6 (100%)	0	6 (14.0%)	9 (100%)	0	9 (9.5%)

Nota: Entrevista domiciliaria usando instrumento de recolección de datos.

A. Similitudes de ambos grupos (casos y controles):

Familia nuclear (predomina, 81.4% vs 80%), sexos (similar, 49%/51% vs 43.2%/56.8%), edad de niños (similar en 1/3 años, 30.2%/16.3% vs 35.8%/15.8%), edad del padre (predomina 20 a 30 años, 60.5% vs 49.5%), edad de la madre (predomina 20 a 30 años, 69.8% vs 61%), escolaridad del padre (predomina secundaria, 65.1% vs 52.6%), escolaridad de la madre (predomina secundaria, 62.8% vs 46.3%), procedencia de padre (predomina Costa, 65.1% vs 52.6%), procedencia de la madre (predomina Costa, 48.8% vs 62.1%).

B. Comportamiento de la violencia familiar en casos y controles, respectivamente:

La información es agrupada para su análisis, en tres niveles de violencia familiar: Leve < 50%, moderado 50 a 79% y alto \geq 80%.

Casos: Nivel alto de violencia en todas las variables y subtipos (92 a 100%).

Controles:

- Estructura familiar, edad del padre, edad y escolaridad de la madre: Alta en menor grado respecto a los casos (80 a 91%).
- Sexo de niños, edad en niños y escolaridad del padre: moderada a alta en (76 a 100%).
- En la procedencia del padre y la madre: alta en la costa (83 a 94%), moderada en sierra (73 a 77%).

4.2.2 Análisis descriptivo de variables socioeconómicas

Tabla 2

Variables socioeconómicas de casos y controles según violencia familiar

VARIABLES	CASOS			CONTROLES		
	VIOLENCIA FAMILIAR	NO VIOLENCIA FAMILIAR	TOTAL	VIOLENCIA FAMILIAR	NO VIOLENCIA FAMILIAR	TOTAL
OCUPACION DEL PADRE	42 (98%)	1 (2%)	43(100%)	79 (83%)	16 (17%)	95(100%)

DEPENDIENTE	13 (93%)	1 (7%)	14 (32.6%)	30 (77%)	9 (23%)	39 (41%)
INDEPENDIENTE	25 (100%)	0	25 (58.1%)	42 (91%)	4 (9%)	46 (48%)
DESEMPLEADO	2 (100%)	0	2 (4.7%)	4 (80%)	1 (20%)	5 (5%)
SIN DATO	2(100%)	0	2 (4.7%)	3 (75%)	1 (25%)	4 (4.2%)
OCUPACION DE LA MADRE						
DEPENDIENTE	5 (100%)	0	5 (11.6%)	7 (88%)	1 (12%)	8 (8.4%)
INDEPENDIENTE	6 (100%)	0	6 (14.0%)	21 (68%)	10 (32%)	31 (32.6%)
AMA DE CASA	31 (97%)	1	32 (74.4%)	51 (91%)	5 (9%)	56 (58.9%)
DISPOSICION DE EXCRETAS						
LETRINA	27 (96%)	1 (4%)	28 (65.1%)	48 (83%)	10 (17%)	58 (61.1%)
POZO CIEGO	14 (100%)	0	14 (32.6%)	27 (84%)	5 (16%)	32 (33.7%)
CAMPO ABIERTO	1 (100%)	0	1 (2.3%)	4 (100%)	0	4 (4.2%)
MATERIAL DE LA VIVIENDA						
CARTON Y PLASTICO	12 (100%)	0	12 (27.9%)	9 (100%)	0	9 (9.5%)
ESTERAS	6 (100%)	0	6 (14.0%)	17 (81%)	4 (19%)	21 (22.1%)
MADERA	21 (95%)	1 (5%)	22 (51.2%)	52 (83%)	11 (17%)	63 (66.3%)
ETERNIT	2 (100%)	0	2 (4.7%)	1 (100%)	0	1 (1.1%)
LADRILLO Y CEMENTO	1 (100%)	0	1 (2.3%)	0	0	0
GASTOS EN ALIMENTACION						
< 300 SOLES	8 (100%)	0	8 (18.6%)	13 (81%)	3 (19%)	16 (16.8%)
300 – 500 SOLES	26 (96%)	1 (4%)	27 (62.8%)	63 (91%)	6 (9%)	69 (72.6%)
> 500 SOLES	8 (100%)	0	8 (18.6%)	3 (33%)	6 (67%)	9 (9.5%)
APORTE ECONOMICO						
SOLO EL PADRE	27 (96%)	1 (4%)	28 (65.1%)	51 (91%)	5 (9%)	56 (58.9%)
SOLO LA MADRE	3 (100%)	0	3 (7.0%)	7 (88%)	1 (12%)	8 (8.4%)
LOS DOS	6 (100%)	0	6 (14.0%)	19 (70%)	8 (30%)	27 (28.4%)
> 2 PERSONAS	5 (100%)	0	5 (11.6%)	2 (67%)	1 (33%)	3 (3.2%)

Nota: Entrevista domiciliaria usando instrumento de recolección de datos.

A. Similitudes de ambos grupos (casos y controles)

Ocupación del padre (predomina independiente, 58.1% vs 48%), ocupación de la madre (predomina ama de casa, 74.4% vs 58.9%), disposición de excretas (predomina letrina, 65.1% vs 61.1%), material de la vivienda (predomina madera, 51.2% vs 66.3%), gastos en alimentación mensual (predomina 300 a 500 soles, 62.8% vs 72.6%), aporte económico (predomina solo el padre, 65.1% vs 58.9%).

B. Comportamiento de la violencia familiar en casos y controles, respectivamente

Casos: Nivel alto de violencia en todas las variables y subtipos (93 a 100%).

Controles:

- En la disposición de excretas y material de vivienda (todos los tipos): alta en menor grado (81 a 100%).

- Ocupación del padre: alta en independiente (91%) y desempleado (80%). Mientras que la ocupación de la madre: ama de casa (91%) y dependiente (88%).
- Gasto en alimentación: alta en menor grado, 300-500 soles (91%) y <300 soles (81%).
- Aporte económico: solo el padre y solo la madre (alta en menor grado, 91 a 88%).

4.1.3. Análisis descriptivo de la variable independiente violencia familiar

Tabla 3

Violencia psicológica contra la madre (mujer) según casos y controles

VIOLENCIA PSICOLOGICA MADRE	CASOS		CONTROLES	
	N°	%	N°	%
1.ENOJO	15	35	32	34
2.OFENSAS Y AGRESIONES	25	58	48	51
3.AMENAZAS	16	37	27	28
4.PROHIBICIONES	8	19	34	36
5.DESPRECIO	1	2	2	2
6.BURLA	5	12	17	18
7.DATOS OCULTOS	1	2	35	37
8.NINGUNO	5	12	24	25

Nota: Entrevista domiciliaria usando instrumento de recolección de datos.

La violencia psicológica, según frecuencia acumulada, fue más frecuente en los casos (88%) que en los controles (75%). El enojo, ofensas y agresiones, burlas son comparables en ambos grupos (35%-34%, 58%-51%, 12%-18% respectivamente). Las amenazas predominan en los casos (37%-28%) y las prohibiciones y datos ocultos en los controles (19%-36%, 2%-37%, respectivamente).

Tabla 4

Violencia psicológica leve y severa contra la madre (mujer) según casos y controles

VIOLENCIA PSICOLOGICA MADRE	CASOS		CONTROLES	
	N°	%	N°	%
LEVE (1+4+5+6+7)	10	23.3	18	18.9
SEVERA (2+3)	28	65.1	53	55.8
NINGUNO	5	11.6	24	25.3

Nota: Entrevista domiciliaria usando instrumento de recolección de datos.

La violencia psicológica predominó en el grupo de los casos (88.4% vs 74.7%). Siendo mayor la diferencia en la severa (9.3%) que en la leve (4.4%).

Tabla 5

Violencia física contra la madre (mujer) según casos y controles

VIOLENCIA FISICA MADRE	CASOS		CONTROLES	
	Nº	%	Nº	%
GOLPES	21	49	47	49
TORTURA	0	0	0	0
AMENAZA DE MUERTE	1	2	2	2
NINGUNO	21	49	46	48

Nota: Entrevista domiciliaria usando instrumento de recolección de datos

La violencia física tuvo una frecuencia similar en ambos grupos (51%), predominando los golpes.

Tabla 6

Violencia física leve y severa contra la madre (mujer) según casos y controles

VIOLENCIA FISICA MADRE	CASOS		CONTROLES	
	Nº	%	Nº	%
LEVE *	4	9.3	35	36.8
SEVERA **	17	39.5	12	12.6
NINGUNO	22	51.2	48	50.5

* Empujar, pegar con la mano.

** Patear, pegar con objeto contundente, cortar, quemar, ahorcar.

Nota: Entrevista domiciliaria usando instrumento de recolección de datos

En los casos predominó la violencia física severa (39.5% vs 12,6%), mientras la leve (9.3% vs 36.8%) fue mayor en los controles.

Tabla 7

Violencia sexual contra la madre (mujer) según casos y controles

VIOLENCIA SEXUAL MADRE	CASOS		CONTROLES	
	Nº	%	Nº	%
OBLIGAR	6	14	14	15
EXPOSICION A OTROS	0	0	3	3
DAÑO EN LA SALUD	2	5	3	3
BURLAS	9	21	11	12
NINGUNO	30	70	70	74

Nota: Entrevista domiciliaria usando instrumento de recolección de datos.

La violencia sexual fue similar en ambos grupos (30% vs 26%). El obligar y las burlas fueron más frecuentes, siendo similar en ambos el primero (14% vs 15%) y el segundo mayor en los casos (21% vs 12%).

Tabla 8

Violencia moral contra la madre (mujer) según casos y controles

VIOLENCIA MORAL MADRE	CASOS		CONTROLES	
	Nº	%	Nº	%
ABANDONO	11	26	28	29
EXPOSICION AL PELIGRO	7	16	10	11
NEGLIGENCIA	7	16	11	12
NINGUNO	25	58	57	60

Nota Entrevista domiciliaria usando instrumento de recolección de datos.

La violencia moral fue similar en ambos grupos (42% vs 40%). En todos los tipos no hubo diferencias significativas.

Tabla 9

Variedad de violencia contra la madre (mujer) según casos y controles

VARIEDAD DE VIOLENCIA MADRE	CASOS		CONTROLES	
	Nº	%	Nº	%
UN TIPO	15	35	24	25
DOS TIPOS	12	28	22	23
TRES TIPOS	6	14	19	20
CUATRO TIPOS	8	19	14	15

Nota: Entrevista domiciliaria usando instrumento de recolección de datos.

La violencia por variedad de agresión de uno y dos tipos fueron las más frecuente en ambos grupos (uno y dos tipos 63% / 48% versus tres y cuatro tipos 33% / 35%).

Tabla 10

Frecuencia de violencia contra la madre (mujer) según casos y controles

FRECUENCIA DE VIOLENCIA CONTRA LA MADRE	CASOS		CONTROLES	
	Nº	%	Nº	%
DIARIA	9	21	15	16
MENSUAL	21	49	46	48
ANUAL	8	19	15	16
NINGUNO	5	12	19	20

Nota: Entrevista domiciliaria usando instrumento de recolección de datos.

La frecuencia mayor de exposición a la violencia en ambos grupos fue mensual (49% VS 48%).

Tabla 11
Maltrato psicológico infantil según casos y controles

MALTRATO PSICOLOGICO INFANTIL	CASOS		CONTROLES	
	N°	%	N°	%
ENOJO	8	18	15	16
OFENSAS Y AGRESIONES	4	9	4	4
AMENAZAS	0	0	5	5
PROHIBICIONES	1	2	1	1
EXPLOTACION	0	0	1	1
DESPRECIO	2	5	10	11
NINGUNO	31	72	68	72

Nota: Entrevista domiciliaria usando instrumento de recolección de datos.

La violencia psicológica igualmente frecuente en ambos grupos (28%). El enojo fue predominante también en ambos (18% vs 16%).

Tabla 12
Maltrato físico infantil según casos y controles

MALTRATO FISICO INFANTIL	CASOS		CONTROLES	
	N°	%	N°	%
GOLPES	12	28	13	14
TORTURA	0	0	0	0
AMENAZA DE MUERTE	0	0	0	0
NINGUNO	31	72	82	86

Nota: Entrevista domiciliaria usando instrumento de recolección de datos.

El maltrato físico fue mayor con 28% en los casos vs 14% de los controles. Solo se informó de golpes como forma de maltrato.

Tabla 13
Maltrato sexual infantil según casos y controles

MALTRATO SEXUAL INFANTIL	CASOS		CONTROLES	
	N°	%	N°	%
NINGUNO	0	0	0	0

Nota: Entrevista domiciliaria usando instrumento de recolección de datos.

No se reportaron casos de maltrato sexual.

Tabla 14
Maltrato moral infantil según casos y controles.

MALTRATO MORAL INFANTIL	CASOS		CONTROLES	
	N°	%	N°	%
ABANDONO	2	5	5	5
EXPOSICION AL PELIGRO	0	0	1	1
NEGLIGENCIA	4	9	8	9
NINGUNO	38	88	83	87

Nota: Entrevista domiciliaria usando instrumento de recolección de datos.

En el maltrato moral, predominó la negligencia (9%) y el abandono (5%) en forma similar en ambos grupos

Tabla 15
Variedad de maltrato infantil según casos y controles

VARIEDAD DE MALTRATO INFANTIL	CASOS		CONTROLES	
	N°	%	N°	%
UN TIPO	9	21	23	24
DOS TIPOS	9	21	14	15
TRES TIPOS	1	2	2	2

Nota: Entrevista domiciliaria usando instrumento de recolección de datos.

Las variedades de violencia de uno (21% vs 24%) y dos tipos (21% vs 15%) fueron las principales en el maltrato infantil en ambos grupos.

Tabla 16
Frecuencia de maltrato infantil según casos y controles

FRECUENCIA DE MALTRATO INFANTIL	CASOS		CONTROLES	
	N°	%	N°	%
DIARIA	8	19	11	12
MENSUAL	7	16	21	22
ANUAL	0	0	5	5
NINGUNO	28	65	58	61

Nota: Entrevista domiciliaria usando instrumento de recolección de datos.

En los casos predominó la frecuencia diaria (19% vs 12%). En los controles fue mayor la frecuencia mensual (22%) y anual (5%).

Tabla 17
Morbilidad infantil según casos y controles

ENFERMEDAD	CASOS		CONTROLES	
	N° (43)	%	N° (95)	%
RECIENTE				
ULTIMAS DOS SEMANAS				
SI				
IRA	15	71.4	28	60.8
EDA	2	9.6	11	24
FIEBRE	0	0	2	4.3
OTROS	4	19	5	10.9
TOTAL	21	48.8	46	48.4
NO				
TOTAL	22	51.2	49	51.6

Nota: Entrevista domiciliaria usando instrumento de recolección de datos.

La enfermedad reciente se presentó en frecuencia similar en ambos grupos (48%), siendo la infección respiratoria aguda predominante con 71.4% (casos) vs 60.8% (controles).

4.1.4 Análisis descriptivo de la variable dependiente desnutrición infantil.

Tabla 18
Estado Nutricional infantil según casos y controles

ESTADO NUTRICIONAL	CASOS		CONTROLES	
	N°	%	N°	%
OBESO	0	0	1	1.05
SOBREPESO	0	0	5	5.3
EUTROFICO	0	0	50	52.6
RIESGO NUTRICIONAL AGUDO	0	0	4	4.2
RIESGO NUTRICIONAL CRONICO	0	0	35	36.8
DESNUTRICION AGUDA	1	2.3	0	0
DESNUTRICION CRONICA	41	95.3	0	0
DESNUTRICION GLOBAL	1	2.3	0	0
TOTAL	43	100	95	100

Nota: Entrevista domiciliaria usando instrumento de recolección de datos.

En el grupo de casos (con desnutrición) tenemos como principal diagnóstico la desnutrición crónica (95.3%), siendo mínimos los casos de desnutrición aguda y global. En el grupo de los controles (sin desnutrición) el principal diagnóstico fue eutrófico (52.6%) siendo el riesgo nutricional crónico el segundo en importancia (36.8%)

4.2 Contrastación de hipótesis

4.2.1. Hipótesis General

- Existe relación entre la violencia familiar y la desnutrición infantil en asentamientos humanos de Pachacútec- Ventanilla.

Tabla 19

De contingencia. Violencia familiar versus desnutrición

VIOLENCIA FAMILIAR VS DESNUTRICION	CASOS	CONTROLES	TOTAL
	%	%	%
VIOLENCIA	42 (97.7%)	79 (83.2%)	121 (87.7%)
NO VIOLENCIA	1 (2.3%)	16 (16.8%)	17 (12.3%)
TOTAL	43 (100%)	95 (100%)	138 (100%)

*SPSS V23

Tabla 20

Estimación de Riesgo. Violencia familiar versus desnutrición

VIOLENCIA FAMILIAR VS DESNUTRICION	VALOR	INTERVALO DE CONFIANZA DE 95%	
		INFERIOR	SUPERIOR
ODDS RATIO	8.506	1.090	66.385

*SPSS V23

De los casos (desnutridos), el 97.7% corresponden a familias con violencia y el 83.2% a los controles (no desnutridos). Esta diferencia es significativa con un OR: 8.506 (IC:1.090 – 66.385) para un $p < 0.05$ o 95% de confiabilidad. Se confirma la hipótesis general.

4.2.2. Hipótesis Específica 1

- Existe relación entre la violencia familiar contra la madre y la desnutrición infantil en Asentamientos Humanos de Pachacútec- Ventanilla.

Tabla 21

De contingencia. Violencia contra la madre (mujer) versus desnutrición

VIOLENCIA CONTRA LA MADRE VS DESNUTRICION	CASOS	CONTROLES	TOTAL
	%	%	%
VIOLENCIA	42 (97.7%)	79 (83.2%)	121 (87.7%)
NO VIOLENCIA	1 (2.3%)	16 (16.8%)	17 (12.3%)
TOTAL	43 (100%)	95% (100)	138 (100%)

*SPSS v23

Tabla 22

Estimación de Riesgo. Violencia contra la madre(mujer) versus desnutrición

VIOLENCIA CONTRA LA MADRE VS DESNUTRICION	VALOR	INTERVALO DE CONFIANZA DE 95%	
		INFERIOR	SUPERIOR

ODDS RATIO	8.205	1.014	66.402
-------------------	-------	-------	--------

*SPSS v23

De los casos (desnutridos), el 97.7% corresponden a familias con experiencias de violencia contra la madre (mujer) o violencia de Pareja Intima VPI y el 83.2% a los controles (no desnutridos). Esta diferencia es significativa con un OR: 8,205 (IC:1.014 – 66.402) para un $p < 0.05$ o 95% de confiabilidad. Se confirma la hipótesis específica 1.

4.2.3. Hipótesis Específicas 2

- Existe relación entre maltrato infantil y la desnutrición de niños en Asentamientos Humanos de Pachacútec- Ventanilla.

Tabla 23

De contingencia. Maltrato infantil versus desnutrición

MALTRATO INFANTIL VS DESNUTRICION	CASOS	CONTROLES	TOTAL
	%	%	%
VIOLENCIA	20 (46.5%)	39 (41.1%)	59 (42.8%)
NO VIOLENCIA	23 (53.5)	56 (58.9%)	79 (57.2%)
TOTAL	43 (100%)	95 (100%)	138 (100%)

* SPSS v23

Tabla 24

Estimación de Riesgo. Maltrato infantil versus desnutrición

MALTRATO INFANTIL VS DESNUTRICION	VALOR	INTERVALO DE CONFIANZA DE 95%	
		INFERIOR	SUPERIOR
ODDS RATIO	1.249	0.604	2.579

*SPSS v23

De los casos (desnutridos), el 46.5% corresponden a familias con experiencia de maltrato infantil y el 41.1% a los controles (no desnutridos). Esta diferencia no fue significativa con un OR: 1,249 (IC:0.604 – 2.579). No se confirma la hipótesis específica 2.

4.2.4. Regresión Logística Binaria

Tabla 25

Regresión Logística Binaria. Variables de control versus violencia familiar.

VARIABLES	B	Error estándar	Wald	gl	Sig	Exp (B)	95% C.I. para EXP (B)	
							Inferior	Superior
EDAD DE LA MADRE	-,605	,398	2,314	1	,128	,546	,250	1,191
ESCOLARIDAD DE LA MADRE	-,070	,269	,067	1	,795	,932	,550	1,581
PROCEDENCIA DE LA MADRE	,427	,278	2,348	1	,125	1,532	,888	2,644
GASTOR DE ALIMENTACION	,536	,348	1,943	1	,163	1,709	,804	3,630

VIOLENCIA FAMILIAR	2,140	1,068	4,014	1	,045	8,498	1,047	68,935
---------------------------	-------	-------	-------	---	------	-------	-------	--------

*SPSS v23

En la regresión logística encontramos que ninguna de las variables de control (edad, escolaridad y procedencia de la madre; además de los gastos de alimentación) alcanzaron un valor significativo. Por su parte la violencia familiar con un OR ajustado:8.498 (IC:1.047 – 68.935) para un $p < 0.05$ o 95% de confiabilidad, tiene asociación significativa con la desnutrición crónica.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Encontramos en nuestro estudio que la violencia familiar está asociada a la desnutrición crónica infantil (OR:8,506; IC: 1,090 – 66,385). Asimismo, hay la misma relación con la violencia contra la madre (OR: 8,205; IC: 1,014 – 66,402), no así con el maltrato infantil directamente (OR: 1,249; IC: 0,604 – 2,579).

5.1. Violencia contra la madre o mujer

En nuestro hallazgo la **violencia doméstica contra la mujer alcanzó el 87.7%**. (Psicológica **79%**, Física 51%, Sexual 27.5% y Moral 38%). En diferentes estudios se consideró a la violencia doméstica, a saber:

5.1.1. Respecto al nivel de violencia doméstica

- En Australia, en madres de niños atendidos en clínica pediátrica, se identificó **un nivel significativo de violencia doméstica 44%**, como en el presente estudio. (Wickramasinghe et al., 2019).
- En Perú, en población más amplia, con una encuesta en tres regiones (Huancavelica, Lima, Loreto). La **experiencia de violencia** reportada por las madres de niños de 1 a 7 años **fue alta 50%** (física 16%), que aumentó en más bajos niveles de ingreso como en nuestros hallazgos. No se exploró otros tipos. (Benavides et al., 2015)
- En USA en un espectro más amplio de población, con datos de la encuesta nacional de familias de bajos recursos, se encontró **menor nivel de violencia doméstica 11%**. (McKelvey et al., 2019).
- En India, en una encuesta nacional de salud familiar con nivel de pobreza 37.3%, las mujeres informaron **violencia 19%**, **menor que nuestro estudio**. (Ackerson y Subramanian, 2008)

5.1.2. Respecto a al tipo predominante de violencia, emocional (psicológica)

- En Perú, con datos de la Encuesta Nacional de salud familiar, sin nivel educativo 52%, pobreza 56.5%, madre trabaja 62.9%; se encontró **similar nivel de violencia doméstica 88%**

(resaltando la emocional **69.8%** sobre la física 36.3% y sexual 7.7%). No se exploró la violencia moral. (Ruiz et al., 2014)

5.1.2.1 Respecto a la Violencia familiar contra la madre (mujer)

- En Perú en una encuesta nacional de demografía y salud familiar, en mujeres casadas con niños de 0 a 17 años, procedencia Costa 52.5%, urbana 65.6% y pareja ocupada en agricultura 31.8% y manual/desempleado 23.6%; la violencia de pareja íntima (VPI) **fue mayor de tipo emocional 69%** que física 41.7%, como en nuestro estudio. (Gage y Silvestre, 2010)
- En Liberia, en un estudio nacional de demografía y salud, se encontró entre las madres: **violencia doméstica emocional y física 40% predominante** y mayor que la sexual 9%, como es nuestro caso. (Sobkoviak et al., 2012)

5.1.3. Relacionado a la violencia física y sexual contra la madre (mujer)

- En Bangladesh, en una encuesta de demográfica y salud. 2042 mujeres casadas, con instrucción secundaria 33.5%, de zona rural 64.7%, expuestas a la violencia; se halló la de tipo **física 49%, en nivel similar a nuestro trabajo, que fuera de 51%**, mayor que la sexual 18.4%, **en contraste con el 27.7% observado.** (Ziaei et al., 2014)
- En Egipto, Honduras, Kenya, Malawi y Ruanda. Datos de la encuesta de demografía y salud, se identificó la exposición a VPI: **Física 10 a 29%, menor que nuestro hallazgo**, sobre la sexual 0.6 a 6.5%. No se exploró la violencia moral ni psicológica. (Rico et al., 2011)
- En Bangladesh, en una encuesta de salud y demografía, en madres sin educación 34.8%, pobres 35.6%, se halló que la Violencia de pareja íntima (VPI) (**Física 15.5%**, más bajo que este estudio, y sexual 6.2%). (Rahman et al., 2012)

5.2. Maltrato infantil

Nosotros detectamos **maltrato infantil en 43% de casos (Psicológico 28%, físico 28%, sexual 0%, moral 12%; considerando los casos acumulan más de un tipo de maltrato);**

variedad de maltrato: 1 y 2 tipos 21%. Si bien otros trabajos no evaluaron el estado nutricional, si caracterizaron el tipo de maltrato infantil. En la comparación vemos que:

- En Perú, en una encuesta nacional de salud, se identificó **maltrato infantil en 27.9%, en mayor y más diversa población.** (Gage y Silvestre, 2010)
- En México, en niños y niñas de 6 a 14 años de educación primaria, explorando la percepción sobre maltrato infantil, halló antecedentes de abuso, predominando el **psicoemocional 15%, como en nuestro estudio**, pero con mucho menor violencia física 8.1%, sexual 0.6% y negligencia o Abandono 6.8%. (Tovar et al., 2016).
- España, en **menores tutelados víctimas de violencia**, de 6 a 17 años, con historial de **maltrato 97.7%, predominó también lo emocional 81.4%** sobre lo físico 44.2% y sexual 4.7%. (Fernandez, 2014).
- En México, con datos, de una población específica, en una **clínica de atención integral del niño maltratado**, en menores de 5 años. **Encontró mayor abuso físico 60%** que sexual 40%. No exploraron la violencia psicológica y moral. (Martín y Loredó, 2010).
- En USA, en una población mucho mayor con datos de la encuesta nacional de familias de bajos recursos, edades 1 a 3 años, similar instrucción y edad de padres, reportó: mayor nivel de **negligencia 27.9% sobre el maltrato emocional 16.4%**, físico 15.2% y sexual 1.8%. **La variedad de maltrato fue mayor que en el nuestro (1 tipo 30.4%, 2 tipos 27.9%)**. (McKelvey et al., 2019).
- En Sídney, Australia, en población diversa, de bajos recursos, con niños vulnerables, menores de 5 años, con violencia **doméstica menor 44%**, encontró nivel alto de **negligencia 40%** y menor de otros: abuso físico 18%, emocional 20% y sexual 4%. **En variedad de maltrato: 19% (≥ 4 ACE-experiencias adversas de la infancia)**. (Wickramasinghe et al., 2019). En USA, en una encuesta nacional de niños menores de 5 años (32.5%). Violencia domestica es el 5% de todos los tipos de ACE. (Crouch et al., 2019).

Nuestro estudio no se avocó a identificar factores asociados al maltrato infantil, pero si hallamos que la pobreza es un factor presente: La condición precaria en la disposición de excretas (100%) y material de vivienda (98%). El nivel educativo de los padres fue secundaria completa (63 a 65%) y el empleo (solo el padre 65%, tipo independiente 58%). En Brasil, en niños de 6 a 8 años **abandonados que tenían condiciones económicas desfavorables**, y cuidadores con menos años de educación y un empleo menos especializado; se concluyó que la condición de pobreza no es un factor determinante para el abandono (Pasian et al., 2020). En un Metaanálisis de 4562 trabajos de: MEDLINE, PsycINFO, ProQuest and Cochrane (ACE, SEP y maltrato); **la posición socioeconómica infantil más baja** se asocia con un mayor riesgo de experiencias adversas de la infancia / maltrato.(Walsh et al., 2019).. En Perú, con una encuesta regional (Huancavelica, Lima y Loreto), en niños de 1 a 7 años, se concluyó que la violencia física contra la madre y la **condición de pobreza** aumentan al doble el riesgo de padecer violencia en los niños. ((Benavides et al., 2015). En USA. 2848 niños urbanos de familias frágiles y madres expuestas a violencia (35%), tener una madre víctima de violencia fue asociado con **necesidades sanitarias no satisfechas**.(King y Khanijahani, 2020). Nosotros encontramos que 71 % de nuestros niños tuvieron enfermedad aguda en los últimos 15 días. En otro Metaanálisis con 33 artículos de investigación y 19851 niños víctimas de violencia; **los factores de riesgo parentales** (comportamiento antisocial, problemas mentales, experiencias de abuso en la infancia) fueron los más relevantes en la negligencia infantil. (Mulder et al., 2018). Nuestro nivel de negligencia forma parte de la violencia moral (12%) contra el menor.

5.3. Relación de violencia familiar con desnutrición infantil

Nuestros hallazgos en 138 diadas madre-niño menor de 5 años, de 3 asentamientos humanos, relacionan significativamente la violencia familiar (88%) con la desnutrición crónica infantil (30%), lo cual ha sido explorado y corroborado en diversos estudios:

Confirmando la relación con la desnutrición crónica:

- En Perú, en una mayor población (5147 pares madre-niño expuestos a violencia < 5 años), con datos de la encuesta nacional de salud familiar, se halló prevalencia de **desnutrición crónica 19.8%** y **la asociación con violencia física severa (Razón de prevalencia – RPa 1,27%, IC: 95%: 1,09-1,48)**. (Ruiz et al., 2014)
- En México, en 108 niñas víctimas de abuso, de 3 meses a <5 años de edad, fue **consistente la relación con talla baja (Abuso físico 48% y Abuso sexual 12%, p<0.005)**. (Martín y Loredó, 2010)
- En poblaciones de Egipto (34242), Honduras (8562), Kenya (3292), Malawi (6361) y Ruanda (2587). La prevalencia del **retraso del crecimiento infantil osciló entre el 25,4% (Egipto) y el 58,0% (Malawi)** en hijos (< 5 años) de madres expuestas a la VPI. Se encontró una asociación significativa en Kenya (**OR ajustado, en maltrato físico: 1.46, IC 1.17-1.83**). (Rico et al., 2011)
- En Liberia, con 2467 diadas madre-niño y datos del estudio nacional de demografía y salud (edad 0 – 4 años). Un alto porcentaje de niños expuestos a violencia doméstica tenía **emaciación (7%), peso insuficiente (18%, ORa Física:1.30) y retraso del crecimiento (39%, ORa Física:1.18)**. (Sobkoviak et al., 2012)
- En Brasil, con 264 estudiantes de ambos sexos, de 7 a 14 años, de escuela pública, exposición a **violencia doméstica 29.5%**. **Desnutrición crónica, se identificó en el 9,5%** de ellos y su **asociación con violencia física severa (p=0,005)**. (Silva et al., 2012)
- En Nicaragua, de 461 diadas madre-niño, en un estudio longitudinal (0 a 46 m). VPI de la madre durante el embarazo (63%) **se asoció con puntuaciones Z promedio de talla para la edad 0,24 más bajas (p = 0,02)**. (Salazar et al., 2012)
- En Bangladesh, en 1851 mujeres casadas y sus niños < 5 años, de la encuesta de salud y demografía. **Experiencias maternas de IPV de cualquier tipo se asociaron con retraso del crecimiento (ORa 1,59; IC=1,23 – 2.08)** (Rahman et al., 2012)

- En Perú, con 50 niños menores de 5 años, expuestos a la violencia familiar, del consultorio CRED del Hospital Regional. **La proporción de niños con retraso en el crecimiento ($p < 0.05$) y desarrollo ($p < 0.05$) en un medio con presencia de violencia intrafamiliar es mayor que en ausencia de esta.** (Sirlopu, 2013)
- Metaanálisis. 42 estudios demográficos de 29 países de bajos y medianos ingresos. **El retraso del crecimiento (ORa Física 1.11, IC:1.09-1.14; Sexual 1.09, IC:1.05-1.13) en los niños (< 5 años) se asoció positivamente con la exposición de la madre a la violencia por parte de la pareja íntima (34.1%).** Esta asociación fue más fuertes en las zonas urbanas, madres con bajos niveles de educación, y países de ingresos medios.(Chai et al., 2016)
- En Bangladesh, de una encuesta demográfica y salud, 2042 mujeres casadas expuestas a la violencia y sus hijos menores de 5 años. **Las mujeres tenían más probabilidades de tener un hijo con retraso en el crecimiento (44.3%) si tenían experiencias de VPI física (ORa 1.48; IC:1.23-1.79) o sexual (ORa 1.28; IC:1.02-1.61).** (Ziaei et al., 2014).
- España. En un estudio longitudinal de 7 años, con 87 niños de 2 a 4 años, en un hogar de acogida, se identificó **retraso en el crecimiento secundario a factores nutricionales y psicosociales.** Sin valor de significancia. (Oliván, 2003)
- En la India, de la encuesta nacional de salud familiar, con 14,552 niños de 12–35 meses, de madres víctimas de violencia; tuvo como hallazgo: **desnutrición crónica 58.6% y 33.6% retraso en el crecimiento grave** en niños. Sin pruebas de significancia.(Ackerson y Subramanian, 2008)
- En Perú, en una Microrred de salud, en 225 niños menores de 5 años. Violencia familiar 14.7%, **desnutrición crónica (36.4% en expuestos vs 17% en no expuestos).** **La violencia familiar es un factor asociado a la desnutrición crónica infantil.** Sin análisis de significancia.(Estacio, 2016)

Negando la relación con la desnutrición crónica:

- En Perú, en 4503 niños y niñas < 5 años, de la encuesta de demografía y salud familiar. Desnutrición crónica en niños expuestos a violencia 13.9% y morbilidad en violencia domestica (EDA 15.8% e IRA 12.6%). **No encontró asociación entre violencia infantil o materna con desnutrición.**(León et al., 2016)

5.3.1. Con otras condiciones crónicas que favorecen la desnutrición

- En China, en 314 niños, de 11 – 14 años con experiencias de abuso físico y problemas de conducta. Se encontró abuso físico 38%, deficiencia de hierro no anémica 17.5% y los dos factores de riesgo coexistente en 8%. **Los niños abusados físicamente tenían más probabilidades de verse afectados por deficiencia de hierro no anémica.** (Cui et al., 2018)

- Sidney, Australia. En 279 niños vulnerables de clínica comunitaria, 0 a <5 años, con 19% (≥ 4 ACE). **Condición crónica existente 25%.** (Wickramasinghe et al., 2019)

- En Chile, en 122 niños, de un centro de salud, con seguimiento de 0 a 11 m. Los niños de madres víctimas de violencia **tenían escasa asistencia a los controles sanitarios y más ingresos hospitalarios** (Negligencia infantil). (Arcos et al., 2004)

- En Camboya, de la encuesta nacional de demografía y salud, 1230 niños menores de 5 años de madres con experiencias de IPV. Exposición a cualquier forma de IPV correspondió a **2,65 veces mayor probabilidad** (IC del 95%: 2,01 a 3,51) **para informar tener ambos diarrea e IRA** en las últimas dos semanas. (Nakphong y Ehrenstein, 2020)

- En India, en 34317 diadas madre-niño, del estudio Nacional de Salud Familiar. Madres con experiencia de VPI y hallazgo de morbilidad infantil (diarrea 11.7 – 15.4%, IRA 3.5 – 5.6%). **La prevalencia de morbilidad en niños de madres con experiencias de VPI es mayor que los no VPI.** (Paul y Mondal, 2020).

Nuestro estudio encontró asociación con desnutrición crónica en la violencia familiar global y la violencia contra la madre. Del mismo modo el grupo de Rahman (2012) en una

encuesta nacional, encontró asociación significativa con VPI global; al igual que Sirlopu (2013), pero con un reducido grupo de casos de un consultorio de crecimiento y desarrollo. Por su parte Salazar et al. (2012) lo hizo en un estudio longitudinal. Para otros grupos la asociación fue con el abuso físico a la madre, en estudios focalizados (Martin, 2010 y Silva, 2012) y encuestas nacionales (Ruiz-Grosso, 2014; Rico, 2011 y Sobkoviak, 2012). La asociación con la violencia física y sexual fue hallada en los estudios de gran magnitud de Chai (2016) y Ziaei (2014).

Otros estudios que no sustentaron significancia, pero reportan datos que apoyan la asociación fueron los de Olivan (2003) en un lugar de acogida de niños maltratados, Ackerson-Subramanian (2008) en una gran encuesta nacional y Estacio (2016) en grupo focalizado. En contraposición, León et al. (2016), con datos nacionales no encontró asociación con desnutrición crónica. Por otra parte, hay estudios que identificaron estados crónicos relacionados con la desnutrición en niños expuestos a violencia familiar; como es el de Cui (2018) con deficiencia de hierro no anémica, Wickramasinghe (2019) con alguna condición crónica existente, Arcos (2004) con bajo control sanitario o más ingresos hospitalarios y Nakphong y Ehrenstein (2020) con morbilidad en los niños expuestos a violencia de pareja íntima.

Las limitaciones de nuestro estudio como los datos ocultos por temor, el sesgo de recuerdo, la influencia cultural y la mala interpretación de las preguntas fueron reducidas al mínimo considerando horarios, espacios seguros, nuevas visitas, simplificación de las preguntas, preparación adecuada de los entrevistadores y garantizar la reserva de la información. La influencia del contexto de crisis mundial y nacional es difícil de evitar pero se incluyó años previos a la misma. La influencia de las variables de control fue contrarrestada en parte por la semejanza de ambos grupos (casos y controles) y confirmada por la regresión logística que no encontró valor significativo en asociación con estas.

La amplitud del intervalo de confianza (IC:1,090 – 66,385), nos habla de la necesidad de ampliar la muestra en futuros estudios, asimismo requiere hacerlo de naturaleza longitudinal e identificar la relación temporal de la violencia familiar con el estado nutricional.

Confiamos en que este estudio sea útil y motivador para nuevos proyectos que busquen establecer relaciones de riesgo o de causa efecto en el contexto de la violencia familiar para sustentar mejor las acciones del estado y las instituciones tutelares en la prevención y atención de las graves consecuencias de este fenómeno.

VI. CONCLUSIONES

- 6.1.** La violencia familiar está asociada significativamente con la desnutrición crónica infantil en los niños menores de 5 años expuestos a las agresiones en su entorno familiar (OR:8,506; IC: 1,090 – 66,385), para un $p < 0.05$ o 95% de confiabilidad.
- 6.2.** La violencia contra la madre está asociada significativamente con la desnutrición crónica infantil en los niños menores de 5 años cuyas madres son víctimas en sus propios hogares (OR: 8,205; IC: 1,014 – 66,402), para un $p < 0.05$ o 95% de confiabilidad.
- 6.3.** El maltrato infantil no está asociado significativamente con la desnutrición crónica en niños menores de 5 años con esta experiencia en sus familias (OR: 1,249; IC: 0,604 – 2,579).

VII. RECOMENDACIONES

- 7.1. Identificación oportuna de familias con prácticas de violencia a fin de permitir la intervención preventiva en los aspectos de salud, policiales y legales; por parte de instituciones formales del estado y la comunidad.
- 7.2. Es prioritario brindar el apoyo a las madres en estado de vulnerabilidad que viven expuestas a diversos daños producto de parejas íntimas violentas, escasos recursos para su sostenimiento y defensa; mediante visitas domiciliarias y asistencia directa por parte de equipos multidisciplinarios.
- 7.3. Brindar atención oportuna a los niños de familias con experiencia de violencia, identificando los peligros a que se ven expuestos y los diversos daños que repercuten en su desarrollo físico y emocional. Facilitar el acceso a instituciones de asistencia social, educativa, jurídica y de salud; con un seguimiento adecuado que garantice la seguridad y la vida de los mismo.
- 7.4. Promover la detección oportuna y la atención de los niños expuestos a la violencia familiar que tienen riesgo nutricional a fin de evitar las secuelas de la desnutrición crónica.

VIII. REFERENCIAS

- Ackerson, L. y Subramanian, S. (2008). Domestic Violence and Chronic Malnutrition among Women and Children in India. *American Journal of Epidemiology*, 167(10), 1188-1196. <https://doi.org/10.1093/aje/kwn049>
- Adjuntia para la niñez y adolescencia de la defensoria del pueblo. (2019). *Reporte: Supervision de niños, niñas y adolescentes victimas de violencia en modulos MAMIS*. Industrias Graficas Ausangate S.A.C. <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/01/REPORTE-MAMIS-2019.pdf>
- Arcos G., Uarac U., y Molina V. (2003). Impacto de la violencia doméstica en la salud infantil. *Revista médica de Chile*, 131(12), 1454-1462. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872003001200014>
- Benavides, M. y León, J. (2013). *Una mirada a la violencia física contra los niños y niñas en los hogares peruanos: Magnitudes, factores asociados y transmisión de la violencia de madres a hijos e hijas*. GRADE.
- Benavides, M., Leon, J. y Ponce de Leon, M. (2015). The Co-Occurrence of Domestic and Child Violence in Urban Peru: Evidence from Three Regions. *Journal of Family Violence*, 30(8), 1045-1053. <https://doi.org/10.1007/s10896-015-9745-3>
- Bick, J. & Nelson, C. (2016). Early Adverse Experiences and the Developing Brain. *Neuropsychopharmacology*, 41(1), 177-196. <https://doi.org/10.1038/npp.2015.252>
- Bocanegra, M. y Angelino, S. (2021). *Compendio Normativo sobre Protección y Violencia contra las Mujeres* (Primera Edición, Vol. 1-1). Ministerio de Justicia y Derechos Humanos; Biblioteca Nacional del Perú N° 2020-09099. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1837927/Primera%20Edicio%CC%81n%20Oficial%20Proteccio%CC%81n%20y%20Violencia%20contra%20las%20Mujeres.pdf>

Bright, M., Knapp, C., Hinojosa, M., Alford, S., y Bonner, B. (2016). The Comorbidity of Physical, Mental, and Developmental Conditions Associated with Childhood

Adversity: A Population Based Study. *Maternal and Child Health Journal*, 20(4),

843-853. <https://doi.org/10.1007/s10995-015-1915-7>

Calderón, J., Gamarra, M., y Gomez, M. (2016). *Violencia Basada en Genero. Marco*

Conceptual para las Politicas Publicas y la acción del Estado. (1ra Ed.). Ministerio

de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.

<https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgcvg/mimp-marco-conceptual-violencia-basada-en-genero.pdf>

Calhuavilca, D. (2020). *Informe Tecnico: Estado de la Niñez y Adolescencia.* Instituto

Nacional de Estadística e informática.

http://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n01_ninez-y-adolescencia-oct-nov-dic2019.pdf

Camarero, S., Cepeda, M., y Perez, G. (2019). *La violencia de género en los jóvenes Una*

visión general de la violencia de género aplicada a los jóvenes en España (Violencia de genero, p. 152). Instituto Max Weber.

http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/07/estudio_violencia_web_injuve.pdf

Castro, R. y Rivera, R. (2015). Mapa de la violencia contra la mujer: La importancia de la

familia. *Revista de Investigación (Arequipa)*, 6, 101-125. [https://ucsp.edu.pe/wp-](https://ucsp.edu.pe/wp-content/uploads/2020/02/5.-Mapa-de-la-violencia-contra-la-mujer.pdf)

[content/uploads/2020/02/5.-Mapa-de-la-violencia-contra-la-mujer.pdf](https://ucsp.edu.pe/wp-content/uploads/2020/02/5.-Mapa-de-la-violencia-contra-la-mujer.pdf)

Chai, J., Fink, G., Kaaya, S., Danaei, G., Fawzi, W., Ezzati, M., Lienert, J. y Smith, M.

(2016). Association between intimate partner violence and poor child growth: Results from 42 demographic and health surveys. *Bulletin of the World Health Organization*,

94(5), 331-339. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.152462>

- Christian, C. (2015). The Evaluation of Suspected Child Physical Abuse. *Pediatrics*, 135(5), e1337-e1354. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-0356>
- Comisión Económica para América Latina y El Caribe. (2018). *Malnutrición en niños y niñas en América Latina y el Caribe* [Text]. CEPAL.
<https://www.cepal.org/es/enfoques/malnutricion-ninos-ninas-america-latina-caribe>
- Comité Estadístico Interinstitucional de la Criminalidad. (2019). *Los Femicidios Y La Violencia Contra La Mujer En El Perú, 2015—2018*. Instituto Nacional de Estadística e Informática.
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1659/index.html
- Cui, N., Ji, X., y Liu, J. (2018). Child Physical Abuse, Non-anemic Iron Deficiency and Behavior Problems. *Journal of Pediatric Nursing*, 39, 74-79.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.11.014>
- Del Águila, A. (2015). Violencia y estrés infantil: ¿está en juego nuestro futuro? *Acta Médica Peruana*, 32(2), 71-83.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1728-59172015000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Devries, K., Knight, L., Petzold, M., Merrill, K., Maxwell, L., Williams, A., Cappa, C., Chan, K., Garcia, C., Hollis, N., Kress, H., Peterman, A., Walsh, S. D., Kishor, S., Guedes, A., Bott, S., Butron, B., Watts, C., y Abrahams, N. (2018). Who perpetrates violence against children? A systematic analysis of age-specific and sex-specific data. *BMJ Paediatrics Open*, 2(1). <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2017-000180>
- Diario Oficial El Peruano. (2000). *Normas Legales Actualizadas: Código de los Niños y Adolescentes Ley N°27337*. Editora Perú.

<https://diariooficial.elperuano.pe/pdf/0003/4-codigo-de-los-ninos-y-adolescentes-1.pdf>

Durand, D, & Peña, R. (2019). *Perú: Indicadores de Violencia Familiar y Sexual, 2012—2019*. Instituto Nacional de Estadística e informática.

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1686/libro.pdf

Escudero, L, y Montiel, A. (2017). *Consecuencias de la exposición a situaciones de violencia intrafamiliar durante la infancia*. [Tesis de Grado, Universidad Autónoma de Madrid]. Repositorio institucional de la UAM.

https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680449/escudero_pino_lauratfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Estacio, R. (2016). *Violencia Familiar como Factor Asociado a la Desnutrición Crónica*

Infantil. [Tesis de grado, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio institucional UCV.

http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/562/estacio_sr.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Fang, X., Fry, D., Ji, K., Finkelhor, D., Chen, J., Lannen, P., y Dunne, M. (2015). The burden of child maltreatment in China: A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 93(3), 176-185C. <https://doi.org/10.2471/BLT.14.140970>

Franco, H., Tobón, C., y Parra, Y. (2017). Abandono y maltrato en la primera infancia, una mirada desde la política pública. *Boletín Redipe*, 6(3), 139-146.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6132043>

Gage, A., y Silvestre, E. (2010). Maternal violence, victimization, and child physical punishment in Peru. *Child Abuse & Neglect*, 34(7), 523-533.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.12.004>

- García, J. y Sanchez, A. (2020). *Mapa de Pobreza monetaria provincial y distrital 2018* (Primera Edición). Instituto Nacional de Estadística e informática.
https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1718/Libro.pdf
- García, J. (2019). *Informe: Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales ENDES Primer semestre 2019*. Instituto Nacional de Estadística e informática.
https://proyectos.inei.gov.pe/endes/2019/ppr/Indicadores_de_Resultados_de_los_Programas_Presupuestales_ENDES_Primer_Semestre_2019.pdf
- Gardner, M., Thomas, H., y Erskine, H. (2019). The association between five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 96, 104082.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104082>
- Gonzales, M. (2017). *Violencia contra la Mujer: En el distrito de Santiago de Surco, Lima* (Primera Edición). Universidad Ricardo Palma.
<http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/1080/Violencia%20contra%20la%20mujer%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hayachi, Ch., Kumapley, R., Mehra V. y Reuter N. (2019). *Estado Mundial de la Infancia 2019: Niños, alimentos y nutrición. Crecer bien en un mundo en transformación*. UNICEF. <https://www.unicef.org/media/62486/file/Estado-mundial-de-la-infancia-2019.pdf>
- Hernandez, W. y Morales, H. (2019). Violencia Contra Las Mujeres: Patrones De Victimización Y Tipología De Agresores. *ResearchGate*, 99.
<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.27581.10723>
- Hughes, K., Bellis, M., Hardcastle, K., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., y Dunne, M. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A

systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356-e366.

[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)

Jackson, A., Kissoon, N., y Greene, C. (2015). Aspects of Abuse: Recognizing and Responding to Child Maltreatment. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 45(3), 58-70. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2015.02.001>

John, C., Black, M., y Nelson, C. (2017). Neurodevelopment: The Impact of Nutrition and Inflammation During Early to Middle Childhood in Low Resource Settings. *Pediatrics*, 139(Suppl 1), S59-S71. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2828H>

King, C., y Khanijahani, A. (2020). Unmet health care needs among children of mothers exposed to violence. *Child Abuse & Neglect*, 101, 104363. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104363>

Kobulsky, J., Dubowitz, H. y Xu, Y. (2019). The global challenge of the neglect of children. *Child Abuse & Neglect*, 104296. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104296>

León, J., Benavides, M., Ponce de León, M., y Espezúa, L. (2016). *Los efectos de la violencia doméstica sobre la salud infantil de los niños y las niñas menores de cinco años en el Perú*. GRADE. <https://www.grade.org.pe/wp-content/uploads/Di82.pdf>

Manterola, C., Quiroz, G., Salazar, P. y García, N. (2019). Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(1), 36-49. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.11.005>

Martín, V. y Loredó, A. (2010). Estado de nutrición en niños víctimas de abuso físico y de abuso sexual. *Revista de Investigación Clínica*, 62(6), 524-531. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2010/nn106e.pdf>

Mayor S. y Salazar P. (2019). La violencia intrafamiliar. Un problema de salud actual. *Gaceta Médica Espirituana*, 21(1), 96-105.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212019000100096&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- McKelvey, L., Saccente, J., y Swindle, T. (2019). Adverse Childhood Experiences in Infancy and Toddlerhood Predict Obesity and Health Outcomes in Middle Childhood. *Childhood Obesity*, 15(3), 206-215. <https://doi.org/10.1089/chi.2018.0225>
- McKelvey, L., Whiteside, L., Conners, N., Swindle, T. y Fitzgerald, S. (2016). Assessing adverse experiences from infancy through early childhood in home visiting programs. *Child Abuse & Neglect*, 51, 295-302. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.09.008>
- Mehta, N., Corkins, M., Lyman, B., Malone, A., Goday, P., Carney, L., Monczka, J., Plogsted, S., Schwenk, W., y the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.) Board of Directors. (2013). Defining Pediatric Malnutrition. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 37(4), 460-481. <https://doi.org/10.1177/0148607113479972>
- Mendoza, L. y Anchiraico, W. (2012). *Boletín Estadístico de Salud*. Oficina General de Estadística e informática-MINSA. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2007.pdf>
- Ministerio de Salud. (2011). *Directiva Sanitaria que Regula el Funcionamiento de los Módulos de Atención al Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud (MAMIS)*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4018.pdf>
- Minsalud y UNICEF. (2017). *Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad (2da Ed.)*. Minsalud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/lineamiento-desnutricion-aguda-minsalud-unicef-final.pdf>

- Montenegro, M., Martins, L., y Fagundes N., (2016). Severe protein-calorie malnutrition in two brothers due to abuse by starvation. *Revista Paulista de Pediatria (English Edition)*, 34(4), 522-527. <https://doi.org/10.1016/j.rppede.2016.06.002>
- Moreno, J. (2006). Revisión de los principales modelos teóricos explicativos del maltrato infantil. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11. https://www.researchgate.net/publication/26483545_Revision_de_los_principales_modelos_de_los_teoricos_explicativos_del_maltrato_infantil
- Mulder, T., Kuiper, K., Van Der Put, C., Stams, G., & Assink, M. (2018). Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 77, 198-210. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.006>
- Nakphong, M., y Ehrenstein, O. (2020). Intimate partner violence and childhood illnesses in Cambodia: A cross-sectional study. *Archives of Disease in Childhood*, 105(3), 223-228. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2019-317663>
- Nobre, G., Valentini, N., y Nobre, F. (2018). Fundamental motor skills, nutritional status, perceived competence, and school performance of Brazilian children in social vulnerability: Gender comparison. *Child Abuse & Neglect*, 80, 335-345. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.04.007>
- Norman, R., Byambaa, M., Butchart, A., Scott, J., y Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, 9(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Ogwumike, F., y Ozughalu, U. (2018). Empirical evidence of child poverty and deprivation in Nigeria. *Child Abuse & Neglect*, 77, 13-22. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.12.019>

- Oliván, G. (2003). Catch-up growth assessment in long-term physically neglected and emotionally abused preschool age male children. *Child Abuse & Neglect*, 27(1), 103-108. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00513-6](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00513-6)
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Violencia contra la mujer*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Malnutrición*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
- Pasian, M., Benitez, P. y Lacharité, C. (2020). Child neglect and poverty: A Brazilian study. *Children and Youth Services Review*, 108, 104655. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2019.104655>
- Paul, P., y Mondal, D. (2020). Maternal experience of intimate partner violence and its association with morbidity and mortality of children: Evidence from India. *PLoS ONE*, 15(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232454>
- Rahman, M., Poudel, K., Yasuoka, J., Otsuka, K., Yoshikawa, K. y Jimba, M. (2012). Maternal Exposure to Intimate Partner Violence and the Risk of Undernutrition Among Children Younger Than 5 Years in Bangladesh. *American Journal of Public Health*, 102(7), 1336-1345. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300396>
- Rico, E., Fenn, B., Abramsky, T. y Watts, C. (2011). Associations between maternal experiences of intimate partner violence and child nutrition and mortality: Findings from Demographic and Health Surveys in Egypt, Honduras, Kenya, Malawi and Rwanda. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65(4), 360-367. <https://doi.org/10.1136/jech.2008.081810>
- Ruiz, P., Loret de Mola, C. y Miranda, J. (2014). Asociación entre violencia contra la mujer ejercida por la pareja y desnutrición crónica en sus hijos menores de cinco años en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 31(1), 16-23.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-46342014000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Salazar, M., Högberg, U., Valladares, E., y Persson, L. (2012). Intimate partner violence and early child growth: A community-based cohort study in Nicaragua. *BMC Pediatrics*, 12, 82. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-12-82>

Sirlopú, N. (2013). *Tesis de grado Magister: Violencia intrafamiliar asociada al crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años*. [Tesis de grado Magister, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo]. Repositorio institucional UCSTM. http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/572/1/TM_Sirlopu_Garces_Nelly_Guillermina.pdf

Sobkoviak, R., Yount, K. y Halim, N. (2012). Domestic violence and child nutrition in Liberia. *Social Science & Medicine*, 74(2), 103-111. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.10.024>

Sociedad Española de Gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica & Asociación Española de Pediatría. (2010). *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica SEGHP-AEP*. Ergon. <https://www.seghnp.org/sites/default/files/2017-05/Protocolos%20SEGHNP.pdf>

Tovar A., Almeraya, S., Guajardo, L. y Borja, M. (2016). El maltrato infantil desde la voz de la niñez. *Revista mexicana de ciencias agrícolas*, 7(1), 195-207. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2007-09342016000100195&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Walsh, D., McCartney, G., Smith, M. y Armour, G. (2019). Relationship between childhood socioeconomic position and adverse childhood experiences (ACEs): A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 73(12), 1087-1093. <https://doi.org/10.1136/jech-2019-212738>

- Wickramasinghe, Y., Raman, S., Garg, P. y Hurwitz, R. (2019). Burden of adverse childhood experiences in children attending paediatric clinics in South Western Sydney, Australia: A retrospective audit. *BMJ Paediatrics Open*, 3(1).
<https://doi.org/10.1136/bmjpo-2018-000330>
- Zavaleta, N. y Tarqui, C. (2019). *Informe Gerencial: Estado Nutricional de Niños y Gestantes que acceden a Establecimientos de Salud. Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN)*. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición.
<https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/van/informes/2019/Informe%20Gerencial%20SIEN%20HIS%20I%20Semestre%202019-c.pdf>
- Ziaei, S., Naved, R. y Ekström, E. (2014). Women's exposure to intimate partner violence and child malnutrition: Findings from demographic and health surveys in Bangladesh. *Maternal & Child Nutrition*, 10(3), 347-359. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2012.00432.x>

IX. ANEXOS

Figura 4

Matriz de Consistencia de violencia familiar y el estado nutricional de niños menores de cinco años en asentamientos humanos de Pachacútec Ventanilla

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLES	DIMENSIONES E INDICADORES	METODOLOGÍA	POBLACIÓN Y MUESTRA	TECNICA E INSTRUMENTO
<p>¿Cuál es la relación entre la violencia familiar y desnutrición infantil en Asentamientos Humanos de Pachacútec-Ventanilla?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>1. ¿Cuál es la relación entre la violencia Familiar contra la madre y la desnutrición infantil en Asentamientos Humanos de Pachacútec-Ventanilla?</p> <p>2. ¿Cuál es la relación entre el maltrato infantil y la desnutrición de los niños en Asentamientos Humanos de Pachacútec-Ventanilla?</p>	<p>Establecer la relación entre la violencia familiar y la desnutrición infantil en Asentamientos Humanos de Pachacútec-Ventanilla.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>1. Determinar la relación entre la violencia familiar contra la madre y la desnutrición infantil en Asentamientos Humanos de Pachacútec-Ventanilla.</p> <p>2. Determinar la relación entre maltrato infantil y desnutrición de los niños en Asentamientos Humanos de Pachacútec-Ventanilla.</p>	<p>Existe relación entre la violencia familiar y la desnutrición infantil en niños de Asentamientos Humanos de Pachacútec -- Ventanilla.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <p>1.Existe relación entre la violencia familiar contra la madre y la desnutrición infantil en Asentamientos Humanos de Pachacútec-Ventanilla.</p> <p>2.Exiiste relación entre maltrato infantil y la desnutrición de los niños en Asentamientos Humanos de Pachacútec-Ventanilla.</p>	INDEPENDIENTE	<p>VIOLENCIA CONTRA LA MUJER</p> <ul style="list-style-type: none"> • Violencia Física • Violencia Psicológica • Violencia Sexual • Abandono o Negligencia 	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Analítica</p> <p>Observacional</p> <p>De casos y controles.</p>	<p>POBLACIÓN</p> <p>Familias con niños menores de 5 años de tres Asentamientos Humanos de Pachacútec Ventanilla.</p> <p>MUESTRA:</p> <p>Niños menores de 5 años</p> <p>Desnutridos:43 (casos)</p> <p>Eutróficos: 95 (controles)</p> <p>Nivel de confianza 95%</p> <p>Odds Ratio a detectar: 4</p>	<p>1.-Encuesta-entrevista</p> <p>2.Antropome-tria</p>
			VIOLENCIA FAMILIAR	<p>MALTRATO INFANTIL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Violencia Física • Violencia Psicológica • Violencia Sexual • Abandono o Negligencia 			
			DEPENDIENTE	<p>-DESNUTRICIÓN AGUDA T/E N y P/T (<-2 DE)</p> <p>-DESNUTRICIÓN CRONICA T/E (<-2 DE) y P/T N</p> <p>-DESNUTRICIÓN GLOBAL T/E (<-2 DE) y P/T (<-2 DE)</p> <p>-EUTRÓFICO (CONTROL) P/T y T/E normal</p>			
			DESNUTRICIÓN INFANTIL				
			CONTROL				
			EDAD DE PADRES	<p>< 20 AÑOS</p> <p>20 – 30 AÑOS</p> <p>> 30 AÑOS</p>			
			PROCEDENCIA DE PADRES	<p>COSTA</p> <p>SIERRA</p> <p>SELVA</p>			
			ESCOLARIDAD DE PADRES	<p>PRIMARIA (3 A 6 AÑOS)</p> <p>SECUNDARIA (9 A 11 AÑOS)</p> <p>SUPERIOR (≥ 14 AÑOS)</p>			
NIVEL SOCIOECONÓMICO	<p>POBREZA EXTREMA (< 300)</p> <p>POBREZA (300 – 500)</p> <p>MEDIO (> 500)</p>						

Anexo B.*Validación y confiabilidad de instrumento*

La ficha de registro de Información fue sometida a Juicio de expertos para determinar la validez de contenido y de constructo obteniéndose opinión favorable de los cinco jueces quienes son docentes de diferentes universidades.

El informe de opinión de cada uno de ellos se presenta continuación obteniéndose como opinión de aplicabilidad de Muy buena en el 80% en promedio general y tan solo el 20% opino que era buena.

La ficha de Validación de cada uno de los expertos se presenta a continuación:

Figura 5.1

Ficha de validación de informe de opinión del juicio de experto



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Profesionales formando profesionales
Escuela Universitaria de Postgrado

PROMEDIO DE VALORACION

OPINION DE APLICABILIDAD: a) Deficiente b) Baja c) Regular d) Buena e) **Muy buena**

Nombres y apellidos	OSCAR SAMUEL AQUINO VIVANCO	N° DNI 07585641
Dirección domiciliaria	PASAJE SENDA VIOLETA Nro. 113 PUEBLO LIBRE.	Teléfono/Celular 980712329
Título profesional	LICENCIADO EN NUTRICIÓN	
Grado académico	MAESTRO EN GESTIÓN DE SALUD.	
Mención	GESTIÓN Y SALUD PÚBLICA.	



FIRMA

Lugar y fecha LIMA, 10/12/2021

Figura 6.1

Ficha de validación de informe de opinión del juicio de experto



**Universidad Nacional
Federico Villarreal**
 Profesionales formando profesionales
 Escuela Universitaria de Postgrado

PROMEDIO DE VALORACION 95

OPINION DE APLICABILIDAD: a) Deficiente b) Baja c) Regular d) Buena e) **Muy buena**

Nombres y apellidos	Myrian Alicia Alvia Saldarriaga	N° DNI 06035213
Dirección domiciliaria	Jr. Brigadier Mateo Pumacahua 1616 Dpto 308 Jesús María.	Teléfono/Celular 999693000
Título profesional	Licenciada en Nutrición	
Grado académico	Maestra	
Mención	Administración en Servicios de Salud.	



Jesús María, 11 Diciembre 2021.

Figura 7.1

Ficha de validación de informe de opinión del juicio de experto



Universidad Nacional
Federico Villarreal
Profesionales formando profesionales
Escuela Universitaria de Postgrado

PROMEDIO DE VALORACION

96-100

OPINION DE APLICABILIDAD: a) Deficiente b) Baja c) Regular
d) Buena **e) Muy buena**

Nombres y apellidos	Sergio Alfredo Romani Larrea	N° DNI 10003988
Dirección domiciliaria	Avenida Juan Pablo Fernandini 1243 Departamento 504 Pueblo Libre.	Teléfono/Celular 998811960
Título profesional	Médico Pediatra	
Grado académico	Maestro	
Mención	Gerencia en Salud.	



Figura 8.1

Ficha de validación de informe de opinión del juicio de experto



**Universidad Nacional
Federico Villarreal**
Profesionales formando profesionales
Escuela Universitaria de Postgrado

PROMEDIO DE VALORACION

100

OPINION DE APLICABILIDAD: a) Deficiente b) Baja c) Regular d) Buena **e) Muy buena**

Nombres y apellidos	Dante Panzera Gordillo	N° DNI 25446698
Dirección domiciliaria	Residencial San Felipe Block 2 C Departamento 1301 – Jesús María	Teléfono/Celular 992505549
Título profesional	Médico – Patólogo Clínico	
Grado académico	Maestro	
Mención	Salud Pública	



Dr. DANTE PANZERA GORDILLO
JEFE
GRADOS Y MENCIÓN DEL EGRESADO

FIRMA

Lugar y fecha : Jesús María, 09/12/2021

Figura 9.1

Ficha de validación de informe de opinión del juicio de experto



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Profesionales formando profesionales
Escuela Universitaria de Postgrado

PROMEDIO DE VALORACION

71-75

OPINION DE APLICABILIDAD: a) Deficiente b) Baja c) Regular d) Buena e) Muy buena

Nombres y apellidos	María del Pilar Cereceda Bujaico	N° DNI 08482247
Dirección domiciliaria	Av. Brasil 1460	Teléfono/Celular 996770401
Título profesional	Lic. en Nutrición	
Grado académico	Bachiller en Nutrición y Dietética	
Mención		


FIRMA
Lugar y fecha <u>P. Libre 12-12-21</u>

Anexo B

La confiabilidad del instrumento

En lo referente a la confiabilidad la ficha de registro de información fue sometida a prueba piloto en un asentamiento humano cercanos al área de evaluación con las mismas condiciones de salubridad y permanencia de familias en la zona, determinándose la confiabilidad a través del cálculo de la fórmula para variables independientes y dependientes de esta investigación:

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{\sum Si^2}{ST^2} \right]$$

K: Es el número de ítems

Si² Sumatoria de Varianzas de los ítems

ST² Varianza de la suma de los ítems

α: Coeficiente de Alpha de Cronbach

El Alpha de Cronbach de 0.853 (cercano a 1.0) obteniendo el instrumento un nivel de altamente confiable para medir las variables propuestas en la investigación.

Tabla <i>de Cronbach para investigación</i>	26:	Alfa de Cronbach basada en			<i>Coficiente Alpha el instrumento de</i>
		Alfa de Cronbach	elementos estandarizados	N° de elementos	
		,853	,827	36	

La tabla adjunta muestra la confiabilidad de los aspectos a evaluar por el instrumento.

Tabla 27*Coefficiente de Confiabilidad para las variables del Instrumento de investigación*

VARIABLES	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Violencia a la Mujer	8,75	30,787	,480	,846
Violencia a la Mujer Psicológica:	8,32	31,708	,415	,848
1. ENOJO	8,75	30,639	,508	,845
2. OFENSAS Y AGRESIONES	8,64	31,201	,391	,848
3. AMENAZAS	8,93	30,735	,598	,843
4. PROHIBICIONES	8,79	32,619	,148	,856
5. DESPRECIO	9,11	33,210	,200	,852
7. BURLAS	8,96	33,073	,102	,855
8. DATOS OCULTOS	8,71	31,323	,373	,849
Violencia a la Mujer Física:	8,64	30,386	,541	,844
1.GOLPES	8,64	30,386	,541	,844
Violencia a la Mujer Sexual	8,75	30,639	,508	,845
1.OBLIGAR	8,89	31,358	,431	,847
2. DAÑO A LA SALUD	9,07	34,143	-,173	,858
3. BURLAS	9,00	32,074	,367	,849
Violencia Mujer: .Moral	8,61	29,729	,667	,839
1. ABANDONO	8,64	30,238	,569	,843
2.EXPOSICION AL PELIGRO	9,07	32,884	,243	,852
3.NEGLIGENCIA	9,07	33,698	-,028	,856
Violencia a la mujer y Desnutrición I.	9,00	34,148	-,142	,860
Violencia a la Mujer en Gestación.	8,89	31,062	,494	,845
Maltrato Infantil TESTIGO	8,71	29,693	,680	,839
Maltrato Infantil SIMULTANEO	8,96	33,221	,069	,856
Maltrato Infantil DIRECTO	9,07	33,032	,193	,852
Maltrato Infantil Psicológico	8,86	30,423	,601	,842
1. ENOJO	9,00	32,519	,255	,852
2. OFENSAS Y AGRESIONES	9,11	32,914	,338	,851
3. AMENAZAS	9,11	33,507	,064	,854
4. PROHIBICIONES	9,11	33,062	,269	,852
5.DESPRECIO	9,11	33,803	-,071	,856
Maltrato Infantil Físico	8,93	31,995	,320	,850
1. GOLPES	8,89	31,507	,400	,848
Maltrato Infantil Moral	9,00	31,778	,442	,847
1. ABANDONO	9,11	33,507	,064	,854
3. NEGLIGENCIA	9,00	31,778	,442	,847
Maltrato Infantil y Desnutrición	8,79	32,175	,229	,853

ANEXO C.*Ficha de registro de Información*

**FICHA DE REGISTRO DE INFORMACION
VIOLENCIA FAMILIAR Y DESNUTRICION INFANTIL EN ASENTAMIENTOS
HUMANOS DE PACHACUTEC – VENTANILLA**

CODIGO:

FECHA:

1. VARIABLES DEMOGRAFICAS:

1.1 Dirección:

.....

1.PADRE
2.MADRE
3.HERMANOS
4.PADRASTRO
5.MADRASTRA
6.PRIMOS
7.ABUELOS
8.OTROS

1.DEPENDIENTE
2.INDEPENDIENTE
3.DESEMPLEADO
4.ESTUDIANTE
5.TRABAJ.DEL HOGAR
6.AMA DE CASA
7.OTROS

1.COSTA
2.SIERRA
3.SELVA
4.EXTRANJ.

1.CATOLICO
2.TEST. JEHOVA
3.EVANG.
4.OTROS

N°	Nombre y Apellidos	Parentesco con el niño	Sexo		Edad	Escolaridad (Años)	Ocupación	Procedencia	Religión
			M	F					
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

1.2 Estructura Familiar: Tipo de familia:

1. Nuclear

2. No Nuclear

2. VARIABLES SOCIOECONOMICAS:

2.1 VIVIENDA

¿De qué material está hecha la mayor parte de tu casa?

1. Cartón y Plástico 2. Esteras 3. Madera 4. Eternit 5. Ladrillo y cemento

¿Disposición de excretas?

1. Letrina 2. Pozo ciego 3. Campo abierto

2.2 ECONOMIA

¿Cuánto gasta en alimentos mensualmente?

1. <300 soles 2. 300 – 500 soles 3. >500 soles
 ¿Quiénes trabajan en casa y aportan económicamente?
 1. Solo el padre 2. Solo la madre 3. Los dos 4. Más de dos personas

3. VIOLENCIA CONTRA LA MUJER (MADRE)

3.1 TEMOR: ¿Siente miedo de su pareja o algún miembro de la familia que vive en esta casa? ¿De quién?

SI (1. Esposo 2. Suegros 3. Hijos 4. Cuñados o hermanos 5. Otros) NO

3.2 VIOLENCIA PSICOLOGICA: ¿Su MARIDO u otro miembro de la familia? (leer las alternativas) SI P

- | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|
| 1. Enojo: | ¿Se enoja con frecuencia contra usted? | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ofensas y agresiones: | ¿La culpa de los problemas que hay en casa? | <input type="checkbox"/> |
| | ¿Le ha dicho que está loca o que es ociosa o la insulta? | <input type="checkbox"/> |
| | ¿Le Rompe, quema o desaparece sus cosas: ropa, cosméticos, etc.? | <input type="checkbox"/> |
| 3. Amenazas: | ¿La ha amenazado con irse de la casa? | <input type="checkbox"/> |
| | ¿La ha amenazado con matarla o herirla? | <input type="checkbox"/> |
| 4. Prohibiciones: | ¿No la deja trabajar? | <input type="checkbox"/> |
| | ¿No la deja tener amistades? | <input type="checkbox"/> |
| | ¿No la deja arreglarse: maquillarse, vestirse bien, ¿etc.? | <input type="checkbox"/> |
| 5. Desprecio: | ¿Le ha escupido? | <input type="checkbox"/> |
| 6. Burlas: | ¿Se burla de su apariencia personal haciéndole sentirse mal? | <input type="checkbox"/> |
| 7. Datos ocultos: | ¿Solo él toma las decisiones? | <input type="checkbox"/> |
| | ¿No le dice cuánto gana, maneja el dinero de la familia solo? | <input type="checkbox"/> |

3.3 VIOLENCIA FISICA: ¿Su MARIDO u otro miembro de la familia.....? (leer las alternativas)

SI NO

- | | | |
|------------------------|--|--------------------------|
| 1. Golpes: | ¿La ha empujado contra la pared, cama, mesa, silla, suelo? | <input type="checkbox"/> |
| | ¿Le ha pegado con la mano? | <input type="checkbox"/> |
| | ¿Le ha pateado? | <input type="checkbox"/> |
| | ¿Le ha pegado con una correa, palo, fierro, silla? | <input type="checkbox"/> |
| 2. Torturas: | ¿Le ha cortado? | <input type="checkbox"/> |
| | ¿Le ha quemado? | <input type="checkbox"/> |
| 3. Amenazas de muerte: | ¿Le ha ahorcado? | <input type="checkbox"/> |

3.4. VIOLENCIA SEXUAL: ¿Su MARIDO u otro miembro de la familia? (leer las alternativas)

SI NO

- | | | |
|------------------------|--|--------------------------|
| 1. Obligar: | ¿Le ha obligado a tener relaciones sexuales cuando no quiere? | <input type="checkbox"/> |
| | ¿La ha obligado a tener relaciones sexuales de manera que a usted no le gusta? | <input type="checkbox"/> |
| 2. Exposición a otros: | ¿En frente de los niños? | <input type="checkbox"/> |
| | ¿Con otras personas? | <input type="checkbox"/> |
| 3. Daño a la salud: | ¿Cuándo usted está enferma? | <input type="checkbox"/> |
| 4. Burlas: | ¿Se burla de usted en ese momento y/o le cuenta de sus aventuras | <input type="checkbox"/> |

fuera de casa?

3.5 VIOLENCIA MORAL: ¿Su MARIDO u otro miembro de la familia ...? (leer las alternativas)

SI NO

1. Abandono: ¿Se va de la casa y no viene por varios días?

¿La ha abandonado actualmente?

2. Exposición al peligro: ¿La bota de la casa con y sin sus hijos?

3. Negligencia: ¿No le da el diario o se niega a mantenerla a usted y a sus hijos?

3.6 ¿Cuándo fue la primera vez que fue agredida? (Pregunta de Consistencia)

1. Días 2. Meses 3. Años

3.7 ¿Cuándo fue la última vez que fue agredida? (Pregunta de Consistencia)

1. Días 2. Meses 3. Años

3.8 ¿Cómo fue agredida la última vez? (Pregunta de Consistencia)

1. Psicológica 2. Física 3. xual 4 Moral

3.9 ¿Cada cuánto tiempo le pasa esto a usted? (Pregunta de Consistencia)

1. Día(s) 2. Mes(es) 3. Año(s) **4. MALTRATO INFANTIL (NIÑO O NIÑA)**

4.1 ¿Durante el embarazo del niño usted ha sufrido agresiones?

SI NO

4.2 El niño estuvo presente cuando usted ha sufrido estas agresiones?

SI NO

4.3 El niño por defenderla o ver el problema recibió alguna agresión?

SI NO

4.4 El niño ha recibido directamente alguna de estas agresiones?

SI NO 4.5 MALTRATO PSICOLOGICO: ¿Su MARIDO u otro miembro de la familia CONTRA EL NIÑO (A).....? (leer las alternativas) SI NO

1. Enojo: ¿Se enoja con frecuencia?

2. Ofensas y agresiones: ¿Lo culpa de los problemas que hay en casa?

¿Le rompe sus cosas o sus juguetes o los bota?

3. Amenazas: ¿Lo amenaza con botarlo de la casa?

¿Lo amenaza con matarlo o herirlo?

4. Prohibiciones: ¿No le deja tener amistades o jugar?

5. Explotación: ¿Lo obliga a trabajar o pedir en la calle?

6. Desprecio: ¿Lo insulta a cada rato diciéndole burro o tú no eres mi hijo?

¿Lo ha escupido?

4.6 MALTRATO FISICO: ¿Su MARIDO u otro miembro de la familia AL NIÑO (A).....? (leer las alternativas) SI NO

1. Golpes: ¿Lo ha empujado contra la pared, cama, mesa, silla, suelo?
- ¿le han pegado en la mano?
- ¿lo han pateado?
- ¿Le han pegado con correa, palo, fierro, silla, etc.?
2. Torturas: ¿Lo han cortado?
- ¿Lo han quemado?
3. Amenazas de muerte: ¿Lo han ahorcado?

4.7 MALTRATO SEXUAL: ¿Su MARIDO u otro miembro de la familia A SU NIÑO (A)...? (leer las alternativas). SI NO

1. Obligar: ¿Han obligado a su niño(a) a tener relaciones sexuales alguna vez?
2. Testigo: ¿Han expuesto al niño(a) a ser testigo cuándo los adultos tienen relaciones sexuales o se están cambiando de ropa?
3. Pervertir: ¿Le cuentan al niño(a) de sus aventuras sexuales dentro de casa o fuera de ella?
- ¿Le han enseñado al niño(a) a tocarse sus partes íntimas?
4. Tocamientos: ¿Alguna vez sufrió su niño(a) tocamientos indebidos?

4.8 MALTRATO MORAL: ¿Su MARIDO u otro miembro de la familia, A SU NIÑO (A)...? (leer las alternativas). SI NO

1. Abandono: ¿Lo han abandonado en otras oportunidades?
2. Exposición al peligro: ¿Lo bota de la casa por varios días?
3. Negligencia: ¿No lo cuida cuando se queda con el niño, lo ignoran?
- ¿No ha sido firmado por su padre?
- ¿Es negado por su cónyuge como hijo?

4.9 ¿Cada cuánto tiempo le pasa esto AL NIÑO(A)? (Pregunta de Consistencia)
 Día(s) mes(es) año(s)

4.10 ¿El niño estuvo enfermo POR UNA SEMANA O MÁS durante los últimos 15 días?
 (Pregunta de Consistencia)
 SI NO

5. ESTADO NUTRICIONAL

DATOS	MEDIDAS DEL NIÑO (A)
Fecha de nacimiento	
Fecha de Visita	
Edad (meses)	
Peso (Kg)	

Talla (cm)	
Percentil P/E	
Percentil P/T	
Percentil T/E	
IMC	

*OMS Anthro

ANEXO D.*Consentimiento Informado.***CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN****Introducción y Objetivo:**

La presente investigación es conducida por GLADYS VICTORIO ARRIBASPLATA, Nutricionista. La meta de este estudio es conocer si la Violencia familiar contribuye con la desnutrición infantil, el mismo que será de importancia para favorecer las medidas preventivas y la atención oportuna de los niños en riesgo.

Beneficio: Usted obtendrá mediante tamizaje nutricional las medidas antropométricas de su niño de manera impresa. La información se mantendrá en absoluta confidencialidad y podrá ser parte del instrumento de toma de decisión para la implementación de programas sociales de la zona.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una entrevista que tiene 3 componentes: 1) Datos generales sobre la familia y la vivienda. 2) Situaciones de violencia que afecten a la madre o los niños y 3) Medición del estado nutricional del niño. Esto tomará aproximadamente 15 a 20 minutos de su tiempo.

Su participación será de carácter voluntario y la información recogida tendrá la reserva del caso para ser usado solo para los propósitos de la investigación cuyos resultados globales serán entregados al área de salud para los programas de apoyo correspondientes.

Si tiene dudas, estas se resolverán en cualquier momento que usted elija, pudiendo retirarse del proyecto o no contestar si así lo desea

Desde ya le agradecemos su participación.

Con pleno conocimiento del propósito y contenido de esta investigación, así como de las condiciones de mi participación; acepto participar voluntariamente en el estudio.

De tener preguntas sobre mi participación o retirar mi participación lo hare de inmediato al entrevistador sin limitar, beneficio o perjuicio que de ella derive posteriores con la investigación.

Ventanilla, del 20...

Nombre del Participante

Firma del Participante