



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN POLÍTICAS Y GESTIÓN EN SALUD**

**TESIS**

**VISITAS DOMICILIARIAS Y PRÁCTICAS SALUDABLES EN  
MADRES DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS EN EL DISTRITO ANTA-  
CUSCO, 2024**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN  
POLÍTICAS Y GESTIÓN EN SALUD**

**AUTORA:**

Br. LUCY ROXANA ALATA CATUNTA

**ASESORA:**

Dra. YAHAIRA PAOLA VARGAS

GONZALES

**ORCID:** 0000-0001-5704-3173

**CUSCO – PERÚ**

**2026**



# Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

## INFORME DE SIMILITUD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-321-2025-UNSAAC)

El que suscribe, el Asesor .....Dra. YAHAIRA PAOLA VARGAS GONZALES.....  
 ..... quien aplica el software de detección de similitud al  
 trabajo de investigación/tesis titulada: .....VISITAS DOMICILIARIAS Y PRÁCTICAS.....  
 .....SALUDABLES EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS EN.....  
 .....EL DISTRITO ANTA - CUSCO, 2024.....

Presentado por: .....LUCY ROXANA ALATA CATUNTA..... DNI N° 42367826 ;  
 presentado por: ..... DNI N°: .....  
 Para optar el título Profesional/Grado Académico de .....MAESTRO EN POLITICAS.....  
 .....Y GESTION EN SALUD.....

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por .....2..... veces, mediante el Software de Similitud, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso del Sistema Detección de Similitud en la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de .....6.....%.

### Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No sobrepasa el porcentaje aceptado de similitud.	<input checked="" type="checkbox"/>
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las subsanaciones.	<input type="checkbox"/>
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, conforme al reglamento, quien a su vez eleva el informe al Vicerrectorado de Investigación para que tome las acciones correspondientes; Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	<input type="checkbox"/>

Por tanto, en mi condición de Asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y adjunto las primeras páginas del reporte del Sistema de Detección de Similitud.

Cusco, 10 de .....MARZO..... de 2026.....

.....  
 .....  
 Firma

Post firma.....Dra. Yhaira Paola Vargas Gonzales.....

Nro. de DNI.....40232011.....

ORCID del Asesor.....0000-0001-5704-3173.....

#### Se adjunta:

- Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
- Enlace del Reporte Generado por el Sistema de Detección de Similitud: uid: .....27259 : 566124040.....

# Lucy Roxana ALATA CATUNTA

## VISITAS DOMICILIARIAS Y PRÁCTICAS SALUDABLES EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS EN EL DISTRITO A...

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

### Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::27259:566124040

Fecha de entrega

10 mar 2026, 3:56 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

10 mar 2026, 4:08 p.m. GMT-5

Nombre del archivo

VISITAS DOMICILIARIAS Y PRÁCTICAS SALUDABLES EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS ....docx

Tamaño del archivo

23.6 MB

136 páginas

27.002 palabras

148.488 caracteres




# 6% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

## Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 15 palabras)

## Fuentes principales

- 5%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 3%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Marcas de integridad

### N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.




UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO  
ESCUELA DE POSGRADO


INFORME DE LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES A TESIS

Dr. TITO LIVIO PAREDES GORDON, Director (e) de la Escuela de Posgrado, nos dirigimos a usted en condición de integrantes del jurado evaluador de la tesis intitulada: "VISITAS DOMICILIARIAS Y PRÁCTICAS SALUDABLES EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS EN EL DISTRITO ANTA -CUSCO, 2024" de la BR. LUCY ROXANA ALATA CATUNTA. Hacemos de su conocimiento que el (la) sustentante ha cumplido con el levantamiento de las observaciones realizadas por el Jurado el día CINCO DE ENERO DE 2026.


Es todo cuanto informamos a usted fin de que se prosiga con los trámites para el otorgamiento del grado académico de MAESTRO EN POLÍTICAS Y GESTIÓN EN SALUD.

Cusco, 14 ENERO 2026

  
Dr. FELIPE SANTIAGO LAQUIHUANACO LOZA  
Primer Replicante

  
Mgt. ABEL PAUCAR MAYTA TACURI  
Segundo Replicante

  
Dra. LIDA VELAZQUE ROJAS  
Primer Dictaminante

  
Dra. MARIA DEL CARMEN PEÑA ALEGRE  
Segundo Dictaminante

**DEDICATORIA**

A quienes fueron mis pilares en este camino:

A mi familia, por su apoyo incondicional;

A mis amigos, por su aliento en los momentos clave;

Y a mis mentores, por guiarme con sabiduría y paciencia.

Este logro es también el suyo.

Lucy Roxana Alata

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi asesor de tesis, por su guía experta y compromiso incansable.

A los profesores y colegas que aportaron ideas valiosas a esta investigación.

A la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco  
que me brindó los recursos necesarios para hacerlo posible.

Y a quienes, con su apoyo emocional, me recordaron que todo esfuerzo tiene su  
fruto.

Gracias por ser parte de este viaje académico

## ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS .....	iii
ÍNDICE .....	iv
LISTA DE TABLAS.....	viii
RESUMEN .....	ix
ABSTRACT .....	x
INTRODUCCIÓN .....	xi
CAPÍTULO I .....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	1
1.1. Situación problemática.....	1
1.2. Formulación del problema.....	4
1.2.1. Problema general.....	4
1.2.2. Problemas específicos .....	4
1.3. Justificación de la investigación .....	5
1.4. Objetivos de la investigación.....	6
1.4.1. Objetivo general .....	6
1.4.2. Objetivo específico .....	6
CAPITULO II .....	8
MARCO TEÓRICO.....	8
2.1. Bases teóricas de la investigación .....	8
2.1.1. Visita domiciliaria.....	8
2.1.2. Etapas de la visita domiciliaria .....	11
2.1.3. Practicas saludables.....	17
2.1.4. Alimentación complementaria .....	19

2.1.5. Suplementos de hierro y micronutrientes .....	22
2.1.5.1. Adherencia a la suplementación con hierro .....	24
2.1.5.2. Consumo de alimentos ricos en hierro en menores de dos años .....	24
2.1.5.3. Suplementación con micronutrientes .....	25
2.1.5.4. Suplementación de hierro en gestantes.....	26
2.1.6. Periodicidad del control de crecimiento y desarrollo .....	26
2.1.7. Aplicación de vacunas de acuerdo a la edad .....	27
2.1.8. Estimulación temprana .....	30
2.1.9. Lavado de manos con agua y jabón.....	32
2.1.9.1. Importancia del lavado de manos .....	33
2.1.9.2. Consumo de agua clorada y hervida .....	33
2.1.9.3. Precauciones con el agua y los alimentos .....	34
2.1.9.4. Métodos prácticos para la purificación del agua de uso y consumo humano .....	34
2.1.10. Preparación de los alimentos .....	35
2.1.11. Cuidados a la madre durante el puerperio .....	36
2.1.11.1. Planificación familiar .....	37
2.2. Marco conceptual.....	37
2.3. Antecedentes de la investigación.....	39
2.3.1. Antecedentes Internacionales .....	39
2.3.2. Antecedentes Nacionales .....	46
2.3.3. Antecedentes Locales .....	48
2.4. Hipótesis .....	50
2.4.1. Hipótesis General.....	50
2.5. Identificación de variables.....	50

2.6. Operacionalización de variables .....	51
2.6.1. Variable independiente .....	51
2.6.2. Variable dependiente .....	53
2.6.3. Covariable .....	57
CAPÍTULO III .....	58
METODOLOGÍA .....	58
3.1. Ámbito de estudio .....	58
3.2. Tipo y Nivel de la investigación .....	60
3.3. Unidad de análisis.....	61
3.4. Población de estudio.....	61
3.5. Tamaño de la muestra .....	62
3.6. Técnicas de selección de la muestra .....	63
3.7. Técnicas de recolección de la información .....	63
3.7.1. Baremos de instrumentos .....	63
3.7.2. Validez y confiabilidad.....	71
3.8. Técnicas de análisis e interpretación de la información .....	72
3.9. Técnicas para demostrar verdad o falsedad de las hipótesis planteadas .....	73
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	74
4.1. Procesamiento, análisis, interpretación y discusión de resultados .....	74
4.1.1. Resultados respecto al Objetivo General .....	75
4.1.2. Resultados respecto al Objetivo Específico 1 .....	77
4.1.3. Resultados respecto al Objetivo Específico 2 .....	79
4.1.4. Resultados respecto al Objetivo Específico 3 .....	82
4.2. Presentación de resultados.....	83
4.3. Discusiones.....	84

Limitaciones de estudio.....	87
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	88
5.1. Conclusiones .....	88
5.2. Recomendaciones .....	89
Bibliografía .....	91
Anexos .....	104

**LISTA DE TABLAS**

<b>Tabla 1:</b> Comunidades del distrito de Anta .....	59
<b>Tabla 2:</b> Baremos variable visita domiciliaria .....	63
<b>Tabla 3:</b> Baremos variable prácticas saludables .....	64
<b>Tabla 4:</b> Resultado de prueba de fiabilidad Alfa de Cronbach .....	71
<b>Tabla 5:</b> Prueba de normalidad para los puntajes de las variables de estudio visitas domiciliares y practicas saludables .....	74
<b>Tabla 6:</b> Determinación de la relación entre las visitas domiciliares y las prácticas saludables en madres de niños menores de 2 años en el distrito Anta - Cusco, 2024 .....	75
<b>Tabla 7:</b> Identificación de la frecuencia de visita domiciliares en madres de niños menores de 2 años en el distrito Anta - Cusco, 2024.....	77
<b>Tabla 8:</b> Evaluación del nivel de prácticas saludables en madres de niños menores de 2 años en el distrito Anta - Cusco, 2024.....	79
<b>Tabla 9:</b> Establecimiento de la relación estadística entre las visitas domiciliares y las prácticas saludables en madres de niños menores de 2 años en el distrito de Anta, según edad .....	82

## RESUMEN

La investigación se desarrolla ante la mala alimentación de niños menores de 2 años en el distrito de Anta, asociada a la limitada orientación materna y a la falta de visitas domiciliarias efectivas, esenciales para promover la lactancia materna, la adecuada nutrición y la detección temprana de enfermedades. Los elevados índices de anemia y desnutrición evidencian la urgencia de evaluar el impacto de estas visitas en las prácticas saludables, con el fin de diseñar estrategias que reduzcan las brechas de acceso a salud y educación y mejoren el desarrollo físico y cognitivo infantil.

**Objetivo:** Determinar la relación entre las visitas domiciliarias y las prácticas saludables en madres de niños menores de 2 años en el distrito Anta - Cusco, 2024.

**Metodología:** El estudio fue correlacional, cuantitativo y no experimental. La población estuvo conformada por 464 madres de niños menores de 2 años que asistieron al Centro de Salud de Anta, seleccionándose una muestra aleatoria de 211 participantes. Se empleó la técnica de la encuesta y como instrumento un cuestionario con un coeficiente de confiabilidad de 0.781. **Resultados:** Se observó una correlación positiva ( $\rho=0.499$ ) entre las visitas domiciliarias y las prácticas saludables, como en la suplementación de hierro ( $\rho=0.445$ ), pero son menos efectivas en la estimulación del desarrollo psicomotriz ( $\rho=0.136$ ). **Conclusión:** Las visitas domiciliarias se relacionan con las prácticas saludables en madres de niños menores de 2 años en el distrito de Anta.

*Palabras clave:* Visitas domiciliarias, Prácticas saludables, Alimentación complementaria, Suplementación con hierro.

## ABSTRACT

The study is conducted in response to the poor nutrition of children under 2 years of age in the district of Anta, a situation linked to limited maternal guidance and the lack of effective home visits, which are essential for promoting breastfeeding, adequate nutrition, and early detection of diseases. The high rates of anemia and malnutrition highlight the urgent need to assess the impact of these visits on healthy practices in order to design strategies that reduce gaps in access to health and education services and improve children's physical and cognitive development.

**Objective:** To determine the relationship between home visits and healthy practices among mothers of children under 2 years of age in the district of Anta – Cusco, 2024.

**Methodology:** The study was correlational, quantitative, and non-experimental. The population consisted of 464 mothers of children under 2 years who attended the Anta Health Center, from which a random sample of 211 participants was selected. The survey technique was used, and the instrument was a questionnaire with a reliability coefficient of 0.781. **Results:** A positive correlation was observed ( $\rho = 0.499$ ) between home visits and healthy practices, particularly in iron supplementation ( $\rho = 0.445$ ), although the visits were less effective in stimulating psychomotor development ( $\rho = 0.136$ ). **Conclusion:** Home visits are related to healthy practices among mothers of children under 2 years of age in the district of Anta.

*Keywords: Home visits, Healthy practices, Complementary feeding, Iron supplementation.*

## INTRODUCCIÓN

La visita domiciliaria es un técnica de provisión de servicios de salud que se enfoca en la promoción y prevención de la salud, ello implica que se atienda a las personas en sus hogares y con la presencia de sus familias cuando se está en una situación de riesgo, ello permite mejorar la calidad de vida de la persona, y dicha estrategia forma parte de un plan de acción que se establece a cargo de un equipo de salud en una determinada localidad, en este caso el Ministerio de Salud a través de los Gobiernos Locales implementan programas de visitas domiciliarias con la finalidad de promover practicas saludables en madres de niños menores de 2 años y estas visitas apoyan la transición de lactancia exclusiva a alimentación complementaria a través de sesiones sobre alimentos y desarrollo infantil temprano; sin embargo en el distrito de Anta se enfrenta un problema de nutrición en la población mencionada, ello principalmente debido al limitado acceso a servicios de salud y la falta de visitas efectivas y ello dificulta que se puedan promover adecuadamente las practicas saludables como la lactancia materna, la alimentación complementaria, la detección temprana de problemas, el riesgo de desnutrición entre otros que afectan el desarrollo infantil temprano y familiar; por lo que es necesario que se aborde el problema destacando la importancia de las visitas domiciliarias y su impacto en las practicas saludables, dado que la presente investigación tiene la como objetivo principal: Determinar la relación entre las visitas domiciliarias y las practicas saludables en madres de niños menores de 2 años en el distrito Anta, provincia de Anta-Cusco, 2024, para lo cual se estructura de la siguiente manera:

Capítulo I Planteamiento del Problema: Este capítulo presenta al problema identificado y el análisis sobre este dentro del contexto donde se presenta.

Capítulo II Marco Teórico: Se presenta los principales referentes teóricos del estudio, los que se exploran en conjunto con los antecedentes previos del tema en cuestión que fueron publicados por otros autores.

Capítulo III Metodología: Se aborda la estructura metodológica del estudio, en él se detallan el ámbito, el tipo de investigación, la unidad de análisis y la población que conforma la investigación, además se consideran los procedimientos a realizar y las herramientas necesarias para dicho propósito.

Capítulo IV Resultados y discusión: Se exponen los resultados obtenidos durante el proceso de indagación y se muestra el procesamiento realizado a los datos y finalmente se muestra la validación de las hipótesis planteadas.

Capítulo V Conclusiones y recomendaciones: Se presentan las conclusiones a las que se llegó con el desarrollo del estudio y se presentan las recomendaciones que derivan del estudio.

Por último, se muestran las fuentes bibliográficas y los anexos.

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1. Situación problemática

La atención integral en el hogar mejora el bienestar familiar al ofrecer educación en nutrición y prevención de enfermedades. Según la OMS (2022), las visitas domiciliarias son esenciales en el período posnatal, recomendando al menos tres visitas adicionales para detectar problemas de salud, apoyar la recuperación materna y promover la lactancia materna y prácticas saludables. (1).

UNICEF destaca que las visitas domiciliarias son clave para el desarrollo infantil en América Latina y el Caribe, aunque solo la mitad de los programas han sido evaluados rigurosamente. Los desafíos en cantidad y calidad de visitas subrayan la necesidad de capacitar al personal para mejorar las interacciones con los niños y maximizar su impacto (2).

“El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en 2021 destacó los beneficios de las visitas domiciliarias en el desarrollo infantil, con evidencia que muestra que programas como Cuna Más en Perú mejoraron el desarrollo de los niños en 0,15 desviaciones estándar. Estas iniciativas promueven el desarrollo cognitivo y físico, reducen los castigos y aumentan la inscripción en educación preescolar, destacando la necesidad de un seguimiento a largo plazo para evaluar la sostenibilidad de estos beneficios (3).

La Cobertura Sanitaria Universal (2018) resalta que las visitas domiciliarias promueven prácticas saludables como la lactancia materna, el apego seguro y la detección temprana de problemas en recién nacidos. También fomentan el apoyo emocional a las madres y la participación de los padres, mejorando el bienestar familiar y el desarrollo saludable del niño (4).

La Organización Panamericana de la Salud señala que las visitas domiciliarias brindan cuidado personalizado, promueven hábitos saludables como la lactancia exclusiva y detectan problemas de salud tempranamente. Además, garantizan el seguimiento de recién nacidos, apoyan a las madres posparto y fortalecen vínculos familiares, favoreciendo el bienestar físico y emocional (5).

En Latinoamérica, las visitas domiciliarias en Ecuador han mejorado la salud del 50% de la población y son consideradas oportunas por el 67%. Sin embargo, su cobertura es limitada, ya que el 18% no las recibe y el 33% no considera efectiva la educación proporcionada, impactando la credibilidad en el cuidado de la salud. Estas visitas son clave para completar esquemas de vacunación, promover hábitos alimenticios saludables y atender a personas con movilidad reducida (6). En Colombia, se necesita un enfoque integral con políticas intersectoriales y participación comunitaria para fomentar prácticas saludables en madres de niños menores de dos años mediante visitas domiciliarias, alineadas con objetivos nacionales, necesidades locales y datos epidemiológicos, para mejorar la nutrición infantil (7).

En Perú, el Ministerio de Salud, junto con gobiernos locales, ha movilizado a más de 22,000 actores sociales para atender a gestantes y niños menores de un año en 879 distritos priorizados. Estas visitas han beneficiado a más de 203,000 niños y 35,000 gestantes, con un enfoque en prevenir la anemia. Promueven la lactancia materna, la suplementación con hierro y brindan orientación en salud nutricional, fortaleciendo el autocuidado y contribuyendo a embarazos saludables (8).

En Cusco, el Ministerio de Salud y el Gobierno Regional implementan visitas domiciliarias para promover prácticas saludables en madres de niños menores de 2 años. Con 350 Agentes Comunitarios de Salud en 55 distritos, cada agente atiende a

un promedio de 15 niños, cubriendo al 40% de hogares con niños de 6 a 11 meses; estas visitas apoyan la transición de lactancia exclusiva a alimentación complementaria, y el 70% de las familias recibe sesiones sobre alimentos nutritivos ricos en hierro, fomentando hábitos saludables y contribuyendo al desarrollo infantil. Se destaca la necesidad de estudios para evaluar estos impactos. (9)

El distrito de Anta, en Cusco, enfrenta problemas de nutrición en madres de niños menores de 2 años a causa del limitado acceso a servicios de salud y a la falta de visitas domiciliarias efectivas; esto dificulta la promoción de prácticas esenciales como la lactancia materna, la alimentación complementaria y la detección temprana de problemas, incrementando el riesgo de desnutrición, enfermedades prevenibles y afectando el desarrollo infantil y familiar.

Si no se aborda la situación en Anta, las familias continuarán enfrentando altos niveles de desnutrición infantil, anemia y deficiencias de salud, con consecuencias negativas del desarrollo físico y cognitivo de los niños, afectando su desempeño escolar y calidad de vida en la adultez. Además, la falta de prácticas saludables aumentará la carga de enfermedades prevenibles, presionando los servicios de salud y limitando el desarrollo económico y social de la comunidad. Para mitigar estos efectos, es crucial implementar un programa sostenido de visitas domiciliarias, capacitar a más Agentes Comunitarios de Salud, fortalecer la colaboración entre el Ministerio de Salud, Gobierno Regional y Gobierno Local, y asignar mayores recursos. La integración de enfoques comunitarios e intersectoriales potenciará el impacto de estas intervenciones. Investigar el efecto de las visitas domiciliarias es esencial para elevar la condición de vida de los niños y sus familias, estableciendo estrategias replicables en distritos con necesidades similares.

Los problemas de malnutrición, ya sea por exceso o por déficit, como la anemia, continúan representando un grave desafío de salud pública en el país, las regiones y los distritos; este problema tiene un impacto negativo significativo en el crecimiento y desarrollo de la población infantil, como se refleja en 2024, la prevalencia de la anemia fue más elevada en las regiones de la Sierra (53.4%) y la Selva (48.3%), en contraste con la Costa, donde esta condición afectó al 36,1% de los niños y niñas de 6 a 35 meses de edad (10); la anemia por deficiencia de hierro, según la nueva directriz de la OMS 2024 y la RM 251-2024-MINSA, afectó a nivel nacional al 35.3% de los menores de tres años, siendo su prevalencia más alta en el área rural (44.7%) en comparación con el área urbana (31.5%). (10)

En 2023, según la base de datos HIS-MINSA, los casos de anemia en niños y niñas de 6 a 35 meses de edad a nivel nacional fueron del 43.1%, indicando un leve incremento en comparación con 2022 (42.4%) y un aumento considerable respecto a 2021 (38.8%) (11). En la región del Cusco, en 2021 se alcanzó un pico del 54.1%, seguido de una reducción progresiva al 51.3% en 2022 y al 49.9% en 2023. En el ámbito local, el distrito de Anta mostró una notable variabilidad, donde los casos fueron del 33.1% en 2021, pero hubo un incremento marcado al 42.7% en 2022, y descendió nuevamente al 33% en 2023 (11).

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuál será la relación entre las visitas domiciliarias y las prácticas saludables en madres de niños menores de 2 años en el distrito Anta - Cusco, 2024?

### **1.2.2. Problemas específicos**

- ¿Cuál es la frecuencia de visitas domiciliarias en madres de niños menores de 2 años en el distrito Anta - Cusco, 2024?

- ¿Cuál es el nivel de prácticas saludables en madres de niños menores de 2 años en el distrito Anta - Cusco, 2024?
- ¿Cuál será la relación estadística entre visitas domiciliarias y las prácticas saludables en madres de niños menores de 2 años en el distrito Anta, según edad?

### 1.3. Justificación de la investigación

El estudio tiene **relevancia social**, ya que busca mejorar la salud y el bienestar de los niños en el distrito de Anta, así como en su capacidad para proporcionar datos valiosos para los programas de salud pública y adaptar las políticas de atención a la primera infancia en esta zona. Al mejorar las prácticas de salud mediante las visitas domiciliarias, se contribuirá al desarrollo de una comunidad más saludable y a la disminución de la mortalidad infantil, así como a la promoción del desarrollo infantil temprano.

Este estudio presenta un importante **valor teórico** al proporcionar evidencia y ampliar el conocimiento sobre la asociación entre las visitas domiciliarias y las prácticas saludables en madres de niños menores de 2 años en zonas rurales. Este aporte teórico no solo fortalece la comprensión de la efectividad de estas intervenciones, sino que también puede orientar estrategias para abordar problemas críticos como la anemia y la desnutrición infantil. Al fundamentar acciones específicas de control y prevención, este conocimiento contribuye a reducir los riesgos asociados al desarrollo físico e intelectual de los niños, proporcionando una base sólida para diseñar políticas y programas de salud más eficaces y contextualizados.

Tiene **implicancia práctica**, porque las visitas domiciliarias son fundamentales para promover prácticas saludables y reducir riesgos en el cuidado infantil, especialmente

en niños menores de 2 años, debido a que permiten educar a las madres sobre lactancia, higiene, alimentación y estimulación temprana, aspectos esenciales para su desarrollo físico y cognitivo. El estudio se fundamenta en la necesidad de disminuir las brechas de acceso a servicios de salud y educación que enfrentan las madres en zonas rurales como el distrito de Anta, con el fin de mejorar la salud y el desarrollo de los niños pequeños.

Posee justificación **metodológica**, porque se centró en el uso de encuestas estructuradas para obtener datos cuantitativos que permitan determinar la frecuencia de las visitas domiciliarias y el nivel de las prácticas saludables de las madres, así como identificar las particularidades del distrito de Anta. Este enfoque garantizará que los hallazgos sean aplicables a esta población y contribuirá al diseño de políticas de salud pública que promuevan el uso de visitas domiciliarias como herramienta clave para mejorar la salud infantil en el distrito.

#### **1.4. Objetivos de la investigación**

##### **1.4.1. Objetivo general**

Determinar la relación entre las visitas domiciliarias y las prácticas saludables en madres de niños menores de 2 años en el distrito Anta - Cusco, 2024.

##### **1.4.2. Objetivo específico**

- Identificar la frecuencia de visitas domiciliarias en madres de niños menores de 2 años en el distrito Anta - Cusco, 2024.
- Evaluar el nivel de prácticas saludables en madres de niños menores de 2 años en el distrito Anta - Cusco, 2024.

- Establecer la relación estadística entre las visitas domiciliarias y las prácticas saludables en madres de niños menores de 2 años en el distrito Anta – Cusco, 2024, según edad.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Bases teóricas de la investigación**

##### **2.1.1. Visita domiciliaria**

La atención primaria de la salud es el primer vínculo entre personas, familias y comunidades con el sistema nacional de salud, ya que acerca los servicios de salud a sus lugares de residencia y empleo, lo cual es esencial para proporcionar atención continua en materia de salud; esta estrategia tiene como objetivo fortalecer la capacidad de las sociedades para reducir las disparidades en salud, fundamentada en tres valores clave: el derecho al nivel más alto de salud posible, la equidad y la solidaridad, implicando un nuevo enfoque para mejorar la salud de la población y las políticas de salud (12).

La visita domiciliaria integral es una táctica de provisión de servicios de salud centrada en la promoción y prevención de la salud. Implica la atención en el hogar de individuos y familias en situación de riesgo, con el fin de promover un desarrollo saludable a través de una relación de apoyo entre el equipo de especialistas en salud y la familia (13). Esta estrategia abarca la mejora de las condiciones biológicas, ambientales y relacionales, formando parte de un plan de acción establecido por el equipo de salud de referencia. Los objetivos específicos se comunican a la familia durante el proceso de atención y se desarrollan en colaboración con el equipo de salud y la familia o cuidadores; las visitas son realizadas por profesionales y/o técnicos con las competencias necesarias. Esta definición implica conceptos clave de las visitas domiciliarias como (13):

- Estrategia orientada no solo a situaciones de daño, sino también a acciones promocionales y preventivas.
- Engloba a la familia completa y todas las situaciones de riesgo individuales que requieren atención.
- Se basa en un enfoque integral y ecológico, con una perspectiva biopsicosocial que combina los enfoques biomédico y psicosocial.
- Requiere planificación anticipada y debe estar integrada en un plan de intervención o acción para todas las situaciones de riesgo.
- Toma en cuenta aspectos relacionales para lograr una conexión efectiva y, por último, un impacto positivo en los fines propuestos.
- Necesita personal capacitado con competencias pertinentes (13).

Según Monsalve (11), se pueden identificar dos clases de visita basándose en el instante de su ejecución y la finalidad con la que se efectúa:

- Visita domiciliaria de primer contacto: Se refiere a la visita inicial a la familia en su hogar, motivada por una situación específica de riesgo; proviene de un plan de Intervención temprano y su propósito esencial es crear el primer contacto, consolidar la relación con la familia, completar el diagnóstico (análisis familiar, que idealmente inicia en el establecimiento) y organizar las futuras intervenciones con la familia (11).
- Visita domiciliaria de seguimiento: Se refiere a las visitas que siguen a la inicial, incluidas en un plan de intervención familiar; estas se integran como elemento de la estrategia para abordar dicho plan. Uno de los propósitos es llevar a cabo el seguimiento adecuado al plan de intervención o a segmentos del mismo. Durante estas visitas de seguimiento, se ejecutan

acciones específicas en respuesta a situaciones de riesgo o dificultades previamente identificadas (11).

Para que los programas de visita domiciliaria tengan éxito, es esencial enfocar los esfuerzos en la persona que los recibe; es relevante reconocer que el anfitrión del personal de salud no está obligado a aceptar o seguir el tratamiento y podría no implementar lo aprendido. Korfmacher señala que la cooperación en las visitas domiciliarias es un acto de compromiso generado por la participación y el compromiso (14). La participación se refiere a cuántos servicios se ofrecen y acepta el receptor, y su conocimiento permite medir la frecuencia con que las familias abren sus puertas a los visitantes o cuántas veces se han propuesto las visitas. El compromiso, por su parte, se vincula con la disposición de los receptores hacia el programa, y la reacción de las familias, ya sea positiva o negativa, determinará la continuidad del programa y la adecuada acción de los receptores (14).

Según el MINSA (15), en Perú, se entiende por visita domiciliaria la acción que facilita la interacción entre el actor social y la familia; su propósito es comprobar y asesorar en temas como prácticas saludables, atención durante la infancia y embarazo, prevención de anemia, y fomento de la suplementación con hierro. En dichas visitas, el actor social proporciona guía apropiada en salud y nutrición tanto para niños y niñas como para embarazadas; esto implica establecer una conversación que promueva la adopción de estas prácticas saludables. Las visitas deben ser:

- En caso de visitas a niñas (os) de hasta 12 meses de edad:
  - ✓ Oportunas: La visita domiciliaria a los niños se considera adecuada si se realiza en un periodo que no es inferior a 7 días y no supera los 10 días entre una y otra visita (15).

- ✓ Consecutivas: Se entiende por visitas consecutivas aquellas que se reciben de manera ininterrumpida durante el periodo que el niño o niña permanece en la intervención, correspondiéndose con el número de visitas estipuladas según la fecha en que se integró (15).
- En caso de visitas a gestantes:
  - ✓ Oportunas: Mujeres gestantes que, desde el segundo trimestre de embarazo, son objeto de visitas domiciliarias espaciadas por un intervalo de 13 a 15 días (15).
  - ✓ Completas: A partir del segundo trimestre de gestación, las gestantes reciben dos visitas domiciliarias mensuales hasta el final del embarazo (15).

La importancia de la visita domiciliaria reside en su capacidad de alcanzar directamente a las familias con niños(as) de hasta 12 meses, orientando y promoviendo la lactancia materna exclusiva, así como la prevención y lucha contra la anemia antes de que los efectos sean irreversibles (14). La cercanía con la madre, padre y/o persona encargada promueve un vínculo de confianza, respeto y comunicación, fundamental para mejorar las prácticas de alimentación y cuidado familiar, tanto en niños como en mujeres embarazadas; además, este vínculo de confianza facilita la verificación, información, refuerzo y persuasión hacia la madre, padre y/o cuidador sobre la importancia de administrar diariamente gotas o jarabe de suplementos de hierro o micronutrientes para prevenir y combatir la anemia (14).

### **2.1.2. Etapas de la visita domiciliaria**

La visita domiciliaria necesita una organización de su estructura para su implementación, ya que las fases de su ejecución no solo incluyen la visita al hogar, sino también todas las fases anteriores y posteriores a esta; cada

una tiene características y actividades específicas, por lo tanto, se pueden identificar fases distintas (14):

**a) Acciones previas**

A nivel nacional y regional, la realización de visitas domiciliarias por parte de los actores sociales depende de que el personal de salud y de la municipalidad reciba formación en sesiones enfocadas en prácticas saludables; estas sesiones están orientadas al cuidado integral de las gestantes y de los niños y niñas hasta los 12 meses de edad, incluyendo las siguientes actividades (16):

- Conformación del equipo responsable de las visitas domiciliarias

En el ámbito de la DIRIS, DIRESA o GERESA, se establece un equipo encargado de las visitas domiciliarias realizadas por los actores sociales. Este equipo debe estar compuesto por: i) un/a encargado/a de promoción de la salud, ii) un/a responsable de la estrategia de alimentación y nutrición saludable, iii) un/a especialista en salud sexual y reproductiva, iv) un/a coordinador/a de la etapa de vida niño, v) un/a encargado/a de inmunizaciones y vi) un/a responsable de estadística e informática, o aquellos que cumplan funciones equivalentes (16).

- Capacitación en visita domiciliaria

En el ámbito del establecimiento de salud, el personal sanitario asume la responsabilidad de capacitar a los actores sociales de los gobiernos locales mediante sesiones modulares. Estas incluyen temas como el protocolo de visitas domiciliarias realizadas por actores sociales, lactancia materna, prevención de la anemia, vacunación, control CRED, prácticas de lavado de manos, alimentación complementaria, apego seguro, juego y

estimulación temprana, control prenatal, identificación de señales de peligro durante el embarazo, parto institucional, alimentación durante la gestación, suplementación con hierro, planificación del parto e identidad, además de otros temas que puedan surgir conforme a las necesidades detectadas (16).

## **b) Organización**

En el ámbito local, la puesta en marcha de las visitas domiciliarias realizadas por los actores sociales requiere una coordinación efectiva entre los establecimientos de salud y la municipalidad. Para ello, la municipalidad, a través de su Gerencia de Desarrollo Social o la entidad que desempeñe funciones similares, delega en la CVD la gestión de estas visitas con el objetivo de fortalecer la salud materna y el Desarrollo Infantil Temprano (DIT) (14). Además, el/la CVD se encarga de supervisar el cumplimiento de los indicadores establecidos y de informar al comité distrital de salud, o la entidad correspondiente, sobre los avances en la ejecución de las visitas domiciliarias. Por otro lado, el/la CVD lleva a cabo diversas actividades como parte de este proceso (14):

- Registra y mantiene actualizado el listado de actores sociales en el Aplicativo para visitas domiciliarias por actor social.
- Supervisa y/o realiza el seguimiento de las referencias comunales efectuadas por el actor social hacia el establecimiento de salud, con el propósito de garantizar la atención adecuada de la gestante y del niño o la niña.
- Forma parte de las capacitaciones dirigidas a los actores sociales y contribuye al monitoreo de las visitas domiciliarias realizadas por ellos.

- Brinda apoyo y orientación técnica al actor social durante el desarrollo de sus actividades.
- Documenta en el aplicativo de visita domiciliaria por actor social las visitas domiciliarias efectuadas por los actores sociales en el distrito.
- Colabora en el monitoreo y seguimiento de los progresos relacionados con los indicadores establecidos.
- Lleva a cabo el seguimiento y/o la entrega oportuna de las fichas de visitas domiciliarias al/a la encargado/a del establecimiento de salud, para su revisión por parte del equipo correspondiente y la colocación del sello respectivo (14).

**c) Implementación de las visitas domiciliarias por actor social.**

El/la CVD, en conjunto con el establecimiento de salud, establece la sectorización del ámbito distrital, considerando tanto la sectorización propia del establecimiento de salud como la de otras entidades y programas relacionados (16).

Los actores sociales son designados a los diferentes sectores del distrito conforme a la sectorización establecida, considerando su lugar de residencia y la disponibilidad de tiempo. Además, para asignar las visitas domiciliarias por el actor social, se evalúa el número estimado de niños y niñas hasta los 12 meses de edad, así como el de gestantes que necesitan ser atendidos en cada sector del distrito (16).

El actor social lleva a cabo las visitas domiciliarias a los niños, niñas y gestantes conforme a la programación establecida por el/la CVD y a lo registrado en el aplicativo de visita domiciliaria por el actor social, siguiendo el detalle correspondiente (16):

- Cada niño debe recibir tres visitas domiciliarias al mes, mientras que cada gestante debe ser atendida con al menos dos visitas mensuales.
- El intervalo entre cada visita domiciliaria a niños y niñas durante el mes debe oscilar entre 7 y 10 días calendario, mientras que, en el caso de las gestantes, este intervalo debe ser de entre 13 y 15 días calendario.
- Cada actor social tiene un límite máximo de 20 personas para visitar mensualmente, incluyendo niños, niñas y gestantes.
- Cada visita domiciliaria debe durar un mínimo de 20 minutos (16).

Así, se identificará el esquema de protección, atención, interacción social y cumplimiento de necesidades que rodea a esta familia durante su ciclo de bienestar o malestar, en su contexto habitual. Seguidamente, la fase de implementación constará de tres etapas específicas que son (16):

- ✓ Fase inicial: El procedimiento comienza con la llegada al domicilio y el primer contacto, que consta de un saludo y una presentación donde se identifica; se indaga sobre el individuo con quien se estableció comunicación previa y se concertó el encuentro. También es necesario efectuar una recapitulación concisa del motivo de la presencia (16).
- ✓ Fase de desarrollo: Durante la visita, el equipo observa características del hogar y familiares que son fundamentales para identificar necesidades y prioridades específicas. Es crucial prestar atención a factores como el ambiente físico y del hogar, la accesibilidad y disponibilidad, así como la situación familiar. Estos

elementos son esenciales antes de proceder con la entrevista, la cual se lleva a cabo siguiendo la planificación establecida (16).

- ✓ Fase de cierre: Para concluir una visita, es necesario empezar el proceso antes del fin programado, aproximadamente 10 a 15 minutos previos. En este punto, el equipo tiene que hacer lo siguiente: revisar con la familia si las expectativas de la visita se han satisfecho y en caso contrario, determinar qué hace falta para lograrlo; además, es crucial resumir y confirmar los acuerdos y compromisos con la familia. Luego, se debe formular un plan de intervención que incluya medidas en el centro de salud, como la probabilidad de visitas futuras. Por último, se debe comunicar a la familia el plan de intervención o acción a seguir y después, el equipo se despide de los miembros de la familia (16).

#### **d) Seguimiento, Monitoreo y evaluación**

De acuerdo con Monsalve (13), en esta etapa el equipo debe evaluar la visita realizada, actualizando los problemas y los objetivos de intervención planteados inicialmente. Posteriormente, se expone el caso familiar al equipo del sector, con las nuevas problemáticas detectadas, así como el plan de atención acordada con la familia. El equipo del sector revisa detalladamente el caso, perfecciona el diagnóstico hipotético, la lista de problemas y plan de atención, finalizándolo al asignar a un responsable por actividad, así como establecer los plazos y recursos.

El equipo debe realizar una evaluación de la visita, modificando los problemas y objetivos de intervención formulados en un principio; posteriormente, expone el caso familiar al equipo del área con las recientes situaciones

problemáticas detectadas y el plan de cuidado definido en colaboración con la familia. El equipo del área analiza el caso, ajusta la hipótesis y diagnóstica el inventario de problemas y la estrategia de cuidado, asignando responsables por actividad, plazos y recursos necesarios (17). Además, se considerarán las diversas oportunidades de interacción de los miembros de la familia con el equipo de salud para la supervisión y control; es esencial evaluar y monitorear el plan de acción, designando a un responsable en el equipo de sector, que podría ser el gestor del caso, encargado de asegurar el cumplimiento del plan de intervención, supervisando cada actividad en las reuniones de sector y registrando el seguimiento de las actividades efectuadas. (17)

### **2.1.3. Prácticas saludables**

Nola Pender, enfermera y autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), destaca que las conductas de las personas emergen de su aspiración por lograr bienestar y alcanzar su potencial óptimo. Por tal motivo, formuló un modelo centrado en la enfermería que indaga en la toma de decisiones de las personas referente a su cuidado de salud. El MPS busca evidenciar la interacción compleja entre individuos y su ambiente en el proceso de lograr una salud óptima, resaltando la manera en que las características individuales, experiencias anteriores y ciertos saberes o actitudes pueden impactar en la elección de prácticas saludables. Según el modelo, las características y hábitos preexistentes, junto con el conocimiento de las madres de los niños, contribuyen a formar un comportamiento positivo o negativo en la nutrición de los infantes. (18)

Las prácticas alimenticias durante la infancia comprenden medidas para obtener, cambiar o consolidar las costumbres y conductas de la familia en materia de nutrición,

buscando el bienestar y la protección de la salud de los niños. En este proceso, el papel de la madre es crucial, dado que los progenitores se comprometen profundamente con la nutrición de sus hijos, en particular en los primeros años; por consiguiente, las elecciones de la madre respecto a la alimentación infantil deben estar en consonancia con las directrices de los expertos en salud para garantizar su correcta aplicación. No obstante, frecuentemente las madres nutren a sus hijos basándose en sus principios, creencias y costumbres locales, o en nociones y presunciones erróneas acerca de los alimentos y su preparación. (16)

Campos et al. (19) describen las prácticas de alimentación como comportamientos específicos que caracterizan la interacción alimentaria entre padres e hijos, tales como la cantidad de bocados que se ofrecen o cómo los padres reaccionan cuando un niño acepta o rechaza un alimento. Estas prácticas son evaluadas en términos de las acciones tomadas ante la negativa de un niño a comer y la manera en que se restringen ciertos alimentos. La clasificación de estas prácticas es diversa, con varias categorías identificadas que explican el nombre y la función de cada una:

- Control: Técnica dirigida a que el infante consuma todo su alimento mediante coacción, incentivos, tratos o convencimiento.
- Manipulación: Estrategia para que el menor ingiera alimentos utilizando limitaciones explícitas o disimuladas, premios alimenticios y penalizaciones por abstención alimentaria.
- Modelamiento: Método que emplea el ejemplo de la ingesta de los progenitores para fomentar la aceptación.
- Sustitución: Táctica que implica alterar comestibles o disfrazarlos de otras maneras.

- Evasión de problemas: Método que consiste en conceder las peticiones alimenticias infantiles.
- Razonamiento: Enfoque que proporciona justificaciones para incentivar un cambio conductual en el menor.
- Monitoreo: Proceso de observar y medir la ingesta del infante (19).

La alimentación saludable, según la definición del Ministerio de Salud, es diversa y se basa idealmente en alimentos naturales o mínimamente procesados; tal alimentación cumple con las demandas de energía y nutrientes fundamentales del cuerpo, adaptándose a las distintas fases de la vida y a las condiciones de fisiología y desarrollo. Mantener una dieta integral, balanceada, suficiente, apropiada, variada y segura contribuye a la prevención de patologías asociadas a la ingesta deficiente o excesiva de comestibles; además, los nutrientes imprescindibles abarcan proteínas, hidratos de carbono, lípidos, vitaminas, minerales y agua. (20)

#### **2.1.4. Alimentación complementaria**

Frias et al. (21) describen la alimentación complementaria (AC) como el proceso que complementa la lactancia materna o su sustituto, y que involucra múltiples factores; estos abarcan el momento óptimo para comenzar, fomentar una alimentación complementaria receptiva a través de la creación de un entorno propicio, la atención a los aspectos sensoriales y el reconocimiento de las señales de hambre y saciedad; también se toman en consideración los aspectos culturales y las percepciones de los padres y cuidadores. Es indispensable que haya una variedad de texturas en los alimentos para promover el desarrollo adecuado de la lengua, los labios y la mandíbula, lo cual es fundamental para la masticación, el habla y la pronunciación correcta; por lo cual este periodo es también vital para el establecimiento de preferencias alimentarias duraderas.

Según Jiménez (22), la alimentación complementaria se inicia a los 6 meses de edad, ofreciendo al lactante alimentos y líquidos distintos a la leche materna, pero que la complementan; la lactancia materna continúa, mientras se introducen estos nuevos alimentos y líquidos, que aportan nutrientes adicionales sin reemplazar la leche; a su vez, incluye alimentos sólidos, semisólidos y líquidos. Este proceso abarca desde el comienzo de la ingesta de alimentos semisólidos hasta que el bebé come de manera similar a un adulto, transitando de una dieta líquida a una con diversidad de texturas, colores, aromas y sabores. Esta etapa es de vital importancia, ya que la alimentación exclusiva con leche materna deja de ser suficiente para satisfacer las necesidades energéticas y nutricionales del bebé desde los seis meses de edad, ya que las demandas de energía y ciertos nutrientes superan la capacidad de la leche materna. Así, la alimentación complementaria proporciona los nutrientes esenciales para cubrir los requerimientos nutricionales del bebé, evitando deficiencias y favoreciendo el desarrollo adecuado del sistema nervioso del infante.

Por otro lado, Perales (23) señaló que, para obtener resultados positivos en la alimentación complementaria, se deben satisfacer cuatro requisitos esenciales:

- **Frecuencia:** La cantidad diaria de alimentos a suministrar depende de la energía que el lactante necesita, la cual se calcula según su capacidad gástrica, que es de 30 g/kg de peso, considerando como referencia el índice de masa corporal. Además, es importante asegurar una densidad energética de al menos 0,8 kcal/g en la dieta del lactante. Para los bebés de seis a nueve meses, se recomienda un patrón de tres comidas diarias, pero siempre manteniendo la lactancia materna como parte esencial de su alimentación y sin reemplazarla completamente por otros alimentos (23).

- **Consistencia:** Este aspecto concierne a la textura de las comidas para bebés, la cual se debe incrementar progresivamente conforme el bebé comienza a aprender a ingerir alimentos. Entre los seis y nueve meses, la comida complementaria debe ser de purés o mazamorras densas, considerándose semisólida. Desde los nueve meses en adelante, la comida debe ser suave-sólida y, en última instancia, alcanzar una textura sólida. Al introducir nuevos alimentos, es crucial prestar atención a posibles reacciones alérgicas en el bebé (23).
- **Cantidad:** La medida o cantidad de comida dada en cada comida es lo que se explica; al principio, se debe dar porciones pequeñas, las cuales se irán aumentando gradualmente a medida que el bebé desarrolla su capacidad gástrica. Es crucial que la madre o el cuidador esté atento a las señales de satisfacción del lactante; además, es imperativo no forzar al lactante a ingerir más comida de la que desea, dado que su capacidad gástrica es limitada y forzarlo podría comprometer su salud (23).
- **Contenido nutricional:** La importancia radica en la cantidad de nutrientes requeridos por el lactante, los cuales son cruciales para determinar su dieta. De seis a nueve meses, es adecuado incorporar alimentos como tubérculos, hígado, queso, carnes, grasas, cereales y verduras. Los nutrientes como el hierro son esenciales, ya que promueven el desarrollo físico y el crecimiento, además de ser beneficiosos para el desarrollo cerebral. El perfil nutricional debe incluir alimentos que aporten los nutrientes esenciales para satisfacer las demandas del lactante (23).

La madre debe llevar a cabo acciones preventivas esenciales en cuanto a higiene al manipular y preparar los alimentos para el lactante; por ende, cumplir con reglas

específicas es crucial para garantizar una higiene adecuada. Entre las más importantes está el lavado de manos antes de la preparación de los alimentos, el evitar chupones o biberones que pueden contaminarse al requerir limpieza constante, el uso de agua hervida que debe estar en ambientes frescos y en recipientes higiénicos, y la conservación de los alimentos en espacios limpios (11).

### **2.1.5. Suplementos de hierro y micronutrientes**

Celeste et al. (24) destacan que la nutrición óptima en los primeros 1000 días de vida es fundamental para un desarrollo y crecimiento adecuados; durante este tiempo, el peso al nacer puede triplicarse y la estatura aumenta en un 50%, mientras el cerebro alcanza el triple de su tamaño inicial y el sistema inmune madura significativamente; por lo que una nutrición apropiada en la primera infancia es crucial para este proceso. Las fases de crecimiento acelerado requieren de una nutrición reforzada y vigilancia especial debido a problemas de salud como la anemia, que es multifactorial y necesita un abordaje integral para su prevención y tratamiento. La anemia puede ser genética (hemolítica, megaloblástica, enfermedad crónica, etc.) o nutricional (deficiencia de hierro, vitamina B12, ácido fólico, etc.). La carencia de hierro en la sangre, denominada anemia por deficiencia de hierro (ADH), presenta un importante desafío nutricional en el ámbito de la salud pública, impactando a individuos tanto en naciones desarrolladas como en vías de desarrollo.

Ferreres et al. (25) señalan la importancia crítica de los primeros años de vida en el desarrollo óseo; la osificación primaria, el proceso inicial de formación ósea, inicia antes del nacimiento y prosigue a medida que el cartílago se convierte en hueso. Posteriormente al nacimiento, la infiltración de vasos sanguíneos en los huesos marca el comienzo de la osificación secundaria; este proceso resulta en una disminución del cartílago y un incremento del tejido óseo. Durante esta fase, los huesos se expanden

y alargan, contribuyendo al crecimiento en peso del infante. El desarrollo y osificación ósea son fundamentales para la estabilidad estructural y están íntimamente vinculados con el desarrollo funcional, por lo que se aconseja seguir ciertas recomendaciones.

- La provisión de suplementos de vitamina A para corregir la deficiencia es crucial para disminuir la incidencia de enfermedades y la tasa de mortalidad en la niñez, prevenir la ceguera nocturna en los menores y evitar la propagación del sarampión (26).
- La suplementación con zinc en lugares donde hay una alta prevalencia de retraso en el crecimiento infantil para prevenir tal retraso y promover un crecimiento lineal (postura y desarrollo erguido) (26).
- El suministro de vitaminas B12 y B1 es esencial para el funcionamiento adecuado del sistema nervioso central; asimismo, el yodo juega un papel preventivo contra el retraso psicomotor, y el hierro es fundamental para prevenir la discapacidad intelectual que se puede evitar (26).
- El suministro de hierro es esencial para transportar el oxígeno desde los pulmones hacia el resto del cuerpo, así como para permitir que los músculos lo almacenen y lo utilicen adecuadamente; una dieta deficiente en hierro podría llevar a una carencia de este nutriente, comprometiendo funciones vitales en el niño. (26)

Las revisiones sistemáticas han finalmente analizado el impacto de las intervenciones nutricionales en niños preescolares y han llegado a la conclusión de que la suplementación con hierro y múltiples micronutrientes mejora las capacidades cognitivas en niños preescolares desnutridos. Además, se ha comprobado que la suplementación con micronutrientes es efectiva para fortalecer las defensas,

promover el aumento de peso y estatura, así como para mejorar la coordinación motora y las habilidades cognitivas (13).

#### **2.1.5.1. Adherencia a la suplementación con hierro**

El manejo para corregir la anemia por falta de hierro puede resultar eficaz; no obstante, hay diversos factores que afectan la adherencia de los niños al tratamiento. La OMS define la adherencia como el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las recomendaciones establecidas por el profesional de la salud (27). La adherencia se evalúa principalmente mediante el auto-reporte o el conteo de sobres de micronutrientes en los casos en que el hierro se administra de esta manera (28).

Entender qué estrategias pueden fomentar un incremento en la ingesta de suplementos de hierro en los niños contribuirá a potenciar el beneficio de esta intervención; se ha demostrado que existen diversos factores que facilitan el tratamiento con hierro oral, tales como la provisión de instrucciones específicas, el apoyo del personal de salud o de algún miembro del hogar, la motivación por mejorar la salud del niño y el reconocimiento de los avances al finalizar el tratamiento (29). Algunas estrategias podrían incluir consejería individual o sesiones educativas grupales para los cuidadores, envío de mensajes de texto o material educativo a través de redes sociales, así como incentivos económicos y apoyo emocional o psicológico a las familias. (30)

#### **2.1.5.2. Consumo de alimentos ricos en hierro en menores de dos años**

La comida principal de un niño de 6 a 23 meses debe incluir diariamente 2 cucharadas de alimentos de origen animal ricos en hierro; de igual manera, la comida principal de

una gestante o puérpera debe contener 5 cucharadas de estos alimentos, ya que durante esta etapa las necesidades de hierro aumentan debido al rápido crecimiento. La alimentación, por sí sola, no es suficiente para cubrir estos requerimientos, por lo que es necesaria la suplementación con micronutrientes para prevenir la anemia por deficiencia de hierro. (31)

Para cubrir el requerimiento de hierro en un niño de 7 a 12 meses, es necesario comprender la cantidad y absorción de hierro que proporciona la sangrecita. Cada 2 cucharadas de sangrecita contienen 8,9 mg de hierro en total, pero el organismo solo absorbe el 25% de esta cantidad, es decir, aproximadamente 2,2 mg de hierro. Dado que un niño de esta edad necesita 11 mg de hierro al día, se requerirían alrededor de 10 cucharadas de sangrecita para alcanzar esta cantidad absorbida, ya que estas cucharadas contienen 44,5 mg de hierro, de los cuales solo se absorben 11,1 mg (32). Sin embargo, para cubrir su requerimiento diario de hierro, un niño tendría que consumir aproximadamente 9 cucharadas de sangrecita, lo cual es difícil debido a su capacidad gástrica pequeña. Por ello, no es suficiente basarse únicamente en el consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro para satisfacer sus necesidades nutricionales. (32)

### **2.1.5.3. Suplementación con micronutrientes**

Los micronutrientes se distribuyen sin costo en los centros de salud del MINSA y deben suministrarse a los niños desde los 6 meses de edad en tres fases: de 6 a 11 meses, de 18 a 23 meses y de 30 a 35 meses. Durante este período, se debe consumir un sobre diario; además, es importante que el niño o la niña continúe con lactancia materna junto con los alimentos enriquecidos con micronutrientes. Los bebés prematuros también pueden recibir estas vitaminas, ya que cada sobre

contiene hierro, zinc, vitamina A, vitamina C y ácido fólico, nutrientes que contribuyen a su desarrollo normal. (33)

Los micronutrientes se presentan en forma de polvo con un contenido de un gramo; al carecer de olor y sabor, su ingesta no es desagradable; por lo cual es necesario que el niño o la niña ingiera un paquete diario por un periodo continuo de 12 meses. En caso de no haber comenzado la suplementación con micronutrientes a los 6 meses, se puede iniciar posteriormente y continuar hasta que el menor cumpla tres años. (34)

#### **2.1.5.4. Suplementación de hierro en gestantes**

Durante la gestación, es crucial satisfacer la elevada necesidad de nutrientes de calidad, principalmente micronutrientes, mediante una dieta equilibrada y el uso de suplementos multivitamínicos. La insuficiencia de hierro puede tener consecuencias negativas tanto para la madre como para el feto, incluyendo el retraso del crecimiento intrauterino o un peso bajo al nacer (35). El desarrollo fetal se ve afectado por la anemia materna, lo que puede resultar en crecimiento fetal insuficiente, parto prematuro y bajo peso al nacer; por ello, es esencial complementar la dieta con suplementos de hierro. El MINSA ofrece un suplemento de hierro y ácido fólico en tableta, con 60 mg de hierro elemental y 400 µg de ácido fólico. La dosificación para la gestante la determinará el personal de salud, comenzando desde la semana 14 hasta 30 días después del parto; si la suplementación comienza después de la semana 32, la dosis se incrementará al doble. (35)

#### **2.1.6. Periodicidad del control de crecimiento y desarrollo**

- ✓ Cada recién nacido tendrá 4 controles obligatorios: el primero a las 48 horas de ser dado de alta y luego semanalmente. Estos controles se pueden llevar a

cabo tanto en el centro de salud como en el hogar, con la presencia y participación activa de la familia.

- ✓ Niñas y niños menores de un año tendrán 11 controles, espaciados por un mínimo de 30 días según el esquema.
- ✓ Al cumplir un año, recibirán 6 controles siguiendo el mismo esquema.
- ✓ Entre los 2 años y hasta los 4 años, 11 meses y 29 días, se realizarán 4 controles anuales.
- ✓ El control del crecimiento y desarrollo, que toma un promedio de 45 minutos, se efectúa en el establecimiento de salud (35).
- ✓ Para niñas y niños prematuros y/o de bajo peso, se establecen 18 controles:
  - A las 24 horas de haber salido de alta.
  - Cada 72 horas durante los primeros 15 días (semanalmente hasta finalizar el método canguro).
  - Cada 15 días hasta cumplir los tres meses de edad.
  - Una vez al mes hasta completar el año de edad (35).

A partir del año de edad:

- Cada dos meses hasta los dos años de edad.
- Cada tres meses hasta los tres años de edad.
- Cada seis meses hasta los cinco años de edad (35).

### **2.1.7. Aplicación de vacunas de acuerdo a la edad**

La inmunización es reconocida como una de las estrategias más rentables para evitar enfermedades prevenibles por vacunación a través del tiempo; la Organización Panamericana de la Salud (OPS) junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca que esta práctica previene de 2 a 3 millones de fallecimientos anuales

globalmente; el esquema de vacunación determina que se administran aproximadamente veintidós vacunas a infantes menores de dos años (36).

#### Recién nacidos

- Dosis única de la vacuna contra el bacilo de Calmette-Guérin (BCG): contra las formas graves de tuberculosis (TB).
- Dosis única de la vacuna contra el virus de hepatitis B (HVB): contra la hepatitis B (36).

#### A los 2 meses

- Primera dosis de la vacuna pentavalente (DPT - HvB - Hib): vacuna combinada de 5 componentes que previene la difteria, tétanos, tos ferina (DPT), neumonía, meningitis por Haemophilus tipo b y hepatitis B.
- Primera dosis de la vacuna antipolio inactivada inyectable (IPV): vacuna contra la parálisis flácida aguda.
- Primera dosis de la vacuna contra el rotavirus: vacuna que previene las diarreas por rotavirus.
- Primera dosis de la vacuna antineumocócica: vacuna que protege contra la neumonía, meningitis y otitis media (36).

#### A los 4 meses

- Segunda dosis de la vacuna pentavalente (DPT - HvB - Hib): vacuna combinada de 5 componentes que previene la difteria, tétanos, tos ferina (DPT), neumonía, meningitis por Haemophilus tipo b y hepatitis B.
- Segunda dosis de la vacuna antipolio inactivada inyectable (IPV): vacuna contra la parálisis flácida aguda.

- Segunda dosis de la vacuna contra el rotavirus: vacuna que previene las diarreas por rotavirus.
- Segunda dosis de la vacuna antineumocócica: vacuna que protege contra la neumonía, meningitis y otitis media. (36)

#### A los 6 meses

- Tercera dosis de la vacuna pentavalente (DPT - HvB - Hib): vacuna combinada de 5 componentes que previene la difteria, tétanos, tos ferina (DPT), neumonía, meningitis por Haemophilus tipo b y hepatitis B.
- Tercera dosis de la vacuna antipolio oral (IPV): protección contra la parálisis flácida aguda.
- Primera dosis de la vacuna contra la influenza pediátrica: vacuna contra la gripe y bronquitis. (36)

#### A los 7 meses

- Segunda dosis de la vacuna contra la influenza pediátrica: vacuna contra la gripe y bronquitis. (36)

#### A los 12 meses

- Primera dosis de la vacuna contra el sarampión, paperas y rubéola (SPR).
- Tercera dosis de la vacuna antineumocócica: protección contra la neumonía, meningitis y otitis media.
- Dosis única de la vacuna contra la varicela.
- Dosis anual de la vacuna contra la influenza pediátrica: vacuna contra la gripe y bronquitis.
- Dosis única de la vacuna antiamarílica (AMA): contra la fiebre amarilla.
- Dosis única de la vacuna contra el virus de la hepatitis A. (36)

A los 18 meses

- Primera dosis de refuerzo de la vacuna de la difteria, pertussis y tétanos (DPT): vacuna que previene la difteria, tétanos y tos ferina.
- Primera dosis de refuerzo de la vacuna antipolio oral (IPV): protección contra la parálisis flácida aguda.
- Segunda dosis de la vacuna contra el sarampión, paperas y rubéola (SPR).

(36)

### **2.1.8. Estimulación temprana**

#### **A. Desarrollo motor grueso**

A los 3 meses, la niña o el niño desarrolla el control de cabeza, logrando mantenerla centrada y elevada frente a la gravedad. Este avance es fundamental para la habilidad de enfocar y seguir objetos con la vista, además de posibilitar el movimiento de los brazos hacia el centro del cuerpo y el sostén sobre los codos. A los 5 meses, los bebés suelen girar de estar boca arriba a estar boca abajo, y a los 6 meses realizan el giro inverso. Simultáneamente, cuando están boca abajo, tienen la capacidad de moverse lateralmente, utilizando el brazo y la pierna de un lado del cuerpo, y al mismo tiempo, con el brazo opuesto, practican la coordinación mano-ojo para agarrar juguetes. El dominio de la postura sentada se logra cerca de los 6 meses, etapa en la cual el infante es capaz de mantenerse erguido sin ayuda de las manos. Al alcanzar estabilidad en dicha posición, tiene la habilidad de manejar objetos, transfiriéndolos de una mano a la otra. (37)

El gateo representa uno de los movimientos fundamentales que se alcanzan cerca de los 9 meses; tras realizar variadas modificaciones de postura mientras se está sentado/a, el infante logra adoptar la posición de gateo, perfeccionar su estabilidad y

progresar sincronizando sus extremidades superiores e inferiores. La posición erguida se logra alrededor de los 10 meses, cuando el niño o la niña logra ponerse de pie por su cuenta apoyándose en un mueble. En esta posición, comenzará a desarrollar la habilidad de caminar de lado mientras se sostiene en una superficie. También empezará a inclinarse para recoger sus juguetes o girar para observar su entorno, manteniéndose apoyado/a con la otra mano. (37)

El proceso de caminar comienza alrededor de los 12 meses; el niño o la niña adquiere la capacidad de desplazarse de forma autónoma sin apoyarse en alguien o algo, manteniendo el equilibrio separando ligeramente los pies y levantando los brazos a los costados. El equilibrio al caminar se desarrolla entre los 19 y los 24 meses; el niño o la niña camina con los pies más juntos, coordinando el movimiento de los brazos con las piernas, girando en diferentes direcciones sin perder el equilibrio, aumentando la velocidad y dando pasos largos. Al mismo tiempo, es capaz de subir y bajar escalones; comienza con ayuda de una o ambas manos hasta lograr hacerlo sin sujetarse. (37)

## **B. Desarrollo motor fino**

A los 2 meses de edad, el bebé empieza a reconocer sus manos y, a los 3 meses, logra juntarlas y llevárselas a la boca. A los 4 meses, el bebé puede agarrar una sonaja y doblar y extender el codo, además de darse cuenta de que esto produce un sonido. También comienza a transferir juguetes de una mano a la otra. A los 5 meses, el bebé coordina sus ojos y manos para alcanzar un juguete que le llama la atención, y desarrolla un agarre voluntario. Entre los 6 y 7 meses, el bebé puede sentarse y alcanzar objetos, usando sus manos como apoyo al principio y luego moviéndolas libremente. A los 9 meses, comienza la alimentación independiente y empieza a

intentar llevarse la comida a la boca, a veces con ayuda de una cuchara. Entre los 9 y 12 meses, el bebé puede agarrar juguetes pequeños con el pulgar y el índice, desarrollando habilidades como agarrar, soltar y entregar objetos. A los 18 meses, comienza a mostrar preferencia por una mano y adquiere destreza para alcanzar juguetes en movimiento, como una pelota. También comienza a hacer sus primeros garabatos. (37)

### **2.1.9. Lavado de manos con agua y jabón**

Los estudios muestran que el lavado de manos con agua y jabón por un período no menor a 20 segundos, sobre todo luego de hacer uso del baño y previo a la manipulación de alimentos, puede disminuir de forma considerable las enfermedades diarreicas agudas (EDA). Los pasos para el lavado de manos son los siguientes (38):

1. Despoja tus manos y muñecas de cualquier prenda o accesorio.
2. Humedece tus manos con agua corriente y posteriormente cierra la llave.
3. Aplica jabón en tus manos y frótalas para generar espuma, asegurándote de cubrir palmas, dorso, entre dedos y bajo las uñas, durante al menos 20 segundos.
4. Vuelve a abrir la llave y enjuaga tus manos cuidadosamente con suficiente agua corriente.
5. Sacude tus manos para eliminar el exceso de agua o frótalas suavemente, después sécalas empezando por las palmas, continuando con el dorso y los espacios entre los dedos.
6. Se recomienda cerrar la llave utilizando el papel o tela con que te secaste, evitando contacto directo.

7. Desecha el papel o emplea un paño limpio para secarte, si no dispones de ello, permite que tus manos se sequen al aire. (38)

#### **2.1.9.1. Importancia del lavado de manos**

El acto de higienizar las manos es una de las medidas más fundamentales para prevenir enfermedades infecciosas como la diarrea, la gripe y otras similares; es crucial lavarse las manos varias veces al día, ya sea con agua y jabón o con un desinfectante a base de alcohol si el agua no está disponible; es necesario hacerlo en distintas situaciones cotidianas, como antes y después de manipular alimentos, antes de las comidas, luego de ir al baño, después de cuidar a los niños o a personas enfermas, y después de estar en contacto con mascotas o sus desechos. Al llegar a casa, lo primero que se debe hacer es lavarse las manos. Se aconseja dedicar entre 15 y 20 segundos para lavarse las manos, asegurándose de cubrir toda la superficie con agua y jabón, incluyendo el dorso, la palma y los espacios entre los dedos. (38)

#### **2.1.9.2. Consumo de agua clorada y hervida**

El agua destinada al consumo humano debe cumplir con ciertas características que aseguren su aptitud, con el propósito de prevenir la propagación de enfermedades. La responsabilidad de garantizar la calidad del agua corresponde a las autoridades de cada nación, y su tratamiento se realiza mediante varios procedimientos que garantizan la ausencia de microorganismos, productos químicos, físicos y radiológicos, siguiendo las directrices establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). (39)

### **2.1.9.3. Precauciones con el agua y los alimentos**

Los lactantes menores de 6 meses deben recibir únicamente leche materna como alimentación exclusiva, y el pezón debe higienizarse con suficiente agua. No requieren agua adicional, ya que la leche materna proporciona todos los nutrientes y vitaminas necesarios. El agua empleada para preparar el biberón debe cumplir con los estándares de agua potable y se recomienda hervirla antes de su uso. El biberón debe lavarse con agua potable y guardarse en un lugar seguro, protegido de moscas e insectos. Durante el baño, los niños deben ser bañados con agua previamente hervida o filtrada, ya que la ingieren durante el proceso. (27)

### **2.1.9.4. Métodos prácticos para la purificación del agua de uso y consumo humano**

- Evitar beber agua directamente de tuberías o grifos.
- La ebullición del agua por 1 a 3 minutos tras el inicio de la misma asegura su potabilidad; agitar o mezclar después para oxigenar y desinfectar, eliminando sabores metálicos.
- En ausencia de ebullición, tratar con cloro comercial sin color como desinfectante es recomendado por la Organización Panamericana de la Salud: dos gotas por litro si la concentración es del 1%, o cuatro gotas si es del 0,5%. Tabletas de cloro también son una opción.
- Como alternativa económica y sencilla, tras filtrar o dejar reposar el agua turbia, se puede colocar en botellas de plástico transparentes y exponerlas al sol por 6 horas. Los rayos infrarrojos y UVA eliminarán la mayoría de agentes infecciosos (39).

- Hervir el agua del botellón es necesario, ya que estudios científicos han encontrado agentes patógenos en ella.
- Fuera de casa, es preferible consumir agua o bebidas que estén embotelladas o envasadas.
- Ante agua de tubería turbia o sucia, se debe dejar reposar para su sedimentación y luego filtrar con tela tupida limpia antes de hervir.
- No consumir bebidas o jugos de la calle si existe incertidumbre sobre la calidad del agua.
- No beber agua directamente de pozos, riachuelos, lagunas o embalses, ya que no son potables y pueden contener contaminantes o desechos animales y humanos.
- El hielo solo es seguro si se hace con agua potable, pues la congelación no elimina ciertos agentes infecciosos, como la bacteria del cólera.
- El agua almacenada debe cubrirse adecuadamente para prevenir la contaminación por roedores, químicos o la proliferación de mosquitos como el *Aedes aegypti*, vector de enfermedades como dengue, zika y chikungunya. (40)

#### **2.1.10. Preparación de los alimentos**

- Para lavar alimentos, es imprescindible usar agua limpia y de calidad; de no ser potable, no es apta para su preparación.
- Vegetales y frutas pueden sumergirse en agua con vinagre o limón para desinfectar y después enjuagarse con agua potable.
- Es vital no exponer bebidas o comestibles al ambiente; lo ideal es consumirlos justo después de prepararlos.
- Los recipientes y utensilios deben estar limpios antes de usarlos en la cocina.

- Es importante no cruzar alimentos listos para comer, como queso o jamón, con crudos como carne, pollo o pescado, utilizando utensilios distintos para cada uno. (27)

#### **2.1.11. Cuidados a la madre durante el puerperio**

Después del nacimiento, es esencial continuar atendiendo tu bienestar y el de tu hijo. Considera estas sugerencias importantes (40):

- En un alumbramiento vaginal que transcurra sin contratiempos, se procederá al egreso en un plazo no mayor a 48 horas tras el parto. Asimismo, es necesario efectuar un análisis de hemoglobina para detectar la presencia de anemia y, de ser preciso, iniciar el tratamiento o la administración de suplementos de hierro adecuados (40).
- Recibe asesoramiento en planificación familiar antes del alta y podrás seleccionar un método anticonceptivo gratuito (40).
- Es importante comer cinco veces al día: desayuno, un refrigerio a media mañana, almuerzo, otro refrigerio por la tarde y cena, para mantener una nutrición adecuada y la producción de leche (40).
- Se requiere que tenga una consulta presencial o una visita a domicilio tanto a los 7 como a los 21 días tras dar a luz (40).
- Si experimenta signos de alerta postparto, como sangrado vaginal maloliente, fiebre, dolor al orinar, secreción de pus en la herida de la cesárea o falta de interés en cuidar al bebé, busca atención médica inmediata en el centro de salud más cercano. (41)

#### **Consejería en el hogar**

- Realizar la actividad dentro de los primeros 7 días, abarcando lactancia materna, nutrición de la puérpera y suplementación.

- Ejecutar la actividad entre los días 28 y 30 para intensificar la alimentación saludable y la suplementación. (42)

#### **2.1.11.1. Planificación familiar**

La planificación familiar es el derecho que las personas tienen para decidir de manera libre y responsable cuántos hijos tener y cuándo; este proceso consciente toma en consideración la salud de hombres y mujeres, así como los diversos factores de riesgo reproductivo y aspectos sociales que los rodean. En todos los centros de salud se ofrece la planificación familiar como parte integral de la salud reproductiva, enfocándose en la prevención de riesgos para la salud sin discriminar por raza, sexo, edad, etc. Se brindan servicios de calidad para que todas las personas puedan ejercer su derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, respetando plenamente su dignidad. (43)

## **2.2. Marco conceptual**

**Alimentación complementaria:** Se entiende por proceso la oferta de alimentos sólidos o líquidos al lactante, diferentes a la leche materna o fórmula infantil, en calidad de complemento, mas no como reemplazo de los mismos. (44)

**Control de crecimiento y desarrollo:** Serie de procedimientos regulares y metódicos ejecutados por el personal médico y de enfermería, destinados a monitorear el crecimiento y desarrollo infantil de manera adecuada, individual y a tiempo. Su propósito es identificar tempranamente cualquier riesgo, anomalía o enfermedad, promoviendo un diagnóstico y tratamiento tempranos para reducir riesgos y discapacidades, aumentando así las oportunidades y

factores de protección; este proceso es personalizado, integral, oportuno, recurrente y secuencial. (23)

**Desarrollo psicomotriz:** Es un proceso ininterrumpido desde la concepción hasta la madurez, presentando una secuencia constante en todos los infantes, aunque a un ritmo distinto. A medida que crece, el niño desarrolla capacidades motoras, de manipulación, comunicación y sociales, facilitando su independencia progresiva y su adaptación al entorno. (45)

**Planificación familiar:** La salud reproductiva prioriza la acción que permite a mujeres y hombres decidir de forma libre y responsable el número de hijos que prefieren tener, y el momento y frecuencia de tenerlos (paternidad y maternidad responsables). Esto abarca el derecho a recibir información y elegir de manera libre entre los métodos anticonceptivos disponibles. Además, la planificación familiar contempla la asistencia en situaciones de infertilidad. (46)

**Prácticas saludables:** Se vinculan con la adopción, modificación o fortalecimiento de hábitos y comportamientos en las familias, que además de identificar las necesidades para cuidar o mejorar la salud de gestantes, niñas y niños, buscan alcanzar un crecimiento adecuado y un desarrollo normal. (47)

**Primera infancia:** La primera infancia se identifica con el lapso desde el nacimiento hasta los ocho años. Constituye una fase de desarrollo cerebral excepcional que establece los cimientos para el aprendizaje futuro. (23)

**Visita domiciliaria:** Es una herramienta de intervención, caracterizada por su cercanía, que penetra en la intimidad familiar; su objetivo es ser reparadora, acompañar procesos, orientar, proporcionar contención y ejercer vigilancia. (48)

## 2.3. Antecedentes de la investigación

### 2.3.1. Antecedentes Internacionales

**FEIJÓO B. Y OTROS (España-2021)** en su estudio “Alta precoz y visita domiciliaria puerperal durante la pandemia por la COVID-19 en el Hospital Universitario La Paz (Madrid)”, realizaron con el **objetivo** de evaluar si la estrategia de alta precoz voluntaria y visita domiciliaria por la residente de matrona en el contexto de la pandemia de COVID-19 en el Hospital Universitario La Paz (Madrid), resultó en consecuencias negativas para la puérpera y/o el recién nacido (RN). La **metodología** utilizada fue un estudio transversal descriptivo observacional, realizado con un muestreo de conveniencia en mujeres que participaron en el programa de visita domiciliaria voluntaria de alta precoz, entre el 24 de marzo de 2020 y el 5 de mayo de 2020. Se examinaron 222 historias clínicas y se aplicaron cuestionarios telefónicos a puérperas que satisficieron los criterios de selección establecidos. Los **resultados** mostraron que la duración promedio de la hospitalización fue de 25 horas y 15 minutos. Además, se observó que el 8.6% de los neonatos fueron transferidos al HULP, con un 2.2% ingresados por hiperbilirrubinemia. Un 2.3% de los padres visitaron emergencias con sus neonatos, resultando en un ingreso del 0.46%; el reingreso fue necesario para el 0.4% de las puérperas. En el momento del alta, el 84.2% de los recién nacidos (RN) recibían lactancia materna exclusiva. Después de una semana, el 73.4% continuaban con lactancia materna exclusiva, el 18% con lactancia mixta y el 8.6% con lactancia artificial; el 89.6% de los participantes consideraron adecuada el alta precoz y el 83.3% calificó como muy satisfactoria la visita domiciliaria, mientras que el 88.7% valoró positivamente la atención profesional.

**Conclusiones:** La continuidad de cuidados se asegura con el alta precoz y la visita

domiciliaria, permitiendo la detección y resolución de problemas, y conservando una elevada satisfacción materna. (49)

**STANSERT Y OTROS (Sudáfrica, 2020)**, en el estudio titulado “Las visitas domiciliarias realizadas por trabajadores sanitarios comunitarios en las zonas rurales de Sudáfrica tienen un impacto limitado, pero importante, en la salud materna e infantil durante los dos primeros años de vida”, tuvieron como **objetivo** evaluar el impacto de las visitas domiciliarias realizadas por agentes comunitarios de salud sobre la salud materna e infantil durante los primeros 24 meses de vida en una zona rural del distrito OR Tambo, El Cabo Oriental. Se desarrolló bajo una **metodología** longitudinal prospectiva, con un enfoque cuantitativo y análisis comparativo, incluyendo a 470 madres y sus hijos, quienes fueron seguidos desde el nacimiento hasta los 24 meses; se comparó un grupo con atención estándar (n=313) y otro con atención estándar más visitas domiciliarias (n=157). Los **resultados** mostraron que las madres del grupo con visitas domiciliarias tuvieron mayor probabilidad de cumplir con al menos cuatro controles prenatales (38% vs. 26%;  $p < 0.05$ ), mayor lactancia materna exclusiva a los 3 meses (29% vs. 17%;  $p < 0.01$ ) y menor uso de curanderos tradicionales (6% vs. 13%;  $p < 0.05$ ); sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en el crecimiento infantil (talla/edad, peso/edad, peso/talla) ni en el cumplimiento de los hitos del desarrollo motor hasta los 24 meses, ya que ambos grupos presentaron trayectorias de crecimiento similares según los estándares de la OMS. En **conclusión**, las visitas domiciliarias demostraron tener un impacto positivo y significativo en las prácticas de cuidado materno, especialmente en conductas preventivas, aunque su efecto directo en el desarrollo infantil fue limitado. (50)

**BOO F. Y OTROS (Brasil-2021)**, en su estudio titulado “¿Funciona integrar servicios de primera infancia con los servicios de salud? Evidencia experimental del programa

de visitas domiciliarias Cresça Com Seu Filho”, tuvieron como **objetivo** fomentar el desarrollo infantil mediante dinámicas lúdicas, destacando la originalidad del programa frente a otras iniciativas de estimulación temprana; utilizaron la siguiente **metodología**: analizaron los efectos inmediatos de un programa de visitas domiciliarias a gran escala, completamente incorporado a los servicios de atención primaria de salud (en este caso, la Estratégia Saúde da Família de Brasil). Su enfoque de identificación se basó en la asignación aleatoria original del programa Cresça Com Seu Filho en Fortaleza, realizada a nivel de agente comunitario de salud (ACS). Los **resultados** mostraron que, en el conjunto de intervención, solo el 11% de los niños recibió al menos una visita. De este conjunto, el 31% tuvo más de 20 visitas, con un promedio de 15.83 visitas. Comparado con programas similares al PCCSF, que muestran efectos significativos en el desarrollo infantil y comparten similitudes en modalidad, edad de los beneficiarios, enfoque de la intervención y perfil del personal, los niños reciben entre 16 y 24 visitas. **Conclusiones**: el programa tuvo un efecto positivo moderado en la calidad del entorno familiar, especialmente en aspectos como la sensibilidad, receptividad y gestión de la conducta por parte de los cuidadores. (51)

**NEWTON Y BAHETY (India, 2021)**, en el estudio titulado “Evaluación de la eficacia de las visitas domiciliarias de trabajadores de salud comunitarios en la salud infantil: una evaluación cuasi experimental del cuidado de recién nacidos en el hogar en India”, tuvieron como **objetivo** evaluar la efectividad de las visitas domiciliarias realizadas por trabajadoras comunitarias de salud sobre las prácticas preventivas y la salud infantil en el período postneonatal, en el marco del programa, implementado entre 2013 y 2017 en 13 distritos de los estados de Bihar, Odisha, Madhya Pradesh y Rajasthan. La **metodología** fue cuasi-experimental, utilizando un diseño de diferencias de medias, comparando distritos de intervención con distritos control

emparejados, a partir de dos encuestas poblacionales transversales, aplicadas a madres de niños de 3 a 23 meses, complementadas con encuestas y técnicas cualitativas (grupos focales y entrevistas). Los **resultados** indican que el programa logró un aumento significativo en la cobertura de visitas domiciliarias, pasando de 44.1% a 68.7% en las zonas de intervención, con un impacto neto de 10.5 puntos respecto a las zonas control, así como un incremento en la recepción del esquema completo de cuatro visitas (impacto de 9.4 puntos); además, el contenido de las visitas se alineó mejor con los protocolos del programa, con mayor consejería en lactancia, alimentación y entrega de insumos como sales de rehidratación oral e hierro. Sin embargo, no se encontraron efectos estadísticamente significativos en los resultados finales de prácticas saludables, tales como lactancia materna exclusiva, diversidad alimentaria, lavado de manos, monitoreo del crecimiento, consumo regular de hierro ni cobertura de vacunación, lo cual se atribuye a baja cobertura efectiva, incentivos insuficientes y tardíos, sobrecarga laboral de las trabajadoras comunitarias y limitaciones del sistema (abastecimiento, coordinación intersectorial). En **conclusión**, aunque el protocolo mejoró la frecuencia y calidad de las visitas domiciliarias, no logró traducir estos avances en cambios poblacionales sostenidos en las prácticas de salud infantil, evidenciando que para que las visitas domiciliarias tengan impacto a gran escala se requiere fortalecer los incentivos, el soporte del sistema de salud y abordar barreras sociales y organizativas que condicionan el desempeño de las agentes comunitarias. (52)

**GALASSO Y OTROS (Madagascar, 2019)** realizaron el estudio titulado “Efectos de la suplementación nutricional y las visitas domiciliarias sobre el crecimiento y el desarrollo de niños pequeños en Madagascar: un ensayo controlado aleatorizado por grupos”, cuyo **objetivo** fue evaluar si la suplementación nutricional con lípidos (LNS)

y las visitas domiciliarias con consejería intensiva y estimulación temprana, integradas a un programa comunitario nacional de nutrición, mejoraban el crecimiento y el desarrollo infantil durante los primeros 1000 días de vida. La **metodología** correspondió a un ensayo controlado aleatorizado por conglomerados, que incluyó 125 comunidades y 3 738 madres e hijos, asignados a cinco grupos: programa estándar (control), consejería intensiva, consejería + LNS para niños, consejería + LNS para madres e hijos, y consejería + visitas domiciliarias de estimulación temprana; los **resultados** evidenciaron que no hubo efectos globales significativos de las intervenciones sobre el crecimiento ni el desarrollo infantil en la muestra total; sin embargo, en el análisis por subgrupos, los niños más pequeños completamente expuestos al LNS desde los 6 meses mostraron mejoras significativas en la talla/edad y una reducción de la prevalencia de retraso en el crecimiento de 8–9%, mientras que la suplementación materna adicional no otorgó beneficios extra; asimismo, las visitas domiciliarias y la consejería intensiva lograron mejorar prácticas alimentarias específicas (mayor consumo de alimentos de origen animal y lácteos), pero no produjeron cambios sostenidos en la diversidad dietética, la higiene ni la estimulación temprana en el hogar, ni impactos significativos en los puntajes de desarrollo infantil. En **conclusión**, el estudio demuestra que la suplementación nutricional infantil con LNS es efectiva para mejorar el crecimiento lineal solo cuando se inicia tempranamente, mientras que las visitas domiciliarias y la consejería, aunque útiles para modificar algunas prácticas de cuidado, resultan insuficientes por sí solas para revertir la malnutrición crónica y mejorar el desarrollo infantil en contextos de pobreza extrema, lo que subraya la necesidad de intervenciones más intensivas y adaptadas a las limitaciones estructurales del entorno. (53)

**LIORET Y OTROS (Francia, 2025)**, en el estudio titulado “Intervención con visitas domiciliarias durante el embarazo y los dos primeros años de vida para promover prácticas de alimentación saludable y comportamientos relacionados con el equilibrio energético y prevenir el riesgo de obesidad en niños de familias socialmente desfavorecidas: protocolo para el estudio ECAIL”, tuvieron como **objetivo** evaluar la efectividad de un programa de visitas domiciliarias realizadas por dietistas para promover prácticas de alimentación saludable, equilibrio energético y prevención del riesgo de obesidad en niños desde el embarazo hasta los 24 meses, en familias socialmente desfavorecidas del norte de Francia. La **metodología** fue aleatorizada, donde se consideraron 550 gestantes (275 grupo intervención y 275 grupo control), con seguimiento de los niños hasta los 2 años. Según los **resultados**, los autores encontraron que a los 24 meses incluyen la diferencia en el IMC del niño, esperando una reducción mínima clínicamente relevante de 0.30 desviaciones estándar en el grupo intervención respecto al control; también, observaron un incremento en la prevalencia de lactancia materna a los 3 y 6 meses (diferencia esperada entre 10–15 puntos), una mayor duración media de lactancia ( $\geq 1$  mes adicional), una introducción oportuna y adecuada de la alimentación complementaria, mayor frecuencia de consumo de frutas y verduras ( $\geq 1$  ración/día adicional) y una mejor calidad global de la dieta infantil a los 12 y 24 meses, además de patrones de conducta más saludables relacionados con actividad física y uso reducido de pantallas. En **conclusión**, un programa estructurado de visitas domiciliarias intensivas durante los primeros 1000 días puede generar mejoras cuantificables en las prácticas alimentarias materno-infantiles y reducir el riesgo temprano de obesidad, constituyéndose en una estrategia prometedora para disminuir inequidades sociales en salud desde la primera infancia.

**YONEMOTO Y OTROS (Japón–2021)**, en el estudio titulado “Horarios de visitas domiciliarias en el posparto temprano”, tuvieron como **objetivo** evaluar los efectos de diferentes esquemas y frecuencias de visitas domiciliarias durante el período posparto temprano (hasta 42 días) sobre la mortalidad y morbilidad materna y neonatal, así como sobre la lactancia materna, la salud mental materna y la satisfacción con la atención posnatal. La **metodología** correspondió a una revisión sistemática Cochrane de 16 ensayos aleatorizados, que incluyeron un total de 12 080 mujeres en países de altos y bajos recursos (Europa, América, Asia, Medio Oriente y África), comparando esquemas de mayor versus menor número de visitas, diferentes modelos de atención domiciliaria y atención en domicilio versus establecimiento de salud. Los **resultados** mostraron que el incremento de visitas domiciliarias no evidenció un efecto claro sobre la mortalidad materna (RR (riesgo relativo) = 0.39; IC95%: 0.02–9.41) ni neonatal (RR = 0.99; IC95%: 0.26–3.69; evidencia muy baja), pero se observó un ligero aumento no clínicamente relevante en los puntajes de depresión posnatal (DM (diferencia de medias) = +1.02 en la EPDS (Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo); IC95%: 0.25–1.79). En contraste, las visitas domiciliarias se asociaron con mayor satisfacción materna (DM = +14.7 puntos en escalas de satisfacción; IC95%: 8.43–20.97) y con una mejoría en la lactancia materna exclusiva a las 6 semanas (RR = 1.17; IC95%: 1.01–1.36), así como con menor utilización de servicios de salud infantil (RR = 0.48). Además, los modelos de atención domiciliaria individualizada redujeron la probabilidad de depresión posparto significativa a los 4 meses (RR = 0.68; IC95%: 0.53–0.86). En **conclusión**, la revisión evidencia que, aunque las visitas domiciliarias en el posparto temprano no reducen de forma concluyente la mortalidad materna o neonatal, sí favorecen prácticas saludables clave como la lactancia materna exclusiva, el bienestar emocional materno y la satisfacción

con la atención recibida, destacando su valor como estrategia de apoyo integral en el cuidado materno-infantil temprano, especialmente en contextos con limitado acceso a servicios de salud. (55)

### 2.3.2. Antecedentes Nacionales

**RAMÍREZ S. (Lima-2021)**, en su estudio titulado “Fortalecimiento y acompañamiento en la calidad de visitas domiciliarias de actores sociales en Meta 4, San Vicente de Cañete, 2021”, planteó como **objetivo**: evaluar el impacto del programa “Fortalecimiento y acompañamiento en la calidad de las visitas domiciliarias realizadas por los actores sociales de la Meta 4, San Vicente de Cañete”, en 2021. La **metodología** empleada fue una investigación cuantitativa de tipo aplicado, con un diseño pre-experimental, en la que participaron 22 actores sociales (AS) vinculados al programa de incentivos municipales. Se utilizó una ficha de observación pre/post, que alcanzó una confiabilidad de 0.853 en la prueba de Alpha de Cronbach, adecuada para medir variables politómicas. Los **resultados** indicaron que el 63.7% de los actores sociales alcanzaron el nivel eficiente tras la implementación del programa. La prueba de hipótesis mostró un valor Z de -2.584, menor a 1.96, y un valor p de 0.010, inferior a 0.05, lo cual confirmó diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y el postest, evidenciando un incremento en la mediana de los datos del postest en comparación con el pretest (de 1 a 3). **Conclusión**: El programa de Fortalecimiento y acompañamiento tiene una influencia significativa en la calidad de las visitas domiciliarias a los actores sociales de la Meta 4 en San Vicente de Cañete durante el año 2021. (56)

**MONTENEGRO A. (Chiclayo- 2023)** en su investigación “Visitas domiciliarias y prácticas saludables en madres de niños menores de un año en un centro poblado de Amazonas”, y como **objetivo**: establecer la asociación entre las visitas domiciliarias

y las prácticas saludables en madres con niños menores de un año, en un centro poblado de Amazonas. Referente a la **metodología**: Se utilizó una metodología de tipo básica-correlacional, con una población compuesta por 30 madres. La muestra fue equivalente a la totalidad de la población, y se aplicó un cuestionario a todas las participantes para evaluar ambas variables. Como **resultado**: Se obtuvo un valor de significancia de 0.016, menor al umbral de 0.05, y un Rho de 0.435, lo cual evidencia una asociación significativa de nivel moderado entre las visitas domiciliarias y las prácticas saludables en madres con niños menores de un año en un centro poblado de Amazonas. Además, el 83.3% de las madres evaluaron las visitas domiciliarias en un nivel alto y el 16.7% en un nivel medio. Respecto a las prácticas saludables, el 56.7% reportó un nivel adecuado y el 43.3% un nivel regular. **Conclusión**: Las visitas domiciliarias se sitúan en un nivel alto, al igual que las prácticas saludables, ya que las madres indican que son adecuadas. (57)

**MORI B. y DÁVILA M. (Lima-2023)** en su investigación “Participación en sesiones demostrativas y visitas domiciliarias y su asociación con anemia en niños de 18 a 35 meses: un análisis del ENDES 2019”, y como **objetivo**: Evaluar la relación entre la asistencia a sesiones demostrativas y visitas domiciliarias, y la presencia de anemia en infantes de 18 a 35 meses. Con respecto a la **metodología**: Se efectuó una evaluación secundaria de la ENDES 2019 con una muestra de 6075 niños. La anemia fue definida como la variable dependiente (hemoglobina <11 g/dL ajustada por altitud), mientras que las variables independientes incluyeron la asistencia a sesiones y las visitas domiciliarias. Para el análisis bivariado se utilizó la prueba de chi cuadrado, y para el análisis multivariado se utilizó la regresión de Poisson para estimar tanto la prevalencia cruda como la ajustada. Los **resultados** mostraron que la probabilidad de anemia aumentó en un 24% en niños cuyas madres asistieron a

sesiones (RP: 1.24, IC95%: 1.11-1.39) y en un 29% en aquellos que recibieron visitas domiciliarias (RP: 1.29, IC95%: 1.12-1.48). En el modelo ajustado, los niños cuyas madres participaron en sesiones y estaban afiliados al SIS presentaron una menor probabilidad de anemia (0.28, IC95%: 0.24-0.31) a diferencia de aquellos sin seguro (0.45, IC95%: 0.35-0.55) o con otro tipo de seguro (0.45, IC95%: 0.28-0.62). De igual manera, los niños no asegurados y sin visitas domiciliarias mostraron una mayor probabilidad de anemia (0.34, IC95%: 0.31-0.38) en contraste con los asegurados por el SIS u otros seguros (0.30, IC95%: 0.28-0.32 frente a 0.28, IC95%: 0.24-0.33).

**Conclusión:** Se halló una relación positiva entre la asistencia a sesiones y visitas domiciliarias y la probabilidad de padecer anemia; contar con el SIS redujo el riesgo de anemia en comparación con no tener seguro o tener otro tipo de seguro. (58)

### 2.3.3. Antecedentes Locales

**ESCALANTE V. (Cusco-2021)**, en su estudio titulado “Conocimiento y práctica sobre estimulación temprana de las madres de niños(as) menores de 18 meses en el crecimiento y desarrollo, en el Puesto de Salud Miraflores, octubre-noviembre, Cusco 2019”, cuyo **objetivo** fue determinar la asociación entre el nivel de conocimiento y la práctica sobre estimulación temprana de las madres de niños y niñas menores de 18 meses en el crecimiento y desarrollo en dicho centro de salud. Con respecto a la **metodología**, el estudio fue de tipo descriptivo, correlacional y transversal, y se trabajó con una población de 110 madres. Para la recolección de datos, se utilizaron dos instrumentos: un cuestionario y una guía de observación, ambos validados por juicio de expertos. Los **resultados** mostraron que el 60.9% de las madres tenían un conocimiento regular sobre estimulación temprana, mientras que el 24.6% presentaban un buen conocimiento; en cuanto a la práctica, el 69.1% tuvo una práctica adecuada y el 30.9% una práctica inadecuada sobre estimulación temprana.

En **conclusión**, no se encontró relación entre el nivel de conocimiento y la práctica sobre estimulación temprana en madres de niños(as) menores de 18 meses en el crecimiento y desarrollo. (59)

## **2.4. Hipótesis**

### **2.4.1. Hipótesis General**

Las visitas domiciliarias se relacionan significativamente con las prácticas saludables en madres de niños menores de 2 años en el distrito Anta - Cusco, 2024.

## **2.5. Identificación de variables**

**Variable independiente:** Visitas domiciliarias

**Variable dependiente:** Prácticas saludables

## 2.6. Operacionalización de variables

### 2.6.1. Variable independiente

Variable independiente	Dimensiones	Naturaleza de la variable	Forma de medición	Indicadores	Escala de medición	Instrumentos y procedimientos de medición	“Expresión final de la variable”	“Definición operacional”
Visita domiciliaria	Inicio de la visita	Cualitativa	Directa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saludo del actor social</li> <li>- Presentación del actor social</li> <li>- Motivo de la visita</li> </ul>	Ordinal	Mediante datos consignados en la encuesta	Se expresará como <b>nunca</b> . Cuando la presentación por parte del actor social no se realice con frecuencia, será <b>a veces</b> ; cuando se realiza con poca frecuencia y <b>siempre</b> cuando se realicen todos los pasos en todo momento.	Se expresará como nunca =1, a veces=2 y siempre=3, se considerará el grado de acuerdo a la percepción con dicho aspecto de las madres de niños de 2 años en el distrito de Anta.
	Desarrollo de la visita	Cualitativa	Directa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consumo de hierro</li> <li>- Asistencia al CRED</li> </ul>	Ordinal	Mediante datos consignados en la encuesta	Se expresará como <b>nunca</b> , cuando la explicación por parte del actor social no se realice con	Se expresará como nunca =1, a veces=2 y siempre=3, se considerará el grado de acuerdo a la

---

						frecuencia, será <b>a veces</b> cuando se realiza con poca frecuencia y <b>siempre</b> cuando se realicen todos los pasos en todo momento.	percepción con dicho aspecto de las madres de niños de 2 años en el distrito de Anta.	
Cierre de visita	Cualitativa	Directa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compromiso con la madre</li> <li>- Recomendaciones sobre el cuidado del niño</li> <li>- Acuerdo de la próxima visita</li> </ul>	Ordinal	-	Mediante datos consignados en la encuesta	Se expresará como <b>nunca</b> , cuando el cierre de visita por parte del actor social no se realice con frecuencia, será <b>a veces</b> cuando se realiza con poca frecuencia y <b>siempre</b> cuando se realicen todos los pasos en todo momento.	Se expresará como nunca =1, a veces=2 y siempre=3, se considerará el grado de acuerdo a la percepción con dicho aspecto de las madres de 2 niños de años en el distrito de Anta.

---

### 2.6.2. Variable dependiente

Variable dependiente	Dimensiones	Naturaleza de la variable	Forma de medición	Indicadores	Escala de medición	Instrumentos y procedimientos de medición	Expresión final de la variable	Definición operacional
Prácticas saludables	Brinda alimentación complementaria desde los 6 meses	Cualitativa	Directa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consumo de 2 ó 3 comidas diarias + LM 3 comidas principales + 1 refrigerio + LM 3 comidas principales + 2 refrigerios + LM (de acuerdo a la edad)</li> <li>- Consumo comidas sólidas y variadas.</li> <li>- Consumo de alimentos ricos en hierro al menos tres veces por semana.</li> <li>- Consumo de verduras y frutas</li> <li>- Acompañamiento de la higiene bucal del niño/a</li> <li>- Comparte la mesa familiar en comidas principales</li> </ul>	Ordinal	Mediante datos consignados en la encuesta	Se expresará como <b>inadecuado</b> , cuando la madre lo realice de manera escasa o nula, será <b>regular</b> cuando se realice poco frecuente y <b>adecuado</b> cuando se realicen todas las sugerencias.	Se expresará como inadecuado =1, regular=2 y adecuado=3, se considerará el nivel de aplicación de acuerdo a la percepción con dicho aspecto de las madres de niños de 2 años en el distrito de Anta.
	Brinda suplemento de hierro o micronutrientes de 6 a 24 meses	Cualitativa	Directa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suplemento de hierro</li> <li>- Suplemento con micronutrientes</li> <li>- Suplemento con vit A</li> </ul>	Ordinal	Mediante datos consignados en la encuesta	Se expresará como <b>inadecuado</b> , cuando la madre lo realice de manera	Se expresará como inadecuado =1, regular=2 y adecuado=3, se

			-	Uso de sal yodada para la preparación de comidas del niño/niña			escasa o nula, será <b>regular</b> cuando se realice poco frecuente y <b>adecuado</b> cuando se realicen todas las sugerencias.	considerará el nivel de aplicación de acuerdo a la percepción con dicho aspecto de las madres de niños de 2 años en el distrito de Anta.
Lleva al niño/niña a su control de crecimiento y desarrollo oportuno	Cualitativa	Directa	-	Asistencia regular a su cita de CRED.	Ordinal	Mediante datos consignados en la encuesta	Se expresará como <b>inadecuado</b> , cuando la madre lo realice de manera escasa o nula, será <b>regular</b> cuando se realice poco frecuente y <b>adecuado</b> cuando se realicen todas las sugerencias.	Se expresará como inadecuado =1, regular=2 y adecuado=3, se considerará el nivel de aplicación de acuerdo a la percepción con dicho aspecto de las madres de niños de 2 años en el distrito de Anta.
Lleva al niño/niña a que se les apliquen las vacunas de acuerdo a la edad	Cualitativa	Directa	-	Recibe las vacunas acordes a su edad	Ordinal	Mediante datos consignados en la encuesta	Se expresará como <b>inadecuado</b> , cuando la madre lo realice de manera escasa o nula,	Se expresará como inadecuado =1, regular=2 y adecuado=3, se considerará el

								será <b>regular</b> cuando se realice poco frecuente y <b>adecuado</b> cuando se realicen todas las sugerencias.	nivel de aplicación de acuerdo a la percepción con dicho aspecto de las madres de niños de 2 años en el distrito de Anta.
Estimula de manera oportuna al niño/a para favorecer el desarrollo psicomotriz	Cualitativa	Directa	- Realiza actividades de estimulación temprana - Acude a talleres de estimulación temprana programado	Ordinal	Mediante datos consignados en la encuesta	Se expresará como <b>inadecuado</b> , cuando la madre lo realice de manera escasa o nula, será <b>regular</b> cuando se realice poco frecuente y <b>adecuado</b> cuando se realicen todas las sugerencias.	Se expresará como inadecuado =1, regular=2 y adecuado=3, se considerará el nivel de aplicación de acuerdo a la percepción con dicho aspecto de las madres de niños de 2 años en el distrito de Anta.		
Lavarse las manos con agua y jabón.	Cualitativa	Directa	- Técnica de lavado de manos - Lavado de manos antes de la preparación de alimentos - Lavado de manos antes y después de comer.	Ordinal	Mediante datos consignados en la encuesta	Se expresará como <b>inadecuado</b> , cuando la madre lo realice de manera escasa o nula, será <b>regular</b>	Se expresará como inadecuado =1, regular=2 y adecuado=3, se considerará el nivel de		

								cuando se realice poco frecuente y <b>adecuado</b> cuando se realicen todas las sugerencias.	aplicación de acuerdo a la percepción con dicho aspecto de las madres de niños de 2 años en el distrito de Anta.
Consumir agua segura	agua	Cualitativa	Directa	-Consumo de agua clorada o hervida	Ordinal	Mediante datos consignados en la encuesta	Se expresará como <b>inadecuado</b> , cuando la madre realice de manera escasa o nula, será <b>regular</b> cuando se realice poco frecuente y <b>adecuado</b> cuando se realicen todas las sugerencias.	Se expresará como inadecuado =1, regular=2 y adecuado=3, se considerará el nivel de aplicación de acuerdo a la percepción con dicho aspecto de las madres de niños de 2 años en el distrito de Anta.	

### 2.6.3. Covariable

Variable	“Naturaleza de la variable”	Forma medición	de Indicadores	Escala	Instrumentos y procedimientos de medición	Expresión final	Definición operacional
Edad	Cuantitativa	Directa	Años cumplidos	Intervalo	Mediante datos consignados en la encuesta	15 a 23 años 24 a 32 años 33 a 41 años 42 a 50 años	La edad de una persona se refiere al lapso de tiempo que transcurre desde su nacimiento hasta el momento actual
Estado civil	Cualitativa	Directa	Situación de convivencia	Nominal	Mediante datos consignados en la encuesta	Soltera Casada Conviviente Divorciada	Se refiere a la situación en la que se encuentra en un momento específico de su vida personal.
N° de hijos	Cuantitativa	Directa	Cantidad de hijos	Razón	Mediante datos consignados en la encuesta	.1 hijo 2 hijos 3 hijos 4 a más hijos	Cantidad de hijos que ha tenido una persona en algún momento de su vida
Nivel académico	Cualitativa	Directa	Nivel académico	Nominal	Mediante datos consignados en la encuesta	Primaria Secundaria Técnico Superior	Nivel alcanzado por la madre de familia

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. Ámbito de estudio**

El área de estudio de la presente investigación comprende el distrito de Anta, ubicado en la provincia de Anta, región Cusco, Perú, el cual presenta una configuración territorial mayoritariamente rural y está conformado por 20 comunidades con características socioeconómicas heterogéneas y limitaciones en el acceso a servicios básicos; este contexto geográfico y social incide directamente en la situación de salud materno-infantil, evidenciándose una elevada prevalencia de problemas nutricionales y de salud en madres y niños menores de dos años, grupo considerado altamente vulnerable frente a la anemia, la desnutrición y enfermedades prevenibles, lo que constituye un desafío significativo para el bienestar de la población local; en tal sentido, la selección de este ámbito resulta pertinente, ya que permite el acceso directo a un grupo específico de madres que constituyen el foco de la investigación y que pueden beneficiarse de manera directa de las visitas domiciliarias y de la promoción de prácticas saludables, facilitando la evaluación de su implementación y efectividad en condiciones reales; en la Tabla 1 se presentan las comunidades que conforman el distrito de Anta consideradas en el estudio.

**Tabla 1:** Comunidades del distrito de Anta

<b>Comunidad</b>	<b>Sector</b>
Anta	Anansaya Anta Pueblo Hospital Pampa, otros Izcuchaca Santa Rosa Villa Carmen
Pichoc	Pichoc
Lluskanay	Lluskanay San Cristobal de Lluscanay
Kehuar	Kehuar
Piñanccay	Piñanccay
Chacacurqui	Chacacurqui
Occoruro	Occoruro
Pancarhuaylla	Pancarhuaylla
Chacan	Agua Dulce Chacan Chico Chacan Chicllapucyo Lucre Acconhuaylla Santa Ana Santiago
Compone	Ayllu San Isidro Compone Huancarpata, Anexo Las Flores Los Licenciados
Conchacalla	Ccorchacalla Central Huaynapata, Caserio Rosaspata Santa Maria
Mantoclla	Mantoclla
Haparquilla	Haparquilla Haparquilla, Otros Pampallamaq San Juan Bosco Sector Centro Social,
Mosoqlacta	Mosoqlacta
Huerta	Huerta, otros
Markjo	Markjo
Ccasacunca	Ccasacunca
Inquillpata	Inquilpata, Caserio
Yungaqui	Yungaqui Chico Yungaqui Grande
Pacca	Pacca

Fuente: Municipalidad Provincial de Anta (75)

### **3.2. Tipo y Nivel de la investigación**

Fue un estudio correlacional, cuantitativo y no experimental.

#### **Tipo: Básica**

Es un estudio de tipo básico, ya que tiene como objetivo producir conocimientos científicos y teóricos (60) busca generar conocimiento sobre la relación entre las visitas domiciliarias y las prácticas saludables en madres de niños menores de 2 años en el distrito de Anta; por lo que este tipo de investigación se centra en la comprensión de los fenómenos y la recolección de datos que puedan contribuir a mejorar las prácticas saludables en la crianza de los niños menores de 2 años.

#### **Nivel de la investigación: Correlacional**

El nivel de investigación es correlacional, dado que se pretendió establecer la relación entre dos variables (56) las visitas domiciliarias y las prácticas saludables en las madres. A través de este nivel, se busca determinar si existe una asociación significativa entre la frecuencia de las visitas domiciliarias y la adopción de prácticas saludables en la alimentación y cuidado de los niños.

#### **Enfoque: Cuantitativo**

El enfoque de la investigación es cuantitativo, lo que implica que se utilizaron datos numéricos para analizar y describir la relación entre las variables; este enfoque permite la aplicación de técnicas estadísticas para evaluar la fuerza y dirección de la relación entre las visitas domiciliarias y las prácticas saludables (56).

#### **Diseño de la investigación: Diseño No experimental**

El diseño de la investigación es no experimental, debido a que no se modificaron las variables de estudio; en su lugar, se observaron y analizaron las condiciones

existentes en el contexto natural de las madres en el distrito de Anta. Este diseño es apropiado para estudios que buscan identificar relaciones entre variables sin intervenir en el entorno (56).

### **3.3. Unidad de análisis**

La unidad de análisis en este estudio es las madres de niños menores de 2 años que residen en el distrito de Anta, en la región de Cusco, Perú. Este grupo específico ha sido seleccionado debido a su relevancia en el entorno de la atención integral en el hogar y la promoción de prácticas saludables. Cada madre fue considerada como una unidad de análisis individual, y se buscó recopilar información sobre la frecuencia de visitas domiciliarias; a su vez, las prácticas saludables como los hábitos relacionados con la alimentación, la lactancia materna, la higiene y el cuidado general de sus hijos.

### **3.4. Población de estudio**

La población objeto de estudio estuvo conformada por todas las madres de niños menores de 2 años que asisten al Centro de Salud del distrito de Anta. Se estimó un total de 974 madres considerando todas las comunidades del distrito; sin embargo, esta cifra se empleó de manera global, sin realizar una distribución por comunidad, dado que el interés de la investigación se centró en el conjunto total de madres como población de referencia.

### **Criterios de inclusión**

- Madres con hijos de 6 meses y menores de 2 años.
- Madres que residen en el distrito de Anta.
- Madres que reciben visitas domiciliarias.

### Criterios de exclusión

- Madres que no cuentan con Seguro Integral de Salud (SIS).
- Madres que son transeúntes
- Madres con hijos con condiciones específicas o especiales (Discapacidad Física o mental)
- Madres que no residan en el Distrito de Anta

### 3.5. Tamaño de la muestra

Considerando que se tiene una población conocida se procedió a sacar una fórmula muestral para poblaciones finitas:

$$n = \frac{z^2(p)(q)N}{\varepsilon^2(N - 1) + z^2(p)(q)}$$

En donde:

N= 464 (Tamaño de la población)

n= Tamaño de la muestra.

Z= 1.96 (Nivel de confianza del 95%)

P= 0.5 (Probabilidad de éxito)

q= 0.5 (Probabilidad de fracaso 1-p)

$\varepsilon$ = 0.05 margen de error.

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5 * 464}{(0.05)^2 * (464 - 1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = 211$$

Se seleccionó una muestra de 211 madres; considerando que es un muestreo aleatorio.

### 3.6. Técnicas de selección de la muestra

Para garantizar la representatividad y precisión en los resultados del estudio, se aplicó la técnica de muestreo probabilístico, la cual permite que cada elemento de la población tenga una probabilidad conocida y no cero de ser seleccionado, lo que contribuye a la objetividad y fiabilidad de la investigación. En este contexto particular, se ha optado por incluir en la muestra a madres de niños mayores de 5 meses y menores de dos años, con el propósito de explorar y analizar las variables de interés con mayor detalle y pertinencia en relación con el grupo demográfico de interés.

### 3.7. Técnicas de recolección de la información

**Técnica:** Encuesta

**Instrumento:** Cuestionario

El cuestionario fue elaborado para determinar la frecuencia de las visitas domiciliarias, siendo la escala de Likert: nunca (1), a veces (2) y siempre (3); para medir el nivel de prácticas saludables de las madres de niños menores de 2 años, se aplicará la escala de inadecuado (1), regular (2) y adecuado (3); en ese entender, las preguntas fueron cerradas y siguieron un orden secuencial.

#### 3.7.1. Baremos de instrumentos

Para la mejor interpretación de resultados se utilizaron los siguientes baremos:

**Tabla 2:** Baremos variable visita domiciliaria

	Ítems	Nunca	A veces	Siempre
<b>Variable</b>				
Visita domiciliaria	16	16-27	28-39	40-48
<b>Dimensiones</b>				
Inicio de la visita	3	3 - 5	6 - 7	8-9
Desarrollo de la visita	6	6-10	11-15	16-18
Cierre de la visita	7	7-12	13-18	19-21

Se observa en la Tabla 2 que la sección del cuestionario para la variable visita domiciliaria consta de 16 ítems y evalúa tres dimensiones: inicio de la visita, desarrollo de la visita y cierre de la visita; la escala de medición utilizada clasifica los puntajes en tres niveles: nunca (16-27), a veces (28-39) y siempre (40-48) y la distribución de los ítems por dimensión es la siguiente: inicio de la visita (3 ítems), desarrollo de la visita (6 ítems) y cierre de la visita (7 ítems).

**Tabla 3:** Baremos variable prácticas saludables

	Ítems	Inadecuado	Regular	Adecuado
<b>Variable</b>				
Prácticas saludables	16	16-27	28-39	40-48
<b>Dimensiones</b>				
Brinda alimentación complementaria desde los 6 meses	6	6-10	11-14	15-18
Brinda suplemento de hierro o micronutrientes de 6 a 23 meses	4	4-7	8-10	11-12
Lleva al niño/niña a su control de crecimiento y desarrollo oportuno	1	1	2	3
Lleva al niño/niña a que se les apliquen las vacunas de acuerdo a la edad	1	1	2	3
Estimula de manera oportuna al niño/a para favorecer el desarrollo psicomotriz	2	2-3	4-5	6
Lavarse las manos con agua y jabón	1	1	2	3
Consumo de agua segura	1	1	2	3

Así mismo, la Tabla 3 muestra que, la sección del cuestionario para la variable prácticas saludables consta de 16 ítems y evalúa distintas dimensiones relacionadas con el cuidado infantil y la promoción de la salud; la escala de medición utilizada clasifica los puntajes en tres niveles: inadecuado (16-27), regular (28-39) y adecuado (40-48) y las dimensiones evaluadas incluyen brindar alimentación complementaria desde los 6 meses, proporcionar suplemento de hierro o micronutrientes, asistir a controles de crecimiento y desarrollo, cumplir con el esquema de vacunación,

estimular el desarrollo psicomotriz, así como promover el lavado de manos y el consumo de agua segura.

### **3.7.1.1. Pasos de las prácticas saludables**

#### **A. Alimentación complementaria desde los 6 meses**

1. Mantener lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y luego continuarla hasta los 2 años o más, junto con otros alimentos.
2. A los 6 meses, iniciar alimentos 2–3 veces al día (6–8 meses): purés o papillas espesas (no sopas ni jugos) con 3–5 cucharadas por comida; consistencia aplastada, NO licuada ni colada.
3. Priorizar alimentos ricos en hierro: sangrecita, hígado, bazo, carnes, huevo y menestras, combinados con tubérculos/cereales (papa, arroz, quinua, fideos) y frutas/verduras.
4. De 9–11 meses: ofrecer alimentos picados o trozados, tipo “segundo sin aderezo”, 4 veces al día (desayuno, media mañana, almuerzo, cena), 5–7 cucharadas por comida.
5. De 12–23 meses: el niño ya come casi igual que la familia; ofrecer segundos de olla familiar, trozados, 5 veces al día, 7–10 cucharadas por comida, manteniendo lactancia a demanda. (61)
6. No añadir sal ni azúcar a las preparaciones hasta los 2 años y evitar procesados (galletas, gaseosas, yogur azucarado, frituras, golosinas).
7. Respetar el apetito del niño y aumentar la frecuencia si come poca cantidad; usar alimentación responsiva (hablarle, no forzar, ofrecer de nuevo más tarde). (61)

**B. Suplemento de hierro o micronutrientes (6–24 meses)**

1. Control en el establecimiento de salud: a los 6 meses verificar en CRED si corresponde iniciar micronutrientes en polvo o sulfato ferroso, según la norma y hemoglobina del niño. (62)
2. Iniciar desde los 6 meses: para niños sin anemia, se suele indicar 1 sobre de micronutrientes al día mezclado con comida espesa (papilla o puré, nunca con líquidos) por un periodo mínimo de 6–12 meses continuos; en anemia se ajusta dosis y forma (hierro líquido o en gotas). (63)
3. Preparación correcta: vaciar el sobre completo sobre 2–3 cucharadas de comida espesa ya lista, mezclar bien y dársela en el momento; no recalentar ni guardar restos. (62)
4. Momento del día: ofrecer el suplemento una vez al día, preferentemente a la misma hora, junto con alimentos; no darlo solo con leche o agua. (62)
5. Manejo de efectos adversos: informar a la madre que pueden aparecer heces oscuras o leve estreñimiento, que son esperables; si hay vómitos o diarrea intensa, acudir al establecimiento. (64)
6. Seguimiento: cumplir los controles de hemoglobina y CRED según la norma (por ejemplo, a 6, 12 y 24 meses) y no suspender el suplemento sin indicación del personal de salud. (65)

**C. Llevar al niño/niña a vacunación según edad**

1. Revisar el carné de vacunación en cada visita domiciliaria y con la madre, verificar las fechas de dosis recibidas y pendientes. (66)
2. Recordar el esquema básico <2 años:
  - Recién nacido: BCG y Hepatitis B.

- 2, 4 y 6 meses: vacunas contra difteria–tétanos–pertussis, Hib, hepatitis B, polio, neumococo y rotavirus según combinación disponible.
  - 7 meses: primera dosis de influenza.
  - 12 meses: SRP (sarampión-rubéola-paperas), refuerzo de neumococo y otras según esquema vigente.
  - 18 meses: refuerzos de DPT, polio, SRP, varicela según norma. (65)
3. Indicar a la madre que acuda al establecimiento en la fecha indicada del carné o ante cualquier atraso para “completar y recuperar dosis”. (67)
  4. Antes de vacunar: confirmar que el niño no tiene fiebre alta ni enfermedad grave; resfriados leves no suelen ser contraindicación. (65)
  5. Después de vacunar: explicar posibles reacciones (fiebre ligera, dolor en el brazo, enrojecimiento) y recomendar paracetamol sólo si es indicado por el personal de salud; observar signos de alarma y acudir si aparecen. (65)
  6. Reforzar el mensaje: todas las vacunas del esquema nacional son gratuitas y obligatorias, y protegen contra enfermedades graves como neumonía, meningitis, diarreas por rotavirus, sarampión, etc. (65)

#### **D. Estimulación psicomotriz oportuna**

1. Desde el nacimiento: fomentar contacto piel a piel, hablarle, cantarle y mirarle a los ojos; esto favorece el apego seguro y el desarrollo neurológico. (37)
2. 0–6 meses: colocar al bebé boca abajo algunos minutos al día cuando esté despierto, mover suavemente sus brazos y piernas, mostrarle objetos y sonidos para que los siga con la mirada. (37)

3. 6–12 meses: animar a que se siente, gatee o se desplace; ofrecer juguetes seguros que pueda agarrar, golpear y pasar de una mano a otra; jugar “cucu-tras” y repetir sílabas. (37)
4. 12–24 meses: estimular que camine con apoyo y luego solo, subir/bajar pequeños escalones, armar torres con bloques, encajar figuras, dibujar garabatos, imitar acciones de los adultos (barrer, dar de comer a un muñeco). (37)
5. Lenguaje y vínculo: hablarle siempre en la lengua materna de la familia, nombrar objetos y personas, leer cuentos cortos y permitir que el niño explore libros e imágenes. (37)
6. Seguridad: asegurar un entorno libre de peligros (enchufes, escaleras, objetos pequeños) y evitar el uso prolongado de pantallas en menores de 2 años. (37)

## **E. Lavado de manos con agua y jabón**

### **Momentos críticos**

- Antes de preparar alimentos y antes de dar de comer al niño.
- Después de cambiar pañales o limpiar al niño.
- Después de usar el baño o manipular basura/animales. (68)

### **Paso a paso**

1. Mojar las manos con agua limpia.
2. Aplicar jabón suficiente (barras o líquido).
3. Frotar palma con palma.
4. Frotar palma sobre dorso de la otra mano, entrelazando dedos.
5. Frotar entre los dedos, punta de dedos y uñas sobre la palma.
6. Frotar pulgares y muñecas.

7. Enjuagar bien con agua limpia hasta retirar todo el jabón.
8. Secar con toalla limpia o al aire; no con ropa sucia. (69)

#### **F. Consumo de agua segura**

1. Almacenar correctamente el agua:
  - Usar depósitos de primer uso, con tapa hermética, de plástico adecuado (no usar envases que hayan contenido químicos).
  - Lavar el depósito con escobilla, detergente y enjuagar bien antes de usarlo. (69)
2. Hervir el agua para beber:
  - Colocar el agua en olla limpia.
  - Cuando empiece a hervir, mantener el hervor de 1 a 3 minutos.
  - Dejar enfriar tapada y guardar en recipiente limpio y tapado.
3. Para desinfectar frutas y verduras: preparar una solución con 2 gotas de lejía por litro de agua, sumergir frutas/verduras 30 minutos y luego enjuagar con agua hervida fría.
4. Enseñar a la madre que el niño menor de 2 años debe beber siempre agua hervida o clorada y no agua de caño directa, riachos, acequias ni cisternas sin control. (69)

#### **- Diagnóstico del acceso al agua y calidad de agua**

En este apartado se presenta la situación del acceso y calidad del agua en el distrito de Anta, con base en datos oficiales del INEI, IMA y Gobierno Regional del Cusco, destacando las modalidades de abastecimiento y sus implicancias para el consumo humano.

- **Acceso a agua**

Según el reporte del INEI (70), el acceso al agua para consumo humano en el distrito de Anta depende principalmente de la red pública, aunque con variaciones en su forma de provisión: de las 5 508 viviendas registradas, 3 215 cuentan con conexión dentro de la vivienda, lo que constituye la modalidad predominante y refleja una cobertura relativamente favorable; sin embargo, 1 522 viviendas solo acceden al servicio desde la red pública ubicada fuera de la vivienda pero dentro de la edificación, evidenciando limitaciones en la continuidad y calidad del abastecimiento. A su vez, 297 viviendas utilizan pilones o piletas públicas, 301 dependen de pozos, 59 de manantiales o puquios, 14 se abastecen directamente de ríos, acequias, lagos o lagunas y 94 recurren a otras fuentes, todas asociadas a mayores riesgos sanitarios. En conjunto, estos datos muestran que, pese a la importante cobertura de la red pública, persisten brechas de acceso seguro y continuo, especialmente en hogares que dependen de fuentes no tratadas o sistemas compartidos, lo que representa un desafío para la gestión local del recurso hídrico y la salud pública. De acuerdo con el informe del Gobierno Regional del Cusco (71), la provincia de Anta presenta al 2021 una brecha de acceso al agua equivalente al 34% en el área urbana y 26% en el área rural en relación con su crecimiento poblacional.

- **Calidad de agua**

El informe del Instituto de Manejo de Agua y Medio Ambiente – IMA (72), sobre la evaluación de la calidad del agua realizada en la subcuenca del río Hatunmayo, que comprende los distritos de Poroy, Cachimayo, Pucyura, Anta, Zurite y Huarcondo, se efectuó considerando los Estándares de Calidad Ambiental (ECA) para Agua, establecidos en la normativa vigente de la Autoridad Nacional del Agua,

particularmente la Resolución Jefatural N.º 010-2016-ANA para el protocolo de monitoreo y la R.J. N.º 056-2018-ANA para la clasificación de cuerpos de agua continentales superficiales. Los resultados se interpretaron en función de las categorías D1 (riego de vegetales) y D2 (bebida de animales), evidenciando que, en términos generales, los parámetros físico-químicos (pH, conductividad, DBO, DQO, oxígeno disuelto, nitratos, nitritos y sulfatos), inorgánicos (metales como aluminio, hierro y manganeso) y orgánicos se mantienen dentro de los límites permisibles para uso agrícola y pecuario, aunque algunos valores cercanos al umbral reflejan presión antrópica asociada a la expansión urbana, actividades agrícolas y eventos de inundación recurrentes en la Pampa de Anta. Asimismo, los parámetros microbiológicos indican presencia de coliformes termotolerantes y *Escherichia coli* dentro de los rangos establecidos para riego y bebida de animales, lo que confirma que el recurso hídrico es apto para dichos usos, pero requiere medidas de gestión y control, especialmente en las zonas media y baja de la cuenca, donde la ocupación de riberas y el crecimiento poblacional incrementan el riesgo de deterioro progresivo de la calidad del agua.

### 3.7.2. Validez y confiabilidad

**Tabla 4:** Resultado de prueba de fiabilidad Alfa de Cronbach

<b>Estadísticas de fiabilidad</b>	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0.781	32

De acuerdo con la Tabla 4, se observa que el coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach resulta ser de 0.781, por lo que dicho valor se ubica en el siguiente criterio de evaluación:

- 0.81 – 1.00: Muy alta confiabilidad

- 0.61 – 0.80: Alta confiabilidad
- 0.41 – 0.60: Moderada confiabilidad
- 0.21 – 0.40: Baja confiabilidad
- 0.01 – 0.20: Muy baja confiabilidad

Entonces de acuerdo al criterio mostrado, se observa que la confiabilidad del instrumento es alta (0.61 - 0.80) por lo que el cuestionario empleado en la presente investigación cuenta con la consistencia necesaria para asegurar que los resultados obtenidos sean confiables; se utilizó esta prueba de fiabilidad debido a que el instrumento fue un cuestionario estructurado con preguntas en escala de Likert, por lo que el alfa de Cronbach es el coeficiente más apropiado en este contexto porque permite estimar el grado en que los ítems están correlacionado entre sí y miden de manera homogénea todas las preguntas del cuestionario.

Por otro lado, la validez del instrumento se estableció mediante juicio de experto (Anexo 07), realizado por tres especialistas en el área: Mgtr. Rudyard Aquepucho Bellota, Mgtr. Elizabeth Tito Galvez y Lic. Pazzis M. Llanos Rodríguez; quienes confirmaron que el instrumento se adecúa a las necesidades y objetivos de la investigación.

### **3.8. Técnicas de análisis e interpretación de la información**

La información recopilada fue analizada a través del uso del programa estadístico; se emplearon métodos descriptivos para definir las características de la muestra y se recurrieron a pruebas estadísticas inferenciales, como el coeficiente de correlación de Rho de Spearman, para evaluar la asociación entre las visitas domiciliarias y las prácticas saludables.

### **3.9. Técnicas para demostrar verdad o falsedad de las hipótesis planteadas**

La asociación entre variables se determinó a través del análisis de correlación, utilizando el coeficiente de correlación de Rho de Spearman para determinar la fuerza y la dirección de la relación. La importancia estadística se verificó utilizando pruebas de hipótesis, con un nivel de significancia establecido en 0.05; esto permitió identificar diferencias significativas en factores sociodemográficos, realizar análisis de frecuencia y clasificar la frecuencia de visitas domiciliarias y el nivel de prácticas saludables. Para llevar a cabo estos análisis, se utilizó el software estadístico SPSS, que ofreció las herramientas necesarias para evaluar la relevancia de los hallazgos.

## CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1. Procesamiento, análisis, interpretación y discusión de resultados

**Tabla 5:** Prueba de normalidad para los puntajes de las variables de estudio visitas domiciliarias y practicas saludables

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Estadístico	gl	Sig.
Visitas Domiciliarias	0.208	211	0.000
Practicas Saludables	0.168	211	0.000

Nota: gl: gados de libertad, significancia (Sig.)  $p < 0.05$ , los datos no siguen una distribución normal en ambas variables

De acuerdo con la Tabla 5, el análisis mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov muestra que los datos tanto para la variable visitas domiciliarias como para la variable prácticas saludables no siguen una distribución normal. Los valores de significancia obtenidos ( $p = 0.000$ ) son menores que 0.05, lo que conlleva el rechazo de la hipótesis nula de normalidad. En consecuencia, corresponde emplear métodos estadísticos no paramétricos para los análisis posteriores, en este caso Rho de Spearman.

#### 4.1.1. Resultados respecto al Objetivo General

**Tabla 6:** Determinación de la relación entre las visitas domiciliarias y las prácticas saludables en madres de niños menores de 2 años en el distrito Anta - Cusco, 2024

Dimensión / Variable	Nivel de práctica	Visitas domiciliarias			Rho Spearman	Sig. (bilateral)
		Nunca f (%)	A veces f (%)	Siempre f (%)		
Práctica Saludable Global	Inadecuado	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.499	0.000
	Regular	1 (100.0)	18 (85.7)	21 (11.1)		
	Adecuado	0 (0.0)	3 (14.3)	168 (88.9)		
Brinda alimentación complementaria desde los 6 meses	Inadecuado	1 (100.0)	1 (4.8)	0 (0.0)	0.407	0.000
	Regular	0 (0.0)	13 (61.9)	39 (20.6)		
	Adecuado	0 (0.0)	7 (33.3)	150 (79.4)		
Brinda suplemento de hierro o multinutrientes (6–24 m)	Inadecuado	0 (0.0)	3 (14.3)	2 (1.1)	0.445	0.000
	Regular	1 (100.0)	12 (57.1)	42 (22.2)		
	Adecuado	0 (0.0)	6 (28.6)	145 (76.7)		
Lleva al niño/a a control crecimiento y desarrollo oportuno	Inadecuado	1 (100.0)	7 (33.3)	2 (1.1)	0.436	0.000
	Regular	0 (0.0)	8 (38.1)	10 (5.3)		
	Adecuado	0 (0.0)	6 (28.6)	177 (93.7)		
Lleva al niño/a a vacunación según edad	Inadecuado	0 (0.0)	5 (23.8)	3 (1.6)	0.317	0.000
	Regular	1 (100.0)	9 (42.9)	15 (7.9)		
	Adecuado	0 (0.0)	7 (33.3)	171 (90.5)		
Estimulación psicomotriz oportuna	Inadecuado	1 (100.0)	5 (23.8)	27 (14.3)	0.136	0.048
	Regular	0 (0.0)	14 (66.7)	106 (56.1)		
	Adecuado	0 (0.0)	2 (9.5)	56 (29.6)		
Lavado de manos con agua y jabón	Inadecuado	0 (0.0)	6 (28.6)	1 (0.5)	0.181	0.008
	Regular	0 (0.0)	4 (19.0)	24 (12.7)		
	Adecuado	1 (100.0)	11 (52.4)	164 (86.8)		
Consumo de agua segura	Inadecuado	1 (100.0)	5 (23.8)	3 (1.6)	0.204	0.003
	Regular	0 (0.0)	3 (14.3)	20 (10.6)		
	Adecuado	0 (0.0)	13 (61.9)	166 (87.8)		

Nota:  $p < 0.05$ , asociación significativa entre las variables

La Tabla 6 muestra la relación entre la frecuencia de visitas domiciliarias y la adopción de prácticas saludables; el análisis de correlación de Spearman evidencia una correlación positiva moderada entre ambas variables ( $r = 0.499$ ;  $p = 0.000$ ), lo que indica que, a mayor frecuencia de visitas, mejores son las prácticas saludables en las madres de niños menores de 2 años en Anta. Asimismo, se identifican asociaciones significativas en todas las dimensiones evaluadas, con correlaciones más altas en alimentación complementaria ( $r = 0.407$ ), suplemento de hierro ( $r = 0.445$ ) y control de crecimiento ( $r = 0.436$ ), lo que refuerza la eficacia de las visitas domiciliarias como estrategia de salud preventiva.

Además, cuando las visitas son frecuentes, se observa una adecuada práctica saludable en el control de crecimiento (93.7%), vacunación (90.5%), alimentación complementaria desde los 6 meses (79.4%), suplementación de hierro o multinutrientes (76.7%), lavado de manos con agua y jabón (86.8%), y consumo de agua segura (87.8%). En contraste, estos porcentajes disminuyen notablemente cuando las visitas son esporádicas o inexistentes, lo que subraya la importancia de su regularidad para promover el bienestar en el hogar.

#### 4.1.2. Resultados respecto al Objetivo Específico 1

**Tabla 7:** Identificación de la frecuencia de visita domiciliarias en madres de niños menores de 2 años en el distrito Anta - Cusco, 2024

Tipo	Ítem	Nunca		A veces		Siempre		Mín	Máx	Media	DE
		f	%	f	%	f	%				
<b>Variable</b>	<b>Visitas domiciliarias</b>	1	0.5	21	10	189	89.6	1	3	2.89	0.327
<b>Dimensión 1</b>	<b>Inicio de la visita</b>	11	5.2	24	11.4	176	83.4	1	3	2.78	0.525
Indicador 1	¿Saluda con amabilidad al llegar?	0	0	1	0.5	210	99.5	2	3	3	0.069
Indicador 2	¿Muestra identificación?	4	1.9	52	24.6	155	73.5	1	3	2.72	0.493
Indicador 3	¿Explica motivo de visita?	0	0	26	12.3	185	87.7	2	3	2.88	0.329
<b>Dimensión 2</b>	<b>Desarrollo de la visita</b>	3	1.4	78	37	130	61.6	1	3	2.6	0.519
Indicador 4	¿Consulta sobre micronutrientes?	17	8.1	38	18	156	73.9	1	3	2.66	0.623
Indicador 5	¿Da indicaciones micronutrientes?	7	3.3	40	19	164	77.7	1	3	2.74	0.508
Indicador 6	¿Solicita demostrar uso de hierro?	111	52.6	48	22.7	52	24.6	1	3	1.72	0.835
Indicador 7	¿Orientación nutricional?	1	0.5	19	9	191	90.5	1	3	2.9	0.316
Indicador 8	¿Verifica cartilla CRED?	5	2.4	18	8.5	188	89.1	1	3	2.87	0.404
Indicador 9	¿Usa laminario y promueve diálogo?	7	3.3	53	25.1	151	71.6	1	3	2.68	0.533
<b>Dimensión 3</b>	<b>Cierre de la visita</b>	2	0.9	68	32.2	141	66.8	1	3	2.66	0.495
Indicador 10	¿Felicitación por logros?	10	4.7	67	31.8	134	63.5	1	3	2.59	0.582
Indicador 11	¿Escucha con atención?	6	2.8	23	10.9	182	86.3	1	3	2.83	0.443
Indicador 12	¿Genera compromiso próxima visita?	19	9	82	38.9	110	52.1	1	3	2.43	0.654
Indicador 13	¿Recomendaciones de higiene?	7	3.3	36	17.1	168	79.6	1	3	2.76	0.498
Indicador 14	¿Pregunta fecha y hora próxima visita?	9	4.3	71	33.6	131	62.1	1	3	2.58	0.575
Indicador 15	¿Despide amablemente?	1	0.5	7	3.3	203	96.2	1	3	2.96	0.225
Indicador 16	¿Anima a aplicar lo aprendido?	4	1.9	30	14.2	177	83.9	1	3	2.82	0.432

Nota: Desviación Estándar (DE): valores más altos indican mayor cumplimiento y calidad de la visita domiciliaria.

La Tabla 7 muestra que, respecto a la frecuencia de visitas domiciliarias en madres de niños menores de 2 años del distrito de Anta, el 89.6% de estas se realizan siempre, con mayor cumplimiento en la etapa de inicio (83.4%), seguida del cierre (66.8%) y del desarrollo (61.6%). Aunque la frecuencia general es alta (media = 2.89; DE = 0.327), se observan variaciones en la ejecución, especialmente en las fases de desarrollo (DE = 0.519) y cierre (DE = 0.495), lo que sugiere la necesidad de mejorar la uniformidad y rigurosidad en estas etapas para asegurar una atención más consistente.

Asimismo, se evidencia un alto cumplimiento en prácticas clave durante las visitas domiciliarias, como el saludo amable (99.5%), explicación del motivo de la visita (87.7%), verificación de la cartilla CRED (89.1%), consejería nutricional (90.5%), uso laminario y promoción del diálogo (71.6%), la escucha atenta (86.3%), despido amable (96.2%) y motiva a poner en práctica lo aprendido (83.9%), lo que refleja un adecuado desempeño del actor social. Sin embargo, persisten debilidades importantes, como la baja verificación de la administración de hierro (media = 1.72; DE = 0.835) y el limitado compromiso para programar próximas visitas (52.1% “siempre”), lo que señala la necesidad de fortalecer los aspectos prácticos y de seguimiento para mejorar la calidad integral de la atención.

#### 4.1.3. Resultados respecto al Objetivo Específico 2

**Tabla 8:** Evaluación del nivel de prácticas saludables en madres de niños menores de 2 años en el distrito Anta - Cusco, 2024

Tipo	Ítem	Inadecuado		Regular		Adecuado		Mín	Máx	Media	DE
		f	%	f	%	f	%				
<b>Variable</b>	Prácticas saludables	0	0.00	40	19.00	171	81.00	1	3	2.81	0.393
<b>Dimensión 1</b>	Alimentación complementaria desde los 6 meses	2	0.90	52	24.60	157	74.40	1	3	2.73	0.464
Indicador 1	¿Su niño/a consume diariamente 2-3 comidas + lactancia materna según edad?	6	2.80	68	32.20	137	64.90	1	3	2.62	0.542
Indicador 2	¿Su niño/a come comidas espesas, sólidos y variados todos los días?	5	2.40	45	21.30	161	76.30	1	3	2.74	0.491
Indicador 3	¿Le da a su niño/a alimentos ricos en hierro a diario?	2	0.90	119	56.40	90	42.70	1	3	2.42	0.513
Indicador 4	¿Consume diariamente verduras y frutas?	2	0.90	63	29.90	146	69.20	1	3	2.68	0.487
Indicador 5	¿Realiza o ayuda la limpieza de los dientes de su niño/a?	39	18.50	68	32.20	104	49.30	1	3	2.31	0.765
Indicador 6	¿Su niño/a se sienta con la familia en las comidas principales?	7	3.30	39	18.50	165	78.20	1	3	2.75	0.506
<b>Dimensión 2</b>	Suplemento de hierro o micronutrientes de 6 a 23 meses	5	2.40	55	26.10	151	71.60	1	3	2.69	0.512
Indicador 7	¿Dispone de suplemento de hierro?	25	11.80	7	3.30	179	84.80	1	3	2.73	0.66
Indicador 8	¿Sigue las indicaciones del personal de salud para el suplemento?	10	4.70	17	8.10	184	87.20	1	3	2.82	0.49
Indicador 9	¿Acompaña el suplemento con lácteos, té, café u otros?	9	4.30	60	28.40	142	67.30	1	3	2.63	0.566

Tipo	Ítem	Inadecuado		Regular		Adecuado		Mín	Máx	Media	DE
		f	%	f	%	f	%				
Indicador 10	¿Almacena el suplemento en un lugar fresco, seco y alejado de la luz?	11	5.20	13	6.20	187	88.60	1	3	2.83	0.494
<b>Dimensión 3</b>	Control de crecimiento y desarrollo oportuno	10	4.70	18	8.50	183	86.70	1	3	2.82	0.494
Indicador 11	¿Lleva a su niño/a a sus citas de crecimiento y desarrollo (CRED) según edad?	10	4.70	18	8.50	183	86.70	1	3	2.82	0.494
<b>Dimensión 4</b>	Vacunación según la edad	8	3.80	25	11.80	178	84.40	1	3	2.81	0.483
Indicador 12	¿Ha recibido todas las vacunas que le corresponden según su edad?	8	3.80	25	11.80	178	84.40	1	3	2.81	0.483
<b>Dimensión 5</b>	Estimulación psicomotriz oportuna	33	15.60	120	56.90	58	27.50	1	3	2.12	0.647
Indicador 13	¿Realiza actividades de estimulación temprana (juego) con su niño/a?	5	2.40	56	26.50	150	71.10	1	3	2.69	0.513
Indicador 14	¿Participa en el Programa Cuna Más (SAF o CIAI)?	104	49.30	40	19.00	67	31.80	1	3	1.82	0.885
<b>Dimensión 6</b>	Lavado de manos con agua y jabón	7	3.30	28	13.30	176	83.40	1	3	2.8	0.476
Indicador 15	¿Lava las manos de su niño/a correctamente con agua y jabón?	7	3.30	28	13.30	176	83.40	1	3	2.8	0.476
<b>Dimensión 7</b>	Consumo de agua segura	9	4.30	23	10.90	179	84.80	1	3	2.81	0.493
Indicador 16	¿Su niño/a consume siempre agua hervida o clorada?	9	4.30	23	10.90	179	84.80	1	3	2.81	0.493

Nota: Media, Desviación Estándar (DE): valores más altos indican mayor nivel de prácticas saludables

La Tabla 8 muestra que, respecto al nivel de prácticas saludables en madres de niños menores de 2 años del distrito de Anta, la mayoría alcanza niveles adecuados, destacando la alimentación complementaria desde los 6 meses (74.40%), suplementación de hierro o micronutrientes de 6 a 23 meses (71.60%), el control de crecimiento y desarrollo oportuno (86.70%), la vacunación según edad (84.40%), el lavado de manos (83.40%) y el consumo de agua segura (84.80%). No obstante, la estimulación psicomotriz presenta un bajo nivel de cumplimiento (27.50% adecuado), evidenciando una brecha importante en esta dimensión. En general, las prácticas saludables muestran alta frecuencia y baja dispersión (media global = 2.81; DE = 0.393), lo que refleja constancia en su aplicación.

Asimismo, las prácticas relacionadas con la alimentación presentan altos niveles de cumplimiento, como el consumo de comidas espesas, sólidas y variadas (76.30%), el consumo de verduras y frutas (69.20%) y la participación de los niños en las comidas principales junto con la familia (78.20%). De igual modo, se observa un adecuado manejo de la disponibilidad de hierro (84.80%), el seguimiento de las indicaciones del personal de salud para la administración del suplemento (87.20%) y su correcto almacenamiento (88.60%). Esta misma tendencia se refleja en la adherencia al CRED (86.70%), la vacunación según la edad (84.40%), las actividades de estimulación temprana (71.10%), el lavado de manos del niño (83.30%), el consumo de agua segura (84.80%) y el consumo de agua hervida o clorada (84.80%).

#### 4.1.4. Resultados respecto al Objetivo Específico 3

**Tabla 9:** Establecimiento de la relación estadística entre las visitas domiciliarias y las prácticas saludables en madres de niños menores de 2 años en el distrito de Anta, según edad

Edad				Visitas Domiciliarias	Prácticas Saludables
15 a 23 años	Rho de Spearman	Visitas Domiciliarias	Coeficiente de correlación	1.000	0.606**
			Sig. (bilateral)	.	0.000
			N	39	39
24 a 32 años	Rho de Spearman	Visitas Domiciliarias	Coeficiente de correlación	1.000	0.412**
			Sig. (bilateral)	.	0.000
			N	108	108
33 a 41 años	Rho de Spearman	Visitas Domiciliarias	Coeficiente de correlación	1.000	0.548**
			Sig. (bilateral)	.	0.000
			N	60	60
42 a 50 años	Rho de Spearman	Visitas Domiciliarias	Coeficiente de correlación	1.000	0.632
			Sig. (bilateral)	.	0.368
			N	4	4

Nota: \*\*. La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

La Tabla 9 muestra que, respecto a la relación entre las visitas domiciliarias y las prácticas saludables según grupo etario, existe una correlación positiva y significativa entre la frecuencia de visitas y la adopción de prácticas saludables en los grupos de 15 a 23, 24 a 32 y 33 a 41 años ( $p < 0.01$ ), con coeficientes de 0.606, 0.412 y 0.548, respectivamente, siendo la asociación más fuerte en el grupo más joven; en conjunto, estos hallazgos refuerzan el valor de las visitas domiciliarias como estrategia eficaz para la promoción de prácticas saludables, especialmente en los grupos de menor edad.

## 4.2. Presentación de resultados

Los resultados muestran un alto cumplimiento general de las visitas domiciliarias (89.6% en nivel alto) en el distrito de Anta, destacando la calidad en el saludo (99.5%) y la consejería nutricional (90.5%). No obstante, se evidenciaron debilidades en la fase de desarrollo (61.6% “siempre”), en comparación con el inicio y el cierre, así como una baja verificación práctica en la administración de hierro (52.6% “nunca”), lo que sugiere una ejecución más centrada en aspectos teóricos que en acciones prácticas efectivas.

Por su parte, las prácticas saludables relacionadas con aspectos médicos e higiene presentan niveles adecuados; sin embargo, persisten brechas críticas en desarrollo infantil y nutrición, dado que solo el 27.5% de las madres realiza estimulación psicomotriz adecuada y apenas el 42.7% ofrece alimentos ricos en hierro según lo recomendado. Estas limitaciones podrían vincularse a factores socioeducativos, como el predominio de madres con educación secundaria (71.1%) y el bajo acceso a capacitación especializada, así como a la limitada comprensión de prácticas más complejas debido al reducido nivel de estudios superiores (13.3%) (ver Anexo 06).

Finalmente, la correlación de Spearman ( $\rho = 0.499$ ;  $p = 0.000$ ) confirma una relación positiva y significativa entre las visitas domiciliarias y las prácticas saludables, siendo más fuerte en dimensiones con protocolos estructurados, como la suplementación de hierro ( $\rho = 0.445$ ) y, control de crecimiento y desarrollo ( $\rho = 0.436$ ). En contraste, el impacto es menor en prácticas conductuales como la estimulación psicomotriz ( $\rho = 0.136$ ), el lavado de manos ( $\rho = 0.181$ ) y consumo de agua segura ( $\rho = 0.204$ ), lo que evidencia la necesidad de reforzar las visitas con estrategias educativas sostenidas y una mayor participación comunitaria.

### 4.3. Discusiones

Respecto a la relación entre las visitas domiciliarias y las prácticas saludables, los resultados evidencian que, si bien existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables, su efecto se encuentra condicionado por factores estructurales, educativos e institucionales; en este sentido, Stansert y otros (50) señalan que las visitas domiciliarias tienen un impacto positivo en las prácticas de cuidado materno, especialmente en las conductas preventivas; sin embargo, su influencia sobre el desarrollo infantil resulta limitada cuando no se acompaña de intervenciones integrales; esta situación se refleja parcialmente en el distrito de Anta, donde, pese a la cobertura de las visitas, el 52.6% de las madres refiere que no se demuestra el uso de hierro en el desarrollo de la visita, evidenciando una brecha entre la consejería brindada y su aplicación sostenida.

A ello se suma el rol del Seguro Integral de Salud (SIS), ya que Mori (58) señala que las visitas domiciliarias y las sesiones educativas solo logran reducir la anemia infantil cuando se articulan con la afiliación al SIS, lo que refuerza la importancia del soporte institucional. En consecuencia, los resultados de Anta muestran que las visitas domiciliarias son efectivas en la dimensión técnica, como el control de vacunación (90.5%), pero insuficientes para consolidar hábitos sostenidos, tales como práctica regular en la estimulación psicomotriz o suplementación con hierro o multinutrientes.

Este hallazgo contrasta con lo reportado por Newton y Bahety (52), quienes no encontraron un impacto significativo de las visitas domiciliarias en prácticas saludables como el monitoreo del crecimiento, la diversidad alimentaria, el consumo regular de hierro y la vacunación, atribuyendo estos resultados a la baja cobertura del programa en India. No obstante, los hallazgos del presente estudio se alinean con lo reportado por Lioret y otros (54), quienes indican que los programas intensivos de

visitas domiciliarias pueden mejorar las prácticas alimentarias materno-infantiles; así como con Yonemoto y otros (55), quienes señalan que las visitas domiciliarias en el posparto temprano favorecen prácticas saludables, como la lactancia materna exclusiva, y mejoran la satisfacción con la atención recibida, al constituirse como una estrategia de apoyo integral; por lo que, los resultados sugieren que las visitas domiciliarias deben complementarse con estrategias comunitarias y educativas, además de un sólido soporte institucional, para lograr cambios integrales y sostenibles en las prácticas maternas.

En relación con la frecuencia de las visitas domiciliarias, los resultados obtenidos en el distrito de Anta evidencian una alta cobertura, con un 89.6% de cumplimiento clasificado como “siempre”, lo cual coincide con lo reportado por Feijóo (49), quien encontró que el 83.3% de las madres expresó una elevada satisfacción con esta estrategia; ambos contextos resaltan que las visitas domiciliarias constituyen una herramienta fundamental para asegurar la continuidad del cuidado y la adherencia temprana a intervenciones clave, como la lactancia materna exclusiva y la suplementación con hierro.

Sin embargo, se observa un contraste en los impactos estructurales, ya que, mientras en España las visitas domiciliarias se desarrollan dentro de un sistema sanitario fortalecido, con indicadores claros como una baja tasa de reingresos hospitalarios (0.4%), en Anta, pese a la alta frecuencia de visitas, persisten debilidades en las dimensiones educativas y prácticas. Este resultado sugiere que la frecuencia de las visitas, por sí sola, no garantiza mejoras sostenibles en las prácticas saludables. Al respecto, Ramírez (56) sostiene que la efectividad de las visitas domiciliarias depende también del fortalecimiento de las competencias y la capacitación de los agentes sociales, aspecto que aún se encuentra limitado en el contexto local.

Respecto al nivel de prácticas saludables, los resultados del estudio en el distrito de Anta muestran brechas significativas, ya que solo el 27.5% de las madres realiza una estimulación psicomotriz adecuada y apenas el 42.7% asegura una nutrición rica en hierro; estas cifras evidencian una limitada traducción del conocimiento recibido en acciones concretas; este hallazgo es consistente con lo reportado por Escalante (59), quien concluye que no siempre existe una relación directa entre el conocimiento y la práctica en estimulación temprana.

De manera similar, Boo y otros (51) destacan que el cambio de hábitos requiere no solo visitas frecuentes, sino también intervenciones de mayor calidad e intensidad, ya que, aunque en su estudio solo el 11% de las madres recibió visitas domiciliarias, aquellas que participaron en intervenciones más intensivas (promedio de 15.83 visitas) presentaron mejoras significativas en la sensibilidad materna y el manejo conductual. Asimismo, Galasso y otros (53) indican que la suplementación nutricional con suplementos lipídicos (LNS) resulta efectiva en el crecimiento infantil cuando se inicia a temprana edad, logrando reducir la prevalencia del retraso en el crecimiento entre 8% y 9%, lo que contrasta con el caso de Anta, donde la estandarización de las visitas y el cumplimiento protocolar no han logrado modificar la alimentación rica en hierro, limpieza de los dientes y consumo de alimento de 2 a 3 comidas sumado a la lactancia materna acorde a la edad del niño.

Finalmente, respecto a la relación entre las visitas domiciliarias y las prácticas saludables según la edad, la presente investigación determinó una correlación positiva moderada ( $\rho = 0.499$ ), resultado similar al reportado por Montenegro (57), quien encontró un coeficiente rho de 0.435; si bien ambos estudios confirman una relación estadísticamente significativa, también coinciden en que el impacto de las visitas domiciliarias varía según las características sociodemográficas de las madres.

En ese entender, en el distrito de Anta, el bajo nivel de educación superior (13.3%) podría explicar la limitada adopción de prácticas nutricionales adecuadas, lo que sugiere que la edad materna no constituye el único factor determinante del resultado, sino que el contexto educativo, cultural y estructural modula la efectividad de las visitas domiciliarias.

### **Limitaciones de estudio**

Debido a la naturaleza del estudio, el diseño transversal solo permitió establecer asociaciones entre las visitas domiciliarias y las prácticas saludables de las madres de niños menores de 2 años, sin poder inferir causalidad ni cambios en el tiempo. Por otro lado, el estudio se realizó únicamente en madres residentes en el distrito de Anta, por lo que los resultados no pueden generalizarse a otros distritos, provincias o contextos rurales y urbanos con características socioculturales distintas.

## **CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1. Conclusiones**

#### **PRIMERA**

Se confirma la existencia de una correlación estadísticamente significativa entre las visitas domiciliarias y las prácticas saludables en madres de niños menores de 2 años del distrito de Anta, Cusco, durante el año 2024.

#### **SEGUNDA**

Las madres de niños menores de 2 años del distrito de Anta reciben visitas domiciliarias con una frecuencia elevada, lo que evidencia un adecuado nivel de cobertura de esta estrategia.

#### **TERCERA**

El nivel de prácticas saludables en las madres evaluadas es, en general, adecuado, reflejando una adopción favorable de conductas relacionadas con la alimentación complementaria, lavado de manos y consumo de agua, estimulación temprana y adherencia al control del CRED.

#### **CUARTA**

La relación entre las visitas domiciliarias y las prácticas saludables tuvo una relación fuerte y significativa en las madres jóvenes de 15 a 23 años, mientras que en los grupos de mayor edad se observó una relación moderada.

## **5.2. Recomendaciones**

### **AL GERENTE DEL CENTRO DE SALUD DEL DISTRITO DE ANTA**

Organizar talleres mensuales de capacitación práctica para el personal de salud y actores sociales, con un enfoque en habilidades como la administración de hierro y la estimulación temprana, ampliando su alcance no solo a la primera infancia, sino también a niños mayores de 2 años de edad.

### **AL RESPONSABLE DEL PERSONAL DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD DEL DISTRITO DE ANTA**

Implementar un sistema de supervisión que incluya visitas inopinadas durante las visitas domiciliarias de las actoras sociales, además de encuestas breves de satisfacción dirigidas a las madres, con el fin de monitorear la calidad de la visita y realizar ajustes según las necesidades identificadas. Del mismo modo, implementar un formato de monitoreo físico de las visitas domiciliarias y formato para evaluación de práctica saludable.

### **AL RESPONSABLE DEL PROGRAMA NACIONAL DE ASISTENCIA ALIMENTARIA (PRONSA) DEL CENTRO DE SALUD ANTA**

Realizar coordinaciones fluidas con el Gobierno Local sobre la implementación de las visitas domiciliarias, proporcionando reportes mensuales sobre la cantidad de visitas realizadas y el número de actoras sociales disponibles cada mes; a partir de estos reportes, se deberán implementar acciones para mejorar la calidad de las visitas domiciliarias.

### **AL RESPONSABLE DE LA ESTRATEGIA “NIÑO SANO” EN EL DISTRITO DE ANTA**

Coordinar talleres comunitarios en barrios y sectores sobre temas clave, como nutrición infantil y estimulación temprana, utilizando dinámicas participativas y demostraciones prácticas para reforzar lo trabajado en las visitas domiciliarias. Asimismo, se debe considerar en los laminarios el tema de salud oral en menores de 3 años.

#### **A LOS RESPONSABLES DE LAS ATENCIONES DEL SERVICIO DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (CRED)**

Brindar soporte a las actoras sociales, promoviendo durante la atención del niño que este reciba la visita domiciliaria del actor social.

#### **A LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE ANTA**

Gestionar recursos adicionales para ampliar el equipo de salud, adquirir insumos básicos (como materiales educativos) y asegurar el transporte hacia zonas rurales, facilitando visitas más frecuentes, completas y de calidad. Asimismo, se debe contar con la cantidad necesaria de coordinadoras de visitas domiciliarias, quienes deberán realizar el monitoreo y seguimiento adecuado de la ejecución de visitas domiciliarias de calidad por parte de las actoras sociales, con el fin de mejorar su desempeño.

## Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS insta a ofrecer atención de calidad a las mujeres y los recién nacidos en las primeras semanas cruciales después del parto. [Online].; 2022. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/30-03-2022-who-urges-quality-care-for-women-and-newborns-in-critical-first-weeks-after-childbirth>.
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Panorama de los programas de visitas domiciliarias en América Latina y el Caribe. Cuidad del saber: Oficina Regional América Latina y el Caribe; 2024.
3. Banco Interamericano de Desarrollo [BID]. Visitas domiciliarias a escala y desarrollo infantil. Informativo. ; 2021.
4. Cobertura Universal de Salud (CUS). Recomendaciones para el control en salud de niñas y niños hasta las 6 años. [Online].; 2018. Available from: <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/guideline/ARG-CH-14-01-GUIDELINE-2018-esp-Recomendaciones-para-el-control-en-salud-de-ni%C3%B1as-y-ni%C3%B1os-hasta-los-6-a%C3%B1os.pdf>.
5. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre los cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva. [Online].; 2022. Available from: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57092/9789275326817\\_spa.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57092/9789275326817_spa.pdf).

6. Núñez J, Fernández M. Efectividad de las visitas domiciliarias para la promoción y prevención en salud. Brazilian Journal of Health Review [BJHR]. 2023 Mayo; 6(3): p. 9402-9410.
7. Ruíz Gómez F. estrategia de promoción de alimentación saludable. Bogotá: Minsalud, Colombia ; 2022.
8. Ministerio de Salud. Minsa dio inicio a las visitas domiciliarias para la prevención y control de la anemia en niños, niñas y gestantes. [Online].; 2024 [cited 2025 Abril 16. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1000690-minsa-dio-inicio-a-las-visitas-domiciliarias-para-la-prevencion-y-control-de-la-anemia-en-ninos-ninas-y-gestantes>.
9. Ministerio de Salud [internet]. Región Cusco dio inicio a las visitas domiciliarias para la prevención de menores de 1 año. [Online].; 2019 [cited 2024 Mayo 7. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/28199-region-cusco-dio-inicio-a-las-visitas-domiciliarias-para-la-prevencion-y-disminucion-de-la-anemia>.
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Indicadores de resultados de los programas presupuestales, 2024. Encuesta demográfica y de salud familiar. [Online].; 2024 [cited 2025 Abril 16. Available from: [https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2024/ppr2/Indicadores\\_de\\_Resultados\\_de\\_los\\_Programas\\_Presupuestales\\_ENDES\\_2024.pdf](https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2024/ppr2/Indicadores_de_Resultados_de_los_Programas_Presupuestales_ENDES_2024.pdf).
11. Instituto Nacional de Salud. Indicadores Niños - diciembre 2024 (Base de Datos HIS-Minsa). [Online].; 2024 [cited 2025 Abril 16. Available from:

<https://www.gob.pe/institucion/ins/informes-publicaciones/6523520-indicadores-ninos-diciembre-2024-base-de-datos-his-minsa>.

12. Guevara G, Solís K. Visita domiciliaria: Un espacio para la adquisición y modificación de prácticas en salud. Revista electrónica enfermería actual en Costa Rica. 2018 Diciembre; 26(2).
13. Monsalve P. Visita domiciliaria integral orientaciones técnicas en el marco del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. [Online]. Chile: Ministerio de Salud de Chile; 2018 [cited 2025 Abril 16. Available from: [https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/06/2018.04.17\\_OT-VISITA-DOMICILIARIA-INTEGRAL.pdf](https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/06/2018.04.17_OT-VISITA-DOMICILIARIA-INTEGRAL.pdf).
14. Garrido D, Sayán F. Visitas domiciliarias para la lucha contra la anemia infantil ¿Eficacia a qué costo? Lima: Universidad del Pacífico; 2023.
15. MINSA. Manual de autoaprendizaje para el actor social del compromiso 1: Mejora del estado nutricional y de salud de las gestantes y niños hasta los 12 meses de edad para la prevención de la anemia. Lima: Biblioteca Nacional del Perú; 2024.
16. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N.º 241-2024-MINSA. [Online].; 2024 [cited 2025 Abril 16. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/5431129-241-2024-minsa>.
17. Ministerio de Salud. Protocolo de visita domiciliaria por actor social. Directiva administrativa: MINSA, Lima; 2011.

18. Salazar D, Velasquez M. Conocimientos y prácticas de las madres sobre alimentación para la prevención de la anemia en lactantes, Pomalca 2022. Pimentel: Universidad Señor de Sipán; 2024.
19. Campos N, Alcázar R, Jacobi M, García R. Prácticas parentales de alimentación, autoeficacia y actitudes maternas con niños/as preescolares sonorenses. *Psicumex*. 2021 Junio; 11: p. 1-23.
20. Machaca Y. Conocimientos en madres sobre alimentación saludable y actividad física de niños(as) de 3 y 4 años. Institución Educativa Privada. Lima, El Agustino, 2022. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2023.
21. Frias R, Ladino L, Bagés M, Hernández V. Consenso de alimentación complementaria de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica: COCO 2023. *Revista de Gastroenterología de México*. 2023 Marzo; 88(1): p. 57-70.
22. Jiménez S. La alimentación complementaria adecuada del bebé. UNICEF; 2020.
23. Perales N. Conocimiento y prácticas de alimentación complementaria en madres lactantes del centro de salud Paul Harris, 2022. Pimentel: Universidad Señor de Sipán; 2023.
24. Celeste R, Seoane A, Padula G. Comparación de estrategias de suplementación para la prevención y tratamiento de la anemia ferropénica. *Revista Argentina de Antropología Biológica*. 2023 Mayo; 25(2): p. 1-12.

25. Ferreres I, Pueyo M, Alonso M. Revisión y actualización de la importancia de los micronutrientes en la edad pediátrica, visión holística. *Nutrición hospitalaria*. 2022 Noviembre; 39(3).
26. Mayo Clinic. Deficiencia de hierro en los niños: consejos de prevención para los padres. [Online].; 2024 [cited 2025 Abril 16. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/childrens-health/in-depth/iron-deficiency/art-20045634>.
27. Santé O. Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action. World Health Organization; 2003.
28. Manuares O, Gómez G. Adherence to multiple micronutrient powders and associated factors in children aged 6 to 35 months treated in sentinel health facilities, Ministry of Health of Peru. *Rev Bras Epidemiol Braz J Epidemiol*. 2016; 19(3).
29. Powers M, Nagel M, Raphael L, Mahoney H, Buchanan R, Thompson L. Barriers to and Facilitators of Iron Therapy in Children with Iron Deficiency Anemia. *J Pediatr*. 2020 Abril; 219.
30. Instituto Nacional de Salud. Intervenciones para aumentar la adherencia a la suplementación de hierro en menores de 5 años. Ministerio de Salud, Lima; 2021.
31. Ministerio de Salud. Cantidad a consumir de alimentos de origen animal ricos en hierro. [Online].; 2020 [cited 2024 Noviembre 09. Available from: <https://anemia.ins.gob.pe/cantidad-consumir-de-alimentos-de-origen-animal-ricos-en->



[https://www.minedu.gob.pe/educacionbasicaespecial/pdf/intervencion-temprana/guia-para-el-desarrollo-piscomotor-prite\\_28\\_dic.pdf](https://www.minedu.gob.pe/educacionbasicaespecial/pdf/intervencion-temprana/guia-para-el-desarrollo-piscomotor-prite_28_dic.pdf).

38. gob.pe. 7 pasos del lavado de manos. [Online].; 2024 [cited 2024 Noviembre 11]. Available from: <https://www.gob.pe/30106-7-pasos-del-lavado-de-manos>.
39. Carvajal A, Riskey A, Luis Echezuría MF, Castro J, Aurentis L. Recomendaciones sobre el consumo de agua y alimentos en circunstancias especiales. Bol Venez Infectol. 2019 Junio; 30(1).
40. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. OPS.. Tratamiento y desinfección de agua para consumo humano por medio de cloro guía técnica. [Online].; 2006. Available from: [:http://desastres.usac.edu.gt/documentos/docgt/pdf/spa/doc0214/doc0214.pdf](http://desastres.usac.edu.gt/documentos/docgt/pdf/spa/doc0214/doc0214.pdf).
41. gob.pe. Recomendaciones para una maternidad saludable. [Online].; 2024 [cited 2024 Noviembre 04]. Available from: <https://www.gob.pe/33919-recomendaciones-para-una-maternidad-saludable>.
42. Ministerio de Salud. Guía técnica: Consejería nutricional en el marco de la atención integral de salud de la gestante y puérpera. MINSA, Lima; 2016.
43. Ministerio de Salud. Manual de Planificación Familiar. MINSA, Lima; 2012.
44. Gómez M. Recomendaciones de la asociación española de pediatría sobre la alimentación complementaria. España: Asociación Española de Pedriatría, Lima; 2018.

45. García A, Martínez M. Desarrollo psicomotor y signos de alarma. [Online].; 2016 [cited 2024 Noviembre 04. Available from: [https://www.aepap.org/sites/default/files/em.1.desarrollo\\_psicomotor\\_y\\_signos\\_de\\_alarma.pdf#:~:text=El%20desarrollo%20psicomotor%20\(DPM\)%20es%20un%20proceso,una%20progresiva%20independencia%20y%20adaptaci3n%20al%20medio.](https://www.aepap.org/sites/default/files/em.1.desarrollo_psicomotor_y_signos_de_alarma.pdf#:~:text=El%20desarrollo%20psicomotor%20(DPM)%20es%20un%20proceso,una%20progresiva%20independencia%20y%20adaptaci3n%20al%20medio.)
46. Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar. Un manual para proveedores. Actualización modificada en 2011. [Online].; 2011 [cited 2024 Noviembre 04. Available from: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44074/9780978856304\\_spa.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44074/9780978856304_spa.pdf).
47. Ministerio de Salud. Documento técnicos promoción de prácticas y entornos saludables para el cuidado infantil. MINSA, Lima; 2011.
48. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Manual de visitas domiciliarias mirando y acompañando con cuidado y afecto. MIMP, Lima; 2014.
49. Feijóo B, Chicharro L, Ballester I, Suárez A, Peña MDI, Alba R. Alta precoz y visita domiciliaria puerperal durante la pandemia por la COVID-19 en el Hospital Universitario La Paz (Madrid). Revista española de salud pública. 2021 Agosto; 95(19).
50. Stansert L, Tomlinson M, Christodoulou J, Laurenzi C, Roux II, Kaber V, et al. Home visits by community health workers in rural South Africa have a limited, but important impact on maternal and child health in the first two years of life. BMC Health Services Research. 2020 Junio; 20(1).

51. Florencia Boo; María de la Paz; Pedro Carneiro. ¿Funciona integrar servicios de primera infancia con los servicios de salud? Evidencia experimental del programa de visitas domiciliarias Cresça Com Seu Filho. ECONSTOR. 2021 Abril; 1(1).
52. Newton T, Bahety G. Evaluating the effectiveness of Community Health Worker home visits on infant health: A quasi-experimental evaluation of Home Based Newborn Care Plus in India. Journal of global health. 2021 Junio; 11.
53. Galasso E, Weber A, Stewart C, Ratsifandrihamanana L, Fernald L. Effects of nutritional supplementation and home visiting on growth and development in young children in Madagascar: a cluster-randomised controlled trial. Lancet Glob Health. 2019 setiembre; 7.
54. Sandrine Lioret , Oriane Sion , Pascale Hincker , Laurent Béghin , Blandine de Lauzon , Benjamin Cavalli , et al. Home visiting intervention over pregnancy and the first two years of life to promote healthy feeding practices and energy balancerelated behaviors and prevent obesity risk in children from socially disadvantaged families: protocol for a participant-blinde. BMC Public Health. 2025 octubre; 25(1).
55. Yonemoto N, Nagai S, Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2021 julio;(7).
56. Ramirez S. “Fortalecimiento y acompañamiento” en la calidad de visitas domiciliarias de actores sociales en Meta 4, San Vicente de Cañete, 2021. Universidad César Vallejo, Lima; 2021.

57. Montenegro A. Visitas domiciliarias y prácticas saludables en madres de niños menores de un año en un centro poblado de Amazonas. Universidad César Vallejo, Chiclayo; 2023.
58. Mori B, Dávila M. Participación en sesiones demostrativas y visitas domiciliarias y su asociación con anemia en niños de 18 a 35 meses: un análisis del ENDES 2019. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima; 2023.
59. Escalante V, López M. Conocimiento y práctica sobre estimulación temprana de las madres de niños (as) menores de 18 meses en el crecimiento y desarrollo, en el puesto de Salud Miraflores, Octubre-Noviembre, Cusco 2019. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Cusco; 2021.
60. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6th ed. México: Mc Graw Hill; 2014.
61. Ministerio de Salud. Guía de alimentación complementaria. [Online].; 2021 [cited 2025 diciembre 09. Available from: <https://asociacionunacem.org/wp-content/uploads/2021/06/Guia-de-Alimentacion-Complementaria-Asociacion-UNACEM.pdf>.
62. Ministerio de Salud. NTS N° 213/MINSA-DGIESP-2024. Norma técnica de salud: prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en el niño y la niña, adolescentes, mujeres en edad fértil, gestantes y puérperas. [Online].; 2024 [cited 2025 diciembre 09. Available from: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6166763/5440166-resolucion-ministerial-n-251-2024-minsa.pdf?v=1712758346>.

63. Ministerio de Salud. Uso de micronutrientes y alimentos ricos en hierro. [Online].; 2016 [cited 2025 diciembre 09. Available from: [https://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/20.500.12799/6095/Guía%20de%20capacitación%20Uso%20de%20micronutrientes%20y%20alimentos%20ricos%20en%20hierro.pdf?isAllowed=y&sequence=1&utm\\_source](https://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/20.500.12799/6095/Guía%20de%20capacitación%20Uso%20de%20micronutrientes%20y%20alimentos%20ricos%20en%20hierro.pdf?isAllowed=y&sequence=1&utm_source).
64. Ministerio de Salud. Informe técnico SEMTS-DAUS-DIGEMID/MINSA. [Online].; 2016 [cited 2025 diciembre 09. Available from: <https://api-repositorio-digemid.minsa.gob.pe/server/api/core/bitstreams/86e0f7ee-78de-4f38-aaa8-c9a12c337a9a/content>.
65. Ministerio de Salud. Manual de registro y codificación de la prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en el niño y niña, adolescente, mujeres en edad fértil, gestantes y puérperas 2024. [Online].; 2024 [cited 2025 diciembre 09. Available from: [https://dite.geresaloreto.gob.pe/uploads/manuales/pdf/Manual\\_de\\_Anemia\\_2024.pdf?utm\\_source](https://dite.geresaloreto.gob.pe/uploads/manuales/pdf/Manual_de_Anemia_2024.pdf?utm_source).
66. Ministerio de Salud. NTS N° 196 - MINSA/DGIESP-2022, Norma técnica de salud que establece el esquema nacional de vacunación. [Online].; 2022 [cited 2025 diciembre 09. Available from: [https://www.cep.org.pe/wp-content/uploads/2024/09/NT-196-2022-MINSA-ESQUEMA-NACIONAL-DE-VACUNACION\\_v1.pdf?utm\\_source](https://www.cep.org.pe/wp-content/uploads/2024/09/NT-196-2022-MINSA-ESQUEMA-NACIONAL-DE-VACUNACION_v1.pdf?utm_source).
67. Ministerio de Salud. NTS N° 080 -MINSA/DGESP V. 04, Norma técnica de salud que establece el esquema nacional de vacunación. [Online].; 2016 [cited 2025 diciembre 09. Available from:

[https://www.redsaludcce.gob.pe/Modernidad/archivos/dais/ppan/normast/EsquemaNacionalVacunacion.pdf?utm\\_source](https://www.redsaludcce.gob.pe/Modernidad/archivos/dais/ppan/normast/EsquemaNacionalVacunacion.pdf?utm_source).

68. MINSA. Modelo de abordaje de promoción de la salud en el Perú. [Online].; 2006 [cited 2025 diciembre 09. Available from: [https://www.crolimacallao.org.pe/documentos/normas/MODELO%20DE%20ABORDAJE%20PROMOCION%20DE%20LA%20SALUD%20PERU.pdf?utm\\_source](https://www.crolimacallao.org.pe/documentos/normas/MODELO%20DE%20ABORDAJE%20PROMOCION%20DE%20LA%20SALUD%20PERU.pdf?utm_source).
69. Ministerio de Educación. Orientaciones para el funcionamiento de cunas y cunas de jardín que brindan el servicio de educación y cuidado diurno con atención integral para niñas y niños de 12 a 36 meses. [Online].; 2024 [cited 2025 diciembre 09. Available from: [https://observatorio.minedu.gob.pe/almacenamiento/2024/12/Guía-de-Servicio-y-protocolos-2024-versión-final.pdf?utm\\_source](https://observatorio.minedu.gob.pe/almacenamiento/2024/12/Guía-de-Servicio-y-protocolos-2024-versión-final.pdf?utm_source).
70. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Cusco, Resultados Definitivos. Tomo XIII, cuadros estadísticos de población, vivienda y hogar, características de la vivienda. Censos Nacionales 2017. INEI, Lima; 2018.
71. Gobierno Regional del Cusco. Diagnóstico de brechas de la región del Cusco, multianual de inversiones 2020-2022. Informe de diagnóstico. Gobierno Regional del Cusco, Cusco; 2022.
72. Instituto de Manejo de Agua y Medio Ambiente. Términos de referencia para el servicio de monitoreo ambiental (calidad de agua, aire, suelo y ruido) del

proyecto. Informe de evaluación ECA. Gobierno Regional del Cusco, Cusco; 2023.

73. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N.º 251-2024-MINSA, Norma técnica de salud: Prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en el niño y la niña, adolescentes, mujeres en edad fértil, gestantes y puérperas. MINSA, Lima; 2024.

74. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el menor de cinco años. MINSA, Lima; 2017.

75. Municipalidad Provincial de Anta. Mapa de la provincia de Anta. Cusco: Municipalidad Provincial de Anta; 2024.

**Anexos**

### Anexo 1: Matriz de Consistencia

Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	Variables	Metodología
¿Cuál será la relación entre las visitas domiciliarias y las practicas saludables en madres de niños menores de 2 años en el distrito Anta - Cusco, 2024?	Determinar la relación entre las visitas domiciliarias y las practicas saludables en madres de niños menores de 2 años en el distrito Anta - Cusco, 2024.	Las visitas domiciliarias se relacionan significativamente con las practicas saludables en madres de niños menores de 2 años en el distrito Anta - Cusco, 2024.	<p><b>Variable independiente:</b> Visitas domiciliarias</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inicio de la visita</li> <li>- Desarrollo de la visita</li> <li>- Cierre de visita</li> </ul>	<p><b>Tipo:</b> Básico</p> <p><b>Nivel:</b> Correlacional</p> <p><b>Enfoque:</b> Cuantitativo</p> <p><b>Diseño:</b> No experimental</p> <p><b>Población:</b> 974 madres del Centro de Salud del distrito de Anta</p> <p><b>Muestra:</b> 211 madres del Centro de Salud del distrito de Anta</p> <p><b>Técnicas:</b> Encuesta</p> <p><b>Instrumento:</b> cuestionario</p>
<b>Problemas específicos</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Hipótesis específicas</b>		
¿Cuál es la frecuencia de visitas domiciliarias en madres de niños menores de 2 años en el distrito Anta - Cusco, 2024?	Identificar la frecuencia de visita domiciliarias en madres de niños menores de 2 años en el distrito Anta - Cusco, 2024.	Existe poca frecuencia de visitas domiciliarias en madres de niños menores de 2 años en el distrito Anta - Cusco, 2024.	<p><b>Variable dependiente:</b> Prácticas saludables</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Brindar alimentación complementaria desde los 6 meses</li> <li>- Brindar suplemento de hierro o micronutrientes de 6 a 23 meses</li> <li>- Llevar al niño/niña a su control de crecimiento y desarrollo oportuno</li> </ul>	
¿Cuál es el nivel de prácticas saludables en madres de niños menores de 2 años en el distrito Anta - Cusco, 2024?	Evaluar el nivel de prácticas saludables en madres de niños menores de 2 años en el distrito Anta - Cusco, 2024.	Existe un inadecuado nivel de prácticas saludables en madres de niños menores de 2 años en el distrito Anta - Cusco, 2024.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Llevar al niño/niña a su control de crecimiento y desarrollo oportuno</li> <li>- Lleva al niño/niña a que se les apliquen las vacunas de acuerdo a la edad</li> </ul>	
¿Cuál será la relación estadística entre visitas domiciliarias y las prácticas saludables en madres de niños	Establecer la relación estadística entre las visitas domiciliarias y las prácticas saludables en madres de niños	Existe relación estadísticamente significativa entre las visitas domiciliarias y prácticas saludables en madres de niños menores de 2 años en el		

menores de 2 años en el distrito Anta, según edad?	menores de 2 años en el distrito Anta, según edad	distrito Anta, según edad.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Estimula de manera oportuna al niño/a para favorecer el desarrollo psicomotriz</li><li>- Lavarse las manos con agua y jabón</li><li>- Consumo de agua segura</li></ul>	
--	---	----------------------------	--	--

**Anexo 2: Instrumento de Aplicación****UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO****ESCUELA DE POSGRADO****Consentimiento informado:**

Yo, \_\_\_\_\_, identificado(a) con DNI N° \_\_\_\_\_, por medio de la presente expreso mi consentimiento libre, voluntario y debidamente informado para participar en el estudio intitulado “Visitas domiciliarias y prácticas saludables en madres de niños menores de 2 años en el Distrito Anta”, dirigido por la Br. Lucy Roxana Alata Catunta. Se me ha proporcionado información clara y completa sobre los objetivos, procedimientos, posibles riesgos y beneficios de la investigación. Entiendo que mi participación en este estudio es completamente voluntaria y que, en cualquier momento, sin necesidad de brindar justificación alguna, puedo retirarme del mismo sin que ello implique consecuencia alguna para mí. Asimismo, se me ha garantizado que toda la información que proporcione será tratada bajo estricta confidencialidad y será utilizada exclusivamente con fines académicos y científicos. Con pleno conocimiento de lo anterior, firmo este documento en señal de conformidad.

---

FIRMA

### Anexo 3: Instrumento de recolección de datos

#### INSTRUMENTO: CUESTIONARIO

Estimado/a: El presente cuestionario tiene como objetivo determinar la relación entre las visitas domiciliarias y las prácticas saludables en madres de niños menores de 2 años en el distrito Anta - Cusco, 2024. Sus respuestas son fundamentales para la elaboración de esta investigación. Le pedimos que responda con sinceridad, ya que no existen respuestas correctas o incorrectas. Toda la información proporcionada será tratada con la mayor confidencialidad.

#### PREGUNTAS DE VARIABLES NO IMPLICADAS/ COVARIABLES

Marque con una " x" según corresponda:

##### 1. Edad

- (a) 15 a 23 años
- (b) 24 a 32 años
- (c) 33 a 41 años
- (d) 42 a 50 años

##### 2. Estado civil

- (a) Soltera
- (b) Casada
- (c) Conviviente
- (d) Divorciada

##### 3. N° de hijos

- (a) 1 hijo
- (b) 2 hijos
- (c) 3 hijos
- (d) 4 a más

##### 4. Grado de instrucción

- (a) Primaria
- (b) Secundaria
- (c) Técnico
- (d) Superior

Marque con (x) la respuesta que considere según la siguiente escala:

1	2	3
Nunca	A veces	Siempre

## PREGUNTAS DE VISITAS DOMICILIARIAS

N°	Ítems	1	2	3
<b>Inicio de la visita</b>				
01	¿Con qué frecuencia el actor social, la saluda con amabilidad al momento de su llegada?			
02	¿Con qué frecuencia el actor social, muestra su identificación para iniciar la visita domiciliaria?			
03	¿Con qué frecuencia el actor social, le explica el motivo de la visita domiciliaria?			
<b>Desarrollo de la visita</b>				
04	¿Con qué frecuencia el actor social, le consulta si cuenta con suplemento de hierro (hierro en gotas) o micronutrientes, para su menor niño?			
05	¿Con qué frecuencia el actor social, le consulta si brinda las indicaciones para la administración y consumo del suplemento de hierro o micronutrientes para su menor hijo?			
06	¿Con qué frecuencia en la visita domiciliaria, le piden que demuestre como le da a su niño el hierro en gotas?			
07	¿Con qué frecuencia el actor social, durante el desarrollo de la visita le brinda orientación nutricional para su niño?			
08	¿Con qué frecuencia el actor social, Verifica la Cartilla del Niño/carnet del Control CRED?			
09	¿Con qué frecuencia el actor social, brinda orientación a la madre utilizando un tema de laminario, y promueve el diálogo?			
<b>Cierre de la visita</b>				
10	¿Con qué frecuencia durante la visita domiciliaria, el actor social, le felicita por los logros obtenidos en el cuidado de su niño (a)?			
11	¿Con qué frecuencia durante la visita, el actor social la escucha con atención?			
12	¿Con qué frecuencia el actor social, genera compromiso con usted para la próxima visita?			
13	¿Con qué frecuencia el actor social, le brinda recomendaciones sobre las prácticas de higiene para la lactancia y preparación de alimentos?			
14	¿Con qué frecuencia el actor social, le menciona la fecha y hora de la próxima visita domiciliaria?			

15	¿Con qué frecuencia el actor social, le despide de manera amable?			
16	¿Con qué frecuencia el actor social, le anima a poner en práctica lo aprendido en beneficio del niño?			

Marque con (x) la respuesta que considere según la siguiente escala:

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Inadecuado	Regular	Adecuado

### PREGUNTAS DE PRÁCTICAS SALUDABLES

N°	Ítems	1	2	3
<b>Brinda alimentación complementaria desde los 6 meses</b>				
01	¿Su niño/a consume diariamente 2 ó 3 comidas diarias + LM (6-8 meses) 3 comidas principales + 1 refrigerio + LM (9-11 meses) 3 comidas principales + 2 refrigerios + LM (12 meses a más)?			
02	¿Su niño/a come comidas espesas, sólidos o segundos y variados todos los días?			
03	¿Le da a su niño/a alimentos ricos en hierro, como carne, hígado sangrecita, pescado carnes, todos los días?			
04	¿Su niño/a consume verduras y frutas diariamente?			
05	¿Realiza la limpieza de los dientes de su niño/a o lo ayuda a realizarla?			
06	¿Su niño (a) se sienta a la mesa con la familia en las comidas principales?			
<b>Brinda suplemento de hierro o micronutrientes de 6 a 23 meses</b>				
07	¿Dispone del suplemento del hierro?			
08	¿Le da a su niño/a suplementos de hierro según las indicaciones del personal de salud?			
09	¿Acompaña el consumo del suplemento de hierro con lácteos, té, café, bebidas carbonatadas entre otros?			
10	¿Almacena el suplemento de hierro en un lugar fresco, seco y alejado de la luz solar?			
<b>Lleva al niño/a a su control de crecimiento y desarrollo oportuno</b>				

11	¿Lleva a su niño/a a sus citas de control de crecimiento y desarrollo (CRED) al EE.SS. (según su edad)?			
<b>Lleva al niño/a a que se les apliquen las vacunas de acuerdo a la edad</b>				
12	¿Su niño/a ha recibido todas las vacunas que le corresponden según su edad?			
<b>Estimula de manera oportuna al niño/a para favorecer el desarrollo psicomotriz</b>				
13	¿Realiza actividades de estimulación temprana (juego) con su niño/a para apoyarlo en su desarrollo?			
14	Participa en el programa Cuna Mas (SAF o CIAI)			
<b>Lavarse las manos con agua y jabón</b>				
15	¿Lava las manos de su niño/a correctamente con agua y jabón?			
<b>Consumo de agua segura</b>				
16	¿Su niño/a consume siempre agua hervida o clorada?			

**Anexo 4: Valores normales de concentración de hemoglobina y niveles de anemia (Hasta 500 msnm)**

Niños/as	Con anemia según niveles de Hemoglobina (g/dL)			Sin anemia según niveles de Hemoglobina (g/dL)
	Severa	Moderada	Leve	
De 6 a 23 meses	<7,0	7,0-9,4	9,5 – 10,4	≥10,5
De 24 a 59 meses	<7,0	7,0-9,9	10,0-10,9	≥11,0
De 5 a 11 años	<8,0	8,0-10,9	11,0-11,4	≥11,5

Fuente: Resolución Ministerial N.º 251-2024-MINSA (73)

**Anexo 5: Esquema de periodicidad de controles de la niña y el niño menor de dos años**

Edad	Concentración	Periodicidad
Recién nacido	4	48 horas del alta, 7,14 y 21 días de vida.
De 01-11 meses	11	1 mes, 2 meses, 3 meses, 4 meses, 5 meses, 6 meses, 7 meses, 8 meses, 9 meses, 10 meses y 11 meses
De 1 año - 1 año, 11 meses	6	1 año, 1 año 2 meses, 1 año 4 meses, 1 año 6 meses, 1 año 8 meses, 1 año 10 meses.

Fuente: Ministerio de Salud (74)

**Anexo 6: Características sociodemográficos de madres atendidas en el Centro de Salud del distrito de Anta**

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Edad</b>		
15 a 23 años	39	18,5%
24 a 32 años	108	51,2%
33 a 41 años	60	28,4%
42 a 50 años	4	1,9%
<b>Estado civil</b>		
Soltera	20	9,5%
Casada	52	24,6%
Conviviente	138	65,4%
Divorciada	1	0,5%
<b>Nro. de hijos</b>		
1 hijo	36	17,1%
2 hijos	83	39,3%
3 hijos	63	29,9%
4 a más	29	13,7%
<b>Grado de instrucción</b>		
Primaria	4	1,9%
Secundaria	150	71,1%
Técnico	29	13,7%
Superior	28	13,3%

## Anexo 7: Validación por juicio de expertos

### VALIDACION DEL INSTRUMENTO MEDIANTE CRITERIO DE EXPERTOS

#### INSTRUCCIONES

El presente documento, tiene como finalidad solicitar su colaboración para determinar la validez, construcción y confiabilidad del instrumento de recolección de datos para el estudio denominado **Determinar La Relación Entre Las Visitas Domiciliarias Y Las Practicas Saludables En Madres De Niños Menores De 2 Años En El Distrito Anta 2024**

Para la validación de la ficha de recolección de datos se plantearon 32 interrogantes o preguntas, las que serán acompañadas con una escala de estimación que significa lo siguiente :


1. Representará al mayor valor de la escala y deberá ser asignado cuando se aprecia que la interrogante es absuelta por el trabajo de la investigación de una manera totalmente suficiente
2. Representará la estimación de que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada
3. Significará una absolución de la interrogante en términos intermedios de la interrogante planteada
4. Representará una absolución escasa de la interrogante planteada
5. Representará una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada

Su valiosa ayuda consistirá en la evaluación de la pertinencia de cada una de las preguntas con los objetivos , variables , dimensiones , indicadores y la redacción de las mismas

Agradeciendo de antemano su valiosa colaboración

Indicaciones :

Marque con un aspa (X) en la escala de valoración que figura debajo de cada interrogante según la opinión que le merezca el instrumento de investigación

  
GOBIERNO REGIONAL CUSCO  
Galería Regional de Salud Cusco  
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE  
*Mgr. Rudyard W. Aquepucho Bellón*  
CEP: 076581  
MENTAL COMUNITARIO CUSCO

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALORACION DE LA FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

1. Considera Ud. ¿Que las preguntas del instrumento, miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	<del>5</del>
---	---	---	---	--------------

2. Considera Ud. ¿Que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	<del>5</del>
---	---	---	---	--------------

3. Considera Ud. ¿Que las preguntas contenidas en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	<del>5</del>
---	---	---	---	--------------

4. Considera Ud. Si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento o muestras similares obtendremos también datos similares ?

1	2	3	<del>4</del>	5
---	---	---	--------------	---

5. Considera Ud. Que los conceptos utilizados en este instrumento , son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio ?

1	2	3	4	<del>5</del>
---	---	---	---	--------------

6. Considera Ud. Que que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumentos tienen los mismos objetivos ?

1	2	3	<del>4</del>	5
---	---	---	--------------	---

7. Considera Ud. Que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro , sencillo y no da lugares a diversas interpretaciones ?

1	2	3	4	<del>5</del>
---	---	---	---	--------------

8. Considera Ud. Que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	<del>5</del>
---	---	---	---	--------------

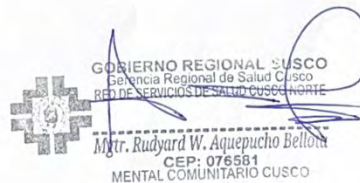
9. Estima Ud. ¿Que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	<del>5</del>
---	---	---	---	--------------

10. ¿Que aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementar o suprimirse?

*El instrumento se adecua a las necesidades y objetivos de investigación.*

Agradeciendo anticipadamente su colaboración



## VALIDACION DEL INSTRUMENTO MEDIANTE CRITERIO DE EXPERTOS

### INSTRUCCIONES

El presente documento, tiene como finalidad solicitar su colaboración para determinar la validez, construcción y confiabilidad del instrumento de recolección de datos para el estudio denominado **Determinar La Relación Entre Las Visitas Domiciliarias Y Las Practicas Saludables En Madres De Niños Menores De 2 Años En El Distrito Anta 2024**

Para la validación de la ficha de recolección de datos se plantearon 32 interrogantes o preguntas, las que serán acompañadas con una escala de estimación que significa lo siguiente :

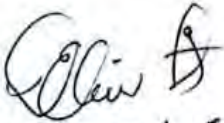
1. Representará al mayor valor de la escala y deberá ser asignado cuando se aprecia que la interrogante es absuelta por el trabajo de la investigación de una manera totalmente suficiente
2. Representará la estimación de que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada
3. Significará una absolución de la interrogante en términos intermedios de la interrogante planteada
4. Representará una absolución escasa de la interrogante planteada
5. Representará una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada

Su valiosa ayuda consistirá en la evaluación de la pertinencia de cada una de las preguntas con los objetivos , variables , dimensiones , indicadores y la redacción de las mismas

Agradeciendo de antemano su valiosa colaboración

Indicaciones :

Marque con un aspa (X) en la escala de valoración que figura debajo de cada interrogante según la opinión que le merezca el instrumento de investigación

  
 Mag. Desarrollo Infantil  
 Educación y Neuro educación  
 CEP 53987

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALORACION DE LA FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

1. Considera Ud. ¿Que las preguntas del instrumento, miden lo que pretenden medir?  

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------
2. Considera Ud. ¿Que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?  

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------
3. Considera Ud. ¿Que las preguntas contenidas en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?  

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------
4. Considera Ud. Si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento o muestras similares obtendremos también datos similares?  

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------
5. Considera Ud. Que los conceptos utilizados en este instrumento, son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?  

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------
6. Considera Ud. Que que todos y cada una de las preguntas contenidas en este instrumentos tienen los mismos objetivos?  


<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------
7. Considera Ud. Que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugares a diversas interpretaciones?  

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------
8. Considera Ud. Que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?  

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------
9. Estima Ud. ¿Que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?  

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------
10. ¿Que aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementar o suprimirse?

Agradeciendo anticipadamente su colaboración

  
 Mag. Elizabeth Tibb Galvez  
 Educación infantil y Neuroeducación  
 CEP 53987

**VALIDACION DEL INSTRUMENTO MEDIANTE CRITERIO DE EXPERTOS****INSTRUCCIONES**

El presente documento, tiene como finalidad solicitar su colaboración para determinar la validez, construcción y confiabilidad del instrumento de recolección de datos para el estudio denominado **Determinar La Relación Entre Las Visitas Domiciliarias Y Las Prácticas Saludables En Madres De Niños Menores De 2 Años En El Distrito Anta 2024**

Para la validación de la ficha de recolección de datos se plantearon 32 interrogantes o preguntas, las que serán acompañadas con una escala de estimación que significa lo siguiente :

1. Representará al mayor valor de la escala y deberá ser asignado cuando se aprecia que la interrogante es absuelta por el trabajo de la investigación de una manera totalmente suficiente
2. Representará la estimación de que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada
3. Significará una absolución de la interrogante en términos intermedios de la interrogante planteada
4. Representará una absolución escasa de la interrogante planteada
5. Representará una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada

Su valiosa ayuda consistirá en la evaluación de la pertinencia de cada una de las preguntas con los objetivos , variables , dimensiones , indicadores y la redacción de las mismas

Agradeciendo de antemano su valiosa colaboración

Indicaciones :

Marque con un aspa (X) en la escala de valoración que figura debajo de cada interrogante según la opinión que le merezca el instrumento de investigación

  
Lic. Pazzis M. Uanos Rodriguez  
ESPECIALISTA EN CENTRO QUIRURGICA  
CEP. 62679 - RNE. 233 W

## HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALORACION DE LA FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

1. Considera Ud. ¿Que las preguntas del instrumento, miden lo que pretenden medir?
- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
2. Considera Ud. ¿Que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficiente para tener comprensión de la materia de estudio?
- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
3. Considera Ud. ¿Que las preguntas contenidas en este instrumento, son una muestra representativa del universo materia de estudio?
- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
4. Considera Ud. Si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento o muestras similares obtendremos también datos similares ?
- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
5. Considera Ud. Que los conceptos utilizados en este instrumento , son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio ?
- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
6. Considera Ud. Que que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumentos tienen los mismos objetivos ?
- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
7. Considera Ud. Que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro , sencillo y no da lugares a diversas interpretaciones ?
- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
8. Considera Ud. Que la estructura del presente instrumento es adecuado al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?
- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
9. Estima Ud. ¿Que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?
- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
10. ¿Que aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

Agradeciendo anticipadamente su colaboración

  
 Lic. Pazzis M. Llanos Rodriguez  
 ESPECIALISTA EN CENTRO QUIRURGICO  
 CEP. 62679 - RNE. 23311

**Consentimiento informado****UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO****ESCUELA DE POSGRADO****Consentimiento informado:**

Yo, Hira Reyna Rancho Cervantes, identificado(a) con DNI N° 62064657, por medio de la presente expreso mi consentimiento libre, voluntario y debidamente informado para participar en el estudio intitulado "Visitas domiciliarias y prácticas saludables en madres de niños menores de 2 años en el Distrito Anta", dirigido por la Lic. Lucy Roxana Alata Catunta. Se me ha proporcionado información clara y completa sobre los objetivos, procedimientos, posibles riesgos y beneficios de la investigación. Entiendo que mi participación en este estudio es completamente voluntaria y que, en cualquier momento, sin necesidad de brindar justificación alguna, puedo retirarme del mismo sin que ello implique consecuencia alguna para mí. Asimismo, se me ha garantizado que toda la información que proporcione será tratada bajo estricta confidencialidad y será utilizada exclusivamente con fines académicos y científicos. Con pleno conocimiento de lo anterior, firmo este documento en señal de conformidad.



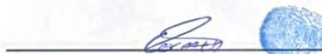
FIRMA

## UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

## ESCUELA DE POSGRADO

**Consentimiento informado:**

Yo, Carmen Gonzales Janampa, identificado(a) con DNI N° 45828546, por medio de la presente expreso mi consentimiento libre, voluntario y debidamente informado para participar en el estudio intitulado "Visitas domiciliarias y prácticas saludables en madres de niños menores de 2 años en el Distrito Anta", dirigido por la Lic. Lucy Roxana Alata Catunta. Se me ha proporcionado información clara y completa sobre los objetivos, procedimientos, posibles riesgos y beneficios de la investigación. Entiendo que mi participación en este estudio es completamente voluntaria y que, en cualquier momento, sin necesidad de brindar justificación alguna, puedo retirarme del mismo sin que ello implique consecuencia alguna para mí. Asimismo, se me ha garantizado que toda la información que proporcione será tratada bajo estricta confidencialidad y será utilizada exclusivamente con fines académicos y científicos. Con pleno conocimiento de lo anterior, firmo este documento en señal de conformidad.



FIRMA

## UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

## ESCUELA DE POSGRADO

**Consentimiento informado:**

Yo, Eliana Bolivar Umeres, identificado(a) con DNI N° 74632447, por medio de la presente expreso mi consentimiento libre, voluntario y debidamente informado para participar en el estudio intitulado "Visitas domiciliarias y prácticas saludables en madres de niños menores de 2 años en el Distrito Anta", dirigido por la Lic. Lucy Roxana Alata Catunta. Se me ha proporcionado información clara y completa sobre los objetivos, procedimientos, posibles riesgos y beneficios de la investigación. Entiendo que mi participación en este estudio es completamente voluntaria y que, en cualquier momento, sin necesidad de brindar justificación alguna, puedo retirarme del mismo sin que ello implique consecuencia alguna para mí. Asimismo, se me ha garantizado que toda la información que proporcione será tratada bajo estricta confidencialidad y será utilizada exclusivamente con fines académicos y científicos. Con pleno conocimiento de lo anterior, firmo este documento en señal de conformidad.

A handwritten signature in blue ink and a grey fingerprint are positioned above a horizontal line.

FIRMA

## UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

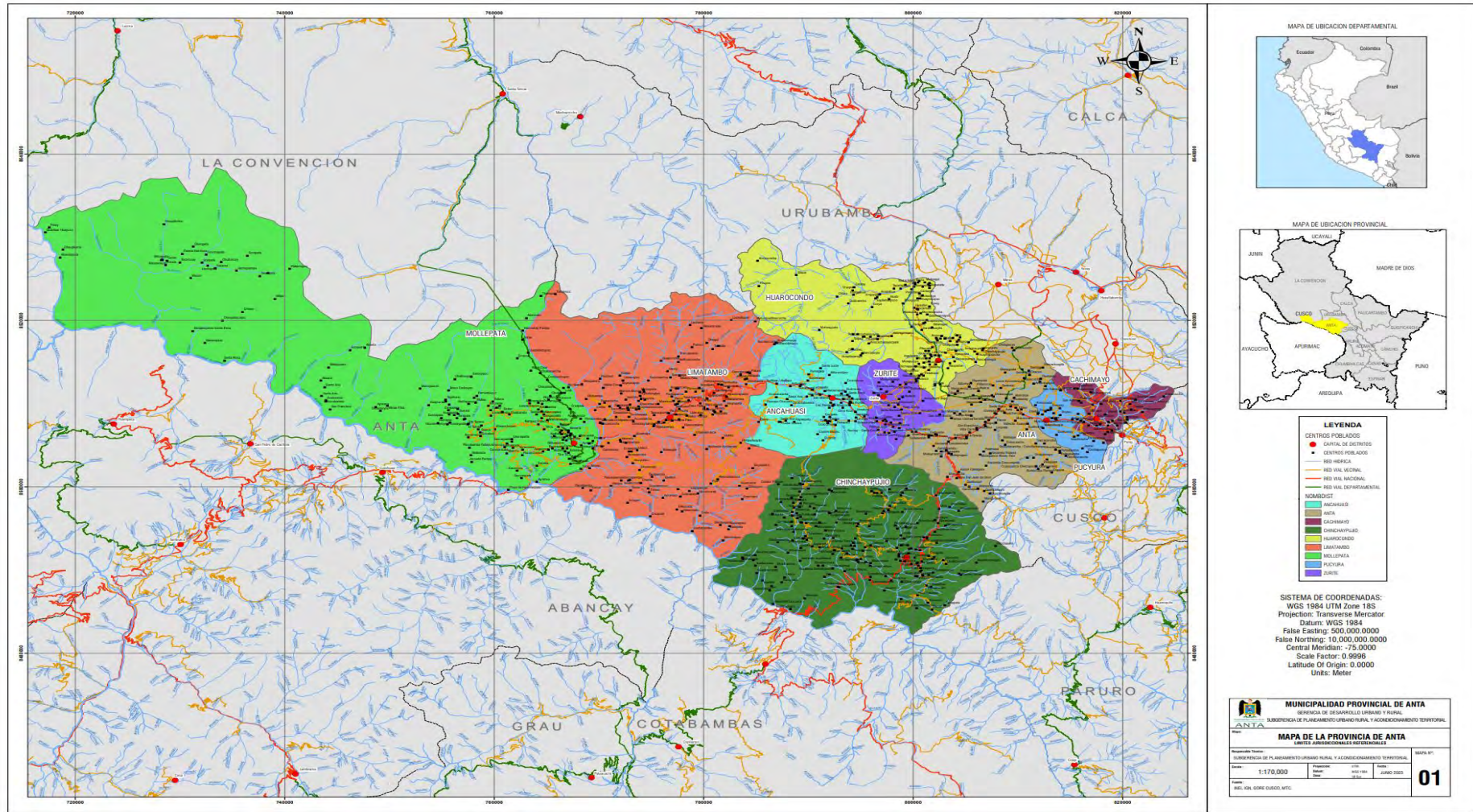
## ESCUELA DE POSGRADO

**Consentimiento informado:**

Yo, Reyna H. Chavez Arenas, identificado(a) con DNI N° 74764850, por medio de la presente expreso mi consentimiento libre, voluntario y debidamente informado para participar en el estudio intitulado "Visitas domiciliarias y prácticas saludables en madres de niños menores de 2 años en el Distrito Anta", dirigido por la Lic. Lucy Roxana Alata Catunta. Se me ha proporcionado información clara y completa sobre los objetivos, procedimientos, posibles riesgos y beneficios de la investigación. Entiendo que mi participación en este estudio es completamente voluntaria y que, en cualquier momento, sin necesidad de brindar justificación alguna, puedo retirarme del mismo sin que ello implique consecuencia alguna para mí. Asimismo, se me ha garantizado que toda la información que proporcione será tratada bajo estricta confidencialidad y será utilizada exclusivamente con fines académicos y científicos. Con pleno conocimiento de lo anterior, firmo este documento en señal de conformidad.

   
FIRMA

Anexo 8: Ubicación del distrito de Anta



Fuente: Municipalidad Provincial de Anta (75)