

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA A PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**“RELACION ENTRE HÁBITOS ALIMENTICIOS Y EL
ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES
DE EDAD DEL DISTRITO DE COLPAS – HUÁNUCO
2015”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA
EN ENFERMERIA**

BACHILLER: CLAUDIO BERROSPI, KARINA JANETT.

**HUANUCO – PERÚ
2017**

**RELACION ENTRE HÁBITOS ALIMENTICIOS Y EL
ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES
DE EDAD DEL DISTRITO DE COLPAS – HUÁNUCO
2015”**

DEDICATORIA

A mí querida familia por su amor, confianza, estímulo y su apoyo por siempre.

A los docentes y asesores por brindarme su apoyo en el desarrollo de la investigación.

AGRADECIMIENTO

*Agradecimiento especial a mis asesores
por su apoyo y colaboración en la
realización del presente estudio.*

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue Establecer la relación entre hábitos alimenticios y el estado nutricional en niños de 6 a 35 meses de edad del distrito de Colpas – Huánuco 2015. Fue un estudio de tipo no experimental de nivel descriptivo y de diseño no personal, cuya muestra fueron 30 madres de niños de 6 a 35 meses. Entre sus principales conclusiones están: El 67%(20) madres tienen 18 a 20 años, seguida por el 33%(10) de 21 a 24 años el 73%(22) tienen secundaria completa y el 27%(6) secundaria incompleta, respecto al estado civil el 60%(18) tienen un hijo y el 40%(12) tienen hijo. Según el número de hijo se observa que 60%(18) tienen 1 hijo, el 40%(12) tienen 2 hijos. El 67%(20) madres que tienen hábitos adecuados en la consistencia, calidad, frecuencia y la higiene de alimentos y manos en el 34% (10) tienen hábitos inadecuados porque le dan alimentos de consistencia, cantidad y frecuencia inadecuadas para la edad. Asimismo no le administran suplementación de micronutrientes.

Existe relación entre la variable hábitos alimentarios y estado nutricional en un 33%(10 niños) ya que los hábitos alimentarios que siguen las madres no son los más adecuados ya que indican darle alimentos desde los 6 meses sin considerar calidad y cantidad presentando desnutrición leve y crónica.

El 67%(20) no tienen hábitos alimentarios inadecuados y no presentan desnutrición. Se observa que 20 niños el 67% tienen peso y talla adecuados para su edad, el 20%(6) tienen desnutrición leve y 13% (4) tienen desnutrición crónica.

Palabras claves: Hábitos, y estado nutricional

ABSTRACT

The objective of the research was to establish the relationship between eating habits and nutritional status in children from 6 to 35 months of age in the district of Colpas - Huánuco 2015. It was a non-experimental study of descriptive level and non-personal design, whose sample were 30 mothers of children from 6 to 35 months. Among its main conclusions are: 67% (20) mothers are 18 to 20 years old, followed by 33% (10) of 21 to 24 years old 73% (22) have full secondary and 27% (6) secondary incomplete , with respect to marital status, 60% (18) have a child and 40% (12) have a child. According to the number of the child it is observed that 60% (18) have 1 child, 40% (12) have 2 children. The 67% (20) mothers have adequate habits in the consistency, quality, frequency and hygiene of food and hands in 34% (10) have inadequate habits because they give food of consistency, quantity and frequency unsuitable for age. They also do not administer micronutrient supplementation.

There is a relationship between the variable food habits and nutritional status in 33% (10 children) since the eating habits that mothers follow are not the most appropriate since they indicate giving food from 6 months without considering quality and quantity presenting mild malnutrition and chronicle.

67% (20) do not have inadequate eating habits and do not present malnutrition. It is observed that 20 children 67% have weight and height appropriate for their age, 20% (6) have mild malnutrition and 13% (4) have malnutrition chronicle.

Keywords: Habits, and nutritional status

INDICE

	Pág.
RESUMEN	i
ABSTRAC	ii
ÍNDICE	iii
INTRODUCCIÓN	v
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	5
1.2.1. Problema General	5
1.2.2. Problemas Específicos	5
1.3. Objetivos de la investigación	5
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	6
1.4. Justificación del estudio	6
1.5. Limitaciones de la investigación	10
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	11
2.2. Base teórica	26
2.3. Definición de términos	60
2.4. Hipótesis	63
2.5. Variables	64
2.5.1. Definición conceptual de la variable	64
2.5.2. Definición operacional de la variable	65
2.5.3. Operacionalización de la variable	66

CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	68
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	69
3.3. Población y muestra	70
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	70
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	71
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	72
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	73
CAPÍTULO V: DISCUSION	78
CONCLUSIONES	79
RECOMENDACIONES	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

Observar el estado nutricional de los niños es muy importante ya que podemos encontrar tempranamente señales de peligro de la desnutrición sabemos que es una patología social profunda cuyo tratamiento puede llevar una generación. Atacarla no solamente es mejorar una dieta, sino vincular a esa familia en un centro especializado que haga un abordaje integral de la problemática junto a sus hijos, de manera tal de darle herramientas para que salga adelante.

Se habla de pobreza y no de desnutrición. Se habla de malos resultados académicos y se desconocen los daños provocados por la privación de estímulos y alimentos en los primeros mil días críticos del desarrollo cerebral. Se habla de que no podemos salir del subdesarrollo y se sigue negando que lo que hace rico a un país no son sus recursos naturales sino su capital humano

Se sabe que la desnutrición grave afecta seriamente al cerebro tanto anatómica como funcionalmente, pero existen dudas en cuanto a la desnutrición moderada. Existe asociación estadística entre alimentación deficiente y bajo rendimiento mental, no sólo en épocas tempranas sino también en edad escolar, pero algunos investigadores piensan que es consecuencia únicamente de la condición social a través de la de privación ambiental.⁽²⁾

La participación de la enfermera se puede evidenciar plenamente en el componente de crecimiento y desarrollo ya que es en esta área donde además de detectar oportunamente los cambios y riesgos en el estado de salud del niño a través de un monitoreo o seguimiento, se considera la promoción de la salud física, mental, emocional y social a través de una relación de respeto y confianza con la madre para que ella pueda expresar sus problemas, sentimientos y motivaciones, involucrando también al padre y a la familia en las responsabilidades del cuidado de la niña y el niño.⁽³⁾

La nutrición humana es el aporte y aprovechamiento de nutrimentos que en el niño se manifiesta por crecimiento y desarrollo.⁽⁴⁾

El crecimiento es un proceso por el cual se incrementa la masa corporal, debido al aumento en el número de células (hiperplasia), el aumento en el volumen de las células (hipertrofia) y el incremento en la sustancia intercelular.

El desarrollo es la diferenciación sucesiva de órganos y sistemas. Se refiere al desarrollo de funciones, adaptaciones, habilidades y destrezas psicomotoras, relaciones afectivas y socialización.

Dependiendo de la intensidad de la desnutrición, el tiempo y la edad pueden presentar para toda su vida: Bajo crecimiento, menor rendimiento intelectual, menor capacidad física, mayor riesgo a padecer enfermedades de tipo infeccioso y mayor peligro de morir en los primeros años de vida.⁽⁵⁾

El estado nutricional de las niñas y niños está vinculado a su desarrollo cognitivo, un estado nutricional deficiente tiene efectos adversos sobre el proceso de aprendizaje y el rendimiento escolar. Asimismo, el estado nutricional está asociado directamente a la capacidad de respuesta frente a las enfermedades, un inadecuado estado nutricional incrementa tanto la morbilidad como la mortalidad en la temprana infancia. Los efectos de un mal estado que incrementa el riesgo de padecer enfermedades crónicas (sobrepeso, obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, entre otras) y está asociado a menores logros educativos y menores ingresos económicos en la adultez.⁽⁶⁾

Por estas razones, actualmente el estado nutricional de las niñas y niños es empleado en el ámbito internacional como parte de los indicadores con los cuales se verifica el desarrollo de los países. Por ello, la mejora del estado nutricional infantil forma parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio junto con otros indicadores de desarrollo social y económico.⁽⁷⁾

La mayoría de las encuestas nutricionales hechas en Latinoamérica destacan que la desnutrición es un proceso crónico más que agudo, que se refleja en un crecimiento lineal. Además, afirman que su prevalencia es mayor en las zonas rurales que en las urbanas.⁽⁸⁾

Esperamos que el presente trabajo de investigación sea estudiado y permita cumplir nuestro propósito pre-profesional y contribuir a elevar la calidad de vida

de los niños y que redundará en las madres, padres o cuidadores de niños menores de 3 años en el Distrito de Colpas.

Esperamos que el presente trabajo de investigación sea estudiado y permita cumplir nuestro propósito pre-profesional y contribuir a elevar la calidad de vida de los niños y que redundará en las madres, padres o cuidadores de niños menores de 3 años en el Distrito de Colpas.

El presente investigación está estructurado de la siguiente manera:

Capítulo I: Se desarrolló el planteamiento del problema de investigación, formulación del problema, problema generales, problema específicos, objetivos de la investigación objetivos generales objetivos específicos, justificación del estudio, limitación de la investigación.

Capítulo II: Se va estudio el marco teórico, antecedentes del estudio, bases teóricas, definición de términos, hipótesis, hipótesis generales, hipótesis específicos, variables, definición conceptual de la variable, definición operacional de las variables, operacionalización de la variable.

Capítulo III: Se va describió los material y método, tipo y nivel de investigación, descripción del ámbito de la investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos para la recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento, plan de recolección y procesamiento de datos.

Capitulo IV: Se describió los resultados obtenidos al ingresar al SPSS 22 mediante gráfica y análisis.

Capítulo V: Se comparó, contraste y describió con investigaciones realizadas y publicadas en la web y algunas tesis doctorales. Asimismo consideramos bibliografías y anexos.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La desnutrición infantil es una de los grandes problemas que enfrenta la sociedad contemporánea, a diario son muchos los niños que mueren por falta de una buena nutrición. Una de las principales causas de este problema es el alto índice de pobreza que existe en la actualidad; los niños son los más afectados, puesto que sus padres o quienes cuidan de él no cuentan con los recursos suficientes para brindarles buenas condiciones de vida, lo cual incluye una sana y moderada alimentación. Los más afectados con la desnutrición infantil son niños que viven en zonas rurales, pertenecer generalmente a grupos indígenas o afrodescendientes, tienen escaso nivel educacional, tampoco en lo general tienen acceso al agua potable y alcantarillado.³

Los primeros meses de vida, ocurre un período crítico de crecimiento en el niño, el que nunca se volverá a repetir con la misma celeridad, es por ello que en esta etapa la desnutrición afecta de manera irreversible la capacidad física, intelectual, emocional y social de los niños, y genera un mayor riesgo de enfermar y de morir. El deterioro que causan las enfermedades y la malnutrición reducen su capacidad de aprendizaje en la etapa escolar y limita sus posibilidades de acceder a otros niveles de

educación. Convirtiéndolos luego en adultos con poca productividad económica.⁽⁹⁾

El grupo de edad con mayor afectación por la desnutrición corresponde a los niños de 12 a 23 meses mostrando mayor incidencia en los hombres que en las mujeres. Esta información podrá ser útil para la planeación e instrumentación de intervenciones nutricionales dirigidas a este grupo indígena.

La clasificación del estado nutricional utilizando indicadores antropométricos muestra que el riesgo de desnutrición de la población infantil del área urbana de Turbo estuvo por encima de los promedios nacionales. El estado nutricional está asociado con múltiples factores. De ahí, la importancia de abordarlos intersectorialmente para crear proyectos que den una respuesta integral a esta problemática.⁽¹⁰⁾

La desnutrición crónica y anemia infantil son un problema importante de salud pública, cuyas consecuencias se manifiestan a lo largo de todo el ciclo vital. El Estado peruano se caracteriza por albergar una de las mayores riquezas etnoculturales del continente americano, siendo la Amazonía Peruana la región que posee la mayor diversidad de grupos indígenas del país. Según estudios realizados para determinar la prevalencia de desnutrición crónica y anemia en niños menores de 5 años de hogares indígenas del Perú, los resultados obtenidos fueron Desnutrición crónica (<-2 DE para valores Z de talla para la edad) y anemia (<11 g/dL de hemoglobina ajustado por altitud). La desnutrición crónica afectó al 43,0% y la anemia al 43,5% de los niños menores de 5 años de hogares indígenas. La desnutrición crónica y anemia resultaron elevadas en niños menores de 5 años de hogares indígenas en la selva del Perú, siendo evidentes las grandes desigualdades en la situación de pobreza, servicios básicos y salud de los niños indígenas.

Según el análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2013. La desnutrición crónica infantil en el Perú es un problema grave. Según estándares internacionales, casi el 30% de niños

menores de cinco años sufre de este mal. Reconociendo los altos costos sociales y económicos que genera la desnutrición, se han desarrollado, desde hace varios años, políticas públicas que intentan reducirla y/o erradicarla; sin embargo, estos esfuerzos no han sido suficientes. A pesar de más de veinte años de políticas y programas contra la desnutrición, la prevalencia de la misma sigue siendo elevada, así como lo son también las diferencias en esta materia entre individuos de distintas regiones y de distintos quintiles de riqueza. La desnutrición crónica afectó al 43,0% y la anemia al 43,5% de los niños menores de 5 años de hogares indígenas.

La prevalencia de desnutrición crónica infantil es heterogénea en el Perú. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2013 del INEI, la desnutrición crónica en menores de cinco años a nivel nacional es de 17,5% (de acuerdo al patrón de referencia de la OMS). Según la zona geográfica se evidencia que la desnutrición crónica en la selva es de 24,1%, mientras que en Lima Metropolitana es de 4,1%. Los departamentos con mayor prevalencia de desnutrición crónica son Huancavelica (42,4%), Cajamarca (35,6%), Loreto (27,7%), Apurímac (29%), Ayacucho (29%), Amazonas (27,1%) y Ucayali (24,5%). Algunas de las exclusiones históricas a los indígenas son las brechas en lo referente al acceso a los servicios públicos: salud, vivienda, electrificación, las limitaciones de cobertura y calidad del sistema educativo, los niveles bajos de bienestar socioeconómico, problemas como la discriminación étnico-cultural, la inoperancia del sistema judicial, la desigualdad de oportunidades, entre otras, que no tienen ni gozan como los demás sectores sociales del Perú. También hay que señalar que, el Estado en vez de incorporar los temas indígenas dentro del Plan de Gobierno, los excluye.

Estudios transversales realizados en niños en edad escolar del Perú han encontrado una prevalencia de infección por parásitos que varía entre 68 y 95%, dependiendo de la localidad. El mayor porcentaje fue hallado en

una localidad de Alto Marañón, zona de transición entre selva alta y selva baja. Sin embargo, no existen comunicaciones respecto a la prevalencia de infección por estos agentes en diversas zonas al interior de nuestro país. La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar halló que la prevalencia de desnutrición en la población preescolar era más alta en la selva. Así se observa que en Huánuco, departamento caracterizado por poseer eco regiones quechua y selva baja, existía 5,3% de niños menores de 5 años con desnutrición. Además, las enfermedades infecciosas parasitarias eran la segunda causa de morbilidad en niños en edad escolar. Otro factor que compromete el estado de salud del escolar de Huánuco es la pobreza. Según los Indicadores Básicos de Salud del Perú del año 2007, los valores de pobreza y pobreza extrema en Huánuco alcanzaron a 74,6% y 48,6% de la población, respectivamente.

Según las estadísticas el Distrito de Colpas a nivel de la Provincia de Ambo viene ocupando el primer lugar de desnutrición con un 49% en relación a los demás distritos esto es debido que hay un alto porcentaje de desnutrición crónica infantil siendo esta un fenómeno de origen multifactorial, resultado de una amplia gama de condiciones sociales y económicas. Dentro de las causas inmediatas relacionadas con su desarrollo figura la ingesta inadecuada de nutrientes y las enfermedades de tipo infeccioso (especialmente las enfermedades respiratorias y gastrointestinales). Asimismo, existen condiciones sociales íntimamente relacionadas con su desarrollo, como son el bajo nivel educativo de la madre; la alimentación deficiente en calidad y cantidad; las condiciones inadecuadas de salud y saneamiento básico, consumo de agua no tratada y el bajo estatus social de la madre en la toma de decisiones dentro del hogar. Además, la desnutrición crónica infantil genera daños permanentes e irrecuperables después del tercer año de vida en nuestra población ya que el cerebro se desarrolla más en esta etapa de la vida.

Teniendo en cuenta las situaciones planteadas se considera que el problema más grande de los países sub desarrollado es la desnutrición

en los niños menores de 05 años, ya que esto es uno de los problemas más graves de salud pública.

Estos planteamientos del problema nos hacen formular la siguiente interrogante.

1.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 Problema General

¿Cuál es relación entre hábitos alimenticios y el estado nutricional en niños de 6 a 35 meses de edad del distrito de Colpas – Huánuco 2015?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuáles son las características sociodemográficas de las madres de niños de 6 a 35 meses de edad del distrito de Colpas – Huánuco 2015?

¿De qué manera serán los hábitos alimenticios en niños de 6 a 35 meses de edad del distrito de Colpas – Huánuco 2015?

¿Cuál es el estado nutricional de los niños de 6 a 35 meses de edad del distrito de Colpas – Huánuco 2015?

¿Existirá la presencia de desnutrición en los de 6 a 35 meses de edad del distrito de Colpas – Huánuco 2015?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivos Generales

Establecer la relación entre hábitos alimenticios y el estado nutricional en niños de 6 a 35 meses de edad del distrito de Colpas – Huánuco 2015

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de las madres de niños de 6 a 35 meses de edad del distrito de Colpas – Huánuco 2015
- Reconocer los hábitos alimenticios que llevan a las madres en niños de 6 a 35 meses de edad del distrito de Colpas – Huánuco 2015
- Identificar el estado nutricional de los niños de 6 a 35 meses de edad del distrito de Colpas – Huánuco 2015
- Identificar la presencia de desnutrición en los de 6 a 35 meses de edad del distrito de Colpas – Huánuco 2015

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La presente investigación se justifica en los siguientes criterios:

El estudio cobra importancia desde que se pretende identificar los hábitos alimentarios que la madre tiene hacia los niños menores de 3 años y la presencia de enfermedades y/o problemas entorno al estado nutricional de la madre. Asimismo se está queriendo identificar si específicamente hay presencia de desnutrición entre los niños porque sabemos que la desnutrición es el resultado del consumo insuficiente de alimentos y de la aparición repetida de enfermedades infecciosas. La desnutrición puede ser crónica, aguda y desnutrición según peso para la edad. La desnutrición implica tener un peso corporal menor a lo normal para la edad, tener una estatura inferior a la que corresponde a la edad (retraso en el crecimiento), estar peligrosamente delgado o presentar carencia de vitaminas y/o minerales (malnutrición por carencia de micronutrientes o mejor conocida como hambre oculta). La desnutrición infantil es una consecuencia de la poca ingesta de alimentos en la infancia. Durante la niñez es la etapa en la que más se necesitan de nutrientes para poderse desarrollar en forma adecuada. Esta poca ingesta de alimentos puede deberse a la falta de alimento en lugares muy pobres del planeta, en los cuales no pueden acceder a una canasta básica de alimentos. Los que

más sufren son los niños, esta situación se ve agravada por infecciones oportunistas que pueden producir entre otras cosas: diarrea y deshidratación. Por tanto, resulta importante el hecho de determinar cuáles son los hábitos alimenticios asociados a desnutrición infantil, con el fin de identificarlos y corregirlos oportunamente, a fin de evitar que deterioren la salud de la población infantil y le causen daños irreversibles.

Por esta razón resulta indispensable desarrollar políticas públicas orientadas hacia la infancia, que aborden desde un enfoque interdisciplinario, las diversas realidades y problemas que enfrenta el niño desde su nacimiento hasta su transformación en un adulto autónomo, contribuyendo a su formación integral. De otro lado, la mejora del estado nutricional de la población estimulará el proceso de desarrollo, contribuyendo a la reducción de la pobreza. En este contexto el estudio generará aportes teóricos que contribuirán a mejorar la salud pública infantil.

En este sentido la práctica de la enfermería debe asegurar que el cuidado del crecimiento y desarrollo del niño sea integral, oportuno y de calidad.

Se espera que los establecimientos de salud hagan uso oportuno y efectivo de las oportunidades de información, educación y capacitación, y en base a la información proporcionada por el presente estudio adopten medidas y estrategias válidas para reducir la prevalencia de la desnutrición en nuestra población infantil, que es una de las más afectadas a nivel nacional.

Por ello es elemental que el profesional de enfermería, como responsable del área niño, efectúe una adecuada vigilancia de la evolución de su crecimiento y desarrollo, a fin de identificar oportunamente cambios o riesgos en su estado de salud.

Para lograr que un niño tenga buena nutrición es necesario que esté bien alimentado y tenga buena salud, lo que a su vez dependerá de factores como la seguridad alimentaria en el hogar, prácticas de cuidado materno infantil, servicios de salud y entornos saludables.

La naturaleza de los cuidados de enfermería en la edad infantil se propone asegurar el desarrollo de las capacidades físicas, afectivas, mentales y sociales del individuo para asegurar la continuidad de la vida:

Por otra parte, en cuanto a su alcance esta investigación aperturará futuras investigaciones con mayor alcance poblacional.

Porque la desnutrición es un problema que afecta a todo el mundo, más aun a los países subdesarrollado y en vías de desarrollo como el nuestro, razón por la cual se pretende conocer como los hábitos alimenticos y desnutrición infantil en niños de 6 a 35 meses en el Distrito de Colpas se relacionan, además que nuestro distrito es considerada una población de bajos recursos económicos y no se cuentan con ONG (Organizaciones No Gubernamentales) que puedan colaborar en este problema y que las madres o cuidadoras de los niños tengan el compromiso de asumir el reto de disminuir el alto índice de desnutrición y de esta manera mejorar su calidad de vida.

Además con esta investigación se pretende dar a conocer como los malos hábitos alimenticios en los niños menores de 3 años tienen sus causas y consecuencias que afectan directamente el desarrollo cognitivo de todo ser humano y que van a repercutir a lo largo de las diferentes etapas de vida.

Por otra parte se describirán aspectos relacionados a los factores de la desnutrición que causan en los niños un bajo rendimiento escolar por que consumen estos alimentos bajos en nutrientes y ricos en calorías.

Por tanto mi presente investigación es apropiada para brindar información, educación a la población en general del Distrito de Colpas para mejorar sus condiciones, calidad de vida, estilos de vida saludables y sus hábitos alimenticos saludables por medio de sesiones educativas y demostrativas. Por lo que los resultados pretenderán mejorar los hábitos alimenticios en los niños menores de 3 años en el Distrito de Colpas, así como priorizar los alimentos nutritivos y balanceados en sus comidas, aprovechando los recursos naturales y propios de la zona para mejorar la calidad de vida de los consumiendo alimentos locales de la zona.

La relevancia social de la presente investigación está relacionada como los malos hábitos alimenticios influyen en el crecimiento, desarrollo de los niños, por lo que el estado peruano, propone como meta para el año 2016, reducir la desnutrición crónica infantil de 23.2% a 10%

En el estado nutricional observamos la obesidad, sobre peso, y sobre todo la desnutrición infantil por ser uno de los grandes problemas que aqueja a la humanidad, más de 50 millones de niños menores de cinco años están afectados, el equivalente al 17% de la población total de esa edad, según informe de la CEPAL, la situación es realmente grave en América Latina y el Caribe, y esto puede impedir alcanzar los Objetivos del Nuevo Milenio.

Los más afectados con la desnutrición infantil son niños que viven en zonas rurales, pertenecer generalmente a grupos indígenas o afrodescendientes, tienen escaso nivel educacional, tampoco en lo general tienen acceso al agua potable y alcantarillado. Todos ayudan a combatir esta terrible realidad social.

Este terrible problema social sin duda se convierte en una de las principales fuentes de pobreza y subdesarrollo ya que la desnutrición infantil afecta al desarrollo integral del ser humano, afectando su salud, bienestar y por lo tanto privándolo de acceder a educación y productividad.

Los niños que se desnutren en sus primeros años están expuestos a mayores riesgos de muerte durante la infancia, y de morbilidad y desnutrición durante todo el ciclo vital. La desnutrición limita su potencial de desarrollo físico e intelectual a la vez que restringe su capacidad de aprender y trabajar en la adultez.

La desnutrición tiene un impacto negativo en corto mediano y largo plazo, ya que los niños son el futuro inmediato. La pobreza nunca podrá ser erradicada si no se trata de raíz el tema del hambre y la desnutrición infantil.

Además con esta investigación se pretende dar a conocer como los malos hábitos alimenticios en los niños menores de 3 años tienen sus causas y consecuencias que afectan directamente el desarrollo cognitivo de todo ser humano y que van a repercutir a lo largo de las diferentes etapas de vida.

Por otra parte se describirán aspectos relacionados a los factores de la desnutrición que causan en los niños un bajo rendimiento escolar por que consumen estos alimentos bajos en nutrientes y ricos en calorías.

Este derecho humano fundamental ha sido permanentemente refrendado por otros foros y acuerdos mundiales.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.

El presente estudio, al igual que todo proceso de investigación tuvo limitaciones, estas estuvieron asociadas a:

Los hallazgos obtenidos en el presente estudio, corresponden a una población con residencia en zonas rural, que tiene acceso a tres establecimientos de salud, por lo que los resultados pueden ser inferenciados a los establecimientos de salud del MINSA. Del mismo modo, la disponibilidad del tiempo y recursos humanos limitó la ejecución de un estudio de mayor magnitud; por lo que la población del estudio fue conformada por aquellos que acceden a los establecimientos de salud y a través de visitas domiciliarias. Me limita la falta de comunicación o mejor dicho la sinceridad de las madres encuestadas.

- Al no hablar con la verdad de la manera de convivencia de sus hogares.
- Factor tiempo por la sobrecarga laboral.
- El factor tiempo se constituye como uno de los limitantes, debido al desarrollo paralelo de las prácticas pre-profesionales.
- Búsqueda de informaciones concerniente al tema que se va a investigar.
- Acceso al internet ya que en el lugar donde laboro no existe este medio de comunicación para absolver mis dudas e inquietudes.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO:

2.1.1. Antecedentes Internacionales:

Argueta Portillo, Sabier, Benítez Hernández, Alexis, Cano Quezada, Rhina Alexandra (2013)⁽²⁰⁾ Prevalencia de desnutrición en niños menores de cinco años inscritos en el programa atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia en las unidades comunitarias de salud familiar de San Pedro Chirilagua y Uluazapa en San Miguel y periférica de Santa Rosa de Lima en la Unión. Periodo de 2010 a 2012. La muestra estuvo conforma por 278 niños incluidos varones y mujeres inscrito en el Programa AIEPI. El tipo de muestreo fue el no probabilístico intencional. Los instrumentos de la toma de datos son la Cédula de la Entrevista. Donde los autores arribaron a las siguientes conclusiones:

1. La prevalencia de desnutrición en los niños y niñas menores de 5 años de las UCSF de Uluazapa y San Pedro Chirilagua en San Miguel y UCSF Periférica Santa Rosa de Lima en La Unión en el periodo de 2010 a 2012 es baja en comparación con el último dato proporcionado por FESAL en 2008 que eran de 5.6% y 5.2% respectivamente.

2. La prevalencia de desnutrición en las UCSF Uluazapa y San Pedro Chirilagua en San Miguel es de 4.6% en los periodo 2010 a 2012, mientras que en 2008 según FESAL fue de 5.6%.
3. La prevalencia de desnutrición en la UCSF Periférica Santa Rosa de Lima es de 5.04% en el periodo 2010 a 2012, mientras que en 2008 según FESAL fue de 5.2%.
4. Los factores ambientales como el tipo de vivienda y tipo de letrina están relacionados con la desnutrición, puesto que al aplicar la prueba que de Chi-cuadrado se encuentra que en el caso del tipo de vivienda se encontró que, es decir que $8.705 > 5.991$, y en el caso del tipo de letrina al aplicar la prueba de Chi-cuadrado se encontró que, es decir que $20.043 > 7.815$, y con esto se comprobó que estos factores influyen en la desnutrición en la población estudiada.
5. Factores socioeconómicos como el ingreso mensual de la familia incide en el estado nutricional de los niños menores de 5 años, es decir que cuanto menores ingresos hay más posibilidad de padecer desnutrición puesto que según los datos obtenidos de 154 que tienen el salario mínimo o menos, que es el 58% de la población 8, es decir el 4.8% tienen desnutrición mientras que de 116 que tienen ingresos mayor al salario mínimo, que es el 42% de la población, ninguno tiene desnutrición.
6. El grupo etario en el cual es mayor la prevalencia de desnutrición es el grupo de 2 a menor de 5 años en las en la población estudiada con un total de 130 (68%) desnutridos, luego sigue el grupo de menor de 1 año con 31 (16.2%) desnutridos y por último el de 1 a menor de 2 años con 30 desnutridos (15.7%).
7. La desnutrición en las UCSF San Pedro Chirilagua, Uluazapa y Periférica de Santa Rosa de Lima en el periodo 2010 a 2012 es más prevalente en el sexo femenino con un total de 106 niñas que equivale al 55.5% de desnutridas mientras que en el sexo masculino solo hay 85 desnutridos que equivale a 45.5%.

Barrionuevo Marin, Michel Estefany. “Desnutrición infantil marasmo y kwashiorkor”(2016). Donde el autor llego a las siguientes conclusiones:

1. La desnutrición infantil es muy común en países en vías de desarrollo, con un índice mayor en las comunidades indígenas principalmente en Cotopaxi, Bolívar y Chimborazo.
2. La desnutrición es una enfermedad que proviene de un desequilibrio entre el aporte de nutrientes a los tejidos, ya sea por una dieta inapropiada o por una utilización defectuosa por parte del organismo.
3. La desnutrición es un factor común en la práctica clínica que tiene como consecuencias un aumento en el tiempo de estancia hospitalaria, morbilidad y mortalidad en los pacientes por lo tanto incide en el coste para el estado.
4. La desnutrición infantil tiene un alto riesgo de complicaciones como infecciones, anemia, deshidratación, flebitis, falla respiratoria, baja cicatrización de heridas pueden llegar a shock séptico.
5. Es causas múltiples por ejemplo el limitado acceso a los alimentos y a servicios básicos, bajo poder adquisitivo de la familia, entorno insalubre, inadecuado acceso a servicios de salud, así como la falta de educación y conocimientos relacionados a alimentación y nutrición en los padres.
6. Su diagnóstico es netamente clínico y se utiliza las puntuaciones Z sugeridas por la OMS
7. La desnutrición infantil produce un riesgo vital para el paciente que la posee por lo cual se debe tener un tratamiento integral para

la recuperación de la salud además de la introducción de antibióticos para las infecciones subyacente.

8. Es recomendable la educación y orientación a los padres para mantener una buena nutrición y cuidados de los niños para mantener un desarrollo óptimo en todos los aspectos.
9. La mejora en la atención en el primer nivel de salud para evitar estos cuadros críticos en la salud de la población.
10. El tratamiento está encaminado en tres pasos según normas de la OMS; fase inicial, fase de rehabilitación y fase de seguimiento, además existen directrices para el tratamiento hospitalario que se efectúa en 10 pasos.

Amusquivar Shirley, Bernardina Barja y Maribel Espino⁽²¹⁾. Prevalencia de la desnutrición en niños menores de 5 años en la comunidad de mosojllajta del departamento de Chuquisaca en el periodo de agosto de 2010 al mes de mayo del 2011. Donde los investigadores llegaron a las siguientes conclusiones:

- a) Que los pobladores de la comunidad de Mosoj Llicta tienen un nivel de instrucción baja.
- b) Que el ingreso económico de los padres de familia es bajo.
- c) Que la mayoría de los padres de familia tienen un ingreso económico menor a 577 lo cual propicia a un bajo consumo de los diferentes tipos de alimentos.
- d) La población que abarca dicho centro de salud en su mayoría cuenta con ciertas necesidades básicas es decir agua no potable y pozo, luz eléctrica y no así una vivienda propia.
- e) No todas las viviendas recibe visita del personal de salud y así mismo los que reciben no lo hacen con frecuencia.

- f) Se observó que los niños menores de 5 años presentan un estado nutricional entre normal y moderada, encontrando un reducido número de desnutrición severa.
- g) Se comprobó que el centro de salud brinda los micronutrientes necesarios a los niños menores de 5 años.
- h) Se encontró mayor prevalencia de enfermedades infecciosas EDAS e IRAS en niños menores de 5 años.
- i) Se logró identificar el estado nutricional de edad/peso, edad/talla utilizando dos medios que son el VEN Y el AIEPI –NUT.

Gutiérrez Vásquez, Rina Evelyn. (2011)⁽²²⁾. Nutrición de niños y niñas menores de 5 años, Unidad de Salud Dr. Carlos Díaz del Pinal. Municipio de Santa Tecla. La muestra es de tipo de Muestreo Aleatorio Simple y se eligió la población en estudio, siendo la fuente las madres de los niños menores de cinco años que asisten a control infantil. Los instrumentos fueron la entrevista y revisión de expediente de los niños y niñas. Para la recolección de datos se utilizó como instrumento el cuestionario que consistió de tres partes: datos generales de la madre, datos generales de los niños y el conocimiento de las madres en alimentación y nutrición. Donde la investigadora arribo a las siguientes conclusiones:

- 1- De las características biológicas y sociales de las madres se identificó que presenta un nivel académico intermedio y básico, la mayoría se dedica al cuidado de sus hijos y a los oficios domésticos del hogar; la procedencia es de los Municipios de Santa Tecla y Colon.
- 2- Se constató que no todas las intervenciones en nutrición que el establecimiento de salud brinda a las madres se benefician, debido a que un buen número manifestó no recibir charlas educativas y al verificarlo, se comprobó que es por los diferentes horarios de selección, previo a recibir el control infantil; además al

revisar algunos expedientes se observó que no se registra la educación nutricional y la consejería impartida a las usuarias.

Al mismo tiempo no se enfatiza en la importancia de los alimentos fortificados y las funciones de algunos micronutrientes como el hierro, ya que estos temas no están contemplados en la programación de las charlas educativas.

- 3- Las madres tiene los conocimientos de cómo debe ser la nutrición adecuada de sus hijos y se basan en las explicaciones, charlas y consejerías que les brindan en los controles infantiles, reconociendo que es importante brindar una alimentación sana, el inicio de la introducción de alimentos después de los seis meses, la importancia de dar la vitamina A y como se clasifica el estado nutricional; al mismo tiempo se identificaron deficiencias en el conocimiento de las funciones de micronutrientes y cuáles son los alimentos fortificados.
 - 4- Respecto al estado nutricional de los niños y niñas solo se verifico la mitad de los expedientes de la población en estudio, observando que los niños se encuentran con un estado nutricional normal, las razones de no hacer una revisión completa fue debido a que registros tomados de las tarjetas no coincidían con los del expediente ya que al revisarlos, estos eran de adultos y por otra parte en el área de archivo no se encontraron algunos de estos; limitando el análisis del estudio.
 - 5- La ingesta de alimentos está claramente afectada por el ingreso económico de las madres ya que existe una prohibición de los alimentos principalmente los cárnicos, lo cual significa que no se tiene el acceso a cierto tipo de producto.
El ingreso económico es importante en la discusión de los resultados en relación a la accesibilidad y variedad de los alimentos.
- Condemaita Bejarano, Diana Alexandra. (2013)⁽²³⁾. Influencia de los hábitos alimentarios en el estado nutricional de niños y niñas en edad preescolar (2-5 años), en el centro de desarrollo bilingüe “Tinytoon” en el período abril-septiembre 2011 de la Parroquia

Huachi- Loreto de la Ciudad de Ambato. La muestra estuvo a cargo de 60 personas de los cuales 30 los padres de familia y 30 niños entre varones y mujeres en edad preescolar lo que constituye el universo total de la investigación. Los instrumentos usados fueron la entrevista, cuestionario y la observación.

Donde la investigadora arribo a las siguientes conclusiones:

- a) El 30 % de los niños fueron evaluados de bajo peso, el 23 % fue evaluado como sobrepeso y el 20 % están en la categoría de los obesos.
- b) En el grupo de escolares clasificados como bajo peso predominaron las niñas mientras que en el grupo de malnutridos por exceso (sobrepeso y obesos) predominaron los niños.
- c) No hubo diferencias significativas en la valoración nutricional de la talla/edad entre los diferentes grupos de edades estudiadas.
- d) Los hábitos alimentarios presente en los niños incluidos en el estudio pueden valorarse de inadecuados pues predominaron los alimentos fritos (100%) en su alimentación cotidiana seguida de carbohidratos (90%) y alimentos ricos en dulces y paneras, seguido de dulces y helados con un 93% y refrescos y refrescos y gaseosas con un 83%. Estos resultados pueden haber condicionado los resultados de la evaluación nutricional encontrados en esta investigación.
- e) Los padres de familias encuestados demostraron pocos o escasos conocimientos sobre aspectos relacionados con la nutrición de sus hijos/hijas lo que puede estar influyendo de forma negativa en los hábitos alimentarios y en el estado nutricional de sus hijos/hijas.

2.1.2. Nacional:

- Valencia Peña, Pilar Allue. (2014)⁽²⁴⁾. Estado nutricional de la población menor de 5 años adscrita al Puesto de Salud Aynaca en el 2013.

Población asignada al Puesto de Salud de Aynaca en Lima para el 2013 era de 93 niños tomando como muestra a 80 niños, tras el análisis de datos: de su edad, peso y talla y clasificándolos según las tablas de Organización Mundial de la Salud (OMS) y el uso del SPSS Statistics 21.0, instrumento de sexo femenino y masculino. Donde la autora llegó a las siguientes conclusiones:

1. El estado nutricional de la población menor de 5 años adscrito al Puesto de Salud Aynaca durante el 2013 fue prevalentemente eutrófica utilizando las diferentes clasificaciones.
2. Usando la clasificación de la OMS utilizada por el MINSA se determinó que la prevalencia para la desnutrición global fue del 6.25%, para desnutrición aguda del 5%, para la desnutrición crónica del 17.5% y para sobrepeso-obesidad del 8.75%.
3. Para determinar la intensidad y severidad del estado nutricional se utilizó la clasificación de Waterloo, encontrándose que la prevalencia para desnutrición aguda grave fue del 1.25%, para desnutrición aguda moderada del 2.5%, para desnutrición aguda leve de 6.25%, para la desnutrición crónica del 35%, para sobrepeso del 25% y para obesidad leve del 10%

➤ Ruiz Collazos, Sor Faustina (2014) ⁽²⁵⁾. Factores sociodemográficos asociados a desnutrición en niños de dos a cinco años de edad Puesto de Salud Túpac Amaru -Ate Vitarte. El tamaño de la muestra se obtuvo mediante muestreo probabilístico y se utilizó la fórmula de población finita (n= 100). Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario y una hoja de registro. Donde la autora arribó a las siguientes conclusiones:

1. Los factores sociales de las madres asociados a la desnutrición en niños de 2 a 5 años es el nivel económico bajo y limitado acceso al seguro de salud.
2. Los factores demográficos asociados a la desnutrición en los niños de 2 a 5 años son el número de hijos, grado de instrucción, estado civil y procedencia, no encontrándose asociación con la edad de la madre.

3. El estado nutricional de los niños de 2 a 5 años de edad en la mayoría según los indicadores antropométricos y características de la piel se encontraron normales.
4. La calidad de la alimentación que reciben los niños de 2 a 5 años sí está asociada a la desnutrición.

➤ Marrufo Marrufo, María Milagros (2012) ⁽²⁶⁾. Actitudes de las madres hacia la alimentación infantil en preescolares del nido "Belén Kids", Los Olivos, 2011. La muestra: estuvo constituida por 45 madres y la muestra considerada para el estudio estaba conformada por 32 madres de niños en edad preescolar, que asisten al Nido "Belén Kids" en los Olivos 2011; ésta muestra se obtuvo mediante el uso de la fórmula estadístico. El instrumento que se utilizó para la recolección de datos es una escala tipo Likert modificada de 30 enunciados referentes a las actitudes de las madres sobre la alimentación infantil. La autora arribó a las siguientes conclusiones:

Las actitudes de las madres hacia la alimentación infantil en preescolares del Nido "Belén Kids"-Los Olivos, en su mayoría, son desfavorables y menor porcentaje favorables. Lo que implica que realicen inadecuadas prácticas en la alimentación de los niños, predisponiéndolos a alteraciones nutricionales a corto y largo plazo.

Las madres de preescolares del Nido "Belén Kids" evidenciaron actitudes favorables, en su mayoría, para los aspectos relacionados con el contenido de los alimentos, la lonchera escolar, horario de la comida, grupos de alimentos que conforman la alimentación del niño, por lo que las madres están de acuerdo y consideran que la alimentación en la edad preescolar es fundamental para el óptimo crecimiento y desarrollo de sus hijos.

Las madres de preescolares del Nido "Belén Kids" evidenciaron actitudes desfavorables, en su mayoría, para los aspectos relacionados con los hábitos alimenticios y el número de veces que come el niño durante el día. Esto podría generar que las madres no alimenten adecuadamente a sus hijos, brindándoles

alimentación en exceso o déficit, inculcándoles hábitos inadecuados, lo que ocasionaría problemas de desnutrición en los niños, como el sobrepeso o, en algunos casos, la obesidad, que en la actualidad son problemas frecuentes en la población infantil

➤ Palomino Cuycaposa, Nicolás (2010) ⁽²⁷⁾. Análisis de equidad del nivel socioeconómico y la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en el Perú. El tamaño de la entrevista de hogares a nivel nacional fue 14,290 hogares. Tipo de Muestreo: Probabilística, auto ponderado, estratificado, multietápico e independiente para cada departamento seleccionados, 13,342 hogares ocupados y 13,211 hogares entrevistados. Siendo la tasa de respuesta de hogares 99.0. Análisis de los datos: Se realizaron encuestas. Donde el autor llegó a las siguientes conclusiones:

1. Los niños siguen siendo uno de los grupos más vulnerables de nuestra sociedad. El 79.2% de los niños son pobres y muy pobres, y la mitad tiene un nivel de nutrición insuficiente. El problema es aún mayor si consideramos las disparidades entre los niños urbanos y rurales que registran para la sierra rural 45% y para selva y costa rural 27.9% y 27.5 % respectivamente. Además los niños de la sierra rural tienen 6.39 veces más probabilidades de tener desnutrición crónica que los niños de la costa urbana. Los departamentos con mayor incidencia de déficit calórico son Huancavelica, Loreto, Puno y Pasco en el 2004, 2005, en el año 2006 el departamento que se agrega es Huánuco.
2. El nivel socioeconómico está asociado a la prevalencia de Desnutrición crónica en niños menores de cinco años, principalmente en los quintiles pobre y muy pobre en un 33.3% y 45.9 respectivamente, en comparación con el quintil muy rico del 8%.
3. Los resultados nos dicen que son los niños mayores de 3 años los que comienzan a enfrentar en un 65.9% mayores problemas de desnutrición.

4. La educación de la madre es muy importante en la presentación de la desnutrición crónica, en la que no tiene educación tiene 50.89%, en comparación con la madre que tiene educación superior 4.37%.
5. La procedencia del agua tiene relación con la presentación de desnutrición crónica, las que disponen del agua de manantial tienen 46.64%, las de pilón o grifo público tienen 45.36%, en comparación con el 18.51% que tienen agua potable de Red pública dentro de su vivienda.
6. En lo que refiere al tipo de baño, aquellos que no tienen servicio de baño tienen un relación de 41.68% con la desnutrición crónica, los que disponen de un pozo ciego un 31.19%, en comparación con los que tienen baño de Red Pública 8.39% de desnutrición crónica.
7. Aplicando un enfoque multisectorial, los Gobiernos regionales pueden tener mucho éxito en reducir la Desnutrición crónica infantil en sus departamentos respectivos.

El crecimiento económico sostenido es una condición necesaria pero no suficiente para acabar con la pobreza y el hambre, requiere estar acompañado por otros instrumentos que contribuyan a acelerar la reducción de la pobreza extrema y la desnutrición crónica.

La lucha por acabar con la desnutrición crónica pasa en primer lugar por acabar con la pobreza extrema. Esto significa que la familia tiene que tener garantizado una alimentación regular sostenida, en este caso el crecimiento económico puede generar oportunidades que contribuyen a la reducción de pobreza extrema.

Estimaciones para nuestro país permiten afirmar que un crecimiento económico sostenido de 6,7% anual puede reducir la pobreza extrema en casi dos puntos porcentuales, con este crecimiento se requieren dos años para reducir en un punto porcentual la desnutrición crónica.

- Ildelfonso Astuquipan, Elizabeth Elva, Bach. Inga Condezo, Mariela, Bach. Salinas Esquivel, Jackeline (2014)⁽²⁸⁾ Conocimiento de la Madre Sobre Alimentación Complementaria y el Estado Nutricional del Niño de 6 a 24 meses , Programa CRED, Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco. Muestra: Con 120 madres con niños de 6 a 24 meses de edad que accedieron voluntariamente a participar en el estudio. En un muestreo no probabilístico. Por conveniencia, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión La técnica y los instrumentos utilizados fueron: la encuesta, análisis documental, cuestionario, ficha de registro. Las autoras llegaron a las siguientes conclusiones:

Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses que asisten al programa de CRED en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano. Ya que realizada la prueba de Chi² entre las dos variables involucradas ($p < 0,05$).

La mayoría de las madres que asisten al Programa de CRED, tienen un nivel bueno de conocimientos sobre alimentación complementaria mientras que un menor número tiene un nivel de conocimiento regular.

El mayor porcentaje de los niños evaluados posee un estado nutricional normal mientras que en una minoría de niños tienen desnutrición.

- Bertomoreano César Gabriel, Cahuana Aparco Judith, Cárdenas Gallegos Jesús Kevin, Botiquín Ortiz Nataly Ruth, Balbín Navarro Claudia Angélica, Tejada Llacsá Paul Jesús, Calongos Porras Esteffany Jennifer, (2010)⁽²⁹⁾. Nivel de pobreza y estado nutricional asociados a parasitosis intestinal en estudiantes, Huánuco, Perú”, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Quinto año de Medicina Humana. , Asociación para el Desarrollo de la Investigación Estudiantil en Ciencias de la Salud, Sociedad Científica San Fernando, Perú. Muestra: Estudiantes de la Provincia Leoncio Prado. Instrumento utilizado fue la entrevista y

encuestas y examen de laboratorio. Quienes en adelante llegaron a las siguientes: Conclusiones:

La pobreza en la provincia de Leoncio Prado, a la cual pertenece Venenillo, ha sido considerada en 44,5%, de acuerdo a los resultados obtenidos por el INEI. Nuestro estudio determinó que 90,5% de la población de Venenillo vivía en condiciones de pobreza o pobreza extrema. Dicho porcentaje refleja que en la población de estudio existe vulnerabilidad en salud y desarrollo. Además, se encontró que la falta de servicios sanitarios fue la necesidad insatisfecha más frecuente, lo cual repercute en la predisposición a infecciones parasitarias.

Dentro de los factores sociales, culturales y económicos que predisponen a la adquisición de parasitosis, la condición de pobreza repercute con mayor fuerza en países en vías de desarrollo como el Perú. En diversos estudios realizados en países americanos, se determinó correlación entre pobreza crítica y el porcentaje de individuos parasitados. En nuestra población, se evidenció asociación significativa y fuerte entre nivel de pobreza y parasitosis.

En nuestro estudio se halló una frecuencia elevada de infección por parásitos y de desnutrición crónica en la muestra estudiada. La repercusión más importante sobre el estado de salud de los niños y adolescentes infectados es la limitación crónica en el desarrollo físico normal, dando lugar a diferentes grados de malnutrición, anemia por deficiencia de hierro, entre otras deficiencias nutricionales. Dichas consecuencias varían dependiendo del tipo de parásito infectante. Así, las infecciones crónicas e intensas por *A. lumbricoides* generan importantes grados de desnutrición proteico-energética, además de distensión abdominal, anorexia y diarrea. En cambio, las infecciones crónicas por uncinarias ocasionan anemia por deficiencia de hierro, aunque infecciones intensas han sido relacionadas a

cuadros de malabsorción intestinal por atrofia de vellosidades intestinales.

- Rojas, M. D. R., Meza, M. C. N., & Bravo, R. C (2010). Prevalencia de la desnutrición crónica infantil y pobreza. Muestra de estudio: Departamento de Huánuco. Instrumento utilizado fue la encuesta. Donde los autores arribaron a las siguientes conclusiones: La desnutrición infantil afecta diferentes aspectos de crecimiento y desarrollo individual y social, como en la reducción de la capacidad física e intelectual, teniendo una menor capacidad de aprendizaje, por lo que su rendimiento escolar disminuye, así mismo produce reducción en la productividad durante la adultez y por lo tanto en los ingresos económicos, además se observa un efecto social inmediato elevándose las probabilidades de morbilidad y mortalidad infantil. En el Perú, el 22,8% de los niños menores de cinco años padecen de desnutrición crónica a diferencia que en el departamento de Huánuco se evidenció cifras elevadas de 48,6%, concentrándose en las edades de 48 a 59 meses con un 53%, lo que se explica que estos niños en algún momento de su periodo de crecimiento y desarrollo han presentado cuadros repetitivos de desnutrición aguda, afectando la talla para la edad, (INEI – 2000). Considerando que la ENDES 2000 mostró que la prevalencia del enanismo en las zonas rurales fue del 40,2% .el doble del porcentaje que se presentaron en las zonas urbanas. Siendo la ruralidad como un factor asociado a la desnutrición, tal como se observó en la provincia de Huánuco que el 47,9% son de las zonas rurales y un 17,2% de las zonas urbanas, de ellos el mayor porcentaje de desnutridos crónicos son de las zonas pobres y muy pobres.

- DIRESA. (2008 - 2009), Línea de base de desnutrición infantil y sus determinantes en las 11 provincias y 76 distritos de la Región Huánuco, Dirección Regional de Salud Huánuco, Perú. El Cálculo

de tamaño maestral para cada provincia, Se realizó un muestreo aleatorio por conglomerados (áreas), e independiente en cada distrito. Probabilístico. El instrumento utilizado fue la encuesta estructurada en una prueba piloto en comunidades de zonas urbanas y rurales de Distritos cercanos.

El presente estudio se ha formulado y ejecutado siguiendo la rigurosidad científica y metodológica diseñado en el Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales ejecutado por el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN). Llegando a las siguientes conclusiones:

La población de niños y niñas menores de 59 meses pesados y tallados fue 2,245 con aplicación de encuesta de determinantes a sus respectivas familias. Se contó con la intervención de 06 antropometristas, 20 auxiliares-encuestadores y 10 supervisores. Llegándose a aplicar la metodología con un nivel de confianza de 95%.

La prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 36 meses de edad en la región Huánuco se encuentra entre 32.9% y 48.4%, en promedio 40.6%, existiendo provincias que superan el promedio regional como es el caso de la provincia de Yarowilca que reporta la más alta tasa de prevalencia (55.3%), seguido de Huacaybamba con 54.3% y Lauricocha con 52.8 %. A nivel de distritos, Choras, en provincia de Yarowilca, tiene la tasa de prevalencia de desnutrición crónica más alta (70 %), superando en 29% al promedio regional. El distrito de Pilco Marca, provincia de Huánuco, tiene la tasa de prevalencia de desnutrición crónica más baja de la región (9.0%).

Las tasas de prevalencia de desnutrición crónica son mayores en aquellas provincias donde los determinantes económicos (actividad económica de la madre e ingreso económico de la familia), sociales (educativos, específicamente de la madre) y ambientales (acceso a agua y desagüe) son deficientes.

La suplementación con micronutrientes (sulfato ferroso) de acuerdo a la edad del niño o niña, no muestra ser un indicador relevante en la incidencia de la desnutrición crónica. Los padres podrían recibir el suplemento pero no necesariamente proporcionarle en la frecuencia ni en la dosis adecuada al niño.

La prevalencia de desnutrición crónica es alta en aquellos niños que consumen yodo en sal en concentraciones inadecuadas.

Los beneficiarios de algún programa social son los que presentan mayor prevalencia de desnutrición.

Un 31% de niños no son beneficiarios de ningún tipo de seguro de salud.

La lactancia materna exclusiva (durante los 6 meses) evidencia diferencia significativa como determinante de desnutrición.

2.2. BASES TEÓRICAS:

2.2.1. Hábitos Alimenticios:

2.2.1.1. Definición: Los hábitos alimenticios son el conjunto de costumbres que determinan el comportamiento del hombre en relación con los alimentos y la alimentación. Incluye desde la manera como se seleccionan los alimentos hasta la forma en que los consumen o los sirven a las personas cuya alimentación está en sus manos.

Se puede definir a los hábitos alimentarios como las elecciones efectuadas por individuos en respuesta a las presiones sociales y culturales, para seleccionar, preparar y consumir una fracción de los recursos alimentarios posibles.

Los hábitos alimenticios implican cierto automatismo, acompañado de ciertos elementos conscientes; por lo tanto, un hábito se conserva por ser útil, cómodo y agradable, llegando a ser parte de la vida de un individuo, determinando en muchas ocasiones su modo de actuar, preferencias y elecciones. Los hábitos alimentarios son la

selección y elección de la cantidad, calidad y forma de preparación de los alimentos que consume un individuo, como respuesta de sus gustos, disponibilidad de alimentos, poder adquisitivo, tradiciones familiares y socioculturales.

2.2.1.2. Características:

- Prevenir y disminuir el riesgo de padecer alguna enfermedad crónica como enfermedades cardiovasculares, obesidad, cáncer y diabetes
- Adecuado en macronutrientes.
- Equilibrado en cuanto a la proporción de nutrientes.
- Adaptada a las condiciones culturales, geográficas y religiosas.
- Satisfactoria no solamente al organismo, al cuerpo sino a la mente a los sentidos son los más importantes los olores, sabores, textura y colores.
- Debe ser elaboradas con productos naturales y sobre todo de la propia zona como de la temporada de la estación.

2.2.1.3. Ventajas:

- Buena alimentación.
- Buena salud

2.2.1.4. Desventajas:

- Comer en deshoras.
- Consumo de comidas chatarras.
- Consumo de gaseosas que debilitan a los huesos y produciendo enfermedades crónicas en el organismo.
- Excluir comidas sobre todo en el desayuno.
- Picotear de manera exagerada entre horas.
- No practicar ningún deporte.
- Elevada ingesta de comidas rápidas como pizzas, hamburguesas.
- Bajo consumo de calcio.

2.2.1.5. Consecuencias: Las prácticas alimenticias inadecuadas dentro del hogar tienen un efecto negativo sobre las condiciones de salud del niño, sobre su habilidad para aprender, comunicarse, pensar analíticamente, socializar efectivamente y adaptarse a nuevos ambientes y personas. En consecuencia, también queda implícito que una dieta adecuada, es decir, aquella balanceada en nutrientes, es la primera línea de defensa contra un conjunto de enfermedades que afectan principalmente a los niños, y que pueden dejar secuelas en ellos de por vida. De acuerdo con Sagan y Druyan (1994) el cuerpo humano da prioridad al destino de las sustancias alimenticias cuando éstas son insuficientes para cubrir absolutamente todas las necesidades del cuerpo humano. La supervivencia toma mayor importancia ante el crecimiento. En cuanto a la nutrición, los autores sostienen que el cuerpo estaría obligado a restarle prioridad al proceso de aprendizaje. Según estos autores, las personas que atravesaron el problema de mal nutrición durante sus primeros años de vida tienen una menor capacidad cognitiva que dificulta el alcance de un rendimiento escolar aceptable. Los autores sostienen también que la malnutrición durante los primeros años afecta negativamente su productividad cuando ingresan al mercado laboral.

2.2.1.6. Alimento: Un alimento es toda aquella sustancia o mezcla de sustancias naturales o elaboradas que, ingeridas por el ser humano, aporten a su organismo los materiales y la energía necesarios para el desarrollo de sus procesos biológicos.

La designación de ALIMENTO incluye, además, las sustancias o mezclas de sustancias que se ingieren por hábito, costumbres o como coadyuvantes, tengan o no valor nutritivo.

2.2.1.7. Alimentación: Es un conjunto de actos voluntarios que abarca la elección del alimento, cómo lo preparamos y lo comemos. El hecho de comer y el modo como lo hacemos tiene una gran relación con el ambiente en el que vivimos y determinan, en gran parte, los hábitos alimentarios y los estilos de vida de las personas. Es un proceso consciente y voluntario por el cual

proporcionamos al organismo sustancias para el mantenimiento y crecimiento.

2.2.1.8. Funciones de los alimentos: Los alimentos cumplen diferentes funciones, según lo que posibilitan o producen en el organismo. Dado que los nutrientes están ampliamente distribuidos, no hay ninguna dieta ideal ni ningún alimento aislado que sea bueno o malo por sí solo.

La mayoría de los alimentos son mezclas de nutrientes en calidad y cantidad; prácticamente ningún alimento está constituido por un solo nutriente y, por otro lado, no hay ningún alimento completo para el ser humano adulto (la leche materna es sólo un alimento completo para el recién nacido durante los seis primeros meses de vida. Después deja de ser completa, pues carece de hierro, vitamina C y fibra).

Por eso, el valor nutricional de la dieta depende de la combinación total de los alimentos que la componen y de los nutrientes que aportan. Consumir una dieta variada y moderada es la mejor garantía de equilibrio nutricional. Se considera que una alimentación variada debe incluir alimentos de todos los grupos, lo que aumenta la posibilidad de cubrir las necesidades nutricionales. Así es posible prevenir los problemas de deficiencia de energía y de nutrientes y por lo tanto, el desarrollo de enfermedades.

¿Por qué comemos?

Desde lo biológico, comemos alimentos para obtener los nutrientes necesarios y así poder desarrollar nuestras funciones vitales. El hambre es el síntoma de la necesidad de ingerir alimentos, pero muchas veces elegimos lo que nos gusta en lugar de elegir alimentos que provean a nuestro organismo de los nutrientes que necesita en cantidad y calidad, a fin de que pueda funcionar en todo su potencial.

Lo que sucede es que muchas veces elegimos o rechazamos alimentos por razones que no tienen que ver con lo nutritivo sino

con otros factores como el aspecto o el sabor; también tienen una gran influencia los factores culturales y/o religiosos. Por otro lado, la disponibilidad o los precios de los productos desempeñan un papel relevante en nuestras opciones. Por lo tanto, existen muchas consideraciones que se tienen en cuenta al elegir un alimento.

2.2.1.9. Nutrición: La nutrición hace referencia a los nutrientes que componen los alimentos y al conjunto de procesos involuntarios, como la digestión y absorción de sus componentes o nutrientes, su metabolismo y la eliminación de los desechos celulares del organismo. La ciencia de la nutrición tiene como objeto de estudio a los nutrientes que se encuentran en los alimentos (las sustancias que se digieren y absorben por el organismo para ser utilizadas luego en el metabolismo intermedio), su función, las reacciones del organismo cuando los ingerimos y cómo interaccionan dichos nutrientes respecto de la salud y de la enfermedad.

Conjunto de procesos internos mediante los cuales las personas ingieren, absorben, transforman y utilizan las sustancias que se encuentran en los alimentos, y tienen que cumplir cuatro importantes objetivos:

- a) Suministrar energía para el mantenimiento de sus funciones y actividades del organismo.
- b) Aportar materiales para la formación, crecimiento y reparación de las estructuras corporales y para la reproducción.
- c) Suministrar sustancias para regular los procesos metabólicos.
- d) Reducir el riesgo de algunas enfermedades.

2.2.1.10. Nutriente: Son las sustancias contenidas en los alimentos, necesarias para el funcionamiento normal del organismo. Algunos se llaman nutrientes esenciales, que son aquellos que no pueden ser producidos por el organismo y deben ser aportados a través de la alimentación (aminoácidos, ácidos grasos, vitaminas, minerales, agua). Sustancias nutritivas

contenidas en los alimentos, que necesita el organismo para el crecimiento, la reproducción y la buena salud.

Se clasifican en:

2.2.1.11. Macronutrientes: Son aquellos que se requieren a diario en grandes cantidades y suministran la mayor parte de la energía metabólica del organismo. Nutrientes que el organismo necesita en cantidades relativamente grandes (gramos). Los macronutrientes son las proteínas, carbohidratos y grasas.

➤ **LAS PROTEINAS**

El cuerpo humano está hecho de proteínas y los componentes de las células que impiden que éstas se desintegren y que les permita realizar sus funciones, constan básicamente de proteína. Para una explicación sencilla, podría decirse que cada tipo de proteína está formado por una serie específica de “tabiques” estos se denominan aminoácidos. El cuerpo humano necesita unos 22 aminoácidos para formar todas las proteínas de que se compone, en sus células se fabrican 14 tipos de aminoácidos, pero los restantes, llamado aminoácidos esenciales, tiene que obtenerlos de la comida. Gran parte de la actividad química del organismo consiste en deshacer las series de tabiques presentes en los alimentos y reordenarlas para formar otras series, es decir, otras proteínas. Son necesarias para la construcción y reparación de tejidos y para el reforzamiento del sistema de defensa del organismo.

Tipos de proteínas:

Las proteínas a menudo se clasifican como “completas” o “incompletas” según su contenido en aminoácidos. Las proteínas completas son aquellas proteínas que contienen los nueve aminoácidos indispensables en concentraciones suficientes para cubrir los requerimientos diarios. Como las proteínas del huevo o los lácteos.

Las proteínas incompletas son proteínas deficientes en uno o más aminoácidos de los nueve aminoácidos esenciales que deben ser proporcionados por los alimentos.

Ejemplo: menestras (frijoles, cereales).

PROTEÍNAS COMPLETAS E INCOMPLETAS

Cuadro N°1

PROTEÍNAS COMPLETAS (Origen Animal)	PROTEÍNAS INCOMPLETAS (Origen Vegetal)
Huevo	Menestras (frijoles, lentejas, pallares, garbanzos, etc.
Pescado (anchoqueta, caballa, jurel, lisa, merluza, pampanito, paiche, etc.)	
Aves (pollo, gallina, pavo, pato, etc.)	
Carnes (res, cerdo, cordero, conejo, majaz, cuy, carnero, etc.)	
Vísceras (hígado de res, pollo o cerdo, bazo, bofe, etc.)	Oleaginosas (maní, nueces, pecanas, almendras, etc.
Sangrecita	
Mariscos (camarones, langostino, machas, etc.)	
Lácteos (leche, yogur, queso)	

Elaboración Propia.

➤ LOS CARBOHIDRATOS

Los carbohidratos son los nutrientes más menospreciados, pero proporcionan energía al organismo, lo ayudan a regular la desintegración de las proteínas y lo protegen de las toxinas. La glucosa, por ejemplo, es el principal combustible del cuerpo humano, en cuyas células también pueden utilizar otros combustibles, entre ellos grasas, la glucosa es uno de los carbohidratos llamados monosacáridos, es decir, sustancias de sabor dulce, compuestas de una sola molécula. Los polisacáridos, de los cuales el más importante es el almidón, suelen denominarse carbohidratos completos y constan de muchas moléculas de monosacáridos, el organismo los descompone en dos o más carbohidratos simples. Se hallan en las frutas, verduras y gramíneas y son muy nutritivos, pues, además de los monosacáridos, se componen de vitaminas, minerales, proteínas y fibra. Los polisacáridos son relativamente lentos de digerir por eso quitan la sensación de hambre. Es uno de los principales

nutrientes que provee de energía al organismo para realizar las actividades diarias como jugar, correr, estudiar, etc.

Tipos:

- a) Carbohidratos simples:** son compuestos usados como energía. Se encuentran en forma natural en alimentos como las frutas, la leche y sus derivados, al igual que en los azúcares procesados y refinados como el azúcar blanca o rubia, golosinas (caramelos, chupetes, gomitas de azúcar, etc.), chocolates, helados, mermeladas y las gaseosas.

Cuadro N° 2

ALIMENTOS	PORCIÓN	CUCHARADITAS DE AZÚCAR (c/cucharita: 5gr. De azúcar)
Gaseosa	355ml	20 cucharitas
Jugo de frutas procesado	240ml	7 cucharitas
Bebida energ+etica	250ml	5 cucharitas
Galletas con relleno	6 unidades	7 cucharitas
Queque bañado con crema	1 tajada	12 cucharitas
Helado	1 taza (250mg)	6 cucharitas
Barra de chocolate	45mg	10 cucharitas

Elaboración propia.

- b) Carbohidratos complejos:** Llamados también almidones, nos proporcionan energía y se encuentran principalmente en los granos enteros (maíz, trigo, quinua, kiwicha, cebada, arroz etc.), tubérculos (papa, camote, yuca, olluco etc.) y menestras (frijoles, pallares, garbanzos, lentejas, chochos, etc.).

➤ **LAS GRASAS**

Las grasas son parte indispensable de la alimentación, pero no todas son saludables si se ingieren en cantidad excesiva. Todas las grasas comestibles se componen de ácidos grasos: largas moléculas de carbono, hidrogeno y oxigeno; permiten obtener más del doble de energía que los carbohidratos, y contienen vitaminas A, D, E, y K. El organismo necesita las grasas para crecer y restaurarse, y además las almacena en los tejidos para

mantenerse a una temperatura constante y para protegerse de la intemperie y de las contusiones. En nutrición, la principal característica de las grasas es su grado de saturación, que se refiere a su estructura molecular. Las grasas insaturadas no propician tanta acumulación de colesterol en la sangre como las saturadas, como el exceso de colesterol en la sangre puede causar trastornos cardíacos, lo más aconsejable es comer pocas grasas saturadas. En general se recomienda que la ingestión de grasa se reduzca a un 30% o menos del total de calorías ingeridas, y que las grasas saturadas no excedan del 10% de dicho total. Todas las grasas comestibles son una mezcla de ácidos grasos saturados e insaturados, pero por lo regular las de origen animal son más saturadas que las de origen vegetal; las excepciones son las carnes de ave y el pescado, cuyas grasas tienden a ser insaturadas, y el aceite de coco, que aun siendo de origen vegetal contiene abundantes ácidos grasos saturados. Aportan energía y son necesarias para la absorción de las vitaminas y además dan valor de saciedad a la dieta. Deben ser consumidas en cantidades menores que los carbohidratos. Se clasifican en grasas saturadas e insaturadas, ácidos grasos trans.

a) Grasas saturadas: se encuentran en los alimentos de origen animal a excepción de los alimentos marinos y se mantienen en estado sólido a temperatura ambiente.

Ejemplo: manteca, carnes, quesos, crema de leche, etc. El aceite de palma, contiene grasas saturadas. El exceso en el consumo de grasas saturadas es la causa más común de elevar el colesterol.

b) Grasas insaturadas: se encuentran en grasas de origen animal marino y en alimentos de origen vegetal. Ejemplo: aceite de oliva, aceite de maíz, aceite girasol, aceite de canola, palta, maní, almendras, etc.

c) Ácidos grasos trans: estos ácidos se forman cuando el aceite vegetal que en un momento fue líquido y que por un proceso de hidrogenación de alta temperatura se convierte en sólidos. La

margarina o grasa vegetal hidrogenada y las frituras son las mayores fuentes de este tipo de grasa dañina.

Los ácidos grasos trans se encuentran en los alimentos fritos, refritos, productos comerciales horneados elaborados con margarina o grasas hidrogenadas o parcialmente hidrogenadas: galletas, queques, rosquitas, empanadas y otros.

2.2.1.12. Micronutrientes: Son aquellos que el organismo necesita en pequeñas dosis diarias, pero que son indispensables para el buen funcionamiento del cuerpo. Por ejemplo, vitaminas, minerales. Los micronutrientes llamados así porque se requieren en cantidades muy pequeñas, los micronutrientes son las vitaminas y minerales.

Vitaminas: sustancias de naturaleza orgánica que está presentes en pequeñas cantidades en los alimentos. No aportan energía y por lo tanto no producen calorías, ya que no se utilizan como combustible, pero sin ellas el organismo no tiene la capacidad de aprovechar los alimentos o nutrientes. No podemos sintetizarlas, por lo tanto debemos ingerirlas obligatoriamente con la alimentación.

Una excepción es la vitamina D, que se puede formar en la piel con la exposición al sol, y las vitaminas K, B1, B12 y ácido fólico, que se forman en pequeñas cantidades en la flora intestinal. La dieta debe ser equilibrada y abundante en productos frescos y naturales, para disponer de todas las vitaminas necesarias. Las vitaminas se clasifican en:

- **Vitaminas liposolubles:** Las vitaminas liposolubles, A, D, E y K, se consumen junto con alimentos que contienen grasa, se almacenan en el hígado y en los tejidos grasos.
- **Vitaminas hidrosolubles:** Las vitaminas hidrosolubles son aquellas que se disuelven en agua, no se almacenan en el organismo por lo cual debemos proporcionar al organismo regularmente.

Cuadro N° 3

VITAMINAS LIPOSOLUBLES	
FUNCIONES	FUENTES
VITAMINA A	
Ayuda a proteger la visión, a mantener sana la piel y evitar enfermedades infecciosas, previene enfermedades cardíacas, neurológicas, así como el cáncer. Su deficiencia puede producir ceguera nocturna, desecación en la piel y en niños provoca retardo en el crecimiento.	Hígado, sangrecita, lácteos enriquecidos, yema de huevo, carnes rojas, pescado de carne oscura. Así como en frutas y verduras de color amarillo intenso y verde oscuro: lúcuma, ciruelas, aguaje, espinaca, acelga, papaya, mango, melón, albaca, berro, zanahoria, zapallo, camote.
VITAMINA D	
Interviene en la formación de huesos y dientes, ayuda a la absorción del calcio y fósforo. Es sintetizada en nuestra piel con la acción solar de los rayos. Su deficiencia puede producir descalcificación de los huesos, caries dental o incluso raquitismo.	Aceite de hígado de pescado, mantequilla enriquecida, yema de huevos, hígado. La mejor fuente de vitamina D es a través de la exposición a la luz solar.
VITAMINA E	
Está relacionada con efectos protectores contra el envejecimiento, aumenta la salud cardiovascular. Su déficit puede producir alteraciones musculares, daños en la retina, detención del crecimiento en niños.	Aceites vegetales, germen de trigo, oleaginosas, cereales integrales, verduras de hojas verdes, yema de huevo, hígado.
VITAMINA K	
Fundamental en los procesos de coagulación de la sangre, por lo que su deficiencia produce dificultades en la coagulación sanguínea.	Verduras de hoja verde oscuro como espinaca, acelga, brócoli, espárragos, lechuga, etcétera.

Fuente: Elaborado por el equipo técnico de la dirección ejecutiva de educación de la salud. MINSa 2012.

Cuadro N° 4

VITAMINAS HIDROSOLUBLES	
FUNCIONES	FUENTES
VITAMINA B1 : TIAMINA	
Indispensable en el funcionamiento del sistema nervioso, además contribuye con el crecimiento y el mantenimiento de la piel. Su deficiencia produce trastornos neurológicos, alteraciones neurológicas, y psíquicas, pudiendo llegar a la beriberi.	Se encuentra en cereales, carnes, lácteos, menestras.
VITAMINA B2: RIBOFLAVINA	
Ayuda al sistema inmunológico a mantener en buen estado de las membranas que forman el aparato respiratorio y el digestivo, también para la piel. Su deficiencia puede causar trastornos oculares, cutáneos o bucales.	La encontramos en cereales, carnes, lácteos, hojas verdes como la espinaca, betarraga, pescados.
VITAMINA B3: NIACINA	
Participa en el metabolismo de carbohidratos, proteínas y grasas, en la circulación sanguínea y en la cadena respiratoria. Interviene en el crecimiento, funcionamiento del sistema nervioso y el buen estado de la piel. Su deficiencia provoca pelagra.	La encontramos en el hígado, riñón, lácteos, carnes, pescado.
VITAMINA B6: PIRIDOXINA	
Necesaria en la producción de neurotransmisores, como la serotonina, también es necesaria para modular los efectos de las hormonas sexuales. Su deficiencia provoca depresión, nerviosismo, insomnio e incluso lesiones en la mucosa oral.	La encontramos en cereales integrales, nueces, frutos secos, plátanos, yema de huevo, papa, verduras, carnes y pescados.
ÁCIDO FÓLICO o B10	
Ayuda a formar glóbulos rojos y favorece la formación adecuada del feto durante el embarazo. Su deficiencia provoca anemia, detiene el crecimiento de los niños y disminuye la resistencia a enfermedades.	Lo encontramos en el hígado, vegetales de hojas verdes, cereales, menestras, frutas cítricas, carnes, mariscos.

Fuente: Elaborado por el equipo técnico de la dirección ejecutiva de educación de la salud. MINSA 2012.

Cuadro N° 5

VITAMINAS HIDROSOLUBLES	
FUNCIONES	FUENTES
VITAMINA B12. CIANOCOBALAMINA	
Esencial para la síntesis de hemoglobina y para el buen funcionamiento del sistema nervioso. Su deficiencia produce anemia megaloblástica así como trastornos neurológicos y digestivos.	La encontramos en carnes, vísceras, huevos, lácteos y mariscos.
VITAMINA C: ÁCIDO ASCÓRBICO	
Necesaria para el crecimiento y reparación de tejidos del cuerpo (cicatrización de heridas), previene infecciones. Favorece la absorción del hierro (alimentos de origen vegetal). Su carencia produce escorbuto.	Frutas cítricas (naranja, mandarina, lima, limón ácido y dulce, tumbo) aguaje, quito quito, aguaymanto, capulí, papaya, fresas, piña, kiwi, camu camu, guayaba, marañón.

Fuente: Elaborado por el equipo técnico de la dirección ejecutiva de educación de la salud. MINSA 2012.

- **Minerales:** sustancias inorgánicas imprescindibles para el normal funcionamiento de nuestro metabolismo. Entre los más importantes tenemos al hierro, calcio, zinc, yodo, sodio.

Cuadro N° 6

FUNCIONES QUE LOS MINERALES CUMPLEN EN NUESTRO ORGANISMO	
FUNCIONES	FUENTES
HIERRO	
<p>Produce proteínas, hemoglobina, que se encuentra en los glóbulos rojos, y mioglobina, que se encuentra en los músculos, los que transportan el oxígeno. La deficiencia de hierro produce anemia.</p>	<p>Carnes rojas, hígado, corazón, riñón, vísceras, pescado oscuro, sangrecita. Menestras, cereales fortificados, trigo y sus derivados.</p>
CALCIO	
<p>Importante para la formación y el mantenimiento de huesos y dientes. Ayuda con la coagulación de la sangre Su deficiencia provoca osteoporosis.</p>	<p>Lácteos: leche, queso, yogur. Cereales: trigo, quinua, kiwicha. Menestras: lenteja, pallar. Oleaginosas: almendra, castaña, maní y, albahaca, berro, culantro, perejil, hojas de nabo.</p>

FUNCIONES QUE LOS MINERALES CUMPLEN EN NUESTRO ORGANISMO	
FUNCIONES	FUENTES
ZINC	
<p>Participa en el crecimiento de los niños. Ayuda a la cicatrización de las heridas. Su deficiencia provoca falta de apetito, retraso en el crecimiento infantil y pérdida del sentido del gusto, madurez sexual más lenta.</p>	<p>La encontramos en carnes, menestras y oleaginosas</p>
YODO	
<p>Necesario para el funcionamiento de las células de la tiroides y la producción de las hormonas tiroideas. Su deficiencia provoca un síndrome hipotiroideo en</p>	<p>Pescados, mariscos de mar, y productos marinos.</p>
SODIO	
<p>Importante para el mantenimiento del equilibrio hídrico del organismo. El exceso de cloruro de sodio aumenta la presión de la sangre (hipertensión arterial). La OMS recomienda ingerir menos de 5g de sal diario.</p>	<p>La principal fuente de sodio es la sal o cloruro de sodio El contenido de sodio es alto en el pan, queso, almejas, germen de trigo, galletas, granos enteros, sopas deshidratadas, cubitos, salsas.</p>

Fuente: Elaborado por el equipo técnico de la dirección ejecutiva de educación de la salud. MINSA 2012.

Hierro: El hierro desempeña una función en el transporte de oxígeno a los diferentes tejidos por medio de la hemoglobina, que capta el oxígeno en los pulmones y lo cede al resto de los tejidos del cuerpo.

En los alimentos se encuentran dos tipos de hierro: el de origen animal, (carnes rojas, hígado, corazón, riñón, vísceras, pescado oscuro, sangrecita etc.) y el de origen vegetal. (Menestras, trigo, cereales fortificados, etc.). El hierro que encontramos en los alimentos de origen animal se absorbe 2 a 3 veces mejor que el hierro de origen vegetal.¹⁶ Mientras que el hierro de origen animal se absorbe hasta un 25%, el hierro de origen vegetal solo se absorbe hasta el 5%. La deficiencia de hierro produce anemia.

Calcio: el calcio es el mineral más abundante del organismo, todos los procesos orgánicos requieren de este mineral. Fortalece huesos y dientes. La adolescencia es el período de acumulación máxima de calcio. La fuente principal de calcio alimentario concentrado son los productos lácteos. El contenido en frutas y granos (cereales, menestras) suele ser bajo.

- **Agua:** es el principal componente del cuerpo humano. El cuerpo humano tiene un 75 % de agua al nacer, y cerca del 60 % en la edad adulta.

El agua ayuda a mantener la humedad de la piel, regula la temperatura corporal, favorece la digestión de los alimentos y contribuye a la utilización de los nutrientes en el organismo.

El agua también es importante para limpiar el organismo de sustancias tóxicas, las cuales serán eliminadas a través de la orina.

Se recomienda consumir entre 6 a 8 vasos de agua diariamente, esta recomendación incluye al agua contenida en los alimentos y las preparaciones.

Fibra dietética: Es una sustancia que se encuentra en los alimentos de origen vegetal y una de sus características es que no aporta calorías. Aunque la fibra no sea absorbida y por lo tanto, pase prácticamente inalterada por el intestino, tiene

propiedades que la hacen imprescindible para el mantenimiento de la salud.

Es importante porque:

Por su capacidad para retener agua, regulan el apetito porque provocan saciedad y, por tanto, pueden ayudar a controlar el peso.

Mejoran el funcionamiento del intestino grueso, y favorecen sus movimientos, disminuyendo la toxicidad de los residuos al estar menos tiempo en contacto con la mucosa intestinal.

Corrige el estreñimiento y protege contra ciertos tipos de cánceres digestivos.

Encontramos fibra en alimentos como la cebada, salvado de trigo, lentejas, avena, nueces y algunas frutas y verduras. Se calcula que la dieta debe contener al menos, unos 25 gramos de fibra diaria.

2.2.1.13. Diez reglas de oro de la alimentación saludable:

- 1.- Comer y beber forma parte de la alegría de vivir.
- 2.- Cocinar bien es un arte.
- 3.- Es preciso comer una gran variedad de alimentos, pero no en gran cantidad.
- 4.- Debe evitarse el exceso de grasas de origen animal.
- 5.- Comer suficientes alimentos que contengan harinas o féculas.
- 6.- Limitar el consumo de azúcares.
- 7.- El agua es la bebida fisiológica por excelencia.
- 8.- Si se bebe alcohol, se debe hacer con mucha moderación.
- 9.- Es recomendable comer despacio y masticar bien.
- 10.- Mantener un peso estable es signo de equilibrio nutritivo.

2.2.1.14. Las "reglas de oro" de la OMS para la higiene alimentaria

Para evitar la contaminación de los alimentos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) difundió una serie de sugerencias

cuya aplicación cotidiana reduce considerablemente el riesgo de contraer enfermedades de origen alimentario.

1. Cocinar suficientemente los alimentos: La adecuada cocción garantiza la destrucción de los gérmenes.

2. Comer los alimentos inmediatamente después de cocinarlos. Evita la proliferación de microbios.

3. Guardar cuidadosamente los alimentos cocinados: Si no van a ser consumidos enseguida hay que colocarlos en la heladera, el congelador o el freezer. No dejarlos nunca a temperatura ambiente.

4. Calentar suficientemente los alimentos cocidos

La mejor manera de hacerlo es a fuego mínimo durante el tiempo necesario para que el interior quede muy caliente. En el caso de alimentos que se comen fríos es conveniente consumirlos apenas se retiran de la heladera.

5. Evitar el contacto entre los alimentos crudos y los cocidos:

Los alimentos cocidos pueden contaminarse por el contacto con alimentos crudos.

6. Asegurar una correcta higiene tanto de la persona encargada de manipular los alimentos como del lugar donde se cocina.

7. Mantener los alimentos fuera del alcance de insectos, roedores y animales domésticos.

8. Utilizar agua potable de red o potabilizarla. Con 2 gotas de lavandina por litro de agua, o bien hirviéndola durante 5 minutos.

9. Cubrir y proteger los alimentos. Tanto aquellos que se coloquen en la heladera como los que queden expuestos a temperatura ambiente.

2.2.1.13. Pirámide nutricional para niños preescolares

Alimentación correcta es aquella que:

- Es variada: compuesta por los 5 grupos de alimentos
- Es suficiente: porque su cantidad está en relación con el período de la vida, actividad y trabajo que desarrolla el individuo.

- Está bien distribuida: se realiza con intervalos variables, no menos de 4 comidas al día.
- Es higiénica: porque se realiza siguiendo ciertas reglas que disminuyen el riesgo de transmitir enfermedades infecciosas o tóxicas. Por ello tenemos alimentos necesarios e indispensables en la dieta diaria del preescolar, entre los que se destacan: las grasas, hidratos de carbono y las proteínas.

2.2.1.14. Combinación de Alimentos

Las preparaciones deben realizarse a base de combinaciones de alimentos principales como: cereales, leguminosas (menestras), alimentos de origen animal, tubérculos, verduras, lácteos, (derivados) y frutas, teniendo en cuenta la disponibilidad en la zona de residencia. Debido al crecimiento y desarrollo rápido durante los primeros 2 años de vida, las necesidades de nutrientes por unidad de peso de los niños son muy altas. La leche materna puede contribuir sustancialmente al consumo de nutrientes entre 6 y 24 meses, sobretodo en proteínas y vitaminas. Sin embargo, su aporte es relativamente bajo en algunos minerales como el hierro y el zinc aun teniendo en cuenta su biodisponibilidad. A partir de los seis meses de edad las necesidades de hierro así como del zinc y calcio deben ser cubiertas con la alimentación complementaria, porque a los 6 meses de edad se produce un balance negativo especialmente del hierro. Dada las pequeñas cantidades de alimentos que los niños consumen a esta edad, la densidad de estos nutrientes en las preparaciones tienen que ser altas. Los alimentos de origen vegetal, por sí solos no satisfacen las necesidades de estos y otros nutrientes, por lo que se recomienda incluir carnes, aves, pescado, vísceras, sangrecita y huevo en la alimentación complementaria lo más pronto posible, de esta manera asegurar el aporte del hierro, zinc, calcio y vitamina A.

Cuadro N° 7

Alimentación del niño a partir de los 6 meses

EDAD EN MESES	ALIMENTOS A DAR AL NIÑO	CANTIDAD	NÚMERO DE COMIDAS
6 meses	Papa aplastada, mazamorra espesa de harina de maíz, cebada o trigo, harina de plátano o plátano maduro. A los 15 días se puede agregar alguna verdura, como zapallo y frutas.	2 a 3 cucharadas, 2 veces al día más lactancia materna.	2 veces
7 a 8 meses	Se agrega harina de habas, lentejas, arveja, quinua, kiwicha. También pescado, hígado de pollo, otras carnes, sangrecita, otras menestras.	Media taza o 3 a 5 cucharadas, 3 veces al día más lactancia materna.	3 veces
9 a 11 meses	Continuar con los productos antes mencionados.	3 cuartos de taza o 5 a 7 cucharadas, 3 veces al día más una entre comida adicional más lactancia materna.	3 veces más 1 entre comida.
A partir de 12 meses	Se agrega huevo, leche.	1 taza o 7 a 10 cucharadas tres veces al día más 2 entre comidas adicionales más lactancia materna hasta los 2 años.	3 veces más 2 entre comidas.

2.2.1.15. Higiene en la preparación de los alimentos: Para evitar enfermedades diarreicas, ETAS contraídas por agua y alimentos contaminados se recomienda: Lavado de manos con agua y jabón de la madre o cuidadora, antes de la preparación de

los alimentos, antes de dar comer a la niña o niño, después de usar el baño o letrina y después de limpiar a un niño(a) que ha defecado. Igualmente mantener limpia las manos y la cara del niño(a).

Mantener los alimentos tapados y servirlos inmediatamente después de prepararlos. Utilizar utensilios limpios (tazas, vasos, platos, cucharas, etc.) para preparar y servir los alimentos.

Utilizar agua segura (potable, clorada o hervida) y mantenerla en recipientes limpios, tapados y en lugares frescos. Conservar los alimentos en lugares seguros (libres de polvo, insectos, roedores y otros animales), para evitar la contaminación de los mismos

. Este estilo es frecuente en nuestra población. Un estilo "Interactivo" incluye comportamientos que permiten una óptima inter-relación madre o cuidadora-niño. Se aplican los principios de cuidado psicosocial: Hablar con los niños durante las comidas, con contacto ojo a ojo, reconociendo que los momentos de comer son espacios de aprendizaje y amor. Alimentarlos despacio y con paciencia y animar a los niños a comer pero sin forzarlos. Dar de comer directamente a los niños pequeños y ayudar físicamente a los niños mayores cuando se alimentan solos, estando atentos y respondiendo a sus señales de apetito y saciedad. Cuando las niñas o niños no desean comer, se debe experimentar con diferentes combinaciones de alimentos, sabores, texturas y maneras de animarlos a comer. Estar con buen estado de humor. No forzar al niño a comer. Usar un tono de voz suave. Acompañarlo y fomentar su integración al grupo familiar.

2.2.1.16. El entorno durante la alimentación complementaria:

Se debe dedicar un tiempo para la alimentación del niño de acuerdo a horarios establecidos. El mejor lugar para la alimentación es en la mesa del comedor ya que otros lugares pueden distraer al niño o no generar en él la disposición a comer. El niño debe encontrarse sentado en la silla o en la rodilla de la madre según sea conveniente, la madre debe estar a la altura del

niño para ayudarlo a alimentarse. Minimizar las distracciones durante la comida.

2.2.1.17. Cantidad de alimentos: En niños amamantados de países en desarrollo, las necesidades energéticas a cubrir con la alimentación complementaria se estiman en 200, 300 y 550 kcal/día entre las edades de 6 y 8, de 9 y 11 y de 12 y 23 meses, respectivamente. Por otro lado, tenemos que la capacidad gástrica de la niña o niño guarda relación con su peso (30 g/kg de peso corporal), estimándose así el volumen de alimentos capaz de tolerar en cada comida. Alrededor del sexto mes de edad la niña o niño expresa su deseo de alimento abriendo la boca e inclinándose hacia delante. Contrariamente, cuando ya se encuentra satisfecho, demuestra su desinterés por el alimento echándose hacia atrás y volteando la cabeza hacia un lado. La niña o niño participa así activamente de la alimentación y no ingiere indiscriminadamente los alimentos que se le introducen en la boca. Los lactantes aumentan gradualmente su aceptación a los alimentos nuevos mediante un incremento lento de la cantidad que aceptan. Los lactantes amamantados parecen aceptar mayores cantidades que los lactantes que toman fórmulas. A partir de los 6 meses de edad se empezará con 2 a 3 cucharadas de comida dos veces al día; entre los 7 y 8 meses, se aumentará a 1/2 taza (100 g ó 3 a 5 cucharadas aproximadamente) tres veces al día; entre los 9 y 11 meses, se incrementará a 3/4 de taza (150 g ó 5 a 7 cucharadas aproximadamente) tres veces al día, más una entre comida adicional; y finalmente entre los 12 y 24 meses 1 taza (200 g ó 7 a 10 cucharadas aproximadamente), tres veces al día, más dos entre comidas adicionales. Desde los 6 meses de edad, la niña o niño debe tener su propio recipiente (plato o taza) y cucharita, para que la madre o la persona que lo cuida pueda observar la cantidad que come cada vez que lo alimenta y conscientemente aumente la cantidad, de acuerdo con la edad y sus sensaciones de hambre y saciedad. A medida que

mejora la aceptabilidad y la niña o niño recibe mayor cantidad de alimentos se puede aumentar su variedad. La incorporación de un nuevo alimento debe ser en volúmenes pequeños para prevenir posibles intolerancias y/o alergias.

2.2.1.18. Frecuencia de los alimentos: El número apropiado de comidas que se ofrecen a la niña o niño durante el día, depende de la densidad energética de los alimentos que se usan y de las cantidades consumidas en cada comida. La frecuencia diaria de comidas ha sido estimada en función a la energía requerida que debe ser cubierta por los alimentos complementarios, asumiendo una capacidad gástrica de 30 g/kg de peso corporal y una densidad energética mínima de 0,8 kcal/g de alimento. Si la densidad energética o la cantidad de comida administrada son baja, o si a la niña o niño se le suspende la lactancia materna, requerirá de un mayor número de comidas para satisfacer sus necesidades nutricionales. La alimentación complementaria deberá distribuirse en varios tiempos de comida, que se irán incrementando gradualmente conforme crece y desarrolla la niña o niño según su edad, sin descuidar la lactancia materna. De esta manera también se logrará que poco a poco se vaya integrando y participando del horario de comidas tradicional de su entorno familiar. A los 6 meses, se empezará con dos comidas al día y lactancia materna frecuente; entre los 7 y 8 meses, se aumentará a tres comidas diarias y lactancia materna frecuente; entre los 9 y 11 meses, además de las tres comidas principales deberán recibir una entre comida adicional y su leche materna; y finalmente entre los 12 y 24 meses, la alimentación quedará establecida en tres comidas principales y dos entre comidas adicionales, además de lactar, a fin de fomentar la lactancia materna hasta los 2 años o más. En las comidas adicionales de media mañana o media tarde, se ofrecerán de preferencia alimentos de fácil preparación y consistencia espesa (mazamorra, papa sancochada, entre otros) o ya listos para

consumir (pan, fruta u otros alimentos sólidos), de modo que la niña o niño los pueda comer por sí solo. Para iniciar la alimentación con preparaciones semisólidas, se recomienda elegir una hora cercana al mediodía, antes de la siguiente lactada.

2.2.1.19. Consistencia de los alimentos: Alrededor del 6^o mes los músculos y nervios de la boca se desarrollan suficientemente para masticar. Los niños a esta edad controlan mejor la lengua, pueden mover la mandíbula hacia arriba y hacia abajo, empiezan a salir los dientes, llevan cosas a su boca y están interesados en conocer nuevos sabores. Todo ello les da la madurez para recibir alimentos de consistencia más densa, proporcionados en una cucharita. Alrededor de los 8 meses la niña o niño intenta tomar los alimentos con sus manos y también con la cuchara, iniciándose la autonomía de su alimentación, por lo que hay que estimularla. Alrededor del año está capacitado para comer por sí solo, los mismos alimentos que consumen el resto de la familia, evitando aquellos que puedan causar atragantamientos, ya sea por su forma y/o consistencia (uvas, zanahoria cruda, entre otros). A partir del sexto mes de edad el niño deberá iniciar la alimentación complementaria con preparaciones semi-sólidas como papillas, mazamorra o purés con una densidad energética no menor a 0,8 kcal/g. Gradualmente se incrementará la consistencia y variedad de los alimentos que se le ofrezcan, adaptándolos a sus requerimientos y habilidades desarrolladas según su edad. Las preparaciones líquidas (jugos, caldos, gaseosas) no contienen suficientes nutrientes porque su mayor contenido es agua. En cambio, las preparaciones espesas como purés o mazamorra, tienen la ventaja de poder concentrar alto contenido nutricional en una pequeña porción para satisfacer las necesidades nutricionales de la niña o niño. La alimentación complementaria se preparará con alimentos disponibles en la olla familiar apropiados para su edad. A los 6 meses, se iniciará con alimentos aplastados en forma de papillas, mazamorra o purés; entre los 7 y 8 meses, se dará

principalmente alimentos triturados en las mismas formas de preparación; entre los 9 y 11 meses, se introducirán los alimentos picados; y finalmente, entre los 12 y 24 meses deberá integrarse a la alimentación de su entorno familiar.

2.2.1.20. Calidad de los alimentos: La edad pediátrica es el momento en que la aplicación de cualquier medida dirigida a evitar errores y hábitos nocivos para la salud es más eficaz. La infancia es un periodo especialmente vulnerable a la acción nociva de las carencias, excesos o errores en la alimentación y porque este periodo es una etapa clave en el aprendizaje y adquisición de los hábitos alimentarios y es importante que estos sean saludables desde el nacimiento y se deberá tener presente cubrir las necesidades nutricionales empleando adecuadamente los grupos de alimentos a partir del 6° mes. Por ello la alimentación del niño debe cumplir un triple objetivo.

- ✓ Cubrir las necesidades energéticas y plásticas que permitan un crecimiento y desarrollo normales.
- ✓ Evitar carencias y desequilibrios entre los distintos nutrientes.
- ✓ Contribuir a prevenir una serie de enfermedades del adulto relacionadas a la nutrición.

2.2.1.21. Características del niño y la niña entre 6 meses y 1 año relacionadas con su alimentación

Se mantiene sentado derecho con poco apoyo, mantiene la cabeza erguida.

Desaparece el reflejo de extrusión o expulsión de la comida (a los 4 meses).

Ingiere líquido de una taza o vaso de entrenamiento.

Expresa su deseo o rechazo por la comida.

Balbucea para apurar que lo alimenten.

Juega con los platos y cubiertos.

Ingiere líquido de una taza o vaso con ayuda.

Aparecen los primeros dientes y se inicia la capacidad de masticación.

Muerde bien alimentos en trocitos.

Se lleva los alimentos a la boca por sí solo(a).

Utiliza: la cuchara, vaso, taza y plato.

Se incorpora progresivamente a compartir con la familia los momentos de las comidas.

Orientaciones generales para los adultos significativos en relación a la alimentación:

Complementar la lactancia materna a partir de los seis meses hasta los dos años, introduciendo alimentos adecuados, oportunos, inocuos y administrados debidamente en un proceso de aprendizaje gradual en el cual se inicia la formación de hábitos alimentarios saludables en los niños y las niñas.

Al iniciar la introducción de los nuevos alimentos se recomienda suministrar a los niños y las niñas de 6 a 8 meses, 2 comidas diarias y a los de 9 a 12 meses, tres comidas, administradas en ambos casos, después del amamantamiento.

Ofrecer los nuevos alimentos comenzando por alimentos semisólidos, rallados en forma de papilla o puré, hasta llegar a los alimentos pisados y picados.

Hacer énfasis en que el niño y la niña tengan su propio plato, taza y cubiertos ajustados al tamaño de su boca, procurando una manipulación adecuada y segura.

Permitirles que conozcan y manipulen y hasta jueguen en determinados momentos con estos utensilios. En esta etapa cualquier objeto es fuente inagotable de información y experiencias, por lo que es fundamental aprovecharlos desde el punto de vista educativo, por ej.: es importante ofrecerle a los(as) niños(as) descripciones y comparaciones de los utensilios utilizados en la alimentación.

Los niños y las niñas sólo comen lo que necesitan, por ello, cuando están llenos y muestran desinterés por la comida (cierra la

boca, voltea la cabeza). Es importante no sobrealimentarlos, ni obligarlos a comer toda la ración.

Estimular al niño y a la niña a que exploren y manipulen los alimentos, en todas sus cualidades, ya sea con sus manos o con el cubierto.

Apoyar a los niños y niñas en el uso de la cucharilla, aunque al inicio no la utilicen bien. Modelar frente a él o ella como se hace.

Estar atento a las señales de los niños y las niñas (balbuceos y lenguaje corporal), acompañarlos en todo momento y respetar al máximo sus demandas.

Atender sus necesidades (hambre, sed, sueño, entre otras), sin adelantarse, ni retrasarse en cuanto a su satisfacción.

Al igual que en los primeros meses, se recomienda dar muestras de afecto y receptividad mientras se les alimenta y aprovechar para mantener un contacto físico y visual estrecho, es decir hacerles cariño, besarlos, cantarles, relatarles cuentos y permitirles que exploren los alimentos, conversándoles acerca de éstos, entre otros aspectos.

Incorporar al niño y a la niña, a compartir con la familia, algunos momentos de las comidas, por ej.: colocarlo en su silla, en la mesa familiar, al momento de una de las comidas.

2.2.1.22. Características del niño y la niña entre 1 y 3 años relacionadas con la alimentación

Grandes progresos en el dominio y control de su cuerpo, lo que favorece su incorporación a la mesa familiar. (debe iniciarse antes de cumplir el año).

La marcha independiente va a permitir al niño(a) orientarse en el espacio, conocer mejor los objetos a su alcance y manipularlos.

Aprenderá la función que tiene cada objeto.

Mejora su capacidad para morder, masticar y tragar.

Aprende a tomar el alimento con la cucharilla y puede llevarla a la boca.

Explora a su alrededor e indica verbalmente que siente hambre

2.2.1.23. Consideraciones generales para los adultos significativos en relación a la alimentación:

Preparar las áreas de alimentación con el mobiliario, decoración y los colores apropiados a fin de facilitar la integración del niño y la niña a las rutinas de las comidas en familia. Por ejemplo las áreas de alimentación deben ser seguras y estimulantes a los sentidos. Debe existir un espacio destinado al área del comedor, que cuente con sillas y mesas adaptadas al tamaño y características de los niños y las niñas.

Permitir al niño y niña “tocar y explorar”, estas son necesidades normales en su desarrollo y aprendizaje, incluyendo el tocar la comida; teniendo en cuenta que cuando se les da a conocer los alimentos y se les permite manipularlos y reconocer sus cualidades sensoriales, se puede mejorar la aceptación hacia éstos. En este sentido, es importante evitar las prohibiciones innecesarias.

Darle líquidos en una taza o vaso.

No usar el biberón.

Conversar con los niños y las niñas acerca de los alimentos, ayudándolos a identificarlos y describirlos; por ej.: hablarles sobre los colores, las formas, consistencias, texturas, olores y sabores.

Suministrar una alimentación variada y balanceada ajustada al desarrollo del niño y la niña, en las cantidades suficientes, sin excesos, ni déficit. Brindar variedad en la forma de preparación y en cuanto a las cualidades como texturas, colores, sabores y combinaciones. Todos estos aspectos ayudan a despertar la curiosidad natural de los niños y las niñas.

Suministrar tres comidas (desayuno, almuerzo, cena) y dos meriendas (una a media mañana y otra en la tarde). Acostumbrar al niño y a la niña a mantener estos horarios de comidas, en lugar de comer a cualquier hora, sirviéndoles raciones pequeñas que se adapten a su capacidad gástrica reducida y actividad física constante.

Cuando el niño o la niña rechace ciertos alimentos, ofrecerle los alimentos rechazados en otras oportunidades, preparados de diferentes formas.

Evitar servir conjuntamente varios alimentos rechazados, tener en cuenta que el gusto y preferencia cambia con el tiempo y aprenderán a disfrutar más de los alimentos en otras ocasiones.

Dar muestras de afecto y receptividad mientras los alimenta.

Mantener un contacto físico y visual estrecho con los niños y las niñas, hacerles cariño, besarlos, cantarles, relatarles cuentos, y permitirles que exploren los alimentos conversándoles acerca de éstos.

Estimular y enseñar a los niños y a las niñas la práctica de hábitos de higiene como el lavado de las manos, antes y después de cada comida y el cepillado de los dientes después de cada comida, acostarse y levantarse en la mañana y después de la siesta.

2.2.1.24. Grupo de alimentos:

Las carnes: Son esenciales para el crecimiento y reparación de tejido. Aportan proteínas y zinc, esenciales para el crecimiento y hierro para prevenir la anemia. El pescado contiene además grasas que ayudan al sistema nervioso, cerebro y visión.

El huevo aporta proteínas, hierro, vitamina A entre otros.

Los lácteos: Aportan calcio y proteínas ayudando a mantener y reparar los órganos y tejidos para su normal funcionamiento. Son importantes porque aportan proteínas y calcio, ayudando a mantener y reparar los órganos y tejidos del cuerpo para que funcione normalmente.

Los cereales, tubérculos y leguminosas (menestras): Nos aportan energía; las leguminosas también proporcionan proteínas, hierro y vitaminas. Nos aportan energía. Las leguminosas por su parte aportan proteínas, hierro y vitaminas necesarias para el desarrollo de los niños.

Las frutas: Aportan vitaminas para prevenir enfermedades. Aportan en su mayoría vitaminas necesarias para prevenir enfermedades y conservar los tejidos.

Las verduras: Aportan los minerales para prevenir enfermedades. Aportan en su mayoría los minerales necesarios para mantener los dientes y huesos sanos, así como el transporte de oxígeno a través de la sangre.

Los azúcares: Son fuente importante de energía para el organismo. Es una fuente importante de energía que nos ayudará a desarrollar las actividades diarias.

Las grasas: Son fuente importante de energía, regulando la temperatura corporal. son componentes importantes en la alimentación ya que nos proporcionan energía. Debemos preferir las grasas buenas que las encontramos en el aceite de pescado, aceite de oliva, aceite de soya, aceite de maíz, aceite de canola, etc.

2.2.2. Desnutrición:

2.2.2.1. Desnutrición infantil: La desnutrición es un tipo de enfermedad ligada a la mala alimentación. Ésta condición patológica se diferencia de otros tipos de enfermedad porque es producida por el déficit de nutrientes (alimentos y líquidos) necesarios para el funcionamiento, el crecimiento y el mantenimiento de las funciones vitales del cuerpo. Pertenece al conjunto de problemas causados por la malnutrición y se diferencia de la sobre nutrición porque ésta consiste en problemas causados por exceso de vitaminas y minerales como el sobrepeso y la obesidad. La desnutrición, además de consumir las reservas musculares y grasas del cuerpo, retrasa el crecimiento y afecta de manera considerable el sistema inmunológico, razón por la cual puede resultar en otras patologías.

Desnutrición: Desnutrición puede definirse como un desbalance entre los aportes y requerimientos de uno o varios nutrientes, a la

que el organismo responde con un proceso de adaptación, en la medida que ésta situación se prolongue en el tiempo. Un déficit de nutrientes de corta duración sólo compromete las reservas del organismo, sin alteraciones funcionales importantes; en cambio una desnutrición de larga duración puede llegar a comprometer funciones vitales.

La desnutrición se asocia en las personas a una frenación de la curva ponderal inicialmente, y luego del crecimiento en talla, siendo la repercusión en esta última recuperable sin gran dificultad, si se logra una recuperación nutricional oportuna, no así cuando ha existido un trastorno nutricional de larga data, en que la recuperación de la talla será lenta y en ocasiones, sólo parcial.

El deterioro nutricional, aparte del consumo de las reservas musculares y grasas, y de la detención del crecimiento, compromete en forma importante y precoz la inmunidad del individuo, especialmente la inmunidad celular, produciéndose así una estrecha interrelación entre desnutrición e infección, con subsecuente agravamiento del problema, especialmente frente a condiciones ambientales adversas.

2.2.2.2. Clasificación: Se clasifica según su patología en:

2.2.2.2.1. Emaciación: Es adelgazamiento morboso, es un proceso que ocasiona bajo peso para la talla o una manifestación clínica de delgadez muy manifiesta.

2.2.2.2.2. Kwashiorkor: Forma clínica grave de desnutrición proteica observada más frecuentemente en niños por encima de los 18 meses, (entre 1 y 3 años) durante o después del destete. Es producto de un consumo inadecuado de proteínas en presencia de una ingesta de energía (calorías totales) más o menos adecuada.

Autores: Dr. Santiago Valdés Martín, Dra. Gómez Vasallo Anabel. (2006) Temas de Pediatría. Editorial Ciencias Médicas

También puede clasificarse por grados a continuación citaremos:

2.2.2.2.3. Leve: La deficiencia es incipiente y sin riesgo de secuelas importantes.

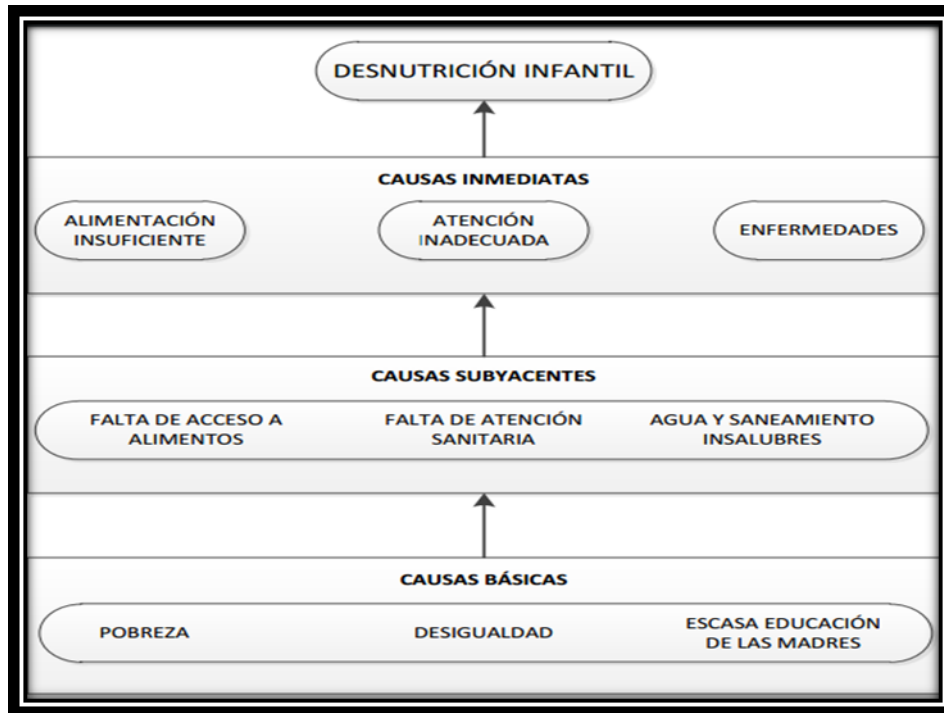
2.2.2.2.4. Moderado: Si el daño no es suficiente para comprometer la vida, por el riesgo de secuelas permanentes es alto.

2.2.2.2.5. Grave: La deficiencia pone en peligro la vida.

2.2.2.3. Causas de la Desnutrición

Lo que se considera como fundamento u origen de la desnutrición son:

- Falta de una buena alimentación.
- Falta de información sobre el tema.
- El cuidado del niño.
- El afecto que requiere el niño.
- Carencia de recursos económicos.
- Mala alimentación
- Falta de información sobre el tema.
- Falta de información sobre que alimentos debe ingerir el niño.
- Provocar otras enfermedades.
- Retraso en el crecimiento y aprendizaje.
- El niño no se desarrolla por completo.



CAUSAS DE LA DESNUTRICION INFANTIL

2.2.2.4. Factores de Riesgo: Dentro de los factores a continuación citaremos:

2.2.2.4.1. Sociales:

- Familias con muchos hijos.
- Mala higiene ambiental.
- Pobreza.
- Desempleo.
- Falta de Educación

2.2.2.4.2. Económicos:

- Los niños que no reciben alimentación complementaria adecuada después de que se les suspende la lactancia materna.
- El niño que no recibe los mismos alimentos que el adulto.
- Cuando los padres no pueden comprar suficientes alimentos por falta del dinero.

2.2.2.4.3. Culturales:

- El niño que no se ha alimentado de leche materna.
- Cuando hay un intervalo entre uno y otro (intervalo corto entre nacimientos).
- Sexo, en muchos lugares son más valorados los niños que las niñas por razones económicas y sociales, por eso es que se da menos alimentos a las niñas.
- Las familias no consumen agua clorada; ni protegen los alimentos

2.2.2.4.4. Otros Factores Determinantes:

- El niño que tiene parásitos intestinales.
- El niño que sufre de diarreas u otras enfermedades.
- El niño que tiene bajo peso.
- Aquellos que crían animales dentro de su casa.
- Falta de saneamiento básico.
- Falta de las vías de comunicación.
- Las familias que no se lavan las manos antes de preparar y comer los alimentos.

2.2.2.4. Malnutrición: Se hace referencia a una situación nutricional aguda, subaguda o crónica en la que la desnutrición o sobre nutrición asociada generan una serie de cambios en la composición corporal.

TEÓRICAS QUE DAN SUSTENTO A LA INVESTIGACIÓN

Promoción de la Salud: Nola J. Pender

El concepto de la promoción de la Salud es muy popular dentro de la práctica: El bienestar como especialidad de la enfermería ha tenido su auge durante la última década. La responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la piedra angular de

cualquier plan de reforma de los cuidados sanitarios que se lleve a cabo.

El coste humano, financiero y ambiental que la sociedad paga por los individuos que no colaboran en la prevención y promoción sanitaria es muy alto. El entendimiento del modo en que pueden motivarse a los consumidores para que mantengan su salud personal tiene una relevancia cada vez más importante para los encargados de planificar la administración de cuidados sanitarios y para quienes proporcionan dichos cuidados.²¹

El modelo de Promoción de la Salud identifica en el individuo factores cognitivo-perceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de la salud cuando existe una pauta para la acción.

Madeleine Leninger

La teoría de enfermería servirá remodelar la enfermería en cada momento ya que a través de ella se puede dar las diferencias culturales que se dan respecto a la salud y la enfermedad

Está centrado en los valores, creencias entorno lenguaje de carácter holístico en totalidad.

Ramona Merce

Ramona Mercer con su teoría Adopción del Rol Maternal, propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción de este rol. El cual es entendido como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre involucra una transformación dinámica y una evolución de la persona-mujer en comparación de lo que implica

el logro del rol maternal se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro del mismo igualmente hay desplazamiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia constituyendo el punto final de la adopción del rol maternal, es decir la identidad materna .

2.3. DEFINICIÓN DE TERMINOS:

Desnutrición: Es una enfermedad causada por una dieta inapropiada, hipocalórica e hipo proteico. Es el resultado de subnutrición, de la mala absorción y/o de la mala utilización biológica de los nutrientes consumidos. Tiene influencia en los factores sociales, psiquiátricos o 12 aumentos en el número de células (hiperplasia) en el volumen de las células (hipertrofia) y en la sustancia intercelular. Estado patológico inespecífico, sistémico y potencialmente reversible que se genera por el aporte insuficiente de nutrimentos, o por una alteración en su utilización por las células del organismo.

Estado patológico resultante de una dieta deficiente en uno o varios nutrientes esenciales o de una mala asimilación de los alimentos. Hay 3 tipos de desnutrición:

1. **Desnutrición aguda:** Deficiencia de peso para altura (P/A). Delgadez extrema. Resulta de una pérdida de peso asociada con periodos recientes de hambruna o enfermedad que se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo. Trastorno de la nutrición que produce déficit del peso sin afectar la talla (peso bajo, talla normal). Es un indicador del crecimiento actual, relaciona el peso que tiene el niño con su talla en un momento determinado; detecta la desnutrición aguda o el sobrepeso.

2. **Desnutrición crónica:** Retardo de altura para la edad (A/E). Asociada normalmente a situaciones de pobreza, con consecuencias para el aprendizaje y menos desempeño económico. Es un indicador del crecimiento y detecta la desnutrición crónica. Al restringirse la

alimentación, la velocidad de crecimiento, tanto el peso como la talla, disminuyen.

3. Desnutrición global: Deficiencia de peso para la edad. Insuficiencia ponderal. Índice compuesto de los anteriores ($P/A \times A/E = P/E$) que se usa para dar seguimiento a los Objetivos del Milenio. Es un indicador del crecimiento de la masa corporal, detecta la desnutrición global.

Kwashiorkor: Trastorno dietético grave observado en niños entre los diez meses y los tres años, que se debe a una malnutrición severa que incluye una carencia de nutrientes vitales básicos y un déficit importante de proteínas.

Marasmo: Grave decaimiento somático y funcional del organismo provocado por una grave deficiencia de proteínas y de calorías

Desarrollo. Diferenciación progresiva de órganos y sistemas. Se refiere a funciones, adaptaciones, habilidades y destrezas psicomotoras, relaciones afectivas y socialización del ser humano.

Epidemiología. Rama de la medicina que trata de la incidencia, distribución y control de las enfermedades, entre las poblaciones.

Grupo de edad. Conjunto de individuos que se caracteriza por pertenecer al mismo rango de edad. Se establecen por diversos estándares.

Factores: Son los determinantes de la salud y por tanto las enfermedades son muy variados.

Factores sociales: Los factores sociales, son aquellas cosas que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren.

Factores culturales: Los factores culturales son las actividades propias de una empresa o proyecto, igualmente es algo que influye constantemente en estas ya sea positiva o negativamente.

Factores económicos: Los factores económicos son actividades que tienden a incrementar la capacidad productiva de bienes y servicios de una economía, para satisfacer las necesidades socialmente

humanas. Existen muchos factores económicos, estos están clasificados por su potencialidad en la economía de un país.

Factores familiares: Son factores familiares la forma en que está constituida la familia, el número de sus integrantes, su relación de afecto, comprensión, rechazo, su ambiente, su cultura, costumbres, hábitos, el estado económico, etc.

Vivacidad: La vivacidad de los niños les permite aprender idiomas con mucha facilidad; la vivacidad de un colorido.

Deficiencia: Defecto o imperfección, escasez o falta de algo.

Saneamiento ambiental: Significa trabajar en la conservación de la salud de la población y juega un papel importante en la prevención de las enfermedades. Se encuentra dentro de las determinantes de la salud.

Pobreza: Es una situación o forma de vida que surge como producto de la imposibilidad de acceso o carencia de los recursos para satisfacer las necesidades físicas y psíquicas básicas humanas que inciden en un desgaste del nivel y calidad de vida de las personas, tales como la alimentación, la vivienda, la educación, la asistencia sanitaria o el acceso al agua potable.

Bajo nivel económico: Es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas.

Enfermedades infecciosas: Una enfermedad infecciosa puede ser la manifestación clínica consecuente a una infección provocada por un microorganismo como bacterias, hongos, virus, y a veces, protozoos, etc.

Hábitos: El hábito es cualquier comportamiento repetido regularmente, que requiere de un pequeño o ningún raciocinio y es aprendido, más que innato.

Costumbres: Es un hábito o tendencia adquirida por la práctica frecuente de un acto.

Antropometría. Medición de las dimensiones físicas del cuerpo humano.

Crecimiento. Proceso fisiológico por el cual se incrementa la masa celular de un ser vivo, mediante el aumento en el número de células (hiperplasia) en el volumen de las células (hipertrofia) y en la sustancia intercelular.

Malnutrición: Estado patológico debido a la deficiencia, el exceso o la mala asimilación de los alimentos. Es un estado del organismo causado por desequilibrios en la ingesta de alimentos

Consentimiento informado: El consentimiento informado es un derecho exigible y una clara manifestación de la autonomía para tomar decisiones de parte del enfermo o su familia en caso de no ser competente.

Los Estilos de vida saludable: Son un conjunto de comportamientos y hábitos, individuales y sociales, que contribuyen a mantener el bienestar, promover la salud y mejorar la calidad de vida de las personas.

Alimentación: Es el conjunto de acciones por medio de las cuales proporcionamos al organismo de alimentos.

La Alimentación Saludable: Permite al organismo mantener un funcionamiento óptimo.

Nutrición: Es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades nutricionales del organismo

Anemia: Es una malnutrición caracterizada por la concentración baja de hemoglobina en la sangre.

Entrevista: Es un proceso de comunicación que se realiza normalmente entre dos personas; en este proceso el entrevistado obtiene información del entrevistado de forma directa. Si se generalizara una entrevista sería una conversación entre dos personas.

2.4. HIPÓTESIS

H^a: Existe relación entre hábitos alimenticios y el estado nutricional en niños de 6 a 35 meses de edad del distrito de Colpas – Huánuco

H^o: No existe relación entre hábitos alimenticios y el estado nutricional en niños de 6 a 35 meses de edad del distrito de Colpas – Huánuco 2015

2.5. VARIABLES

2.5.1. Definición conceptual de la variable

Hábitos Alimenticios:

Los hábitos alimenticios son el conjunto de costumbres que determinan el comportamiento del hombre en relación con los alimentos y la alimentación. Incluye desde la manera como se seleccionan los alimentos hasta la forma en que los consumen o los sirven a las personas cuya alimentación está en sus manos.

Estado nutricional

Obesidad, sobre peso y desnutrición

Desnutrición:

Estado patológico resultante de una dieta deficiente en uno o varios nutrientes esenciales o de una mala asimilación de los alimentos.

Hay 3 tipos de desnutrición:

1. Desnutrición aguda: Deficiencia de peso para altura (P/A). Delgadez extrema. Resulta de una pérdida de peso asociada con periodos recientes de hambruna o enfermedad que se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo.

2. Desnutrición crónica: Retardo de altura para la edad (A/E). Asociada normalmente a situaciones de pobreza, con consecuencias para el aprendizaje y menos desempeño económico.

3. Desnutrición global: Deficiencia de peso para la edad. Insuficiencia ponderal. Índice compuesto de los anteriores ($P/A \times A/E = P/E$) que se usa para dar seguimiento a los Objetivos del Milenio.

2.5.2. Definición operacional de la variable

Son acciones repetidas para luego ponerlo a la práctica diaria y se logra ejecutar las conductas de modo automático.

2.5.3. Operacionalización de la variable

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
HABITOS ALIMENTICIOS Variable Independiente	Los hábitos alimenticios son el conjunto de costumbres que determinan el comportamiento del hombre en relación con los alimentos y la alimentación. Incluye desde la manera como se seleccionan los alimentos hasta la forma en que los consumen o los sirven a las personas cuya alimentación está en sus manos.	Son acciones repetidas para luego ponerlo a la práctica diaria y se logra ejecutar las conductas de modo automático.	CONSISTENCIA	Mazamorra espesas, papillas, purés	NOMINAL
			CANTIDAD	Plato mediano	
				2 a 3 cucharadas.	
				3 a 5 cucharadas 5 a 7 cucharadas	
			CALIDAD	Origen animal Menestras Grupos de alimentos	
			FRECUENCIA	2 comidas al día más leche materna. 3 comidas al día más leche materna.	
			SUPLEMENTACIÓN DE MICRONUTRIENTES	Vitamina A Sulfato Ferroso Micronutrientes	
Sal yodada					
HIGIENE DE ALIMENTOS Y MANOS	Lava y desinfecta las frutas y verduras. Momentos claves del lavado de manos.				

			ALIMENTACIÓN ACTIVA	Afecto, Paciencia, Cantos, Juegos	
DESNUTRICIÓN Variable Dependiente	Desbalance entre los aportes y requerimientos de uno o varios nutrientes, a la que el organismo responde con un proceso de adaptación, en la medida que ésta situación se prolongue en el tiempo	Es el aporte insuficiente de los macronutrientes y micronutrientes que va hacer medido por: P/E, T/E y P/T	P/E	Es un indicador del crecimiento de la masa corporal, detecta la desnutrición global. Es la deficiencia del peso sin afectar la talla.	Ordinal
			T/E	Es un indicador del crecimiento y detecta la desnutrición crónica.	
			P/T	Es un indicador del crecimiento actual, relaciona el peso que tiene el niño con su talla en un momento determinado; detecta la desnutrición aguda o el sobrepeso	

CAPÍTULO III : METODOLOGIA

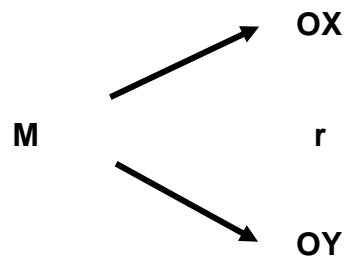
3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Tipo de investigación

Es de tipo: Es no experimental porque no permite la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se realizó en su ambiente natural para luego analizarlos y es trasversal porque partiremos de los datos se recolectaron en un tiempo determinado.

De Nivel: descriptivo

De diseño correlacional. Es correlacional dado que se encontró la relaciones entra la factores asociados y la anemia .porque permitió recolectar datos en un solo momento en un tiempo y describir variables y analizar su interrelación.



Donde:

- M:** Muestra
OX: Hábitos Alimenticios
OY: Estado nutricional

A su vez el diseño que se aplicó fue el diseño de institucional y de campo:

- ✓ Se elaboraron las fichas de análisis documental y encuestas.
- ✓ Recopilación de la información.
- ✓ Procesamiento de la información
- ✓ Elaboración de consolidados que reflejen los resultados de las variables procesada.
- ✓ Análisis e interpretación de los resultados

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se desarrolló en la jurisdicción de Colpas en los establecimientos de salud de Colpas, Yapac y San Antonio de Chucchuc, ubicado en el distrito de Colpas, de la Provincia de Ambo y Región Huánuco. Específicamente el estudio se realizó en el Distrito de Colpas estuvo constituida por todos los niños y niñas de la Micro Red de Colpas según población patrón nominal de cada establecimiento de salud en el año 2015 entre las edades de 6 meses a 35 meses

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población:

La población bajo estudio fueron las madres de los niños menores de 3 años, y los propios niños menores entre las edades comprendidas de 6 a 35 meses siendo 34 madres que tienen un niño comprendido e esas edades.

Se consideró los siguientes grupos informantes:

- ✓ Madres de Niños de 0 - 35meses
- ✓ Niños de 6 – 35 meses

Muestra:

Fue de manera no probabilístico e intencional porque se va considerar a las **30 madres** que aceptaron participar de las 34 que conformaban la población de madres con niños de 6 a 35 meses de edad.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

•Técnicas para el procesamiento:

Para las técnicas se procesamiento se tuvo en cuenta lo siguiente:

1. Se solicitó permiso correspondiente al jefe del establecimiento de la Micro Red de Colpas para la ejecución del proyecto, dando a conocer en forma breve y sencilla todo lo referente al mismo.
2. Se socializo los instrumentos para el diagnóstico situacional con los representantes de la Micro Red de Colpas, del área niño y jefe de la Micro Red de Colpas.
3. Se probó la validez del instrumento a través de juicio de expertos.
4. Se contactó con los trabajadores de la Micro Red de Colpas médicos, enfermeras, obstetra, odontólogo y técnicos en sujetos de la muestra para informarles en forma breve y sencilla sobre el proyecto y obtener el

consentimiento informado por parte de las madres y/o cuidadoras del hogar para la ejecución del proyecto.

5. Los instrumentos de recolección de información de los indicadores para evaluar el impacto de la intervención serán elaborados tomando como base encuestas que reflejen la situación actual de la población objetivo.
6. Se aplicara los instrumentos con las madres en los establecimientos de salud de Colpas, Yapac y San Antonio de Chucchuc.
7. A través de las visitas domiciliarias se aplicará los instrumentos a las madres y/o cuidadores del hogar.

Los instrumentos de recolección de información de los indicadores para evaluar la relación de los hábitos alimenticios y la desnutrición infantil han sido elaborados a través de encuestas y la ficha de análisis documental.

El diseño de los instrumentos de evaluación que se utilizaron fue mostrado dentro de los anexos que se incluirán al final del proyecto.

• **Análisis de los datos:**

Para el análisis de datos se tendrá en cuenta los pasos a seguir o las actividades a realizar para la recolección de información que se pretende investigar, se especificará como van hacer tratados los datos. Esta tarea puede hacerse mediante tablas de frecuencias y gráficos con sus correspondientes análisis e interpretaciones; si se empleará estadísticos como medidas de tendencia central, medidas de dispersión y medidas de asociación.

Prueba de hipótesis (sobre medias, proporciones, correlación, entre otras).

a) Técnicas de Muestreo: Las técnicas de selección de la muestra fue mediante el muestreo probabilístico.

b) Técnicas para recolectar información: Fue la entrevista las madres o cuidadoras de niños menores de 3 años y la ficha de análisis documental.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Validez: Los instrumentos descritos, fueron validados a través de juicio de expertos, para ello se presentó una solicitud a cada uno de los especialistas es decir personas conocedoras del tema. En la matriz de la consistencia de

validación de expertos incluyó observaciones en cuanto a la forma de redacción, el contenido temático, la construcción y estructura de los instrumentos, la modificación y eliminación de algunas preguntas. La opinión crítica de cada uno de ellos permitió mejorar el instrumento.

Un segundo lugar fue la validación por expertos quienes determinaron que el instrumento era representativo, los jueces expertos contaron con características (grado de magister, especialistas en el área de nutrición e investigación, docente en el área de investigación).

Confiabilidad: Para estimar la confiabilidad de los instrumentos inferenciales, se consideró conveniente aplicar la validez de consistencia interna, en la cual empleamos el índice Alfa Combrach, para evaluar tanto las dimensiones e indicadores, ya que contemplaron en su mayoría respuestas de tipo politómicas.

Se realizaron dichas medidas en una muestra piloto (se aplicó los instrumentos en un contexto similar de 20 madres o cuidadoras del hogar de niños(as) menores de 3 años), en donde pudo identificar otras dificultades como la redacción o preguntas en un lenguaje no apropiado y poco entendibles para el entrevistado.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS:

Programa a utilizar para análisis de datos.

La base de datos se diligenciará en Excel versión 2013 y se utilizaron programa SPSS 22 para el análisis de datos.

Se realizó un análisis descriptivo, utilizando para las variables categóricas distribuciones de frecuencia y gráficas. Adicionalmente se calcularán medidas de relación o asociación y de incidencia en el caso que corresponda.

CAPITULO V: RESULTADOS

TABLA: 1
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MADRES DE NIÑOS
DE 6 A 35 MESES DE EDAD DEL DISTRITO DE COLPAS – HUÁNUCO 2015

CARACTERÍSTICAS	TOTAL	
	N	%
EDAD		
18 a 20 años	20	67
21 a 24 años	10	33
25 a más	--	--
TOTAL	30	100
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Secundaria incompleta	6	27
Secundaria Completa	22	73
TOTAL	30	100
ESTADO CIVIL		
CASADA	10	33
SOLTERA(0)	8	27
CONVIVIENTE	12	40
TOTAL	30	100
EDAD DE LOS NIÑOS DE LA MUESTRA		
6 a 11 meses	18	60
12 a 35 meses	12	40
TOTAL	30	100

Interpretación: El 67%(20) madres tienen 18 a 20 años, seguida por el 33%(10) de 21 a 24 años. Asimismo el 73%(22) tienen secundaria completa y el 27%(6) secundaria incompleta, respecto al estado civil el 60%(18) tienen un hijo y el 40%(12) tienen hijo. Según la edad de los niños se observa que 60%(18) tienen 6 a 11 meses el 40%(12) tienen de 12 a 35 meses.

TABLA: 2

HÁBITOS ALIMENTICIOS QUE LLEVAN A LAS MADRES EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES DE EDAD DEL DISTRITO DE COLPAS – HUÁNUCO 2015

DIMENSIONES	INDICADORES	Adecuados para la edad		Inadecuados para la edad		
		N	%	N	%	Total
CONSISTENCIA CANTIDAD	Mazamorras espesas, papillas, purés					
	Plato mediano a 3 cucharadas. a 5 cucharadas 5 a 7 cucharadas	10	33	8	27	18 60
CALIDAD Y FRECUENCIA	Origen animal Menestras					
	Grupos de alimentos 2 comidas al día más Leche materna. 3 comidas al día más leche materna.	10	33	2	7	12 40
7 TOTAL		20	66	10	34	30 100
SUPLEMENTACIÓN DE MICRONUTRIENTES	Vitamina A Sulfato Ferroso Micronutrientes Sal yodada	5	17	--	--	5 17
HIGIENE DE ALIMENTOS Y MANOS	Lava y desinfecta las frutas y verduras. Momentos claves del lavado de manos.	25	83	--	--	25 83
TOTAL		30	100			30 100

Interpretación: Se observa que el 66%(20) madres que tienen hábitos adecuados en la consistencia, calidad, frecuencia y la higiene de alimentos y manos en el 34% (10) tienen hábitos inadecuados porque le dan alimentos de consistencia, cantidad y frecuencia inadecuadas para la edad. Asimismo no le administran suplementación de micronutrientes

TABLA: 3

**ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 6 A 35 MESES DE EDAD DEL
DISTRITO DE COLPAS – HUÁNUCO 2015**

NIVEL	N°	%
-Desnutrición Leve	6	20
-Desnutrición Crónica	4	13
-Estado nutricional Normal	20	67
Total	30	100

Interpretación: Se observa que 20 niños el 67% tienen peso y talla adecuados para su edad, el 20%(6) tienen desnutrición leve y 13% (4) tienen desnutrición crónica.

TABLA 4

**PRESENCIA DE DESNUTRICIÓN EN LOS DE 6 A 35 MESES DE EDAD DEL
DISTRITO DE COLPAS – HUÁNUCO 2015**

NIVEL	N°	%
-Existe desnutrición	10	33
-No existe desnutrición	20	67
Total	30	100

Interpretación: Según la evaluación el estado nutricional se encontró que el 67%(20) no tiene desnutrición y en el 33%(10) niños existe desnutrición leve y crónica

TABLA N° 4

**RELACIÓN ENTRE HÁBITOS ALIMENTICIOS Y EL ESTADO NUTRICIONAL
EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES DE EDAD DEL DISTRITO DE COLPAS –
HUÁNUCO 2015**

Estado nutricional	Hábitos Alimentarios				Total N° %	
	Adecuados		Inadecuados			
Escala	N	%	N	%		
• Desnutrición Leve	--	--	6	20	6	20
• Desnutrición Crónica			4	13	4	13
• Estado Nutricional Normal	20	67			20	67
Total		--	92	100	92	100

Fuente: Elaboración propia

- **Interpretación:** Se observa que existe relación entre la variable hábitos alimentarios y estado nutricional en un 33%(10 niños) ya que los hábitos alimentarios que siguen las madres no son los más adecuados ya que indican darle alimentos desde los 6 meses sin considerar calidad y cantidad presentando desnutrición leve y crónica. Asimismo el 67%(20) no tienen hábitos alimentarios inadecuados y no presentan desnutrición.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente trabajo de investigación relación entre los hábitos alimentarios y el estado Nutricional en niños de 6 a 35 meses de edad del distrito de Colpas – Huánuco 2015. Se encontró que existe desnutrición en el 33% (10) de los niños, sobre todo en niños de 12 a 24 meses y un 67 % no tiene problema nutricional. Cuyo objetivo general: Determinar relación entre hábitos alimenticios y el estado nutricional en niños de 6 a 35 meses de edad del distrito de Colpas – Huánuco 2015, encontrándose que existe relación entre los hábitos alimentarios y el estado nutricional. Entonces los hábitos entorno a la cantidad, frecuencia y elección influye de algún modo u otro en el estado de nutrición y como se pudo evidenciar en el trabajo se encontró que existe desnutrición en los niños y esto hace ver que no podría y/o realizar actividades propias de su edad. Existe relación directa y significativa entre las dos variables de estudio.

Teniendo en cuenta los resultados de otras investigaciones se puede decir que se encuentran estudios que nos muestran la relación entre el estado nutricional con el desarrollo Psicomotor en los niños de 3 años pero respecto a los hábitos alimentarios no se encuentran investigaciones que señalen alguna relación es por ello que la investigación realizada guarda importancia. Otra realidad encontrada en la investigación es que las madres no le dan los suplementos o los macronutrientes, siendo muy necesario administrarlo y hacer un seguimiento a los niños y la orientación oportuna y permanente a las madres

CONCLUSIONES

- El 67%(20) madres tienen 18 a 20 años, seguida por el 33%(10) de 21 a 24 años el 73%(22) tienen secundaria completa y el 27%(6) secundaria incompleta, respecto al estado civil el 60%(18) tienen un hijo y el 40%(12) tienen hijo. Según el número de hijo se observa que 60%(18) tienen 1 hijo, el 40%(12) tienen 2 hijos.
- El 67%(20) madres que tienen hábitos adecuados en la consistencia, calidad, frecuencia y la higiene de alimentos y manos en el 34% (10) tienen hábitos inadecuados porque le dan alimentos de consistencia, cantidad y frecuencia inadecuadas para la edad. Asimismo no le administran suplementación de micronutrientes.
- Existe relación entre la variable hábitos alimentarios y estado nutricional en un 33%(10 niños) ya que los hábitos alimentarios que siguen las madres no son los más adecuados ya que indican darle alimentos desde los 6 meses sin considerar calidad y cantidad presentando desnutrición leve y crónica.
- El 67%(20) no tienen hábitos alimentarios inadecuados y no presentan desnutrición. Se observa que 20 niños el 67% tienen peso y talla adecuados para su edad, el 20%(6) tienen desnutrición leve y 13% (4) tienen desnutrición crónica.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda que los centros de salud del distrito de Colpas – Huánuco tomen acciones que contrarreste y/o haga frente a la problemática encontrada porque un 345 de niños con desnutrición nos refleja que las madres no saben y/o no brindan alimentación adecuada a sus niños
- Incentivar a que las madres realicen y/o busquen orientación con el Centro de Salud a fin de formular estrategias orientadas a fomentar hábitos Alimenticios Saludables.
- Se recomienda que el personal de enfermería preste especial atención a los niños, ya que los resultados de este estudio evidencia una situación muy preocupante como es la presencia de desnutrición.
- Se recomienda que se realicen sesiones educativas dirigidas a las madres de los niños. Así como las supervisiones en las instituciones de salud para verificar las estrategias que se llevan a cabo en beneficios de los niños.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Argueta Portillo Sabier, Benítez Hernández Santos Alexis, Cano Quezada Rhina Alexandra. Prevalencia de desnutrición en niños menores de cinco años inscritos en el programa atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia en las unidades comunitarias de salud familiar de San Pedro Chirilagua y Uluazapa en San Miguel y periférica de Santa Rosa de Lima en la Unión. Periodo de 2010 a 2012. San Miguel, El Salvador, Centro América. (2013).
2. Amusquivar Shirley, Bernardina Barja y Maribel Espino. Prevalencia de la desnutrición en niños menores de 5 años en la comunidad de mosojllajta del Departamento de Chuquisaca en el periodo de agosto de 2010 al mes de mayo del 2011. M. Ramos.(eds.) Ciencias de la Salud, Handbook - ©ECORFAN-Bolivia – Sucre 2014.
3. Gutiérrez Vásquez, Rina Evelyn. Nutrición de niños y niñas menores de 5 años, unidad de salud Dr. Carlos Diaz del Pinal. Municipio de Santa Tecla. San Salvador-El Salvador, enero - octubre 2011.
4. Condemaita Bejarano, Diana Alexandra. Influencia de los hábitos alimentarios en el estado nutricional de niños y niñas en edad preescolar (2-5 años), en el centro de desarrollo bilingüe "Tinytoon" en el período abril-septiembre 2011 de la Parroquia Huachi- Loreto de la Ciudad de Ambato. Ambato-Ecuador Mayo, 2013.
5. Valencia Peña, Pilar Allue. Estado nutricional de la población menor de 5 años adscrita al Puesto de Salud Aynaca en el 2013.(2014)
6. Ruiz Collazos, Sor Faustina. Factores sociodemográficos asociados a desnutrición en niños de dos a cinco años de edad Puesto de Salud Túpac Amaru -Ate Vitarte (2014).
7. Marrufo Marrufo, María Milagros. Actitudes de las madres hacia la alimentación infantil en preescolares del nido "Belén Kids", Los Olivos, 2011 (2012).
8. Palomino Cuycaposa, Nicolás. Análisis de equidad del nivel socioeconómico y la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en el Perú. (2010).

- 9.
10. Valdés Martín, Santiago, Gómez Vasallo, Anabel. Temas de Pediatría. Cuba: Editorial Ciencias Médicas (2011).
11. Libro Blanco de la Nutrición en España. España: Editorial Fundación Española de la Nutrición (2013).
12. Martínez Álvarez, Jesús Ramón. Alimentación Funcional y Hábitos de vida Cardiosaludables. Madrid: Instituto Flora para una vida sana.
13. Cervera, P., Clapés, J., Rigolfas, R. Alimentación y dietoterapia. Madrid, Buenos Aires, Caracas, Guatemala, Lisboa, México, Nueva York, Panamá, San Juan, Santafé de Bogotá, Santiago, Sao Paulo, San Francisco, Sydney, Singapur, ST Louis, Tokio, Toronto (2004).
14. Ministerio de Alimentación y Gestión Pública. Educación Alimentaria y Nutrición Saludable. Gobierno de la provincia de Córdoba. (2013).
15. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Manual Básico de Nutrición Clínica y Dietética. Editores: Mesejo Arismendi, Alfonso, Martínez Valls, José Francisco, Martínez Costa, Cecilia.
16. Dapcich, Verónica, Salvador Castell, Gemma, Ribas Barba, Lourdes, Pérez Rodrigo, Carmen, Aranceta Bartrina, Javier, Serna Majem, Luis. Guía de la Alimentación Saludable. Editado por la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. (2004).
17. Lutter, Chessa, Daroca, María del Carmen, Cava, Natalia L. Mejorando la Nutrición del Niño Pequeño en el Alto Bolivia: Resultados utilizando la Metodología de PROPAN. (2002).
18. Martínez Álvarez, Jesús Ramón, De Arpe Muñoz, Carlos, Urrialde de Andrés Rafael, Fontecha, Javier, Murcia Tomás, Antonia, Gómez Candela, Carmen, Villarino Marin, Antonio. Nuevos Alimentos para Nuevas Necesidades (Nutrición y Salud). Comunidad de Madrid (España).
19. MacMillan Kuthe, Norman. Nutrición Deportiva. Chile: Ediciones: Universitarias de Valparaíso. (2006)
20. Libro para el Docente. Educación Alimentaria y Nutricional. Ministerio de Educación. Serie Ciencia, Salud y Ciudadanía. Proyecto de Alfabetización Científica.

21. Rabanal Ramos, Karen Yaneth. Sistema Para la Reducción de Desnutrición Infantil. Lima (2012-I).
22. Currículo de Educación Inicial. Acción de hábitos alimentarios y de estilos de vida saludables. Dirigido a docentes y otros adultos significativos que atienden niños y niñas entre 0 y 6 años
- 23.
24. http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/2/jer/mater_prior/Diagrama%20de%20causalidad%20-%20Desnutrici%C3%B3n%20infantil.pdf
25. http://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10172.htm
26. www.innatia.com/s/c-alimentacion-infantil/a-desnutricion-infantil-es.html

ANEXOS (MATRIZ E INSTRUMENTO)

NEXO N° 1
MAPA DEL DISTRITO DE COLPAS





UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS- FILIAL HUÁNUCO

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado/a Señor/a:

Usted ha sido invitado/a a participar en la investigación "Hábitos alimenticios y estado nutricional en niños de 6 a 35 meses en el Distrito de Colpas, Huánuco – 2015", dirigido por la estudiante del VII ciclo de la Escuela de Académica Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas Filial Huánuco, Karina Janett Claudio Berrospi.

La presente investigación tiene por objetivo determinar la relación entre los hábitos alimenticios y desnutrición infantil en niños de 6 m a 35 meses en el Distrito de Colpas

Por intermedio de este documento se le está solicitando que participe en esta investigación, porque cumple con los criterios de inclusión.

El propósito de esta investigación es mejorar los hábitos alimenticios del niño con la finalidad de disminuir los índices de desnutrición infantil en el Distrito de Colpas.

Este estudio permitirá identificar la relación entre los hábitos alimenticios y la desnutrición infantil comprendidos entre las edades de 6 a 35 meses.

Su participación es voluntaria, consistirá en responder un cuestionario, que se realizará en este momento. Se le pedirá que responda con la verdad a las preguntas formuladas, las que durarán aproximadamente 30 minutos.

Su participación en esta investigación no involucra ningún daño o peligro para su salud física o mental y es voluntaria. Su participación en este estudio no contempla ningún tipo de compensación o beneficio. Cabe destacar que la información obtenida en la investigación será **confidencial y anónima**, y será guardada por el investigador responsable en dependencias de la Universidad y sólo se utilizará en los trabajos propios de este estudio ya que utilizarán códigos.

Después de haber sido informada doy mi consentimiento para realizar el cuestionario, asumiendo que las informaciones dadas serán solamente de conocimiento del investigador, quien garantizara el secreto y respeto a mi privacidad.

Nombre Participante

Nombre Investigador

Firma

Firma

Fecha:

Fecha:



ACTA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____,

....., identificada con DNI N°, de la comunidad....., acepto participar voluntaria y anónimamente acepto en la investigación “Hábitos alimenticios y desnutrición infantil en niños de 6 a 35 meses en el Distrito de Colpas, Huánuco – 2015”, por la dirigido por la estudiante del VII ciclo de la Escuela de Académica Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas Filial Huánuco, Karina Janett Claudio Berrospi.

Declaro haber sido informado/a de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación que se me solicita. En relación a ello, acepto participar en la entrevista que se realizará durante el transcurso del estudio.

Declaro además haber sido informado/a que la participación en este estudio no involucra ningún daño o peligro para mi salud física o mental, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro saber que la información entregada será **confidencial y anónima**. Por último, la información que se obtenga será guardada y analizada por la investigadora. Este documento se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de cada una de las partes.

Nombre Participante

Nombre Investigador

Firma

Firma

Fecha:

Fecha:

ANEXO 2
FICHA DE ANÁLISIS DOCUMENTAL

CÓDIGO:

FECHA:.../.../...

Título de la investigación: Hábitos alimenticios y desnutrición infantil en niños de 6 a 35 meses en el Distrito de Colpas, Departamento de Huánuco – 2015.

Objetivo: Evaluar el estado nutricional del niño(a) de los niños desnutridos de 6 m a 35 meses según P/E, T/E, P/T.

Responsable: Claudio Berrospi, Karina Janett

Instrucciones: Llenar y marcar con una (X) los espacios en blanco de cada ítem. Escribir con letra legible a fin de que la información sea comprensible. El presente estudio se realiza con fines estrictamente académicos y tiene carácter de confiabilidad.

Gracias por su
colaboración.

I. DATOS GENERALES::

1. Historia Clínica:
2. Edad del niño(a)..... Fecha de nacimiento:
.....
3. Género: M () F ()
4. Procedencia:
5. Peso:Kg.
6. Talla:cm.
7. Peso/Edad: -----
8. Talla/Edad:
9. Peso/Talla:
10. Diagnóstico nutricional:
11. Observación:
.....
.....

.....
.....

ANEXO 3
ENTREVISTA DE HÀBITOS ALIMENTICIOS

CÓDIGO:

FECHA:.../**...**/**...**

Título de la investigación: Hábitos alimenticios y el estado nutricional en niños de 6 a 35 meses en el Distrito de Colpas, Departamento de Huánuco – 2015.

Objetivos: Identificar la relación entre los hábitos alimenticios y la desnutrición infantil.

Responsable: Claudio Berrospi, Karina Janett

Instrucciones: Estimada Sra. a continuación le presento preguntas con alternativas de respuesta. Sírvase responder marcando con un aspa (X), dentro de los paréntesis en la respuesta que Ud. considere pertinente. Sus respuestas son de mucho valor y serán manejadas con carácter confidencial por lo que le solicitamos veracidad.

Gracias por su colaboración.

NIÑA Y NIÑO DE 6 A 8 MESES

CONSISTENCIA DE LOS ALIMENTOS:

1. ¿Qué comidas ofrece a su niño?
 - a) Sopas y agüitas
 - b) Papillas, purés y mazamorras espesas.
 - c) Mazamorras y gelatinas
 - d) Solo leche materna

CANTIDAD:

2. ¿Qué cantidad de comida ofrece a su niño?
 - a) La mitad de un plato grande.
 - b) Come del plato de mamá.
 - c) La mitad de un plato mediano
 - d) Come lo que puede.
3. ¿Cuántas cucharadas de comida come su niño?
 - a) 2 a 3
 - b) 3 a 5
 - c) Solamente lo que quiere.
 - d) 4

CALIDAD

4. ¿Cuántas porciones de alimentos de origen animal como: huevo, queso, pescado, hígado, sangrecita, pollo, etc. Ofrece a su niño(a)?
 - a) Por lo menos 1 porción al día.
 - b) Le doy 2 porciones al día.

- c) Le doy 3 porciones al día.
 - d) No le doy ninguna porción porque mi niño no tiene dientes.
5. ¿Cuántas veces a la semana consume menestras su niño(a)?
- a) Una vez a la semana
 - b) Le doy de 2 a 3 veces a la semana
 - c) Mi niño(a) no consume menestras.
 - d) Le doy 4 veces a la semana.
6. ¿Qué alimentos de los siguientes grupos consume su niño con mayor frecuencia?
- a) Cereales, tubérculos, leche, galletas y agüitas
 - b) Cereales, tubérculos, productos de origen animal, menestras, frutas y verduras.
 - c) Tubérculos, verduras y a veces carnes.
 - d) Cereales, tubérculos, agüitas y frutas.
7. ¿Qué cantidad de aceite agrega a la comida principal de su niña o niño?
- a) Una cucharita de aceite.
 - b) Media cucharadita de aceite
 - c) Una cucharada de sopa.
 - d) No agrega aceite a las comidas.

FRECUENCIA

8. ¿Cuántas comidas más leche materna ofreces a tu niño(a) a los 6 meses?
- a) Le doy 1 comidas al día más leche materna.
 - b) Le doy 2 comidas al día más leche materna
 - c) Le doy 3 comidas al día más leche materna
 - d) Le doy solamente leche materna.
9. ¿Cuántas comidas más leche materna ofreces a tu niño(a) a los 7 a 8 meses?
- a) Le doy 2 comidas al día más leche materna
 - b) Le doy 4 comidas al día más leche materna
 - c) Le doy 3 comidas al día más leche materna.
 - d) Le doy 5 comidas al día más leche materna.

NIÑA Y NIÑO DE 9 a 11 MESES

CONSISTENCIA DE LOS ALIMENTOS:

10. ¿Qué comidas ofrece a su niño?
- a) De la olla familiar.
 - b) Papillas, purés y mazamorras espesas.
 - c) Comidas espesas e incluyo preparaciones sólidas (picado o pequeños trocitos).
 - d) Solamente sopas porque mi niño(a) no tiene dientes.

CANTIDAD:

11. ¿Qué cantidad de comida ofrece a su niño?
- a) La mitad de un plato grande.
 - b) Las $\frac{3}{4}$ de un plato mediano.
 - c) Come del plato de mamá.
 - d) Come lo que puede.

12. ¿Cuántas cucharadas de comida come su niño?
- a) Come de 2 a 3 cucharadas.
 - b) Come de 3 a 5 cucharadas.
 - c) Come de 5 a 7 cucharadas
 - d) Debe comer solamente lo que quiere

CALIDAD

13. ¿Qué alimentos a diario debe de incluir en la alimentación de su niño(a)?
- a) Aún mi niño no come.
 - b) Agregar por lo menos 1 porción al día.
 - c) Le doy 2 porciones al día.
 - d) Le doy 3 porciones al día.
14. ¿Cuántas veces a la semana consume menestras su niño(a)?
- a) Mi niño(a) no consume menestras.
 - b) Una vez a la semana
 - c) Le doy de 2 a 3 veces a la semana
 - d) Le doy 4 veces a la semana
15. ¿Qué alimentos de los siguientes grupos: consume su niño con mayor frecuencia?
- a) Cereales, tubérculos, leche, galletas y agüitas
 - b) Frutas y lácteos.
 - c) Cereales, tubérculos, y menestras, carnes y huevos, lácteos, frutas y verduras de color: verde, naranja.
 - d) Cereales, tubérculos, agüitas y frutas.
16. ¿qué cantidad de aceite agrega a la comida principal de su niña o niño?
- a) Media cucharadita de aceite
 - b) Una cucharita de aceite
 - c) Una cuchara de sopa.
 - d) No agrega aceite a las comidas.

FRECUENCIA

17. ¿Cuántas comidas más leche materna ofreces a tu niño(a)?
- a) Le doy 2 comidas al día más leche materna.
 - b) Le doy 3 comidas al día más leche materna
 - c) Le doy 4 comidas al día más leche materna.
 - d) Le doy solamente leche materna.

NIÑA Y NIÑO DE 12 MESES A 24 MESES

CONSISTENCIA DE LOS ALIMENTOS:

18. ¿Qué comidas ofrece a su niño?
- a) Sopas y agüitas.
 - b) Papillas, mazamorras y gelatinas.
 - c) Comidas sólidas y variadas incorporándose de la olla familiar.
 - d) Comidas picadas y continuar con la lactancia materna.

CANTIDAD:

19. ¿Qué cantidad de comida ofrece a su niño?
- a) Un plato grande.
 - b) Un plato mediano
 - c) Come $\frac{1}{2}$ plato grande.

d) Come lo que puede.

20. ¿Cuántas cucharadas de comida come su niño?

- a) Come de 3 a 5 cucharadas.
- b) Come de 5 a 7 cucharadas.
- c) Come 7 cucharadas.
- d) Come de 7 a 10 cucharadas.

CALIDAD

21. ¿Cuántas porciones de alimentos de origen animal como: huevo, queso, pescado, hígado, sangrecita, pollo, etc. Ofrece a su niño(a)?

- a) Por lo menos 1 porción al día.
- b) Le doy 2 porciones al día.
- c) Le doy 3 porciones al día.
- d) No le doy ninguna porción porque mi niño no tiene dientes.

22. ¿Cuántas veces a la semana consume menestras su niño(a)?

- a) Una vez a la semana
- b) Le doy de 2 a 3 veces a la semana.
- c) Le doy 4 veces a la semana.
- d) Mi niño(a) no consume menestras.

23. ¿Qué alimentos de los siguientes grupos consume su niño con mayor frecuencia?

- a) Cereales, tubérculos, leche, galletas y agüitas.
- b) Cereales, tubérculos, productos de origen animal, menestras, frutas y verduras.
- c) Tubérculos, verduras y a veces carnes.
- d) Cereales, tubérculos, agüitas y frutas.

24. ¿qué cantidad de aceite agrega a la comida principal de su niña o niño?

- a) Media cucharadita de aceite
- b) Una cucharita de aceite.
- c) Una cuchara de sopa.
- d) No agrega aceite a las comidas.

FRECUENCIA

25. ¿Cuántas comidas más leche materna ofreces a tu niño(a)?

- a) Le doy 1 comidas al día.
- b) Le doy 3 comidas al día más 2 refrigerios.
- c) Le doy 2 comidas al día más 1 refrigerio.
- d) Le doy 3 comidas al día más leche materna.

NIÑA Y NIÑO DE 24 MESES A 35 MESES

CONSISTENCIA DE LOS ALIMENTOS:

26. ¿Qué comidas ofrece a su niño?

- a) Sopas y agüitas.
- b) Papillas, mazamorras y gelatinas.
- c) Comidas sólidas y variadas incorporándose de la olla familiar.
- d) Comidas picadas y continuar con la lactancia materna.

CANTIDAD:

27. ¿Qué cantidad de comida ofrece a su niño?
- a) Un plato mediano.
 - b) Come $\frac{1}{2}$ plato grande.
 - c) Un plato grande de acuerdo con su edad, actividad física y estado nutricional.
 - d) Debe comer en todo momento.

CALIDAD

28. ¿Cuántas porciones de alimentos de origen animal como: huevo, queso, pescado, hígado, sangrecita, pollo, etc. Ofrece a su niño(a)?
- a) Por lo menos 1 porción al día.
 - b) Le doy 2 porciones al día.
 - c) Le doy 3 porciones al día.
 - d) No le doy ninguna porción porque mi niño no tiene dientes.
29. ¿Cuántas veces a la semana consume menestras su niño(a)?
- a) Una vez a la semana
 - b) Le doy 2 veces a la semana
 - c) Dar varias veces a la semana.
 - d) Mi niño(a) no le gusta las menestras.
30. ¿Qué alimentos de los siguientes grupos consume su niño con mayor frecuencia?
- a) Cereales, tubérculos, leche, galletas y agüitas.
 - b) Cereales, tubérculos, productos de origen animal, menestras, frutas y verduras.
 - c) Tubérculos, verduras y a veces carnes.
 - d) Cereales, tubérculos, agüitas y frutas.
31. ¿Qué cantidad de aceite agrega a la comida principal de su niña o niño?
- a) Media cucharadita de aceite
 - b) Una cucharita de aceite.
 - c) Una cuchara de sopa.
 - d) No agrega aceite a las comidas.

FRECUENCIA

32. ¿Cuántas comidas ofrece a su niño(a)?
- a) Le doy 1 comidas al día.
 - b) Le doy 3 comidas al día más 2 refrigerios que incluyan lácteos.
 - c) Le doy 3 comidas al día.
 - d) Le doy 2 comidas al día más 1 refrigerio.

SUPLEMENTACIÓN DE LOS MICRONUTRIENTES.

33. ¿Su niño(a) ha recibido vitamina "A" de acuerdo a edad en el establecimiento de salud?
- a) Si
 - b) No
34. ¿Su niño(a) está recibiendo suplemento de hierro?
- a) Si
 - b) No**
35. ¿Su niño(a) se encuentra recibiendo multimicronutrientes (chispitas) de acuerdo a su edad.

- a) Si
- b) No

36. ¿Usa sal yodada en la preparación de las comidas de su niña o niño?

- a) Si
- b) No

HIGIENE DE LOS ALIMENTOS

37. ¿Usted desinfecta y lava las frutas y verduras para ofrecer al niño?

- a) Si
- b) No.

38. ¿Sabe Ud. los momentos claves del lavado de manos?

- a) Después de salir del baño y antes de preparar los alimentos
- b) Antes de preparar y servir la comida, después de ir al baño, antes de dar de lactar, después de cambiar los pañales.
- c) Después de ir al baño, después de limpiar la casa.
- d) Después de tocar a los animales.

ALIMENTACIÓN ACTIVA

39. ¿Cuándo ofrece las comidas a su niño tiene paciencia para que su niño coma con agrado?

- a) Pocas veces porque el tiempo no me alcanza.
- b) Solamente cuando estoy alegre.
- c) Si, mediante cantos, juegos y caricias.
- d) No tengo tiempo porque primero son mis animales.

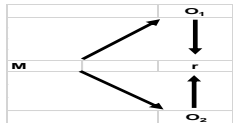
40. ¿Cuándo alimenta a su niño le brinda afecto?

- a) Si
- b) No

ANEXO: 4

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: “RELACION ENTRE HÁBITOS ALIMENTICIOS Y EL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 6 A 35 MESES DE EDAD DEL DISTRITO DE COLPAS – HUÁNUCO 2015”

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Indicadores	Metodología								
Problema General	General	General		Consistencia	<ul style="list-style-type: none"> • Forma de preparación de las comidas 	<p>Tipo de Investigación: No experimental Según.</p> <p>Nivel de investigación: Descriptivo</p> <p>Diseño: Correlacional</p>								
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es relación entre hábitos alimenticios y el estado nutricional en niños de 6 a 35 meses de edad del distrito de Colpas – Huánuco 2015? 	<p>Establecer la relación entre hábitos alimenticios y el estado nutricional en niños de 6 a 35 meses de edad del distrito de Colpas – Huánuco 2015</p> <p>Objetivos Específicos</p>	<p>H^a: Existe relación entre hábitos alimenticios y el estado nutricional en niños de 6 a 35 meses de edad del distrito de Colpas – Huánuco</p> <p>H^o: No existe relación entre hábitos alimenticios y el estado nutricional en niños de 6 a 35 meses de edad del distrito de Colpas – Huánuco 2015</p>	VI: Hábitos Alimenticios	Cantidad	<ul style="list-style-type: none"> • Número de cucharas que el niño recibe de acuerdo a la edad. <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>6 a 8meses</td> <td>9a</td> </tr> <tr> <td>11meses</td> <td>1 a 24</td> </tr> <tr> <td>meses</td> <td>24 a 35</td> </tr> <tr> <td>meses</td> <td></td> </tr> </table>	6 a 8meses	9a	11meses	1 a 24	meses	24 a 35	meses		 <p>Población: Niños de 6 a 35 meses con desnutrición infantil.</p> <p>Criterios de Inclusión: Niños de 6 a 35 meses residentes en el Distrito de Colpas.</p> <p>Criterios de Exclusión: Niños foráneos. Niños < 6 meses y >35 meses.</p>
6 a 8meses	9a													
11meses	1 a 24													
meses	24 a 35													
meses														
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar las características sociodemográficas de las madres de niños de 6 a 35 meses de edad del 		Calidad	<ul style="list-style-type: none"> . Consumo de Menestras. . Carnes y Derivados. . Uso de aceite. 										

	<p>distrito de Colpas – Huánuco 2015</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Reconocer los hábitos alimenticios en niños de 6 a 35 meses de edad del distrito de Colpas – Huánuco 2015 ➤ Identificar el estado nutricional de los niños de 6 a 35 meses de edad del distrito de Colpas – Huánuco 2015 			<p>Frecuencia</p>	<p>Número de veces que alimenta a su niño según grupo etario.</p>	<p>Madres que no aceptan participar en el estudio participar.</p> <p>Muestra: 30 madres con niños de 6 a 35 meses</p> <p>Técnicas e Instrumento:</p> <p>Entrevista: Guía de entrevista.</p> <p>Análisis documental:</p> <p>Ficha de análisis documental.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar la presencia de desnutrición en los de 6 a 35 meses de edad del distrito de Colpas – Huánuco 2015 			<p>Suplementación de Micronutrientes</p>	<p>Niño suplementado con Vitamina "A".</p> <p>Niño suplementado con Hierro.</p> <p>Niño suplementado con Micronutrientes (chispitas).</p> <p>Consumo de sal yodada.</p>	

				Higiene de Alimentos y manos	Limpieza y desinfección de frutas y verduras. Momentos claves del lavado de manos.
				Alimentación Activa	Paciencia al alimentarlo. Afecto durante la alimentación.
			VD: Estado Nutricional	obesidad sobre peso Desnutrición a) Desnutrición Global	P/E
				b) Desnutrición Crónica	T/E
				c) Desnutrición Aguda	P/T