



**FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO NUTRICIONAL DE LAS MADRES Y
LA ACTITUD PARA PREVENIR LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS DEL HOSPITAL DE TINGO MARÍA, 2016**

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

BACHILLER : VASQUEZ MENDOZA GRETHELSTEPHANY

TINGO MARIA - PERÚ

2017

**“CLIMA ORGANIZACIONAL DEL PERSONAL DE SALUD EN EL
CENTRO DE SALUD COOPERATIVA UNIVERSAL SANTA
ANITA, LIMA – PERÚ PERIODO 2015”**

ÍNDICE

	Pag.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESÚMEN	i
ABSTRAC	ii
ÍNDICE	iii
INTRODUCCIÓN	v
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Objetivos de la investigación	4
1.3.1. Objetivos generales	4
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación del estudio	5
1.5. Limitaciones de la investigación	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	7
2.1.1. Antecedentes Internacionales	7
2.1.2. Antecedentes Nacionales	8
2.2. Bases teóricas	12
2.3. Definición de términos	43
2.4. Hipótesis	43
2.5. Variables	44
2.5.1. Definición conceptual de la variable	44
2.5.2. Definición operacional de la variable	44
2.5.3. Operacionalización de la variab	45
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	
3.1 Tipo y nivel de investigación	47
3.2 Descripción del ámbito de la investigación	48

3.3	Población y muestra	48
3.4	Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	48
3.5	Validez y confiabilidad del instrumento	49
3.6	Plan de recolección y procesamiento de datos	49
CAPÍTULO IV: RESULTADOS		50
CAPÍTULO V: DISCUSION		54
CONCLUSIONES		55
RECOMENDACIONES		56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		57
ANEXOS		
	Matriz	
	Instrumento	

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Establecer la relación entre el conocimiento nutricional de las madres y la actitud para prevenir la desnutrición en niños menores de 5 años del Hospital de Tingo María, 2016.. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 138 madres, para el recojo de la información se utilizó un cuestionario tipo Likert , la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de 0,86; la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de 0,91, la prueba de hipótesis se realizó mediante la R de Pearsdon con un valor de 0,817 y con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

CONCLUSIONES:

Las madres que tienen un nivel de conocimiento nutricional Deficiente tienen a su vez una Actitud Desfavorable en la prevención de la desnutrición en niños menores de 5 años del Hospital Tingo María, las madres con un nivel de conocimiento Regular tienen a su vez una actitud Indiferente y las madres con un nivel de conocimiento Bueno tienen una actitud Favorable. Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables. Estos niveles se presentan por las respuestas que señalan las madres: No ha recibido información sobre cómo prevenir la desnutrición, tampoco, la familia consume verduras por lo menos tres veces a la semana, asimismo la familia no consume frutas, leche o sus derivados, y alimentos de origen animal por lo menos tres veces a la semana, además el niño o niña, no recibió lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida, el niño o niña, tiene los controles mensuales de crecimiento de acuerdo a su edad.

PALABRAS CLAVES: *Conocimiento nutricional, actitud, prevenir la desnutrición, niños menores de 5 años.*

ABSTRACT

The present research aimed to: Establish the relationship between the nutritional knowledge of mothers and the attitude to prevent malnutrition in children under 5 years of age at the Tingo María Hospital, 2016 .. It is a cross-sectional descriptive research, we worked with a sample Of 138 mothers, for the collection of information a Likert questionnaire was used, the validity of the instrument was performed by the test of agreement of the expert judgment obtaining a value of 0.86; Reliability was performed using the Cronbach's alpha with a value of 0.91, the hypothesis test was performed using the Pearsdon R with a value of 0.817 and with a significance level of $p < 0.05$.

CONCLUSIONS:

Mothers who have a deficient level of nutritional knowledge also have an Unfavorable Attitude in the prevention of malnutrition in children under 5 years of age at the Tingo María Hospital, mothers with a level of regular knowledge have an attitude Indifferent and mothers with a good level of knowledge have a favorable attitude. These results indicate that there is a relationship between both variables. These levels are presented by the mothers' responses: They did not receive information on how to prevent malnutrition; nor did the family consume vegetables at least three times a week; the family also did not consume fruits, milk or milk products; Food of animal origin at least three times a week, in addition the boy or girl, did not receive exclusive breastfeeding the first six months of life, the boy or girl, has the monthly growth controls according to his age.

KEY WORDS: *Nutritional knowledge, attitude, prevent malnutrition, children under 5 years.*

INTRODUCCIÓN

La madre de familia, por ser la responsable del crecimiento y desarrollo de su niño en el hogar debe de contar con los conocimientos adecuados sobre los alimentos adecuados y fundamentales que debemos ingerir en cada etapa de vida, especialmente en los niños; en la cual llevar una nutrición balanceada se verá reflejado el crecimiento y desarrollo de niños sanos y fuertes. El Perú es uno de los países que presenta uno de los más altos índices de desnutrición a nivel mundial es por ello que se debe abordar y poner énfasis en temas de nutrición y el incentivo de llevar una vida sana y natural, pues con el avance de la tecnología se está perdiendo la esencia de consumir alimentos naturales y se está optando por el consumo de alimentos con exceso de preservantes y elementos químicos que transcurrido determinado tiempo resultan perjudiciales para la salud generando muchas enfermedades.

Es por ello que a continuación se presenta ésta investigación en la cual se busca aumentar el **NIVEL DE CONOCIMIENTO NUTRICIONAL DE LAS MADRES Y LA ACTITUD PARA PREVENIR LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL HOSPITAL DE TINGO MARÍA.**

Capítulo I: El Problema de la Investigación, con la formulación del problema principal, secundario, como también la formulación de los Objetivos generales y específicos, la justificación del estudio y las limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco teórico, donde mostraremos algunos antecedentes tanto Internacionales como Nacionales y bases teóricas que fundamenten la investigación, se tomará en cuenta las definición de términos básicos utilizados, sistema de hipótesis e igualmente de variables, dimensiones e indicadores.

Capítulo III: Trata de la metodología, tipo de investigación, descripción del ámbito de la investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos para la recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento, y el plan de recolección y procesamiento de datos que nos servirá para sustentar los resultados que obtendremos de esta investigación.

RESULTADOS, DISCUSION, CONCLUSIONES, RESULTADOS,
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS, ANEXOS .

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El estado nutricional, como resultado directo del consumo y la utilización de los alimentos, es un indicador importante del nivel de salud y de la calidad de vida de la población, así como del grado de satisfacción de sus necesidades básicas. Por esta razón, la valoración nutricional de la población, en especial la de riesgo (niños, embarazadas adolescentes y ancianos), es un elemento de gran importancia en Salud Pública:

La alimentación es una de las necesidades básicas e inaplazables del ser humano. Desde los albores de la humanidad el hombre ha buscado sus propios alimentos. En la actualidad la situación es preocupante porque los alimentos cada vez son más escasos, mientras la población tiene un crecimiento constante demandando más productos alimenticios. Durante la infancia se produce el mayor desarrollo y crecimiento de la vida de una persona. Por eso es muy importante que los niños tengan una buena alimentación, ya que de lo contrario se puede caer en distintos grados de desnutrición y malnutrición.¹ La desnutrición proteínico-energético, es la enfermedad nutricional más importante de los países en vías de desarrollo debido a su alta prevalencia y su relación con las tasas de mortalidad, con el deterioro

del crecimiento físico, así como un desarrollo social y económico inadecuado.²

La magnitud del problema varía de un país a otro y en las diferentes áreas geográficas de un mismo país. Sin embargo, se reconoce que cuando menos la mitad de las muertes que ocurren cada año en nuestro planeta atribuibles a la desnutrición proteínico-energético.

2

Según ENDES 2010 la desnutrición crónica a nivel nacional descendió en 4,7 puntos porcentuales, el pasar de 22,6% a 17,9%. Por cada 100 menores de 5 años de edad, 5 dejaron la condición de desnutrición crónica, así lo reveló el jefe de Instituto de Estadística e Informática INEI, Anibal Sánchez Aguilar, en la presentación de los resultados de la encuesta demográfica y de salud familiar ENDES2010.

La desnutrición crónica es uno de los indicadores del nivel de desarrollo de un país, y se determina a comparar la talla obtenida de la niña o niño con la esperada para su edad y sexo.

Datos arrojados:

- En el área rural la desnutrición crónica disminuyó en 5,6 puntos porcentuales, de 36,9% a 31,3%.
- En área urbana se redujo en 1,7 puntos porcentuales, al pasar de 11,8% a 10,1%.
- La sierra presentó el mayor porcentaje de desnutrición crónica con 27,6%, la selva 21,7% y costa con 8,4%.
- En América Latina se ha reconocido que alrededor de 25% de los niños presentan desnutrición.
- Los problemas de salud y nutrición se reflejan en la alta mortalidad infantil, 60 de cada 1,000 nacidos mueren cada año en zonas rurales y 28 por cada 1,000 nacidos vivos fallecen en zonas urbanas, ya que durante la infancia se produce el mayor desarrollo y crecimiento de la vida de una persona. Por eso es muy importante que los niños tengan una buena alimentación para no caer a la desnutrición y mal nutrición.

Es alarmante el porcentaje de niños con desnutrición crónica que por subalimentación prolongada a pérdidas intermitentes de nutrientes, han sido afectados en su índice de talla para la edad quizá en forma irreversible.²

Se considera que aproximadamente la mitad de la población mundial total ha sobrevivido a un periodo de desnutrición moderada o severa durante la infancia.³

Sin embargo, aún preocupa que la desnutrición crónica afecte a la tercera parte de los menores de las zonas rurales, donde la tasa es de 32.8%, mientras que la anemia afecta al 50.4% de los menores de tres años de todo el país, agregó el texto oficial. La desnutrición crónica a escala de todo el territorio peruano se redujo de 22,9% en 2005 a 18.3% en 2009

Perú ha registrado un crecimiento económico sostenido, que el año pasado fue de 1.21% y de 9.8% en 2008, pero una tasa de pobreza supera al 36% de sus más de 28 millones de habitantes.³

La mayoría de los niños en nuestra región Huánuco son alimentados con leche materna en los primeros meses de vida, aunque no necesariamente en forma exclusiva. Sin embargo, las prácticas de alimentación inadecuadas que ocurren con la introducción de los primeros alimentos complementarios son una causa principal de la alta tasa de prevalencia de desnutrición infantil observada el 26.4%.³

La descripción de tal realidad problemática nos conlleva a plantear las siguientes interrogantes:

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problemageneral

¿Cuál es la relación entre el conocimiento nutricional de las madres y la actitud para prevenir la desnutrición en niños menores de 5 años del Hospital de Tingo María,2016?

1.2.2. Problemas específicos:

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento nutricional de las madres de niños menores de 5 años del Hospital de Tingo María,2016?
- ¿Cuál es la actitud de las madres para prevenir la desnutrición en niños menores de 5 años del Hospital de Tingo María,2016?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.3.1. ObjetivoGeneral:

Establecer la relación entre el conocimiento nutricional de las madres y la actitud para prevenir la desnutrición en niños menores de 5 años del Hospital de Tingo María, 2016.

1.3.2. ObjetivosEspecíficos:

- Evaluar el nivel de conocimiento nutricional de las madres de niños menores de 5 años del Hospital de Tingo María, 2016.
- Valorar la actitud de las madres para prevenir la desnutrición en niños menores de 5 años del Hospital de Tingo María,2016.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Esta investigación se justifica desde el enfoque legal ya que para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería se requiere formular, desarrollar y sustentar una tesis. Este procedimiento para la titulación está establecido en el reglamento de Grados y Títulos de la Universidad AlasPeruanas.

El tema educación nutricional es uno de los programas que se convierte en una de las prioridades para las madres ya que es un enfoque significativo y uno de los más importantes para prevenir la desnutrición en la población infantil de nuestro país, en especial en nuestra ciudad de Tingo María de la región Huánuco.

Durante la infancia se produce el mayor desarrollo y crecimiento de la vida del niño. Por eso es muy importante que los niños tengan una buena alimentación, ya que de lo contrario se puede caer en distintos grados de desnutrición y malnutrición. Para ello, es necesario que conozcan las madres que es la desnutrición a través del programa educativo nutricional que imparte.

Esta investigación ha de proporcionar a los profesionales de la salud, especialmente al enfermero (a) en ejercicio en las Instituciones Públicas y Privadas sobre el uso de las estrategias dentro del marco preventivo promocional para prevenir la desnutrición en los niños (as) y que puede tener aplicación cotidiana en el futuro próximo, de tal manera que las logradadas en este estudio permitan a futuras investigaciones partir de una base concreta sobre las variables que aquí tratamos, de manera muy particular para las zonas periurbanas y rurales, por la problemática expuesta, hay la necesidad de realizar estudios cuyos resultados servirán de reflexión a los profesionales de enfermería el cual va a permitir establecer estrategias para brindar cuidados nutricionales óptimos en el niño menor de 5 años.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se realizó en el Asentamiento Humano Contigo Perú de la Provincia de Huaral año 2012” se ha visto influenciada por el factor económico que respalda este proyecto viéndose reflejado en la cobertura del servicio y/o la intervención brindada que se resume a 30 madres de familia.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Villalba Araujo R., Dávalos Acosta A. (2013), realizaron el estudio sobre Nivel de conocimientos y hábitos alimentarios pre y post capacitación en las Guías Alimentarias del Paraguay para niños mayores a 2 años, en familias de zona urbana y rural.

Resultados: La muestra estuvo conformada por 32 adultos de zona urbana y rural, donde se compararon nivel de conocimientos antes y después de la intervención, se evidenció que ambas zonas aumentaron su conocimiento en forma similar. Respecto al conocimiento intra grupo, los jefes de familia aumentaron significativamente su nivel de conocimiento posterior a la capacitación. En relación a los hábitos alimentarios, 12 de las 14 variables consideradas sufrieron una modificación favorable tras la intervención. Los temas desarrollados durante la capacitación modificaron favorablemente los hábitos alimentarios de los encuestados. La frecuencia de consumo de panificados, azúcares y grasas disminuyó significativamente tras la capacitación. Conclusión: El impacto de la intervención fue positivo en ambas zonas al reflejar un aumento en el nivel de conocimientos y una

modificación favorable en los hábitos alimentarios, de allí la importancia de fomentar la educación alimentaria-nutricional en la población. (8)

Bracho Fernando y Ramos Eliana. (2008), realizaron el estudio sobre Percepción materna del estado nutricional de sus hijos: ¿Es un factor de riesgo para presentar malnutrición por exceso?, indicaron los siguientes Resultados: Se encuestaron 270 madres. La percepción del estado nutricional de sus hijos fue adecuada en un 54,07% y subestimada en un 41,48%, sin una diferencia significativa entre ambas. Los factores de riesgo obtenidos mediante regresión univariada fueron subestimación del estado nutricional, obesidad materna, mayor número de hijos, mayor edad en los niños y antecedente de obesidad en el niño, mientras que la percepción adecuada disminuyó la probabilidad de tener sobrepeso u obesidad. En el análisis multivariado se mantuvieron las mismas variables a excepción de la obesidad materna. Conclusiones: La percepción alterada del estado nutricional infantil es un factor de riesgo a intervenir para intentar disminuir la alta prevalencia local de malnutrición por exceso.(9)

2.1.2. Antecedentes nacionales

García Sabrera J. (2014). Realizó el estudio sobre Creencias, conocimientos y actitudes de madres sobre alimentación en la primera infancia: centro poblado Uchkus Inkañan, Yauli-Huancavelica. Quién redactó los siguientes resultados: Creencias maternas sobre alimentación infantil, conocimientos maternos sobre alimentación infantil y actitudes maternas sobre alimentación infantil y Resultados y Discusión: Solo el 9% de las madres, presentó un nivel de conocimientos alto, explicándose en el bajo nivel educativo que tiene la mayoría. Las madres no reconocieron la importancia de consumir calostro, lo cual concordó con sus actitudes desfavorables, siendo esta situación influenciada por creencias transmitidas por las personas de su

entorno. 55% de madres respondieron bien sobre la LME, sus actitudes fueron coincidentes, aunque según sus creencias demostraron que también se debe dar otros alimentos (agua, mates, caldos, etc.). Un 59% respondieron correctamente sobre la LMC, sin embargo expresaron su desacuerdo con las recomendaciones, sustentando su discrepancia con creencias. La duración de la LM fue hasta 1 año a 1 año y 6 meses de vida del niño; ya que las madres piensan que lactar a un niño hasta los 2 años a más tendría consecuencias negativas para su salud física y mental, por ello emplearon técnicas de destete que resultaron en experiencias desagradables. La edad de inicio de la AC no es conocida por las madres, siendo influenciada por creencias y ciertos procesos emotivos. La mayoría de madres ignora cómo deben ser las características de una alimentación infantil de acuerdo al CENAN; de modo que sus decisiones para otorgar alimentos en la consistencia acorde a la edad, AOA, frutas, verduras, frecuencia de comidas/día, tipos de alimentos, se han visto influenciadas en mayor medida por sus creencias, también por la disponibilidad y el acceso de los mismos en la zona. Conclusión: El principal aporte de este estudio es dejar claro, el papel influyente que tiene la cultura, en este caso un aspecto de ella “las creencias alrededor de la alimentación infantil”, por su transcendencia y transmisión intergeneracional, influyen en gran medida en los conocimientos y la predisposición de las madres para llevar a cabo determinadas prácticas de alimentación infantil.

(10)

Marrufo Marrufo M. (2012). Desarrollo el estudio Actitudes de las madres hacia la alimentación infantil en preescolares del nido "Belén Kids", Los Olivos, 2011

Las conclusiones que se formularon luego del estudio fueron: • 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.(11)

Veramendi Espinoza L. Zafra Tanaka J. Ugaz Soto L. Villa Canales, Omar (2009) realizaron el estudio titulado “Efectividad de la sesión Educativa “Aprendiendo a preparar loncheras nutritivas” en el incremento de conocimientos de las madres de preescolares en la Institución Educativa San José, El Agustino”. Tuvo como objetivo determinar la efectividad de la sesión Educativa “Aprendiendo a preparar loncheras nutritivas” en el incremento de conocimientos de las madres de preescolares en la Institución Educativa San José, El Agustino. El método fue aplicativo, de tipo cuantitativo, método cuasi experimental. Se utilizó como instrumento un cuestionario, y entre las conclusiones tenemos que:

“Acerca del nivel de conocimientos antes de la sesión educativa

“Aprendiendo a preparar loncheras nutritivas”, en su mayoría es

bajo seguido de un mínimo porcentaje medio, relacionado a que desconocen aspectos fundamentales en la preparación de una lonchera nutritiva: ejemplo de lonchera nutritiva, función de los carbohidratos, alimento rico en calcio recomendado en la lonchera, función de la lonchera escolar y alimento rico en hierro recomendado en la lonchera, y conocen: ejemplo de mineral, ejemplo de vitamina C en la lonchera y ejemplo de tipo de vitamina.”(12)

Durand Diana (2008) realizó un estudio titulado “Relación entre el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación infantil y el estado nutricional de niños preescolares en la Institución Educativa Inicial N° 111-Callao”, teniendo como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación infantil y el estado nutricional de los preescolares de la Institución Educativa Inicial “N° 111”. La investigación fue de tipo cuantitativo, de nivel aplicativo y el diseño utilizado fue el descriptivo de corte transversal, correlacional. La muestra estuvo constituida por 30 madres. Para la presente investigación se aplicó la técnica de la entrevista y el instrumento fue el cuestionario. Una de las conclusiones fue la siguiente: “El nivel de conocimientos de las madres acerca de la alimentación en el preescolar es en promedio 90% de medio a alto, con presencia significativa de un 10% de madres con nivel de conocimientos bajo. Entre los aspectos que desconocen se encuentran: los beneficios principales de cada tipo de nutrientes y en que alimentos se encuentran; asimismo la frecuencia de consumo semanal de alimentos como las carnes, leche es deficiente, lo cual indica una alimentación no balanceada en calidad y cantidad para las necesidades calórico proteicas que se requieren para un óptimo crecimiento y desarrollo del niño en edad preescolar” (13)

Flores Liliana (2006), realizó el estudio sobre el “Nivel económico y conocimientos que tienen las madres sobre la alimentación del

preescolar y su relación con el estado nutricional en el Centro de Promoción Familiar Pestalozzi”, teniendo como objetivo establecer la relación entre el nivel económico y el nivel de conocimientos que tienen las madres acerca de la alimentación y el estado nutricional del preescolar. El método de estudio fue descriptivo transversal correlacional. La muestra estuvo conformada por todos los niños de 2 a 5 años de edad con la participación de sus madres. Se utilizó un cuestionario y la técnica fue la encuesta. La conclusión más resaltante fue: “La mayoría de las madres tienen conocimiento medio a bajo, son de nivel económico medio bajo a bajo y el estado nutricional de los preescolares es de desnutrición crónica y desnutrición global”(14)

Requena Lissett (2006) Realizó un estudio sobre el “Conocimiento y las prácticas que tienen las madres sobre el contenido de la lonchera y su relación con el estado nutricional del preescolar de la Institución Educativa N° 524 Nuestra Señora de la Esperanza”, teniendo como objetivo establecer la relación entre el conocimiento y las practicas que tienen las madres sobre el contenido de la lonchera y el estado nutricional del preescolar. Es un estudio de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo correlacional de corte trasversal. La muestra estuvo conformada por 150 madres y sus niños. Para la recolección de datos se utilizó como instrumento un cuestionario. La conclusión más resaltante fue: “El mayor porcentaje de madres (76.7%) tiene prácticas inadecuadas en cuanto al contenido de la lonchera, encontrándose que la mayoría de las madres envían a sus hijos galletas, infusiones, leche, pan con pollo y mayonesa”(15)

2.2. BASESTEÓRICAS.

2.2.1. El conocimiento

El conocimiento es una capacidad humana y no una propiedad de un objeto como pueda ser un libro. Su transmisión implica un proceso intelectual de enseñanza y aprendizaje.⁽¹⁵⁾

2.2.1.1. Tipos de Conocimiento

Se puede identificar en formas o niveles de conocimiento:

- a) **El Conocimiento Vulgar:** Los conocimientos se adquieren con los impulsos más elementales del hombre, sus intereses y sentimientos por lo general se refieren a los problemas inmediatos que la vida le plantea.⁽¹⁵⁾

- b) **Conocimiento empírico:** El conocimiento empírico se desprende de la experiencia y a través de los sentidos. Los conceptos empíricos son imprecisos e inciertos, se producen por ideas preconcebidas, tienden a aceptar explicaciones metafísicas y son dogmáticos. Sin embargo, el conocimiento empírico sirve de base al conocimiento científico, al extraerse con método de la realidad.⁽¹⁶⁾ El conocimiento empírico se convierte en científico al extraerlo de la realidad con métodos y herramientas precisas. Se integra en un sistema de conceptos, teorías y leyes. El conocimiento científico rebasa los hechos empíricos. Puede generalizarse. Puede pronosticarse.

- c) **El Conocimiento Científico:** Este conocimiento se caracteriza por ser selectivo, metódico, sistemático y ordenado con el objetivo de establecer, describir, explicar e interpretar, los fenómenos y procesos. Tanto naturales como sociales y psicológicos. Lo cual le da un carácter rigurosos y objetivo y hace que el, sin perder su esencia teórica sea un eficaz instrumento de dominio de la realidad.⁽¹⁴⁾ El conocimiento científico resiste la confrontación con la realidad, descarta explicaciones metafísicas, y utiliza fuentes de primera mano. Por ejemplo, una enfermera puede notar diferencias entre la profesional y la técnica. Sabe que realizan

aparentemente las mismas funciones (conocimiento empírico), y aunque pudiera atribuir esto a los estereotipos, no acierta a explicarse las determinantes de la práctica de enfermería, ni a definir las diferencias que percibe entre una y otra. Sin embargo, al estudiar las determinantes históricas, políticas, culturales, económicas, demográficas, ecológicas, educativas, etc., puede describir, explicar, generalizar y predecir (conocimiento científico) las causas de una práctica profesional en relación con una técnica. ⁽¹⁷⁾

d) Conocimiento sobre lactancia materna.

Desde el 1 y hasta el 7 de agosto se celebra la Semana Mundial de la Lactancia Materna con el objetivo de promocionar su práctica y de extender el conocimiento de sus beneficios. Por eso, hoy revelamos cosas que debes saber sobre la lactancia materna:

- La lactancia materna debe iniciarse idealmente en la primera hora después del nacimiento y continuarse de forma exclusiva hasta los 6 meses de edad, pudiendo después extenderse hasta los 2 años de vida. Se recomienda evitar los biberones y dar a demanda para ampliar sus beneficios.
- La leche materna es el alimento ideal para los niños, contiene todos los nutrientes que necesitan y posee anticuerpos que protege a los bebés de enfermedades frecuentes. Además, es económico y está siempre a nuestro alcance.
- La lactancia también beneficia a la madre, pues reduce el riesgo de cáncer de mama y ovario, así como también favorece la pérdida de peso tras el embarazo y reduce las tasas de obesidad.
- Los beneficios de la lactancia se extienden en el tiempo, ya

que los niños amamantados tienen mejor salud en la adolescencia y en la vida adulta, menor riesgo de sufrir sobrepeso u obesidad, menores probabilidades de sufrir diabetes y mejor desempeño en pruebas de inteligencia.

- Las leches infantiles o lactancia artificial no reemplazan a la leche materna, pues no contiene anticuerpos y puede proporcionar de forma deficitaria nutrientes a causa de una incorrecta dilución de la fórmula. Además, tienen un costo muy elevado.
- La lactancia materna cuando se es VIH positivo es posible, e incluso, el tratamiento con antirretrovirales y la lactancia pueden garantizar la supervivencia del lactante. Se recomienda a la madre con VIH recibir antirretrovirales para amamantar sin riesgos.

Internacionalmente se regula la comercialización de sucedáneos de la leche materna y éstos en su etiqueta deberían declarar los beneficios de la leche materna y los riesgos del uso de leches artificiales o de fórmula. Además, se prohíbe dar muestras gratis de estas leches a mujeres lactantes o subsidiar su comercialización.

- Al principio la lactancia puede resultar compleja, por eso, es un proceso que se aprende y necesita de apoyo para que las madres no dejen de amamantar a sus hijos. En la actualidad hay más de 152 países en todo el mundo que cuentan con hospitales o centros "amigos de los niños" donde se ofrece apoyo y personal calificado que asiste a las madres para lograr la lactancia.
- Para que las madres no dejen de amantar cuando regresan al trabajo, sería necesario la disponibilidad de un lugar limpio, privado y seguro en su ambiente laboral o cerca de este. También podría facilitar la lactancia materna la presencia de guarderías en el lugar de trabajo, el trabajo a tiempo parcial o la licencia por maternidad remunerada.

- Después de los 6 meses el niño debe comenzar a incluir otros alimentos, pero la ingesta de sólidos no debe reducir la lactancia materna.
- Estas 10 acotaciones que la OMS muestra y que debemos saber sobre la lactancia materna indican que todos tenemos responsabilidad para promocionar su práctica, pues ya sea desde el trabajo, desde el hogar, desde los centros y profesionales de la salud o mediante políticas y regulaciones, podemos colaborar para que la lactancia materna se extienda.

La lactancia materna puede salvar hasta 800000 vidas cada año si se aplica siguiendo las recomendaciones de la OMS y teniendo en cuenta lo antes dicho. Por ello, más que nunca en la Semana Mundial de la Lactancia Materna debemos extender sus beneficios y los consejos para su práctica. (2)

2.2.2. Nutrición

Una nutrición adecuada significa que todos los nutrientes esenciales para el cuerpo humano (hidratos de carbono, proteínas, minerales, agua, vitaminas y grasas) son suministrados y utilizados en las proporciones adecuadas para mantener una salud óptima. La salud es un estado de bienestar físico, mental y social. No consiste solamente en la ausencia de enfermedad o dolencia⁽¹⁸⁾

La nutrición se ocupa de los distintos procesos metabólicos para el aprovechamiento, transformación y eliminación de dichas sustancias; así como también las conexiones socioculturales, económicas y físicas relacionadas con el alimento y su ingestión. En definitiva, la utilización del alimento por el organismo.

La nutrición según guía de alimentación complementaria Para los seres humanos nutrirse significa mucho más que comer, ya que el alimento no sólo satisface una de sus necesidades primarias. También significa estímulos sensoriales y, fundamentalmente,

actúa como un integrador social y cultural que ofrece la posibilidad de encuentro, identidad y comunicación. Proveer alimentos es un acto natural de cada especie para lograr su conservación ⁽¹⁸⁾

2.2.2.1 Importancia de la Nutrición

De acuerdo a Mesejo Arizmendi en su Manual de Nutrición Clínica y Dietética la Nutrición Humana en el campo de la Medicina precisa de un conocimiento interdisciplinario que ayude a la prevención y tratamiento de la enfermedad, lo que implica a numerosos profesionales de la salud, en particular, para prevenir y/o tratar la malnutrición del paciente hospitalizado. Los recientes avances en el conocimiento de la fisiopatología de la malnutrición, tanto en la enfermedad crónica como en la enfermedad aguda hipercatabólica, requieren un nuevo enfoque a través de la terapia nutricional como soporte metabólico ⁽¹⁹⁾.

Los primeros años de vida resultan de vital importancia en lo que al estado nutricional se refiere: si el niño presenta algún grado de desnutrición, los efectos se reflejan incluso durante la etapa adulta, en la productividad de las personas. En este sentido, la inadecuada nutrición en una edad temprana se traduce en un deficiente desarrollo conductual y cognitivo, así como en un rendimiento escolar y un nivel de salud reproductiva ineficientes.

Estudios previos confirman que el bajo nivel nutricional de los niños se refleja en resultados negativos para el país en términos de crecimiento económico: la mala nutrición durante los primeros años afecta negativamente su productividad cuando ingresan en el mercado laboral.

2.2.2.2. Leyes fundamentales de la nutrición:

- **Suficiencia:** La cantidad de alimento debe ser suficiente para cubrir las necesidades del organismo, de acuerdo a la edad, al peso, talla, sexo, actividad, y estado de salud de cada individuo ⁽²⁰⁾

- **Adecuación:** Una dieta además de aportar los nutrientes necesarios para el organismo debe ser adecuada a la situación particular de cada individuo, teniendo en cuenta la condición socioeconómica, el perfil cultural y religioso.
- **Balance:** Debe guardar una proporción entre los nutrientes enumerados anteriormente: carbohidratos 55 a 60%, grasas 25 a 30% y proteínas 10 a 15%, porcentajes del valor calórico total.
- **Dieta Completa:** Debe aportar todos los nutrientes necesarios para el organismo y que satisfaga la necesidad de comer, garantizando un buen estado de salud; desde el punto de vista fisiológico, psicológico y social.

2.2.3. DESNUTRICIÓN

La desnutrición proteínico-energética (DPE) es una enfermedad multisistémica, que afecta todos los órganos y sistemas del ser humano, producida por una disminución drástica, aguda o crónica, en la disponibilidad de nutrimentos, ya sea por ingestión insuficiente, inadecuada absorción, exceso de pérdidas o la conjunción de dos o más de estos factores. Se manifiesta por grados de déficit antropométrico, signos y síntomas clínicos y alteraciones bioquímicas, hematológicas e inmunológicas.

El periodo desde la concepción hasta los primeros dos años de vida se ha llamado la mejor ventana de oportunidad para prevenir el deterioro nutricional al focalizar las acciones con base en un enfoque de curso de vida y promover la inversión temprana en nutrición. Dado que la desnutrición no es únicamente un estado sino un proceso dinámico que afecta diversos órdenes de la vida en diferentes momentos del desarrollo del individuo, la familia y la comunidad.

La mal nutrición de proteínas es un importante problema de salud en el Perú y que afecta el crecimiento y el desarrollo de los niños

pequeños, hay estudios a nivel internacional sobre el impacto de la higiene, la vivienda y las variables sociodemográficas sobre la desnutrición aguda en niños de 5 a 7 años que viven en zonas urbanas y rurales donde la educación deficiente de la madre, los bajos ingresos de la familia, el orden de nacimiento mayor de los niños, el uso de estiércol o leña como combustible y la defecación al aire dentro de los locales es un problema donde se debería formular programas de intervención adecuados para educar y apoyar a estas familias.

ETIOLOGÍA

La etiología puede ser:

Primaria: cuando obedece a un aporte insuficiente de nutrientes y/o episodios repetidos de diarreas o infecciones de vías respiratorias.

Secundaria: Cuando es debida a una enfermedad subyacente que conduce a una ingestión o absorción inadecuadas, o a la utilización excesiva de nutrientes.

En la mayoría de los países subdesarrollados y algunas áreas marginadas de países industrializados cuando hay desnutrición endémica, ésta presenta ciertos rasgos característicos: Peso bajo al nacer, prevalencia elevada de enfermedades infecciosas, estatura pequeña de sus habitantes, tasas elevadas de

mortalidad, particularmente en niños menores de cinco años y expectativas de vida más corta.

De tal manera que la desnutrición es la resultante de un círculo vicioso que perpetúa y agrava el subdesarrollo, empeorando el estado de salud y la nutrición de la comunidad.

En un alto porcentaje de los casos la causa de la desnutrición es debida a una baja ingesta de nutrimentos, la cual es insuficiente para cubrir las necesidades, agregándose a éstas en cualquier momento la infección que aumenta la severidad de este cuadro.

La causa principal del marasmo es el aporte inadecuado de energía, la etiología del Kwashiorkor es más incierta y actualmente no se acepta, en general, que se deba únicamente el bajo aporte de proteínas, como se creía hace un tiempo. Hay razones para pensar que el Marasmo representa un estado de adaptación a la inadecuada nutrición, mientras el Kwashiorkor constituye un estado de desadaptación en el cual los aminoácidos se desvían para producir reactivos en la fase aguda como respuesta a la infección, en vez de ser utilizados para la síntesis visceral de proteínas.

EPIDEMIOLOGÍA:

La magnitud del problema varía de un país a otro y en las diferentes áreas geográficas de un mismo país. Sin embargo, se reconoce que cuando menos de la mitad de las muertes que ocurren cada año en nuestro planeta son atribuibles a la DPE.

En América Latina se ha reconocido que alrededor de 25 % de los niños presentan desnutrición.

En México la Encuesta Nacional de Alimentación en el Medio Rural Mexicano (ENAL-96) señala la prevalencia de desnutrición en población menor de cinco años de acuerdo al indicador de peso para edad a nivel nacional es de 42.7%. La forma leve afectó a 25.9% de los niños, la moderada a 12.7% y la severa a 4.2%. Los estados de Guerrero, Yucatán, Puebla, Oaxaca y Chiapas

presentan una prevalencia de desnutrición moderada y severa superior a 20%, mientras que Tamaulipas, Sinaloa, Jalisco, Durango, Coahuila, Baja California y Sonora, ésta es inferior a 8%. La ENAL-99 reporta una prevalencia nacional en niños menores de 5 años de 17.8% de desmedro (T/E), de 7.6% de bajo peso (PIE) y de 2.1% de emaciación (P/T).

Es alarmante el porcentaje de niños con desnutrición crónica que por su alimentación prolongada o pérdidas intermitentes de nutrimentos, han sido afectados en su índice de talla para la edad quizá en forma irreversible.

Se considera que aproximadamente la mitad de la población mundial total ha sobrevivido a un período de desnutrición moderada o severa durante la infancia.

FACTORES DE RIESGO

La mala nutrición de la madre y las infecciones intercurrentes durante el embarazo son factores frecuentes de prematuridad y desnutrición in útero. No es raro que niños nacidos en estas condiciones de desventaja nutricional en su pasado inmediato, sean víctimas de prácticas inadecuadas de alimentación, especialmente en regiones en donde la lactancia materna está siendo reemplazada desde etapas muy tempranas de vida por fórmulas de alimentación preparadas de manera deficiente y en malas condiciones de higiene.

La desnutrición puede presentarse en todas las edades, sin embargo, es más notoria y grave entre los 6 y 36 meses de edad. Después del destete, que con frecuencia inicia antes del cuarto mes, el niño recibe poco o ningún alimento con leche, sus derivados u otros productos de origen animal. La combinación de una dieta baja en energía y proteínas aunada a infecciones frecuentes digestivas y respiratorias propicia un avance lento y progresivo hacia una desnutrición grave.

En las zonas rurales y urbanas marginadas, el ciclo infección-desnutrición se debe a varios factores, entre ellos destacan:

1. El abandono de la lactancia materna La ablactación temprana (antes de los dos meses de edad) o muy tardía (después del sexto mes de edad).
2. El uso inadecuado de los sucedáneos de la leche materna
3. Las infecciones gastrointestinales frecuentes en el niño.

Por otro lado en regiones o países subdesarrollados la pobreza es causa y consecuencia de la falta de educación, mala salud de la población, comunicación deficiente, baja productividad, balance económico desfavorable e inadecuada utilización de los recursos naturales conducen a errores en el consumo y a una inadecuada distribución de los alimentos entre los miembros de la familia, particularmente desfavorable hacia los niños pequeños, al sexo femenino y aquellos con alguna enfermedad crónica y/o grave en quienes la ingestión de alimentos puede ser restringida dramáticamente.

Por lo anterior los factores que predisponen a la DPE primaria se encuentran: la escasa escolaridad de los padres, pobreza y las consiguientes carencias de sanidad ambiental, de ahí que la desnutrición primaria predomine en los países en vías de desarrollo.

FISIOPATOLOGÍA:

A través de una serie de mecanismos fisiológicos, el organismo tiende a mantener un equilibrio dinámico ante la ingesta de energía, cuando existen periodos largos de restricción energética

y/o protéica, el organismo se adapta en forma progresiva a esta restricción con el objeto de mantener un estado funcional adecuado tanto como lo permita el suministro limitado de nutrimentos.

La adaptación nutricia significa que para sobrevivir a dos agresiones sinérgicas, la carencia de nutrimentos y las infecciones frecuentes, el organismo modifica sus patrones biológicos de normalidad y crea nuevas condiciones homeostáticas.

La DPE se desarrolla gradualmente y permite la siguiente serie de ajustes metabólicos que resultan en una disminución de la necesidad de nutrimentos y en un equilibrio nutricional compatible con una disponibilidad más baja de nutrimentos celulares. Si en este punto el suministro de nutrimentos continúa siendo cada vez más bajo que el aceptado por el organismo para su adaptación sobreviene la muerte; sin embargo, aunque en la mayoría de los casos ese suministro es bajo, no lo es tanto para causar la muerte y el individuo es capaz de vivir en un estado adaptado a una ingestión disminuida. A este fenómeno, Ramos Galván le llamó "homeorresis", en el cual la mayoría de las funciones están alteradas y tienen las siguientes características:

Movilización y gasto de energía: El gasto de energía desciende con rapidez tras la disminución de la ingesta de sustratos

calóricos y ello explica la reducción de los períodos de juego y actividad física que se observan y los períodos de descanso más prolongados y el menor trabajo físico. Cuando la disminución del gasto de energía no puede compensar la ingesta insuficiente, reservas de la grasa corporal se movilizan y el tejido adiposo y el peso corporal disminuyen. La masa magra corporal se reduce a una velocidad menor como consecuencia del catabolismo de las proteínas del músculo que promueve una mayor liberación de aminoácidos. Conforme la deficiencia de energía se vuelve más grave, la grasa subcutánea se reduce en forma notoria y el catabolismo de proteínas lleva al desgaste muscular. Las proteínas viscerales se conservan por un tiempo mayor, en especial en pacientes con marasmo.

Degradación y síntesis de proteínas: La disponibilidad baja de proteínas dietéticas reduce la síntesis proteica. Las adaptaciones del organismo permiten conservar las proteínas estructurales y mantener las funciones esenciales que dependen de proteínas, esto conduce a cambios enzimáticos que favorecen la degradación de la proteína del músculo y la síntesis hepática de proteína, así como la movilización de sustratos de energía desde los depósitos de grasa. Hasta que las proteínas de tejidos que no son esenciales se agotan la pérdida de proteínas viscerales aumenta y la muerte puede ser inminente si no se instituye el tratamiento nutricional.

La vida media de las proteínas se incrementa. La velocidad de síntesis de la albúmina disminuye, hay un movimiento de albúmina desde las reservas extravasculares hacia las reservas intravasculares para ayudar a mantener niveles adecuados de albúmina circulante ante la disminución de su síntesis. Los mecanismos de adaptación fallan cuando el agotamiento de proteínas se vuelve muy grave y la concentración de las mismas en el suero disminuye. La reducción secundaria de la presión

osmótica intravascular y la fuga de líquido hacia el espacio extravascular contribuyen a la formación del edema del Kwashiorkor.

Hematología y transporte de oxígeno: La disminución de la concentración de hemoglobina y de masa de eritrocitos que se observa en casi todos los casos de DPE grave es un fenómeno de adaptación que se relaciona cuando menos en parte con los requerimientos de oxígeno por los tejidos. El decremento de la masa corporal magra y la actividad física menor de los pacientes con desnutrición también disminuyen la demanda de oxígeno. El descenso simultáneo de los aminoácidos de la dieta resulta de una disminución de la actividad hematopoyética, que reserva los aminoácidos para la síntesis de otras proteínas más necesarias. En tanto los tejidos reciben suficiente oxígeno, esta respuesta debe considerarse una forma de adaptación y no una forma “funcional” de anemia. Cuando la síntesis de tejidos, la masa corporal magra y la actividad física mejoran con un tratamiento dietético, la demanda de oxígeno se incrementa y es necesario que la hematopoyesis se acelere. Si no se cuenta con suficiente hierro, ácido fólico y vitamina B2 ocurre anemia funcional con hipoxia tisular secundaria.

Función cardiovascular y renal: El gasto cardíaco, la frecuencia cardíaca y la presión arterial disminuyen y la circulación central cobra mayor importancia que la circulación periférica. Los reflejos cardiovasculares se alteran y ocasionan hipotensión postural y disminución del retorno venoso. La forma principal de compensación hemodinámica la constituye la taquicardia y no el aumento del volumen latido. Tanto el flujo plasmático renal como la velocidad de filtrado glomerular pueden disminuir a causa del descenso del gasto cardíaco, aunque al parecer la capacidad de excretar líquidos y de concentrar y acidificar la orina se conservan.

Sistema Inmunitario: Los defectos principales que se observan

en la DPE grave parecen afectar los linfocitos T y el sistema de complemento. El número de linfocitos que se originan en el timo disminuye en forma intensa y la glándula se atrofia. Además se observa depleción de células de las regiones de linfocitos T en el bazo y los ganglios linfáticos. En la DPE disminuye la producción de varios componentes del complemento, estas deficiencias pueden explicar la gran susceptibilidad a la sepsis por bacterias gram negativas.

Estos cambios tienen como consecuencia una mayor predisposición a las infecciones y a complicaciones graves.

Electrolitos: El potasio corporal total disminuye a causa de la reducción de proteínas musculares y de la pérdida del potasio del compartimiento intracelular. La acción baja de la insulina y la disminución de los sustratos de energía dentro de la célula reducen la disponibilidad de ATP y fosfocreatina. Lo anterior conduce a una entrada a la célula de Na y agua, con la consecuente sobrehidratación intracelular.

Función gastrointestinal: La absorción de lípidos y disacáridos pueden alterarse y la velocidad de absorción de glucosa disminuir en la deficiencia de proteínas grave. También puede observarse menor producción de sustancias gástricas, pancreáticas y biliares, estos cambios alteran aún más las funciones de absorción que se manifiesta con diarrea y quizá

también por la motilidad intestinal irregular y el sobrecrecimiento bacteriano gastrointestinal. La diarrea incrementa la mala absorción y puede agravar más el estado nutricional.

Sistema nervioso central: Los pacientes que cursan con DPE a edad temprana pueden presentar disminución del crecimiento cerebral, de la mielinización de los nervios, de la producción de neurotransmisores y de la velocidad de conducción nerviosa. Aún no se demuestran en forma clara las implicaciones funcionales de estas alteraciones a largo plazo y no pueden correlacionarse con la conducta posterior ni con el nivel de inteligencia.

Respuestas Adaptativas:

- ✓ Adaptación metabólica para sobrevivir de manera “compensada”
- ✓ Limitación de funciones vitales.
- ✓ Detención de crecimiento y desarrollo
- ✓ Normogluceemia a expensas de proteínas y grasas
- ✓ Reducción de la síntesis de proteínas viscerales y musculares
- ✓ Reducción en la concentración de la Hemoglobina, y Glóbulos Rojos
- ✓ Disminución del flujo plasmático renal y filtrado glomerular
- ✓ Disminución de linfocitos T y complementos sérico
- ✓ Disminución del IgA

- ✓ Hipokalemia
- ✓ Disminución de secreción gástrica y pancreática, atrofia de vellosidades intestinales
- ✓ Alteraciones endocrinológicas (descritas a continuación)
- ✓ Esquema de mecanismos de adaptación hormonal en la desnutrición

Esquema de mecanismos de adaptación hormonal en la desnutrición

Hormona	Estímulo	Resultado	Restricción energética	Restricción Proteínica o energética.
Insulina	- Glucosa - Aminoácidos	- Síntesis proteína muscular. - Crecimiento - Lipogénesis	Disminuida	Disminuida
Hormona de crecimiento	- Glucosa - Aminoácidos	- Síntesis proteica - Crecimiento - Lipólisis	Variable, generalmente normal	Aumentada
Glucocorticoides	- Glucosa - Aminoácidos	- Catabolismo proteínas (músculo) - Reciclamiento proteínas (visceral) - Gluconeogénesis - Lipólisis	Aumentada	Variable
Hormonas tiroideas	- Metabolismo energético	- Homeostasis energético - Reciclamiento proteico	Disminuida	Disminuida

Adaptado de Vásquez, 2001

CLASIFICACIÓN

Para elaborar el diagnóstico de desnutrición se requiere analizar la historia alimentaria, la frecuencia y severidad de las enfermedades previas, reconocer los signos y síntomas propios de esta enfermedad, medir el crecimiento y realizar algunas pruebas bioquímicas.

1. Clasificación etiológica:

- A) **Primaria:** Se presenta cuando el aporte de nutrimentos es inadecuado para cubrir las necesidades y/o episodios repetidos de diarrea o infecciones de vías respiratorias. Esta forma primaria de desnutrición es producto de la pobreza y la ignorancia, en la actualidad se observa con más frecuencia en regiones o países en vías de desarrollo y la de origen secundario en países desarrollados.
- B) **Secundaria:** cuando existe alguna condición subyacente que conduce a una inadecuada ingestión, absorción, digestión o metabolismo de los nutrimentos, generalmente ocasionado por un proceso patológico como infecciones agudas, sepsis o problemas crónicos como la diarrea persistente, SIDA, cardiopatías congénitas, neumopatías, enfermedad renal avanzada y muchos tipos de cáncer.
- C) **Mixta:** se presenta cuando están coexisten las dos causas anteriores, el sinergismo entre ingesta inadecuada e infección es el ejemplo clásico de este cuadro y tiene como sustrato

metabólico el desequilibrio entre el mayor gasto de nutrientes y la necesidad no satisfecha de los mismos.

2. Clasificación clínica:

La DPE es un nombre genérico para un amplio espectro de estados de deficiencia de proteínas y energía y son clasificados como: energética, protéica y energética-protéica.

Las manifestaciones clínicas iniciales son inespecíficas. Incluyen: reducción en la velocidad de crecimiento, disminución en la actividad física y apatía general. Al incrementar el déficit de proteínas y energía, las manifestaciones primarias se hacen más evidentes. Sin embargo, sólo cuando la DPE es grave, los signos y síntomas específicos se hacen evidentes.

Los términos marasmo, kwashiorkor y marasmo-kwashiorkor se usan para designar expresiones clínicas de desnutrición calórico-proteica avanzada o de tercer grado.

Generalmente la desnutrición de tipo marasmática se presenta en menores de un año, el déficit proteico y energético es lento y progresivo, propia de una desnutrición crónica dentro de sus manifestaciones clínicas se observa una marcada hipotrofia muscular e hipotonía, piel seca, pelo seco fino desprendible y ausencia de panículo adiposo, etc.

El Kwashiorkor forma "húmeda" o con edema, es un proceso más agudo, se presenta más frecuentemente en la edad preescolar, existe un déficit proteico importante y en muchas ocasiones su ingesta energética es adecuada e incluso elevada, en muchos casos es precipitado por episodios infecciosos en el niño. El edema es el signo central pero además pueden presentar signo de la bandera y una dermatitis con irritabilidad, hígado graso entre otras manifestaciones clínicas.

La desnutrición marasmo-kwashiorkor anteriormente conocido como Síndrome Pluricarencial presenta tanto signos de marasmo como de kwashiorkor.

3. Clasificación por severidad o intensidad:

La clasificación de Gómez, una de las más usadas, utiliza el índice peso/edad, que resulta muy útil para niños menores de cinco años. La severidad de la desnutrición se reconoce clínicamente y se clasifica según el déficit de peso que tengan los niños en relación al peso con el percentil 50 de los niños de su misma edad. Los valores pueden ser locales o internacionales, la desnutrición se clasifica de la siguiente manera:

Grado	Déficit
1°	10 al 24%
2°	25 al 39%
3°	> 40%

* Los niños que presentan edema independientemente de su déficit se clasifican como tercer grado.

Una desventaja de esta clasificación es que nos permite diferenciar entre un evento agudo y uno crónico, ni tiene la misma confiabilidad para niños mayores de cinco años.

La clasificación de Waterloo utiliza el peso, talla y la edad y los agrupa en dos índices peso/talla (P/T) y talla/edad (T/E). El P/T indica la presencia de un déficit de peso con respecto a la estatura actual (desnutrición presente o emaciación), mientras que T/E evidencia desnutrición pasada o desmedro. Mediante esta clasificación se puede saber si la desnutrición es actual (peso bajo), desnutrición es pasada (talla/edad

baja), oambas.

De esta manera es posible hacer una distinción entre los niños que están muy delgados (emaciados o con desnutrición aguda), los que son de talla baja (desmedro o con desnutrición pasada actualmente recuperados), y aquellos que son delgados y pequeños (emaciación o con desnutrición crónica agudizada).

El puntaje se determina de acuerdo al siguiente cuadro:

	INDICE		PORCENTAJE DE DÉFICIT	
	NORMAL	LEVE	MODERADA	SEVERA
T/E	0 AL 5%	6 AL 10%	11 AL 15%	> 15%
P/T	0 AL 10%	11 AL 20%	21 AL 30 %	> 30% o con edema

4. Clasificación por el tiempo de evolución:

De acuerdo al tiempo de evolución podemos clasificar la desnutrición en un proceso agudo donde observamos déficit en peso sin deterioro de talla. Los procesos crónicos manifiestan en forma evidente déficit en talla y los crónicos agudizados, son niños con deterioro en talla en donde además se observa una pérdida de peso importante.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico en la DPE es primordialmente clínico. Los signos clínicos se clasifican en:

1) SIGNOS UNIVERSALES.- Son aquellos que siempre están presentes en los niños desnutridos; su intensidad dependerá de la magnitud del déficit de nutrimentos, de la etapa decrecimiento y del tiempo de evolución y son: dilución, hipofunción y atrofia, y ocasionan detención de crecimiento y desarrollo.

2) SIGNOS CIRCUNSTANCIALES.- Su presencia es circunstancial, pueden o no estar presentes y son características del tipo de desnutrición ya sea Marasmo, Kwashiorkor o mixta, como hipotrofia muscular, hipotonía, edema, lesiones dermatológicas, signo de labandera.

3) SIGNOS AGREGADOS.- Son aquellos que se encuentran presentes en el niño desnutrido solamente y a consecuencia de diversos procesos patológicos que se agregan, como insuficiencia respiratoria, fiebre, deshidratación, etc.

INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS

La reducción en la tasa de incremento ponderal o bien el franco decremento en esta medida antropométrica, precede a la detención del crecimiento estos indicadores nos permiten situar a la enfermedad en severidad (P/E), tiempo de evolución (T/E) y pronóstico (PIT).

PESO PARA LA EDAD (PÍE)

El PIE se utiliza en los niños y se valora como el porcentaje del peso esperado o ideal para una edad determinada. El déficit de

peso evalúa tanto la desnutrición presente como la pasada yasea debida a un proceso agudo o crónico.

PIE = $\frac{\text{PESO ACTUAL}}{\text{PESO IDEAL}} \times 100 = \% \text{ de peso} - 100 = \% \text{ de déficit de peso}$

PESO IDEAL

Interpretación: Según la clasificación de Federico Gómez.

Porcentaje de peso Déficit

Normal		91 o más	< 10%
Desnutrición grado I		90 a 76	10 - 24 %
Desnutrición II		75 a 61	25 - 39 %
Desnutrición III		60 o menos	40 > %

* Bengoa se adhiere a la clasificación en grados de Gómez y solo introduce que todos los casos con edema deben ser incluidos en el grado III de desnutrición.

PESO PARA LA TALLA (P/T)

El peso para la talla P/T ha reemplazado al PÍE como criterio para el diagnóstico de desnutrición aguda o presente. Es muy útil para evaluar el impacto de los programas de intervención nutricia.

Este cociente indica el estado nutricional actual y permite detectar casos de desnutrición aguda comparándolo con gráficas estandarizadas para niños y adolescentes.

$$P/T = \frac{\text{PESO ACTUAL}}{\text{PESO IDEAL PARA TALLA ACTUAL}} \times 100 = \% \text{ de peso} - 100 \% \text{ de déficit de peso}$$

PESO IDEAL PARA

TALLA ACTUAL

Interpretación:

	Porcentaje de peso	Déficit
Agudización leve	89-80%	11 - 20%
Agudización moderada	79-70%	21 - 30%
Agudización severa	>70 %	30 >%

TALLA PARA LA EDAD (T/E)

La T/E cuando se encuentra disminuida es evidencia de una desnutrición crónica o pasada, no es útil en los programas de intervención nutricional. Sin embargo, es el indicador que nos permite diferenciar los procesos crónicos y pasados de los presentes y agudos y de ahí su valor en investigación social.

$$T/E = \frac{\text{TALLA ACTUAL}}{\text{TALLA IDEAL}} \times 100 = \% \text{ de talla} - 100 = \% \text{ de déficit de talla}$$

Interpretación:

Porcentaje de talla Déficit

Crónicoleve	90 -94%	6 - 10%
Crónico moderada	89 -85%	11 -15%
Crónico severa	85<%	> 15%

SIGNOS DE MAL PRONOSTICO:

- Edad menor de 6 meses
- Déficit de P/T mayor del 30 % o de P/E mayor del 40%
- Estupor o coma
- Infecciones severas (bronconeumonía, sarampión, etc.)
- Petequias o tendencias hemorrágicas
- Deshidratación, Alteraciones electrolíticas, acidosis severa
- Taquicardia o datos de insuficiencia respiratoria o cardíaca
- Proteínas séricas menores a 3gr/dl
- Anemia severa con datos de hipoxia
- Ictericia, hiperbilirrubinemia o aumento de transaminasas
- Lesiones cutáneas eruptivas o exfoliativas extensas
- Hipoglucemia e hipotermia

CONSECUENCIA A LARGO PLAZO:

Hay clara evidencia acerca de la importancia de la desnutrición como factor predisponente de un mayor riesgo de enfermar o de

morir y como condición antecedente de una limitación estructural y funcional.

Durante el estadio agudo de la desnutrición severa, la aparente mayor susceptibilidad del niño a contraer enfermedades infecto-contagiosas es sin duda la consecuencia de mayor trascendencia clínica.

Con respecto a las potencialidades somáticas los niños con desnutrición severa presentan tallas inferiores al promedio para su edad considerándose estos como “Enanos Nutricionales”.

Los estudios sobre el desarrollo mental indican que existe una interrelación estrecha entre la desnutrición y el desarrollo intelectual. Sin embargo, aún queda por precisar el grado de participación de la desnutrición en el retraso mental. En años recientes se ha logrado que lactantes severamente desnutridos tengan una mejor recuperación en su desarrollo neurológico, cuando son sistemáticamente estimulados durante su tratamiento médico dietético.

El niño desnutrido grave se deteriora más debido a un desequilibrio hidroelectrolítico, a trastornos gastrointestinales, insuficiencia cardiovascular y/o renal y a un déficit de los mecanismos de defensa contra la infección.

Las alteraciones psicológicas pueden ser profundas; la anorexia severa, apatía e irritabilidad hacen que el niño sea difícil de alimentar y manejar, y son de muy mal pronóstico.

En general, la muerte es secundaria a bronconeumonía, septicemia por gramnegativos, infecciones graves y falla aguda cardiovascular, hepática y renal. Los signos y síntomas de deficiencia grave de vitaminas y minerales pueden ser importantes en la DPE y pueden hacerse aparentes durante la rehabilitación temprana si no se provee un suministro adecuado de estos nutrimentos. Además, el cuadro clínico puede

complicarse por una deficiencia grave de folatos, tiamina o niacina y/o una deficiencia aguda de potasio, sodio y magnesio o por deficiencia crónica de hierro, zinc, cobre y cromo.

Variable ACTITUD.

Allport G. (1935)⁽¹¹⁾ define actitud como “un estado mental y neurofisiológico de disponibilidad, organizado por la experiencia, que ejerce una influencia directiva sobre las reacciones del individuo hacia todos los objetos o todas las situaciones que se relacionan con ella”.

Whithaker define la actitud como: “Una predisposición para responder de manera predeterminada frente a un objeto específico”

La actitud es definida como una predisposición u organización relativamente estable, permanente o duradera de creencias que en el caso tendría la madre; también la actitud se considera como reacción afectiva positiva o negativa respecto a la lactancia materna que la predispone a responder de determinada manera en forma más o menos emocional.

Las actitudes están compuestas por tres elementos o componentes básicos; el elemento cognoscitivo, conformado por el conocimiento (parcialmente verdadero) que la madre tienen sobre objeto de la actitud, en este caso la lactancia materna; el elemento afectivo, constituido por los aspectos emocionales que acompañan a la motivación y/o formas como el cumplimiento de la lactancia materna favorece al lactante; y el elemento motivacional, constituido por la predisposición de la madre a actuar respecto a la lactancia materna. Este elemento comprende tanto el aspecto de la energía (impulso) como el desencadenante (acto) conductual.

Adquisición de la actitud:

Las actitudes se adquieren fundamentalmente por cuatro mecanismos psíquico-sociales diferentes que son: la imitación, identificación, instrucción y educación.

La imitación: representa un tipo de formación de actitudes, en la que las madres aprenden modos de conducta o reacción, sin someterlo en forma alguna a técnicas educacionales, por lo tanto, la imitación es una forma espontánea de actitudes. Por ejemplo cuando observa como da de lactar la compañera de habitación y replica la experiencia observada.

La identificación: al imitar conscientemente a una madre, debido a que uno se identifica con ella y adopta inconscientemente su comportamiento.

La instrucción: cuando se trata de modificar actitudes ya definidas de algunas personas. Por ejemplo cuando la madre cree que el lavado del pezón solo se hace cuando se vean sucias y le es trabajoso lavarse antes y después de cada vez que lacta él bebe, por lo tanto la enfermera debe estar observando y concientizando para tratar de modificar esa conducta, pudiendo lograrlo para que lo haga en forma automática (hábito) pero no consciente de la importancia del mismo.

La educación: en este proceso se le inculca a la madre modos de conducta con cierta obligatoriedad. Por consiguiente la educación representa una forma de adquisición de actitudes.

La educación lleva al cambio de conducta pero conscientemente.

Escalas de actitud.

Las escalas de actitud son instrumentos de medición que nos permite acercarnos a la variabilidad afectiva de las personas respecto a cualquier objeto psicológico. El principio de su funcionamiento es relativamente simple: Un conjunto de

respuestas es utilizado como indicador de una variable subyacente (interviniente): la actitud. Para ello, es necesario asegurarse de que las propiedades del indicador utilizado corresponden a las propiedades que podemos suponer o postular, que pertenecen a la variable.

Thurstone (1928) consideraba la opinión como una expresión verbal de la actitud. No podemos acceder directamente a la observación de la actitud. Pero la opinión verbal expresada por los sujetos nos puede servir de indicador de la actitud. Si obtenemos un índice de medida que expresa la aceptación o rechazo de las opiniones de las personas estamos obteniendo, indirectamente, una medida de sus actitudes, independientemente de lo que esas personas "sientan en realidad" o de sus acciones.

Menciona además que de los tres componentes de la actitud que hemos señalado, las escalas, únicamente miden la dimensión afectiva.

Existen múltiples métodos para el análisis de las actitudes, a continuación, se presenta una referencia a los tipos de escalas que miden el componente afectivo de la actitud. Siguiendo la clásica tipología de Stevens, distinguiremos 4 tipos diferentes de escalas:

- Nominales: Consisten en la clasificación de algún objeto en dos o más categorías (por ejemplo. actitud positiva / actitud

negativa). En este tipo de escala el orden de las categorías carece de importancia. Pues, lo único que nos proporcionan es la equivalencia de los individuos en relación a los objetos. De este modo no podemos diferenciar a los individuos en base al grado en que poseen un atributo sólo sabremos si lo poseen o no.

- Ordinales: Esta escala se basa en el orden de los objetos aunque no nos aporta ninguna idea sobre la distancia que existe entre ellos, nos permite clasificar a los individuos en función del grado en que poseen un cierto atributo. Por ejemplo, si en una determinada pregunta hacemos contestar con las categorías:
 - a) Totalmente de acuerdo, b) de acuerdo, c) indiferente o neutro, d) en desacuerdo y, e) totalmente en desacuerdo, tenemos ordenados los individuos en base a estas categorías como se plantea en la escala de tipo Likert.
- De intervalo: Con esta escala sabemos las distancias, pero no el principio métrico sobre el que se han construido los intervalos. Por ejemplo la escala de Thurstone.
- De proporción: Con estas escalas logramos construir intervalos iguales, y además situar un punto cero de la escala.

TEORICAS QUE DAN SUSTENTO A LA INVESTIGACION

Nola Pender promoción de la salud; sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción y prevención, se relaciona con este trabajo de investigación ya que nos dice que la enfermera comunitaria debe analizar cuáles son los factores socioeconómicos y nutricionales que se asocian con el estado nutricional del niño y así poder evitar problemas posteriores que se pueden presentar en el niño, adulto.

Madeleine Leninger, su fundadora “Un área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado y basado en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlos a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte”.

Ramona Mercer. Teoría de la Adopción del Rol Maternal: Esta teoría de la adopción del rol maternal de Mercer se centra en las conductas y necesidades de las madres y el estudio de las relaciones familiares, y el rol maternal y sobre todo las madres de las diferentes edades.⁽²⁰⁾

La complejidad de sus intereses de investigación condujo a Mercer a basar sus trabajos en otras muchas fuentes teóricas, con el fin de identificar y estudiar las variables que influyen en la adopción del rol maternal. Aunque gran parte de su obra se basa en las teorías de Rubin, Mercer se declara también deudora de la investigación de Gottlieb sobre la vinculación y los roles de cuidador. Además Mercer seleccionó las variables maternas e infantiles de su investigación, basándose en una revisión amplia de las publicaciones y las conclusiones de numerosos investigadores. Entre las variables maternas se incluyen la edad en el primer parto, la experiencia en partos, la separación precoz de los niños, el estrés social, el apoyo social, los rasgos de personalidad, el autoconcepto, las actitudes de seguimiento del niño y la salud. También se consideraban temperamento del bebé y su estado de salud.

De aquí que la profesión de enfermería por tener un enfoque eminentemente social, requiere acrecentar los conocimientos técnicos que le den validez a su práctica social, orientado a los grupos de riesgo, madre de familias con sus niños en edad preescolar, sobre el contenido de la Lonchera Escolar, entre otros previa información que posean a fin de implementar estrategias que promuevan la participación activa y consciente en la prevención de problemas nutricionales que alteran el crecimiento y desarrollo del niño, propiciando un estilo y calidad de vida saludables.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Actitud:** Conduce a un comportamiento en particular. Es la realización de una intención o propósito.

Según la psicología, la actitud es el comportamiento habitual que se produce en diferentes circunstancias. Las actitudes determinan la vida anímica de cada individuo. Las actitudes están patentadas por las reacciones repetidas de una persona.

- **Conocimiento:** Es el conjunto de ideas, conceptos, enunciados sobre hechos, verdades o de información almacenado a través de la experiencia o del aprendizaje mediante el ejercicio de las facultades mentales.
- **Desnutrición:** Se llama desnutrición a un estado patológico de distintos grados de seriedad y de distintas manifestaciones clínicas causado por la asimilación deficiente de alimentos por el organismo.
- **Nutrición:** Es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad.

2.4. HIPÓTESIS

Hipótesis de investigación (Hi):

Existe relación significativa entre el conocimiento nutricional de las madres y la actitud para prevenir la desnutrición en niños menores de 5 años del Hospital de Tingo María, 2016

Hipótesis nula (Ho):

No existe relación significativa entre el conocimiento nutricional de las madres y la actitud para prevenir la desnutrición en niños menores de 5 años del Hospital de Tingo María, 2016

2.5. VARIABLES

Variable X: Conocimiento nutricional

Definición conceptual.

Conjunto de nociones que se adquieren propiamente sobre nutrición.

2.5.1. Definición operacional.

El nivel de conocimiento se valorará con un cuestionario con respuestas múltiples el cual consta de 20 reactivos, es sumativa y con asignación de valor, con lo cual se determinará las siguientes categorías:

Buen Nivel de conocimiento

Regular Nivel de
conocimiento

Deficiente Nivel de conocimiento

Variable Y: Actitud para prevenir la desnutrición. Definición conceptual.

Es la postura que adquiere la madre para prevenir la desnutrición.

2.5.2. Definición operacional.

La actitud para prevenir la desnutrición se valorará con un cuestionario tipo Likert con respuestas cerradas el cual consta de 30 reactivos, es sumativa y con asignación de valor, con lo cual se determinará las siguientes categorías:

Actitud

favorable

Actitud

indiferente

Actitud

desfavorable

2.5.3. Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Conocimiento nutricional	Se define Conjunto de nociones que se adquieren propiamente sobre nutrición.	El nivel de conocimiento se valorará con un cuestionario con respuestas múltiples el cual consta de 20 reactivos, es sumativa y con asignación de valor.	Información nutricional de la madre	Definición de nutrición Importancia de la nutrición Propiedades nutritivas de los alimentos Frecuencia de alimentación Alimentación balanceada
Actitud de la madre hacia la	Es la postura que adquiere la madre	La actitud para prevenir la	• Componente Cognitivo	Creencia de la madre acerca de la

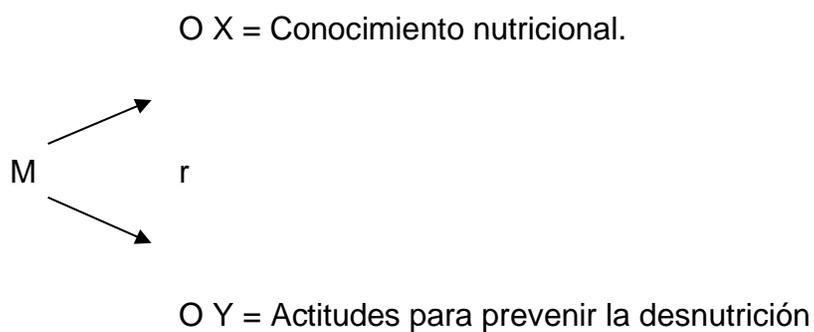
desnutrición	para prevenir la desnutrición.	desnutrición se valorará con un cuestionario tipo Likert con respuestas cerradas el cual consta de 30 reactivos, es sumativa y con asignación de valor	<ul style="list-style-type: none"> • Componente Emocional • Componente Conductual 	desnutrición. Sentimientos de la madre hacia la desnutrición Reacción de la madre hacia la desnutrición
--------------	--------------------------------	--	---	---

CAPÍTULO III: METODOLOGIA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Para desarrollar el presente trabajo de investigación se utilizará un diseño no experimental de tipo descriptivo correlacional, ya que primero observaremos las variables de manera individual, para luego ver la relación que existe entre ellas.

Diagrama:



Dónde:

M: Muestra

0 X: Observación de la variable

0 X: Observación de la variable

r: Relación entre las variables.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL AMBITO DE LA INVESTIGACIÓN.

El estudio se realizará en el Hospital de Tingo María de la ciudad de Tingo María, el establecimiento de salud es una institución de nivel I , considerado responsable de brindar atención primaria de salud a la población de su jurisdicción, mediante la atención integral ambulatoria; se encuentra ubicado en la ciudad de Tingo María.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA Población

La población estará conformada por el total de madres de niños menores de 5 años que se atienden en el Hospital de Tingo María de la ciudad de Tingo María durante el periodo de enero a marzo de 2017, haciendo un total de 138madres.

Muestra

Para una mayor precisión en los resultados se estudiará al total de madres de niños menores de 5 años que se atienden en el Hospital de Tingo María, haciendo un total de 138 elementos de la muestra.

3.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Técnica

Para la obtención de los datos con fines de investigación se aplicará la técnica de encuesta.

Instrumento de recolección de datos

VX: se utilizará un cuestionario tipo Likert con escala de valor.

VY: se utilizará un cuestionario tipo Likert con escala de valor.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El instrumento fue sometido a validez a través de la prueba de juicio de expertos en el tema de investigación como personal de salud, metodólogos y estadísticos, quienes dieron sus sugerencias permitiendo así realizar los cambios necesarios antes de su aplicación

3.6. PLAN DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Plan de recolección:

Mediante un documento se solicitará la autorización al Jefe del Hospital de Tingo María de Tingo María, documento expedido por la encargada de la UAD de la UAP de Tingo María.

Se coordinará con la responsable del servicio, con la finalidad de tener el permiso correspondiente para la aplicación de los cuestionarios, también se coordinará con las usuarias quienes serán elementos de la muestra y obtener su consentimiento informado.

Posteriormente se les entrevistará en las fechas programadas.

Procesamiento de datos.

Una vez recolectados los datos se vaciarán manualmente en la base de datos, utilizando la estadística descriptiva de forma absoluta.

El procesamiento de recolección de datos se realizará a través del programa estadístico Excel y SPSS versión 22.

Para el análisis de los datos, se elaborará tablas de frecuencia y se someterá a la prueba de correlación de Tau b de Kendall por ser la variable X categórico ordinal y la variable Y categórico ordinal.

CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA 1

CONOCIMIENTO NUTRICIONAL DE LAS MADRES Y LA ACTITUD PARA PREVENIR LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL HOSPITAL DE TINGO MARÍA, 2016.

Actitud	CONOCIMIENTO						Total	
	Bueno		Regular		Deficiente		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Favorable	13	9%	4	3%	3	2%	20	14%
Indiferente	11	8%	21	15%	3	2%	35	25%
Desfavorable	2	2%	14	10%	67	49%	83	61%
Total	26	19%	39	28%	73	53%	138	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 1, las madres que tienen un nivel de conocimiento nutricional Deficiente tienen a su vez una Actitud Desfavorable en un 49%(67) en la prevención de la desnutrición en niños menores de 5 años del Hospital Tingo María, las madres con un nivel de conocimiento Regular tienen a su vez una actitud Indiferente en un 15%(21) y las madres con un nivel de conocimiento Bueno tienen una actitud Favorable en un 9%(13). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables. Estos niveles se presentan por las respuestas que señalan las madres: No ha recibido información sobre cómo prevenir la desnutrición, tampoco, la familia consume verduras por lo menos tres veces a la semana, asimismo la familia no consume frutas, leche o sus derivados, y alimentos de origen animal por lo menos tres veces a la semana, además el niño o niña, no recibió lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida, el niño o niña, tiene los controles mensuales de crecimiento de acuerdo a su edad.

TABLA 2

CONOCIMIENTO NUTRICIONAL DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL HOSPITAL DE TINGO MARÍA, 2016.

Conocimiento Nutricional	N° madres	Porcentaje
Bueno	26	19%
Regular	39	28%
Deficiente	73	53%
Total	138	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según Los resultados presentados en la Tabla 2, El nivel de conocimiento nutricional de las madres de niños menores de 5 años del Hospital Tingo María, es Deficiente en un 53%(73), Regular en un 28%(39) y Bueno en un 19%(26)..

TABLA 3

ACTITUD DE LAS MADRES PARA PREVENIR LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL HOSPITAL DE TINGO MARÍA, 2016.

Actitud	N° madres	Porcentaje
Favorable	20	14%
Indiferente	35	25%
Desfavorable	83	61%
Total	138	100%

FUENTE: *Elaboración propia*

Según los resultados presentados en la Tabla 3, La actitud de las madres de niños menores de 5 años del Hospital Tingo María, es Desfavorable en un 61%(83), Indiferente en un 25%(35) y Favorable en un 14%(20)..

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Prueba de la Hipótesis General

Ha: Existe relación significativa entre el conocimiento nutricional de las madres y la actitud para prevenir la desnutrición en niños menores de 5 años del Hospital de Tingo María,2016

Ho: No Existe relación significativa entre el conocimiento nutricional de las madres y la actitud para prevenir la desnutrición en niños menores de 5 años del Hospital de Tingo María,2016

Ha ≠ Ho

$\alpha=0,05$ (5%)

Tabla 4: Prueba de Hipótesis General mediante la R de Pearson

		Conocimiento Nutricional	Actitudes
Conocimiento Nutricional	Correlación de Pearson	1	,917**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	138	138
Actitudes	Correlación de Pearson	,917**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	138	138

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Según los resultados presentados en la Tabla 4, aplicando la técnica del programa estadístico SPSS v.21, el valor de la R de Pearson obtenido fue de 0,917, lo cual nos indica que existe una relación significativa entre ambas variables: Conocimientos y actitudes de las madres, con un nivel de significancia de $p<0,05$.

Siendo cierto que:Existe relación significativa entre el conocimiento nutricional de las madres y la actitud para prevenir la desnutrición en niños menores de 5 años del Hospital de Tingo María,2016

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

Según los resultados presentados en la Tabla 1, las madres que tienen un nivel de conocimiento nutricional Deficiente tienen a su vez una Actitud Desfavorable en un 49%(67) en la prevención de la desnutrición en niños menores de 5 años del Hospital Tingo María, las madres con un nivel de conocimiento Regular tienen a su vez una actitud Indiferente en un 15%(21) y las madres con un nivel de conocimiento Bueno tienen una actitud Favorable en un 9%(13). Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables. Estos niveles se presentan por las respuestas que señalan las madres: No ha recibido información sobre cómo prevenir la desnutrición, tampoco, la familia consume verduras por lo menos tres veces a la semana, asimismo la familia no consume frutas, leche o sus derivados, y alimentos de origen animal por lo menos tres veces a la semana, además el niño o niña, no recibió lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida, el niño o niña, tiene los controles mensuales de crecimiento de acuerdo a su edad.

OBJETIVO ESPECIFICO 1

El nivel de conocimiento nutricional de las madres de niños menores de 5 años del Hospital Tingo María, es Deficiente en un 53%(73), Regular en un 28%(39) y Bueno en un 19%(26)..

OBJETIVO ESPECIFICO 2

La actitud de las madres de niños menores de 5 años del Hospital Tingo María, es Desfavorable en un 61%(83), Indiferente en un 25%(35) y Favorable en un 14%(20)..

CONCLUSIONES

PRIMERO

Las madres que tienen un nivel de conocimiento nutricional Deficiente tienen a su vez una Actitud Desfavorable en la prevención de la desnutrición en niños menores de 5 años del Hospital Tingo María, las madres con un nivel de conocimiento Regular tienen a su vez una actitud Indiferente y las madres con un nivel de conocimiento Bueno tienen una actitud Favorable. Estos resultados nos indican que existe relación entre ambas variables. Estos niveles se presentan por las respuestas que señalan las madres: No ha recibido información sobre cómo prevenir la desnutrición, tampoco, la familia consume verduras por lo menos tres veces a la semana, asimismo la familia no consume frutas, leche o sus derivados, y alimentos de origen animal por lo menos tres veces a la semana, además el niño o niña, no recibió lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida, el niño o niña, tiene los controles mensuales de crecimiento de acuerdo a su edad. Comprobado estadísticamente por la R de Pearson con un valor de 0,917 y un nivel de significancia de valor $p < 0,05$.

SEGUNDO

El nivel de conocimiento nutricional de las madres de niños menores de 5 años del Hospital Tingo María, es Deficiente.

TERCERO

La actitud de las madres de niños menores de 5 años del Hospital Tingo María, es Desfavorable.

RECOMENDACIONES

Promover un programa de educación continua sobre los conocimientos nutricionales, actitudes y estilos de vida saludable, enfatizando la importancia de una dieta saludable en niños menores de 5 años para prevenir la desnutrición infantil en el Hospital de Tingo María..

Incentivar en las autoridades de las Instituciones Educativas de niños de Inicial en alianza estratégica con el hospital de Tingo María y la Escuela de Enfermería de la UAP,, ejecutar el programa de Enfoque Ambiental, haciendo énfasis en la salud, en el mejoramiento de los conocimientos nutricionales de las madres sobre los conocimientos nutricionales, para mejorar el estado nutricional del pre escolar.

Continuar el trabajo de investigación, para obtener otros factores que contribuyen en el mejoramiento de los conocimientos nutricionales y las actitudes de las madres en la prevención de la desnutrición de los niños menores de 5 años.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. UNIFEC (2008), Lactancia materna, consecuencias sobre la supervivencia infantil y la situación mundial. *An. Fac. med.* [online]. 2010, vol.1, n.1 [citado 2016-06-21], pp. 72- 79 . Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
2. Organización Mundial de la Salud: Manual de Encuestas sobre conocimientos, actitudes, creencias y prácticas (CACP) sobre la lactancia materna. México, DF. CONASIDA. Módulo A: pp.2, Módulo B: pp.18-149, 25-26. [citado 2016-06-21], pp. 72- 79 . Disponible en:<http://www.who.int/es/>
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Visión Nacional y Departamental. Lima: INEI; 2013. [on line] [tesis de licenciatura]. Recuperado 2016/06/20. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/
4. DIRESA Huánuco. Situación nutricional de los niños menores de 5 años. [on line] [tesis de licenciatura]. Recuperado 2016/06/20. Disponible en:<http://www.minsa.gob.pe/diresahuanuco/>
5. OMS.Laquintaconferenciainternacionaldepromociónde la salud. *Promoción de la salud: Hacia una mayor equidad.* México, 2000.Disponible en: www.who.int/hpr/NPH/docs/mxconf_report_sp.pdf
6. BERTRAND, Russel. “El conocimiento humano”. 5° ed. Editorial Touros S.A. España,1998.
7. BUNGE, Mario “La investigación científica”. 3° ed.Editorial Ariel, Barcelona – España,2004.
8. Alavi, M y Leidner, D. (2001). Taxonomía del conocimiento. *Knowlegde and Knowlegde Management Systems.* [On line]. Consultado el 10 de oct. 2016. Disponible en:

[http://mgmt.iisc.ernet.in/~piyer/Knowledge_Management/KM%20and%20KM](http://mgmt.iisc.ernet.in/~piyer/Knowledge_Management/KM%20and%20KM%20Conceptual%20Foundations%20and%20Research)
[S%20Conceptual%20Foundations%20and%20Research](http://mgmt.iisc.ernet.in/~piyer/Knowledge_Management/KM%20and%20KM%20Conceptual%20Foundations%20and%20Research)

[h%20Issues%20MIS%20Quarterly%2025%201%20March%20201.pdf](http://mgmt.iisc.ernet.in/~piyer/Knowledge_Management/KM%20and%20KM%20Conceptual%20Foundations%20and%20Research)

9. BRACHO M FERNANDO, RAMOS H ELIANA. Percepción materna del estado nutricional de sus hijos: ¿Es un factor de riesgo para presentar malnutrición por exceso?. Rev. chil. pediatr. [Internet]. 2007 Feb [citado 2016 Oct 31]; 78(1): 20-
27. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062007000100003&lng=es.
10. Garcia Sabrera J. (2014). Creencias, conocimientos y actitudes de madres sobre alimentación en la primera infancia: centro poblado Uchkus Inkañan, Yauli-Huancavelica. Disponible en:
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3808>
11. Marrufo Marrufo (2012). Actitudes de las madres hacia la alimentación infantil en preescolares del nido “Belén Kids”, Los Olivos, 2011. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1325/1/Marrufo_mm.pdf
12. Canales, Omar “Efectividad de la sesión Educativa “Aprendiendo a preparar loncheras nutritivas” en el incremento de conocimientos de las madres de preescolares en le Institución Educativa San José, El Agustino”.2009
13. Durand, Diana “Relación entre el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación infantil y el estado nutricional de niños preescolares en la Institución Educativa Inicial N° 111- Callao”.2008
14. Flores, Espíritu, “Efectividad de un programa educativo con imágenes en la modificación de conocimientos de las madres sobre la alimentación en preescolares del PRONOEI “Santa Ana”, San Juan de Lurigancho.2000
15. Flores, Liliana, “Nivel económico y conocimientos que tienen las madres sobre la alimentación del preescolar y su relación con el estado nutricional en el Centro de Promoción Familiar Pestalozzi”, 2006

ANEXOS

Anexo 01.

CUESTIONARIO

PRESENTACION: Buenos días Sra. el presente instrumento tiene por finalidad obtener información sobre los conocimientos nutricionales que tienen las madres que acuden al Centro de Salud Tambillo de Tingo María. Para lo cual solicito su colaboración a través de la respuesta sincera a las preguntas. Este cuestionario es anónimo y las respuestas solo serán de uso para la investigación. Gracias por su participación en el trabajo.

I. Datos Generales:

1. Procedencia: 2. Edad: Años 3. N° de hijos:.....

4. Grado de Instrucción:

Superior() Secundaria() Primaria() Ninguno ()

5. Estado civil:

Casada() Conviviente () Soltera ()

6. Ocupación:

Ama de casa() Comerciante() Estudiante ()

Empleada público() otro:.....

II. Datos específicos:

A continuación, marque con un aspa la alternativa que considere correcta.

1. Ud. ¿Ha recibido información sobre cómo prevenir la desnutrición?

Si ()

No ()

2. ¿La familia consume verduras por lo menos tres veces a la semana?
Si () No ()
3. ¿La familia consume frutas por lo menos tres veces a la semana?
Si () No ()
4. ¿La familia consume alimentos de origen animal por lo menos tres veces a la semana?
Si () No ()
5. ¿La familia consume leche o sus derivados por lo menos tres veces a la semana?
Si en la familia hay un menor de dos años preguntar.
Si () No ()
6. ¿El niño o niña, recibe o recibió lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida?
Si () No ()
7. ¿El niño o niña, inició la alimentación complementaria más lactancia materna a partir de los 6 meses?
Si () No ()
8. ¿El niño o niña, tiene los controles mensuales de crecimiento de acuerdo a su edad?
Si () No ()
9. ¿Consumo carnes rojas por lo menos tres veces a la semana?
Si () No ()
10. Vivienda ¿cuenta con espacios destinados al almacenamiento, conservación, manipulación y consumo de alimentos?
Si () No ()

Gracias

Anexo 02.

ESCALA TIPO LIKERT

ACTITUD DE LA MADRE PARA PREVENIR LA DESNUTRICION.

INSTRUCCIONES: En cada uno de los siguientes enunciados marque con un aspa según lo que considere:

DA =Deacuerdo

I = Indiferente (ledaigual)

ED = Endesacuerdo

nº	ENUNCIADO	DA	I	ED
1	Las carnes (de res, pollo) deben ser consumidas por los niños todos los días			
2	La lonchera escolar ayuda a la alimentación balanceada del niño			
3	Las frutas deben estar presentes en la lonchera escolar.			
4	Las infusiones (té, anís, manzanilla) son bebidas importantes e infaltables en la lonchera escolar.			
5	Los carbohidratos (azúcares) proporcionan energía a los niños			
6	Las frutas y verduras de color naranja son fuente de vitamina A			
7	A la hora de comer, el niño debe comer aparte para que tolere todo su plato de comida			
8	Los alimentos de origen animal son más importantes que los de origen vegetal			
9	Los carbohidratos (Azúcares) se encuentran sólo en las galletas, dulces y snacks			
10	El niño debe comer junto con todos los miembros de la familia			
11	El desayuno es el alimento más importante de la mañana			
12	El hierro sólo se encuentra en alimentos de origen animal, como el hígado de res, por ejemplo			
13	Los niños comen más cuando los padres les supervisan y estimulan a comer			

14	Los alimentos aportan los nutrientes que permiten tener niños sanos y activos			
15	Los alimentos ricos en hierro deben comerse con alimentos que tengan vitamina C para ayudar a su absorción			
16	Se le debe dar líquidos entre cucharada y cucharada de comida			
17	Los alimentos energéticos sólo ayudan al niño a engordar			
18	La lonchera escolar debe contener: Un sándwich, una fruta y refresco natural			
19	Los carbohidratos, como el pan y cereales, tienen como función al de brindar energía a las células del organismo			
20	Las carnes deben ser consumidas por los niños de 2 a 3 veces por semana			
21	Considero que la leche de animales y productos lácteos contienen la misma cantidad de calcio y hierro			
22	La lonchera escolar debe contener: Jugo de frutas, una galleta dulce y una golosina			
23	Los alimentos energéticos ayudan a los niños a realizar sus actividades diarias			
24	Después de comer, el niño debe tener una siesta.			
25	Las frutas sólo protegen a los niños de las enfermedades			
26	Si le doy muchos carbohidratos (azúcares) a mi niño le voy a producir diabetes			
27	La alimentación adecuada del niño debe contener: Desayuno – Refrigerio – Almuerzo – Lonche – Cena			
28	Debo darle de comer a mi niño con la televisión o la radio prendida			
29	Considero que la alimentación es dar nutrientes necesarios para el normal crecimiento y desarrollo del niño			
30	Considero que la función de la lonchera escolar es reemplazar el desayuno del niño			

MATRIZ DE CONSISTENCIA

NIVEL DE CONOCIMIENTO NUTRICIONAL DE LAS MADRES Y LA ACTITUD PARA PREVENIR LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL HOSPITAL DE TINGO MARÍA, 2016.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	Metodología
Problema General: ¿Cuál es la relación entre el conocimiento nutricional de las madres y la actitud para prevenir la desnutrición en niños menores de 5 años del Hospital de Tingo María, 2016?	Objetivo General: Establecer la relación entre el conocimiento nutricional de las madres y la actitud para prevenir la desnutrición en niños menores de 5 años del Hospital de Tingo María, 2016. Objetivos Específicos: Evaluar el nivel de	Hipótesis de investigación (Hi): Existe relación significativa entre el conocimiento nutricional de las madres y la actitud para prevenir la desnutrición en niños menores de 5 años del Hospital de TingoMaría,	VARIABLE X	Buen Nivel de conocimiento	- Puntaje de 00 - 06	Tipo. El estudio responde a la investigación básica. No experimental. Diseño. Responde al diseñocorrelacional. Transversal.
			Conocimiento nutricional	Regular Nivel de conocimiento	- Puntaje de 07 – 13	
				Deficiente Nivel de conocimiento	- Puntaje de 14 – 20	
			VARIABLE Y	Actitud favorable	Puntaje 71 –90	
	Actitud indiferente	Puntaje 51 –70				

<p>Problemas Específicos:</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento nutricional de las madres de niños menores de 5 años del Hospital de Tingo María, 2016?</p> <p>¿Cuál es la actitud de las madres para prevenir la desnutrición en niños menores de 5 años del Hospital de Tingo María, 2016?</p>	<p>conocimiento nutricional de las madres de niños menores de 5 años del Hospital de Tingo María, 2016.</p> <p>Valorar la actitud de las madres para prevenir la desnutrición en niños menores de 5 años del Hospital de Tingo María, 2016.</p>	<p>2016</p> <p>Hipótesis nula (Ho):</p> <p>No existe relación significativa entre el conocimiento nutricional de las madres y la actitud para prevenir la desnutrición en niños menores de 5 años del Hospital de Tingo María, 2016</p>	<p>Actitudes para prevenir la desnutrición</p>	<p>Actitud desfavorable</p>	<p>Puntaje 30 –50</p>	<p>Prospectivo.</p> <p>Población:</p> <p>La población estará conformada por el total de madres de niños menores de 5 años que se atienden en el Hospital de Tingo María durante el periodo de enero a marzo de 2017, haciendo un total de 138 madres.</p> <p>Muestra:</p> <p>Para una mayor precisión en los resultados se estudiará al total de madres de niños menores de 5 años haciendo un total de 138 elementos de la muestra.</p>
--	---	--	--	-----------------------------	-----------------------	--

