



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD
Escuela Profesional de Enfermería**

TESIS

**“RELACIÓN ENTRE LA CULTURA ALIMENTARIA DE LOS
PADRES Y EL ESTADO DE DESNUTRICIÓN DE NIÑOS DE
6 MESES A 5 AÑOS DE EDAD ATENDIDOS EN
CONSULTORIO EXTERNO DEL “HOSPITAL REGIONAL
DE ICA”, FEBRERO 2018”**

**PARA OPTAR EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORA:

MEDRANO QUISPE, STEFANY ROSARIO

**Ica – Perú
2018**

DEDICATORIA

A mis padres y a mi
hermanito Diego por
enseñarme como se lucha y
se logra un objetivo en la
vida.

AGRADECIMIENTO

A mi asesora Mg. Norma Pastor Ramírez, por su invaluable asesoramiento.

RESUMEN

En este trabajo de tesis titulado “Relación entre la cultura alimentaria de los padres y el estado de desnutrición de niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018” se plantea como objetivo determinar la relación existente entre la cultura alimentaria y la desnutrición de niños de 6 meses a 5 años de edad. Para tal efecto se empleó un diseño descriptivo correlacional en el que se trabajó con una muestra de 100 niños y sus correspondientes padres de familia y se empleó como instrumento un cuestionario y una ficha técnica. Como resultado de esta investigación descriptivo correlacional, se obtuvo que existe una relación inversa entre la cultura alimentaria y la desnutrición de los niños; es decir cuánto más es la cultura alimentaria, menor son los casos de desnutrición de los niños de la muestra de estudio.

Palabras clave. Cultura alimentaria, relación inversa, desnutrición leve, moderada y severa.

ABSTRACT

In this thesis work entitled "Relationship between the food culture of the parents and the state of malnutrition of children from 6 months to 5 years old treated in outpatient "hospital Regional of Ica", February 2018" goal is to determine the relationship between the food culture and the malnutrition of children from 6 months to 5 years of age .For this purpose, a descriptive correlational design in which you work with a sample of 100 children and their parents, and was used as an instrument a questionnaire and a technical sheet. As a result of this descriptive correlational research, it was found that there is an inverse relationship between the food culture and the malnutrition of children; that is to say how much more is the food culture, the lower are the cases of malnutrition among children in the study sample

Key Words. Food Culture, inverse relationship, malnutrition, mild, moderate and severe

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	x
INTRODUCCIÓN	11
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1. Planteamiento del Problema.....	13
1.2. Formulación del Problema.....	15
1.2.1. Problema Principal	15
1.2.2. Problemas Secundarios	15
1.3. Objetivos de la Investigación	16
1.3.1. Objetivo General	16
1.3.2. Objetivos Específicos.....	16
1.4. Justificación de la Investigación.....	17
1.5. Limitación de la Investigación.....	17
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	18
2.1. Antecedentes del Estudio	18
2.2. Bases Teóricas	26
2.2.1.Cultura alimentaria.....	26
2.2.2. Condicionantes de los hábitos alimentarios.....	27
2.2.3. Prácticas para una buena alimentación.....	28
2.2.4. Consecuencias de hábitos de alimentación.....	30
2.2.5. Estado Nutricional	30
2.2.6. Valoración del estado nutricional.....	33
2.2.7 Situación actual de la desnutrición infantil en el Perú.	36

2.2.8. La desnutrición según Regiones del Perú	37
2.2.9. Teorías de enfermería relacionada al problema	37
2.3. Definición de términos	38
2.4. Hipótesis de la investigación	40
2.5. Variables.....	41
2.5.1 Definición conceptual de la variable	41
2.5.2 Definición operacional de la variable.....	42
2.5.3. Operacionalización de las variables	43
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	44
3.1. Tipo y nivel de investigación	44
3.1.1. Tipo de estudio.....	44
3.1.2. Nivel de investigación.....	44
3.1.3. Diseño de investigación.....	44
3.2. Población y muestra	45
3.2.1. Población.....	45
3.2.2 Muestra	45
3.3. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	46
3.3.1. Técnicas	46
3.3.2. Instrumentos.....	47
3.4. Plan de recolección y procesamiento de datos	47
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	49
4.1. Descripción de los resultados obtenidos.....	49
4.1.1. Hábitos de consumo de alimentos de los padres (x1) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018.....	50
4.1.2. Niveles de preferencia de alimentos nutritivos (x2) de los padres de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018.....	52
4.1.3. Niveles de conocimiento del valor nutritivo de los alimentos (x3) de los padres de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018	55

4.1.4. Desnutrición leve (y1) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018.....	58
4.1.5. Desnutrición moderada (y2) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018.....	61
4.1.6. Desnutrición severa (y2) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018.....	64
4.2. Prueba de las hipótesis correlacionales	66
4.2.1. Prueba de la hipótesis específica 1.....	66
4.2.2. Prueba de la hipótesis específica 2.....	69
4.2.3. Contraste de la hipótesis específica 3.....	71
4.2.4. Prueba de la Hipótesis general.....	72
CAPITULO V: DISCUSIÓN	77
CONCLUSIONES	80
RECOMENDACIONES	81
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82
ANEXO	85
Matriz de Consistencia	86
Coeficiente de correlación de las variables cultura alimentaria (X) y estado nutricional (Y).....	88
Cuestionario.....	89
Ficha Clínica Nutricional.....	91
Patrones de referencia de crecimiento de niños y niñas menores de 5 años de la OMS.....	92

ÍNDICE DE TABLAS

N°		pág.
1	Niveles de hábitos de consumo de alimentos de los padres (X1) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018.	50
2	Niveles de preferencia de alimentos nutritivos por los padres (X2) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018.	53
3	Niveles de conocimiento del valor nutritivo de los alimentos de los padres(X3) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018.	56
4	Desnutrición leve (Y1) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, Febrero 2018,según niveles de hábitos de consumo de alimentos(X1)	59
5	Desnutrición moderada (Y2) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018. según niveles de preferencia de alimentos nutritivos de los padres(X2)	62
6	Desnutrición severa (Y3) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018, según niveles de conocimiento del valor nutritivo de los alimentos (X3).	64
7	Relación entre niveles de hábitos de consumo de alimentos (X1) y la desnutrición leve (Y1) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018.	67
8	relación entre niveles de preferencia de alimentos nutritivos (x2) y la desnutrición moderada (y2) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018	70
9	relación entre la cultura alimentaria de los padres (X) y el estado de desnutrición (Y) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018.	73
10	Relación entre la cultura alimentaria (X) y el estado de desnutrición (Y) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018.	75
11	Coeficiente de correlación de las variables cultura alimentaria (X) y el estado de desnutrición de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018.	88

ÍNDICE DE GRÁFICOS

N°		pág.
1	Distribución porcentual de los hábitos de consumo de alimentos de los padres(X1) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018, por niveles.	51
2	Distribución porcentual de la preferencia de alimentos nutritivos de los padres(X2) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018 ,por niveles.	53
3	Distribución porcentual del conocimiento del valor nutritivo de los alimentos de los padres(X3) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018, por niveles.	56
4	Distribución porcentual de la desnutrición leve (Y1) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018,según niveles de hábitos de consumo de alimentos(X1).	59
5	Distribución porcentual de la desnutrición moderada (Y2) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018. según niveles de preferencia de alimentos nutritivos de los padres(X2)	62
6	Distribución porcentual de la desnutrición severa (Y3) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018, según niveles de conocimiento del valor nutritivo de los alimentos (X3)	65
9	Distribución porcentual de los Niveles de desnutrición de los niños de 6 meses a 5 años de edad (Y) atendidos en consultorio externo del ‘Hospital Regional de Ica”, febrero 2018	73

INTRODUCCIÓN

En concordancia con las Políticas y líneas de investigación establecidas por la Universidad Alas Peruanas, el Reglamento de Grados y Títulos de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, presenté a su consideración esta tesis titulada “Relación entre la cultura alimentaria de los padres y el estado de desnutrición de niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018.

El objetivo central de esta investigación es determinar el tipo de relación que existe entre la variable cultura alimentaria de los padres y el estado de desnutrición de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018.

Uno de los grandes problemas que afronta la población infantil del Perú, es probablemente la desnutrición infantil constituye uno de los principales problemas de Salud Pública en el Perú, que afecta negativamente al individuo a lo largo de su vida, limita el desarrollo de la sociedad y dificulta la erradicación de la pobreza. ⁽¹⁾

Tradicionalmente la desnutrición infantil, ha sido tratado como un problema determinado por la situación de pobreza de las familias y básicamente relacionado con el poder adquisitivo de la población. Sin embargo, en un esfuerzo por entender la magnitud del problema de la desnutrición es importante resaltar que la desnutrición no solo se debe a la pobreza y la disponibilidad de recursos económicos por las familias, sino también tiene relación con otros factores como por ejemplo la cultura alimentaria de los padres.

Es precisamente por esta consideración que en esta investigación se busca establecer el tipo de relación existente entre la desnutrición infantil y la cultura alimentaria de los padres. La forma cómo los padres deciden sobre qué comer, cuando y como, que alimentos deben priorizarse de acuerdo a la edad de los

miembros de la familia y otros aspectos tienen relación con el estado nutricional de los hijos de 6 meses a 5 años edad, en este caso.

Formalmente este proyecto de investigación tiene los siguientes capítulos:

Capítulo I: contiene información relativa al planteamiento del problema de investigación, Capítulo II: se refiere al marco teórico, es decir a los antecedentes, las bases teóricas y la definición de términos básicos, Capítulo III: contiene información relativa a las hipótesis y variables de estudio, Capítulo IV: comprende la metodología de la investigación; y Capítulo V: trata de la presentación y discusión de resultados.

La autora

CAPITULO I:

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema

La desnutrición infantil crónica aún afecta a 155 millones de niños menores de cinco años. La desnutrición, el sobrepeso y las enfermedades no transmisibles asociadas coexisten ahora en muchas regiones, países e incluso en los hogares que afecta a todas las regiones del mundo. A pesar de que la prevalencia de desnutrición infantil crónica parece disminuir tanto en los promedios mundiales como en los regionales, en 2016, 155 millones de niños menores de cinco años en todo el mundo padecían desnutrición crónica, lo que aumenta el riesgo de disminución de la capacidad cognitiva, de un menor rendimiento en la escuela, el trabajo y de muerte por infecciones.

A nivel mundial, la prevalencia de desnutrición infantil crónica bajó del 29,5% al 22,9% entre 2005 y 2016. Desde 2005 hasta 2016, la mayor parte de las regiones ha conseguido disminuir el retraso del crecimiento, reduciéndose su tasa más rápidamente en Asia y en América Latina y el Caribe. La prevalencia del crecimiento retardado también disminuyó en todas las subregiones de África, pero a un ritmo mucho más lento. De hecho, la tasa de disminución de la desnutrición crónica en África no ha seguido el ritmo de aumento de la población, y ha resultado en un mayor número de niños en situación de desnutrición. En 2016 la desnutrición aguda afectaba al 7,7% de niños menores de cinco años en todo el mundo. Alrededor de 17 millones de niños sufren de desnutrición aguda. El Asia meridional destaca por una elevada prevalencia del 15,4%. Con un porcentaje cercano al 9%, el Asia sudoriental también está lejos de la meta fijada. Aunque la prevalencia es algo más baja en África, todavía está por encima de la meta mundial de la nutrición.¹ Al 2016, el 9,5% de la población infantil sudamericana está afectada por la desnutrición crónica, esto

es 3,2 millones de niños. En Mesoamérica, en tanto, la desnutrición crónica afecta al 15,4% de los menores de 5 años, dando cuenta de 2,5 millones de niños, mientras que en el Caribe se presenta la prevalencia más baja en comparación a las otras subregiones, de 5,3%, lo que equivale a cerca de 200 mil niños.²

En el Perú, Entre los indicadores que se evalúan en el niño menor de cinco años, la desnutrición crónica infantil constituye uno de los principales problemas de Salud Pública en el Perú, que afecta negativamente al individuo a lo largo de su vida, limita el desarrollo de la sociedad y dificulta la erradicación de la pobreza. Lo reportado por nuestro sistema de información, indica que durante el periodo 2009 al 2016 la desnutrición crónica en el menor de cinco años (OMS) ha tenido una reducción de 7,2%, y para el año 2016 la prevalencia fue de 18,0%. Con respecto a la desnutrición global, ha presentado una disminución en el último año de 0,4%, pero para el periodo 2009 al 2016 mantuvo una disminución de 1,2 puntos porcentuales, luego de tener aumento de 1 punto en el 2015. El indicador de desnutrición aguda, venía disminuyendo lentamente y constante desde el 2009, pero se mantiene estable en los últimos tres años, con una proporción, en el 2016, de 1,4%.³ Los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar primer semestre ENDES- 2017, muestran una tendencia de disminución del nivel de la desnutrición crónica en el país, pasando de 13,5% en el año 2012 a 9,3% en el primer semestre 2017, de 18,1% a 13,0%, en el mismo periodo. En el área rural, con ambos Patrones Internacionales de Referencia, el nivel de desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años de edad continúa descendiendo. Entre los años 2012 y el primer semestre 2017, se reduce en 5,1 puntos porcentuales con el patrón de referencia NCHS, de 24,6% a 19,5% y en 6,5 puntos porcentuales con el patrón OMS, de 31,9% a 25,4%; observándose diferencias significativas en el nivel de desnutrición crónica con ambos patrones de referencia. En el área urbana, el nivel de desnutrición crónica fue 5,5% en el primer semestre 2017 con el patrón de referencia NCHS. Teniendo como referencia el patrón OMS, la desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años de edad se estimó en 8,4%.⁴ Precisamente en esta investigación se pretende mostrar con

datos empíricos que la desnutrición infantil en niños de 6 meses a 5 años de edad, está asociada de manera significativa a criterios de tipo cultural, no solo a factores de pobreza y socioeconómicos.

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema Principal

¿Qué relación existe entre la cultura alimentaria de los padres y el estado de desnutrición de los niños de 6 meses a 5 años atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, Febrero 2018?

1.2.2. Problemas Secundarios

PS 1:

¿Qué tipo de relación existe entre los niveles de hábitos de consumo de alimentos de los padres y la desnutrición leve de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, Febrero 2018?

PS 2:

¿Qué tipo de relación existe entre los niveles de preferencia de alimentos nutritivos de los padres y la desnutrición moderada de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, Febrero 2018?

PS 3:

¿Qué tipo de relación existe entre los niveles de conocimiento del valor nutritivo de los alimentos de los padres y la desnutrición severa de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, en Febrero del 2018?

1.3. Objetivos de la Investigación

1.3.1. Objetivo General

Determinar la relación que existe entre la cultura alimentaria de los padres y el estado de desnutrición de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, en Febrero del 2018.

1.3.2. Objetivos Específicos

OE 1:

Identificar el tipo de relación que existe entre los niveles de consumo de alimentos de los padres y la desnutrición leve de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, en Febrero del 2018

OE 2:

Establecer el tipo de relación que existe entre los niveles de preferencia de alimentos nutritivos de los padres y la desnutrición moderada de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, en Febrero del 2018.

OE 3

Reconocer el tipo de relación que existe entre los niveles de conocimiento del valor nutritivo de los alimentos de los padres y la desnutrición severa de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, en Febrero del 2018.

1.4. Justificación de la Investigación

¿Se justifica su realización? Frente a esta pregunta, se estima que la ejecución de esta investigación se justifica plenamente.

En primer lugar, porque la Educación y salud constituyen los dos ámbitos de mayor importancia y trascendencia para un país. Y por lo mismo, se parte del reconocimiento de que, en el Perú, y consecuentemente en la región Ica, estos dos aspectos deben merecer la mayor atención en todos los aspectos. De la misma manera, los problemas en el campo de la educación y especialmente en el campo de la salud, los problemas que se presenten constituyen una de las principales amenazas. En este contexto, en los niños menores de cinco años es la desnutrición y sobre todo la desnutrición crónica, cuyas consecuencias negativas se presentan a lo largo de todo el ciclo de vida, es un problema que amerita su estudio desde diferentes enfoques. La desnutrición incrementa el riesgo de morbimortalidad e inhibe el desarrollo cognitivo y físico de las niñas y los niños, afectando su estado de salud de manera crónica y su potencial productivo futuro; comprometiendo la situación económica y social de la persona, la familia, la comunidad y del país. Por lo cual es necesario profundizar el conocimiento sobre la relación entre la desnutrición y la cultura alimentaria de los padres de niños con desnutrición y a partir de los resultados obtenidos de la relación entre la desnutrición infantil y cultura alimentaria es factible diseñar e implementar un conjunto de estrategias que apunten a disminuir el estado de desnutrición, tomando en cuenta los factores de tipo cultural.

1.5. Limitación de la Investigación

La falta de cooperación de los padres de los niños encuestados para suministrar información, la suspensión de actividades de la institución en la que se realizó la investigación y finalmente la imposibilidad de controlar los efectos perturbadores de la investigación.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del Estudio

A nivel internacional

De León, D.E. (2014) investigó sobre “Determinación del estado nutricional de niños menores de 2 años y prácticas alimentarias de niños con desnutrición aguda en el municipio de San Pedro Soloma, Huehuetenango, Guatemala. El objetivo de esta investigación fue determinar el estado nutricional de niños menores de dos años y Prácticas alimentarias de niños con desnutrición aguda en el municipio de San Pedro Soloma, Huehuetenango, Guatemala. El diseño empleado fue Descriptivo y transversal. Se evaluó prácticas alimentarias con 3 niños y 3 niñas con desnutrición aguda, ninguno de ellos cumple con las recomendaciones de las Guías Alimentarias de Guatemala, no consumen las calorías necesarias según las recomendaciones dietéticas diarias del INCAP. Las abuelitas de los niños son las influyen en la toma de decisión sobre que alimentos darles. La higiene es deficiente porque no se lavan las manos. Obtuvo como resultados el estado nutricional de 2866 niños y niñas menores de dos años, a través de índices. Según el índice peso para la edad el 79% tuvo un buen peso; según el índice talla para la edad el 61% fue detectado con desnutrición crónica y según el índice peso para la talla el 0.21% padece de desnutrición aguda, el 0.77% padece de sobrepeso y el 1.47% padece de obesidad.⁵

Coronado, Z.Y. (2014), realizó una investigación titulada “Factores asociados a la desnutrición en niños menores de 5 años, en el puesto de salud del Valle de Palajunoj, Quetzaltenango, Guatemala”, y tuvo como objetivo analizar los

factores que se asocian a la desnutrición en niños menores de 5 años en el puesto de salud del Valle del Palajunoj, del Departamento de Quetzaltenango, municipio de Quetzaltenango, Guatemala, durante el período de noviembre 2012 y febrero del 2013. El tipo de estudio es descriptivo transversal, realizado en área rural, siendo la población universo de 25 madres entrevistadas de los niños menores de 5 años que sufren algún grado de desnutrición y asisten a control de peso talla en el servicio. Obtuvo como resultado la prevalencia de desnutrición crónica en un 92% de niños afectados, los factores asociados a la desnutrición, fueron básicamente los factores relacionados con el nivel de escolaridad de la madre con un 52% de cada 25 madres entrevistadas solo 10 madres cursan la primaria, siendo el resto analfabeta, los hijos que ocupan el tercer lugar en el hogar, son los más afectados con un 36%, debido a los problemas económicos, sociales y culturales. Asimismo se reporta la existencia de evidencias sobre el desconocimiento de las madres acerca del tema de nutrición, el cual es deficiente debido a que la mayoría de ellas son analfabetas esto no les permite darle la importancia debida al problema de la desnutrición además desconocen las consecuencias severas que esta condición puede traer consigo para el crecimiento y desarrollo de sus hijos. El factor sociocultural que muchas familias adoptan en la comunidad, hace que muchas veces se tomen actitudes equivocadas, entre ellos malos hábitos en la alimentación, de los niños.⁶

Reyes, J. y Gallegos J. (2012), realizaron una investigación titulada “La desnutrición Infantil: Población rural del programa oportunidades México”, con el objetivo de evaluar el perfil nutricional y factores de riesgo de niños desnutridos menores de cinco años adscritos al programa Oportunidades en una localidad rural de San Luis Potosí, México. Este estudio fue de tipo descriptivo transversal, se trabajó con una muestra de 55 familias con hijos menores de cinco años con diagnóstico de desnutrición de primero y segundo grado, adscritas al núcleo básico del centro de salud en una localidad rural del municipio de Villa de Reyes, San Luis Potosí. Los factores de riesgo los obtuvieron mediante una encuesta socio demográficos, perinatales y de características alimentarias. Los resultados muestran que de las 35 familias

con 47 niños seleccionadas aleatoriamente el 66% tenían un hijo desnutrido y el 34% 2 hijos desnutridos, de los cuales 47 niños ,20 eran de sexo femenino (42,5%) y 27 de sexo masculino (57,5%). Se observó que la desnutrición inició en el primer año de vida en las niñas en el 80% y en los niños en el 62,9% de acuerdo a los casos por género. En los factores socio demográficos, la vivienda es habitada el 60% por una familia, el 28,5% por dos familias, y el 11,5% de 3 ó más familias. El 74,2% cuentan con servicios intradomiciliarios de agua potable y el 82,9% no cuenta con drenaje, el 97,1% de las madres realizan labores en el hogar. Los ingresos se distribuyen en alimentación el 94,2% y el 2,9% para vestido y salud; el 57,2% de las madres tenían 15 a 19 años al momento de su nacimiento de su primer hijo. 9 Con respecto a la alimentación el 60% de los niños inicio su alimentación complementaria después de los 6 meses de edad. El tipo de alimentos consumidos durante el día son cereales como el maíz, tortillas, el trigo, pan y galletas industrializadas. Sólo un 4,2% consumen frutas y las verduras no consumen. En conclusión, la población estudiada posee características de marginación social, como su extracción rural y baja percepción salarial, familias con baja instrucción y sin concluir la primaria completa, con una posición ocupacional de jornaleros rurales, peones de campo, que laboran en actividades primarias y de construcción, las cuales son características asociadas a la pobreza y desnutrición.

A nivel nacional

Vanessa Gardozo A. (2015). “Cultura alimentaria y representaciones sociales sobre la salud de los niños y niñas menores de 12 años en lomas de Carabayllo: una mirada desde los actores en el AA.HH. San Benito”.En esta investigación se planteó como objetivo, describir las características de la cultura alimentaria y explorar las representaciones sociales acerca de la salud de los niños y niñas menores de 12 años. Esta investigación fue de tipo cualitativa, observacional, basado en el método etnográfico a través de entrevistas y conversaciones con las madres, cuidadores y otros agentes responsables de la salud infantil en el AAHH San Benito en las Lomas de Carabayllo realizado en aproximadamente 470 días de trabajo de campo.

Obtuvo como resultados que la cultura alimentaria fue reconocida, entre otras cosas, a través de las practicas alimentarias y mostró el especial cuidado que se tiene de los niños más pequeños dentro del hogar. Se presentaron prioridades alimentarias alrededor de percepciones de las madres sobre lo que el niño “se antoja” acompañadas de un conjunto ideológico construido desde las recomendaciones nutricionales brindadas por diversos actores (personal de salud, profesoras de escuela, vendedoras del mercado, abuelas, etc.), así como la negociación con las preferencias del niño y la influencia de la publicidad alimentaria. Las representaciones de la buena salud infantil se sostienen en el imaginario colectivo del buen rendimiento escolar (inteligencia), el ánimo (inquietud) y el apetito del niño (hambre). Del mismo modo los problemas de salud y desnutrición están relacionados a la carencia del agua y el aspecto climático y medio ambiental. Asimismo se concluye que la condición geográfica de las “Lomas” es aquello que caracteriza principalmente la dinámica organizacional doméstica y colectiva de San Benito, del mismo modo la cultura alimentaria esta fundacionalmente construida a partir de los patrones alimentarios de los lugares originarios de donde provienen los pobladores, adaptándose a las condiciones que ofrece su nuevo entorno.⁸

Quispe Y.(2015) realizó un estudio descriptivo de asociación cruzada, transversal, observacional con el objetivo de determinar “La relación entre estado Nutricional de niños menores de 5 años con el tipo de familia beneficiaria del programa social distrito baños del Inca. Cajamarca”. Resultados: Relación entre estado nutricional de niños menores de 5 años según indicadores: consumo (energía, macronutrientes, hierro y vitamina A), antropometría (Peso/talla y Talla/edad) y bioquímico (nivel de hemoglobina) con el tipo de familia al que pertenecían. Resultados: Las medianas de adecuación de ingesta de energía, proteína, lípidos, carbohidratos, hierro y vitamina A de niños de FM fueron 90.1%, 113.7%, 73%, 83.6%, 60.1% y 26.4%, respectivamente, y de FEP fueron 78.4%, 91.9%, 69.6%, 83.6%, 67.1% y 19.2%, respectivamente. Según Peso/Talla, más de tres cuartas partes de niños de ambos tipos de familia estuvieron dentro del rango de normalidad, en estas familias también se halló igual número de niños con sobrepeso, pero un

niño de FM tuvo bajo peso y 2 niños de FEP estuvieron obesos. Conclusiones: No se halló relación significativa entre estado nutricional según las valoraciones de consumo de alimentos (energía y nutrientes), antropometría (peso/talla, talla/edad), y bioquímico (nivel de hemoglobina) con el tipo de familia (“Modelo” y “En proceso”) beneficiaria de un programa social.⁹

Tinoco, R.N. (2014) en su investigación “Evaluación del estado nutricional en menores de 5 años internados en el hospital regional de Loreto. – Iquitos, 2014” reporta altos índices de desnutrición crónica infantil. En este estudio se realizó un diagnóstico del estado nutricional de los menores de 5 años que fueron internados en el Hospital Regional de Loreto., ciudad de Iquitos en el año 2014, los cuales representan al 100% de la población, teniendo como objetivo evaluar su estado nutricional. Razón por la cual las técnicas que se emplearon para este estudio fueron la antropometría, la encuesta y la observación directa siendo los instrumentos para la recolección de datos: la ficha de evaluación nutricional en donde se registraron las medidas antropométricas obtenidas con lo cual se logró realizar los diagnósticos nutricionales y conocer el grado de desnutrición en el que se encontraban los menores al momento del estudio, también se utilizó los nuevos patrones internacionales de crecimiento infantil, para lactantes y niños de hasta 5 años de la OMS año 2006, las mismas que proporcionan información sobre el crecimiento idóneo de los niños (as), demostrando por vez primera que los niños (as) nacidos en regiones diferentes del mundo a los que se les ofrecen condiciones de vida óptimas, cuentan con el potencial de crecer y desarrollarse hasta estaturas y pesos para las edades similares y como último instrumento: la encuesta que se le realizó a los cuidadores de cada menor, la cual nos brinda la información acerca de las características socio-culturales y cuáles son los determinantes de las distintas clases de desnutriciones encontradas en esta población menor de 5 años. Luego de haber procedido a realizar las respectivas evaluaciones los resultados encontrados han sido interpretados por medio del uso de cuadros y gráficos estadísticos, aplicando la estadística descriptiva, promedio y porcentajes, logrando que la información obtenida del proyecto de tesis sea fácilmente entendible para su posterior utilización como

fuentes de información sobre la evaluación del estado nutricional en menores de 5 años internados en cualquier nosocomio. Fue por todo lo mencionado que se logró realizar la evaluación de estado nutricional de los menores en estudio de una manera correcta, satisfactoria y sin dificultades, conociéndose que una mala alimentación y la pobreza influyen en el estado nutricional.¹⁰

Valencia, P.A. (2014) realizó una investigación titulada “Estado nutricional de la población menor de 5 años adscrita al puesto de salud Aynaca en el 2013”, con el objetivo de determinar el estado nutricional de los niños, atendidos en el puesto de Salud Aynaca, en el año 2013. El estudio fue de tipo descriptivo, la Población estuvo constituida por niños menores de 5 años (desde los 0 meses hasta antes de cumplir los 60 meses) adscritos al puesto de salud Aynaca en el año 2013. Se obtuvo información de su edad, peso y talla, se recolectó en el instrumento de trabajo respectivo. Se analizó los datos sobre la valoración nutricional y la severidad de ésta, utilizando las tablas de la OMS y posteriormente acuerdo a la clasificación de la OMS, Waterlow OPS, OMS utilizada por el MINSA según sexo y edad. Se obtuvo como resultado la prevalencia de la desnutrición crónica de la población menor de 5 años adscrita al Puesto de Salud Aynaca según la clasificación de Waterlow OPS es de 28%, según Waterlow modificado de 17.5% y según OMS MINSA de 17.5%. La prevalencia de desnutrición aguda según la clasificación de Waterlow-OPS fue de 10%, según Waterlow modificado de 7.5% y según OMS-MINSA de 5%. La prevalencia de población eutrófica según la clasificación de Waterlow-OPS es de 55%, Waterlow modificado de 40% y según OMS-MINSA de 82.5%. La prevalencia de sobrepeso según la clasificación de Waterlow-OPS fue de 25% y según OMS-MINSA de 8.75%. La prevalencia de obesidad según la clasificación de Waterlow-OPS fue de 10%, según Waterlow modificado de 20%. Asimismo se concluye que los niños eutróficos prevalecen en todas las clasificaciones utilizadas en el presente estudio. Observando los resultados, existen diferencias al evaluar el estado nutricional de los niños menores de 5 años adscritos al Puesto de Aynaca.¹¹

Nivel Local

Cajamarca Mantari, Gladys (2016), “Estilos de Vida de las Madres y Estado Nutricional En Niños De 3 a 4 Años que Asisten al Centro de Salud Subtanjalla, Ica-Diciembre 2015” tiene como objetivo: Determinar los estilos de vida de las madres y estado nutricional en niños 3 a 4 años que asisten al Centro de Salud Subtanjalla, Ica-diciembre 2015. Material y método: estudio de tipo descriptivo, cuantitativo y de corte transversal. La población fue 100 y personas la muestra estuvo conformada por 53 madres y 53 niños. El instrumento utilizado para la primera variable fue el cuestionario y para la segunda variable fue la ficha epidemiológica. Los resultados fueron: Referente a la edad de las madres el 38%(20) tienen entre 31 a 40 años, del estado civil el 53%(28) tienen una relación de convivencia; grado de instrucción 62%(33) fue secundaria. Según los estilos de vida de las madres en el 53%(28) fue saludable, y el 47%(25) no saludables. Según el estado nutricional P/E el 87%(46) tuvo un estado nutricional normal; y el 9%(5) tiene riesgo desnutrición crónica y el 4%(2) tienen desnutrición crónica; según el estado nutricional P/T el 81%(43) estuvo normal, en un 9%(5) tiene sobrepeso, el 6%(3) está desnutrido, y el 4%(2) están en riesgo normal.

Ciprian Acuña Yanet M,(2016), “Estado Nutricional y Condiciones de Vida de los Niños menores de 5 años del Asentamiento Humano Sumaq Wasi Distrito de La Tinguña Ica, Diciembre2016” esta investigación es de tipo no experimental cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. la población – muestra estuvo conformada por un total de 50 madres con sus respectivos hijos. Resultados: con respecto a la edad de las madres de familia podemos observar que el 46%(23) tienen en 18 y 23 años; el 40%(20) tiene educación secundaria; con respecto a la edad de los niños el 44% tienen entre 2 y 3 años, según sexo el 50% es femenino, se encontró que el 66%(33) presentó normalidad en su estado nutricional siendo esto adecuado; el 22%(11) presentó desnutrición leve, el 6%(3) presentó sobrepeso; el 4%(2) presentó obesidad y solo el 2%(1) presentó desnutrición crónica, con respecto a las condiciones de vida según condiciones socioeconómicas fueron desfavorables con un

56%(28), según las condiciones ambientales fueron favorables con un 60%(30), según las condiciones alimentarias fueron desfavorables con un 58%(29), según las condiciones de salud fueron desfavorables con un 52%(26), con respecto a las condiciones de vida fueron desfavorables con un 54%(27) y el 46%(23) fue favorable. Conclusiones: El estado nutricional es adecuado en el 66% de los niños menores de cinco años del Asentamiento Humano Sumaq Wasi distrito la Tinguíña Ica, diciembre-2016. Las condiciones de vida son desfavorables en un 54% para los niños menores de cinco años del Asentamiento Humano Sumaq Wasi distrito la Tinguíña Ica, diciembre-2016.¹²

Quispe Pedraza, Ciro (2016) “Factores de riesgo y medidas preventivas de desnutrición en niños de 1 a 2 años en el puesto de salud la Angostura, Ica Diciembre 2016”, la investigación tiene como objetivo determinar los factores de riesgo de desnutrición y sus medidas preventivas en niños de 1 a 2 años en el puesto de salud la Angostura Ica en diciembre 2016. la presente investigación es de tipo cuantitativa, descriptiva, prospectivo y de corte transversal. Para el efecto de recolección de datos utilizamos como instrumento el cuestionario dirigido a las madres de familia, elaborado de acuerdo al tema de investigación. población-muestra está constituida por 52 madres con sus respectivos hijos, considerando los criterios de inclusión y exclusión. Resultados: se evidencia que el 46 % de las madres tiene entre 26 a 35 años, el 56% tienen estudios secundarios. En relación a los factores de riesgo de mayor valor porcentual según la dimensión factor económico, observamos que el 98% refieren a ambos padres aportan en el hogar. En relación a los factores de riesgo de mayor valor porcentual según la dimensión factor cultural, observamos que el 87% refieren que consumen alimentos directos de la olla familiar. En relación a los factores de riesgo de mayor valor porcentual según la dimensión tipo de alimentos, observamos que el 75% refieren que a veces su niño consume en sus alimentos los micronutrientes (chispita). Respecto a las medidas preventivas según dimensión programas sociales se halló que el 81% es desfavorable. Respecto a las medidas preventivas según dimensión estrategias de puesto de salud se halló que 58% es medianamente favorable.

Según resultados global se halló que 53.80% es desfavorable, el 38.50% es medianamente favorable y el 15% es favorable.¹³

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Cultura Alimentaria

La cultura alimentaria. Es el conjunto de conocimientos, hábitos alimentarios necesarios para mejorar la calidad de vida, actitudes, creencias y valores que asignamos a los alimentos, así como las prácticas alimentarias adecuadas y saludables, de cada persona, grupo o de la sociedad en conjunto, adquiridos históricamente. La cultura y la alimentación comprenden una serie de eventos o situaciones que en su transcurrir de los años dejan constancia en lugares y escenarios denotando el fortalecimiento de los integrantes de la sociedad o grupo con sus formas de organización y relaciones de origen. También nos permite conocer y encontrar elementos como las costumbres, tradiciones, prácticas y destrezas del hombre para subsistir y desarrollarse.

Identidad y Hábitos Alimentarios

A lo largo de la historia, el papel de la alimentación ha ido cambiando: al principio el hombre buscaba alimentos tan sólo para satisfacer las necesidades biológicas, pero ha habido profundas transformaciones en el acto de la alimentación: aspectos como el lujo, la religión, el estatus social, el placer y la interacción social han sido elementos clave en el desarrollo de la cultura alimentaria. Lo que se come, cómo se come, dónde se come y lo que se siente cuando uno come son elementos integrantes de la identidad cultural alimentaria. Dependiendo de las culturas y de las religiones existen ciertas restricciones alimentarias. Por ejemplo, solo los alimentos Kosher son permitidos por el judaísmo, mientras que los alimentos Halal/Haram son los aceptados por los creyentes del Islam. La selección de alimentos en diferentes países, regiones o culturas suele tener diferentes características. Por ejemplo, los americanos comen más carne roja que otros países, los japoneses consumen más pescado y arroz. El arroz y los frijoles son alimentos típicos de

la dieta en países latinoamericanos, mientras que las lentejas y el pan de pita son típicos en Oriente Medio. Esto se halla estrechamente relacionado con la cultura culinaria en cada país o región. Incluso el hecho de relacionar la dieta con la aparición de enfermedades agudas y crónicas, ha ocasionado cambios constantes en los hábitos dietéticos. Se cree que esta podría ser la base de las restricciones alimentarias en algunas religiones. Por otro lado, la gran movilidad que han permitido los medios de transporte, así como los nuevos métodos de conservación de los alimentos han favorecido la instauración de una globalización a gran escala y también en la cultura alimentaria.

El interés por probar nuevos alimentos existe en las culturas más conservadoras, pero a su vez los hábitos alimentarios se hallan muy arraigados y son muy difíciles de cambiar.¹⁴

Hábitos alimentarios locales y gastronomía

Los hábitos alimentarios de un determinado grupo poblacional están condicionados por gran variedad de factores. En primer lugar, la posibilidad de disponer de un determinado alimento en una zona geográfica concreta facilita que se instaure una tradición en su consumo. Pero existen otros factores igualmente importantes como condicionantes religiosos y culturales que determinan en gran manera el consumo de un alimento e incluso cuándo va a ser consumido. La gastronomía se define como el placer por la cocina. Va más allá de los mismos hábitos alimentarios y nace como expresión de una cultura. Se busca mucho más que el interés por alimentarse y cubrir las necesidades de una serie de nutrientes y se centra en el disfrute de los sentidos. Esto puede hacerse realidad, por ejemplo, en el momento de elegir un restaurante, que puede ser de una cocina diametralmente opuesta a la nuestra, incluso exótica y quedar muy lejos de nuestros hábitos alimentarios habituales.¹⁵

2.2.2. Condicionantes de los hábitos alimentarios

Las características que definen un determinado comportamiento alimentario están condicionadas por muchos factores. Muchos de ellos pueden ser más o

menos identificables por su evidencia, pero otros tantos pueden pasar inadvertidos a simple vista. No es de extrañar que con frecuencia algunos estudios científicos pongan de manifiesto circunstancias que en principio son poco palpables, pero que condicionan en gran medida el resultado de un determinado estilo alimentario y, por ende, influyen en la salud.

Los alimentos rápidos

El ritmo de vida de la sociedad actual exige comidas más simples: los cambios en las preparaciones de las comidas responden a manifestaciones de la vida familiar y de la sociedad. El aumento del consumo de alimentos fuera de casa, la preocupación por la seguridad alimentaria y la preferencia por el consumo de alimentos de fácil preparación han favorecido la aparición del denominado fast food. El fast food permite una rápida ingesta (que se traduce en un mero reabastecimiento olvidando aspectos tan importantes ligados a la cultura de la comida como la gastronomía) y favorece la despersonalización, así como una reducción en la socialización. En la cultura fast food el trabajo es primordial y las relaciones, secundarias. Lo rápido sustituye a lo lento y lo simple a lo complejo. El fast food satisface las demandas de la cultura urbana en todos estos aspectos. En nuestro país existen también casi 3.000 establecimientos de fast food. La comida rápida se impone y no sólo en la restauración. El actual estilo de vida, marcado por una gran dedicación al trabajo, está reduciendo el tiempo reservado a tareas como la compra y la cocina. Eso se traduce en una dieta hiperproteica e hipergrasa también dentro de casa. De ahí que el sobrepeso y la obesidad, así como la patología cardiovascular, sean muy frecuentes.¹⁴

2.2.3. Prácticas para una buena alimentación

La práctica de una buena alimentación, comprende actividades de selección, la conservación, la preparación, y el consumo. Asimismo, es crear una conducta alimentaria responsable y con plena conciencia de su relación con la salud y que proporcione satisfacción y placer. Se plantea satisfacción y placer partiendo del hecho que el ser humano no vive sólo para comer, ni come sólo

para vivir. Para el ser humano, comer es más que alimentarse, comer es una fuente importante de placer, así como de interacción social y por ende reviste un significado cultural que a veces nada tiene que ver con la nutrición. No siempre los gustos y preferencias alimentarias están en correspondencia con una alimentación saludable. Por tanto, un propósito importante en un Programa de Educación Alimentaria y Nutricional, es lograr una convergencia armónica entre: Cultura, Nutrición, Placer.

Alimentación Saludable

Se caracteriza por la calidad e inocuidad de los alimentos que se consumen de forma Balanceada, adecuada a la edad, sexo, talla, clima, estados fisiológicos: equilibrada: Entre los macronutrientes (Proteínas, grasas y carbohidratos).; suficiente: En cantidad de alimentos; completa, debe incluir alimentos de los 7 grupos básicos y variada: En color, sabor y consistencia.

Satisfacción y placer

Un componente indispensable para que el acto de comer constituya una práctica alimentaria saludable es que sea fuente de placer, en tanto satisface las expectativas del individuo en relación a sus gustos y preferencias. No sólo por el tipo de alimento sino también por la forma de elaboración, presentación estética de los mismos y condiciones ambientales para consumirlos. Esta convergencia es la esencia bio-psico-social que le da carácter humanístico y calidad a la nutrición humana y lo que las diferencia de la alimentación animal. Es necesario desarrollar las bases de una cultura del gusto, una educación del paladar, que condicionen la formación de hábitos en correspondencia con una alimentación saludable. Por otra parte, no es exagerada la afirmación relativa a que el valor nutricional de un alimento se puede ver afectado positiva o negativamente en función del placer que se experimente al consumirlo. Es conocido que la combinación no adecuada de los alimentos, el consumo excesivo de fibra dietética y la ingestión de algunos medicamentos, entre otros, interfieren la absorción óptima de determinados nutrimentos, por diferentes mecanismos ya sean bioquímicos o fisiológicos.¹⁵

2.2.4. Consecuencias de hábitos de alimentación

Existen evidencias de que varios mecanismos fisiopatológicos y conductuales que comienzan incluso en los primeros años de vida, determinan la aparición de Enfermedades Crónicas no Trasmisibles, tales como la obesidad, enfermedad isquemia del corazón; enfermedades cerebro-vasculares; hipertensión arterial; diabetes mellitus; osteoporosis y algunos tipos de cáncer. Todas estas enfermedades que se manifiestan generalmente en la edad adulta, se pueden prevenir en gran medida desde la infancia temprana desarrollando buenos hábitos alimentarios. Comer fuera de horario, ingerir comida chatarra, azúcares y alimentos procesados, además de la sobrealimentación, son malos hábitos alimenticios y factores de riesgo para la salud del corazón. Debes llevar una dieta saludable y equilibrada, con la cantidad de comidas diarias necesarias, y disfrutar de ellas en su justa medida. El Exceso de sal, de todos los malos hábitos para la salud del corazón, este es el más sencillo de solucionar. Las alternativas para disminuir el consumo de sal son varias. Usar hierbas aromáticas y especias en tus comidas es la solución que necesitas para dejar la sal, controlar la presión arterial y evitar mayores daños a tu organismo.¹⁶

2.2.5. Estado Nutricional

El estado nutricional de un individuo es la resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes. En los niños y especialmente durante el primer año de vida, debido a la gran velocidad de crecimiento, cualquier factor que altere este equilibrio repercute rápidamente en el crecimiento. Por esta razón, el control periódico de salud constituye el elemento más valioso en la detección precoz de alteraciones nutricionales, ya que permite hacer una evaluación oportuna y adecuada. Un estado nutricional óptimo favorece el crecimiento y el desarrollo, mantiene la salud general, brinda apoyo a las actividades cotidianas y protege al individuo de las enfermedades y trastornos. Cualquier situación de desequilibrio por deficiencia o exceso de nutrientes, comprometerá el estado nutricional y sus funciones vitales. De ahí, la importancia de aplicar técnicas apropiadas para la valoración nutricional, que

permitan detectar si hay deficiencias nutricionales en las primeras fases del desarrollo, de esta manera, se podrá mejorar el consumo alimentario antes de que sobrevenga un trastorno más grave que lo lleve a la malnutrición.¹⁷

Desnutrición

La desnutrición infantil es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas. Detrás de estas causas inmediatas, hay otras subyacentes como son la falta de acceso a los alimentos, la falta de atención sanitaria, la utilización de sistemas de agua y saneamiento insalubres, y las prácticas deficientes de cuidado y alimentación. En el origen de todo ello están las causas básicas que incluyen factores sociales, económicos y políticos como la pobreza, la desigualdad o una escasa educación de las madres. Una nutrición adecuada, en cantidad y en calidad, es clave para el buen desarrollo físico e intelectual del niño. Un niño que sufre desnutrición ve afectada su supervivencia y el buen funcionamiento y desarrollo de su cuerpo y de sus capacidades cognitivas e intelectuales.¹⁸ La desnutrición es un concepto diferente de la malnutrición, que incluye tanto la falta como el exceso de alimentos.¹⁹ De acuerdo a la gravedad del cuadro, dicha enfermedad puede ser dividida en primer, segundo y hasta tercer grado. En ocasiones, el trastorno puede ser leve y presentarse, sin síntomas, por una dieta inadecuada o mal balanceada. Sin embargo, hay otros casos más graves, en los que las consecuencias pueden llegar a ser irreversibles, ocasionados por trastornos digestivos y problemas de absorción. Significa que el cuerpo de una persona no está obteniendo los nutrientes suficientes. Esta condición puede resultar del consumo de una dieta inadecuada o mal balanceada, por trastornos digestivos, problemas de absorción u otras condiciones médicas.²⁰

De acuerdo con la OMS hay tres formas de desnutrición:

- **Desnutrición aguda:** cuando el puntaje Z del indicador P/T está por debajo de $-2DE$. Está asociada a pérdida de peso reciente o a incapacidad para ganar peso, dada en la mayoría de los casos por bajo

consumo de alimentos o presencia de enfermedades infecciosas ²¹. La desnutrición aguda se clasifica por su severidad en Desnutrición Aguda y Desnutrición Aguda Severa en ambos casos puede haber riesgo de muerte por desnutrición en función de los factores de riesgo asociados:

- **Desnutrición aguda:** Se determina cuando el puntaje Z del indicador Peso para la talla está por debajo de menos dos y por encima de menos tres desviaciones estándar y puede acompañarse de delgadez o emaciación moderada debido a la pérdida reciente de peso (También conocida como desnutrición aguda moderada).
- **Desnutrición aguda severa:** Se determina cuando el puntaje Z del indicador peso para la talla está por debajo de menos tres desviaciones estándar, también puede acompañarse de edemas bilaterales, emaciación grave y otros signos clínicos como la falta de apetito.
- **Retraso en talla:** cuando el puntaje Z del indicador T/E está por debajo de $-2DE$. Está asociado con baja ingesta prolongada de todos los nutrientes. Se presenta con mayor frecuencia en hogares con inseguridad alimentaria y bajo acceso a servicios de salud, agua y saneamiento básico. El retraso en talla es más severo si se inicia a edades tempranas, asociado a bajo peso materno, peso y talla bajos al nacer, prácticas inadecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria, y enfermedades infecciosas recurrentes.
- **Deficiencias de micronutrientes:** se presentan cuando las personas no tienen acceso o hábito de consumo de alimentos fuente de micronutrientes, como frutas, verduras, carnes y alimentos fortificados. Las deficiencias de micronutrientes aumentan el riesgo de enfermedades infecciosas como la diarrea, la malaria y la neumonía. La desnutrición aguda, el retraso en talla y las deficiencias de micronutrientes pueden coexistir en un mismo niño o niña.

Grados de desnutrición

- **Desnutrición grado I:** La desnutrición grado I o leve se da cuando el peso para la edad del niño es normal, pero el peso para la talla es bajo. Se trata de niños que a pesar de tener una talla normal, no han podido alcanzar un peso acorde para la misma.
- **Desnutrición grado II:** En cambio, se habla de desnutrición grado II o moderada, cuando el niño menor de un año posee un peso para la edad bajo. También se considera desnutrición moderada cuando los niños de 1 a 4 años poseen una relación baja de peso/talla.
- **Desnutrición grado III:** Por último, la desnutrición grado III o grave se produce si el niño menor de un año tiene un déficit del 40% o más del peso ideal para su edad. Además, se dice que es un cuadro de desnutrición grave, cuando el niño mayor de un año posee una reducción de la relación peso/talla de más del 30%, con respecto al percentilo ⁵⁰.

2.2.6. Valoración del estado nutricional

La valoración nutricional permite determinar el estado de nutrición de la persona, valorar las necesidades o requerimientos nutricionales y pronosticar los posibles riesgos de salud o algunas deficiencias que pueda presentar en relación con su estado nutricional.

La valoración del estado nutricional se basa en el estudio antropométrico.

Indicadores antropométricos

La antropometría es una de las mediciones cuantitativas más simples del estado nutricional; su utilidad radica en que las medidas antropométricas, son un indicador del estado de las reservas proteicas y de tejido graso del organismo. Se emplea tanto en niños como en adultos y los indicadores antropométricos nos permiten evaluar a los individuos directamente y comparar

sus mediciones con un patrón de referencia generalmente aceptado a nivel internacional y así identificar el estado de nutrición.

Estos son:

Peso para la talla: Es el peso que corresponde a un niño para la talla que tiene en el momento de la medición, el déficit de peso indica un adelgazamiento, mide la desnutrición aguda.

- $P/T > 120$ Obesidad
- $P/T 110 < 120$ Sobrepeso
- $P/T 90 < 110$ Normal
- $P/T 80 < 90$ Desnutrición aguda leve
- $P/T 70 < 80$ Desnutrición aguda moderada

Talla para la edad: El crecimiento en talla es más lento que el peso, las deficiencias en talla tienden a ser también lentas y a tomar más tiempo para recuperarse. A mayor déficit nutricional, mayor cronicidad de la desnutrición, este índice mide la desnutrición crónica.

- $T/E > 100$ Más grande de lo normal
- $T/E 95 < 100$ Normal
- $T/E 90 < 95$ Retardo en el crecimiento
- $T/E 85 < 90$ Retardo del crecimiento moderado
- $T/E < 85$ Retardo del crecimiento severo

Peso para la edad: Es un indicador primario que corresponde a la relación entre el peso real de un niño y su peso teórico normal expresado en porcentaje; se utiliza para medir la desnutrición global.

Utilizando el indicador de peso para la edad podemos saber si el niño tiene o ha tenido adelgazamiento y/o retardo en el crecimiento.

- P/E > 120 Obesidad
- P/E 110 < 120 Sobrepeso
- P/E 90 < 110 Normal
- P/E 80 < 90 Desnutrido I
- P/E 70 < 80 Desnutrido II
- P/E < 70 Desnutrido III

Antropometría nutricional

Se basa en el estudio de un reducido número de medidas somáticas. Las medidas antropométricas de mayor utilidad son el peso, la talla.

Peso: Es un indicador global de la masa corporal, Para pesar al niño, se realizará cuando este se encuentre en ayunas, para obtener un peso exacto, y se contará con una balanza, la cual será calibrada después de pesar a cada niño; el niño procederá a retirarse la ropa y se le pedirá que suba a la balanza en la parte central y se coloque en posición firme evitando el movimiento, y se procederá a pesar al niño.

Talla: Es el parámetro más importante para el crecimiento en longitud, pero es menos sensible que el peso a las deficiencias nutricionales; por eso solo se afecta en las carencias prolongadas, sobre todo si se inicia en los primeros años de vida, y generalmente sucede en los países en vías de desarrollo.

Índice de Masa Corporal: El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).²²

2.2.7 Situación actual de la desnutrición infantil en el Perú.

Entre los indicadores que se evalúan en el niño menor de cinco años, la desnutrición crónica infantil constituye uno de los principales problemas de Salud Pública en el Perú, que afecta negativamente al individuo a lo largo de su vida, limita el desarrollo de la sociedad y dificulta la erradicación de la pobreza. Lo reportado por nuestro sistema de información, indica que durante el periodo 2009 al 2016 la desnutrición crónica en el menor de cinco años (OMS) ha tenido una reducción de 7,2%, y para el año 2016 la prevalencia fue de 18,0%. Con respecto a la desnutrición global, ha presentado una disminución en el último año de 0,4%, pero para el periodo 2009 al 2016 mantuvo una disminución de 1,2 puntos porcentuales, luego de tener un aumento de 1 punto en el 2015. El indicador de desnutrición aguda, venía disminuyendo lentamente y constante desde el 2009, pero se mantiene estable en los últimos tres años, con una proporción, en el 2016, de 1,4%. Los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar primer semestre ENDES 2017, muestran una tendencia de disminución del nivel de la desnutrición crónica en el país, pasando de 13,5% en el año 2012 a 9,3% en el primer semestre 2017, de 18,1% a 13,0%, en el mismo periodo. En el área rural, con ambos Patrones Internacionales de Referencia, el nivel de desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años de edad continúa descendiendo. Entre los años 2012 y el primer semestre 2017, se reduce en 5,1 puntos porcentuales con el patrón de referencia NCHS, de 24,6% a 19,5% y en 6,5 puntos porcentuales con el patrón OMS, de 31,9% a 25,4%; observándose diferencias significativas en el nivel de desnutrición crónica con ambos patrones de referencia. En el área urbana, el nivel de desnutrición crónica fue 5,5% en el primer semestre 2017 con el patrón de referencia NCHS. Teniendo como referencia el patrón OMS, la desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años de edad se estimó en 8,4%. Precisamente en esta investigación se pretende mostrar con datos empíricos que la desnutrición infantil en niños de 6 meses a 5 años de edad, está asociada de manera significativa a criterios de tipo cultural, no solo a factores de pobreza y socioeconómicos⁴

2.2.8. La desnutrición según Regiones del Perú

En la siguiente nota, un análisis de la situación de la primera infancia, en temas fundamentales como desnutrición y anemia, en las ocho regiones que forman la Mancomunidad de los Andes (Apurímac, Ayacucho, Huancavelica e Ica) y la Mancomunidad del Qhapaq Ñan Nor Amazónico (Amazonas, Cajamarca, La Libertad y San Martín), que recientemente realizaron el I Encuentro de Mancomunidades Regionales del Perú.

2.2.9. Teorías de enfermería relacionada al problema

Virginia Henderson “Teoría de las necesidades básicas Humanas” Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias. Las siguientes catorce necesidades fundamentales de orden bio - psicosocial:

- 1) Necesidad de respirar.
- 2) Necesidad de beber y comer.
- 3) Necesidad de eliminar.
- 4) Necesidad de moverse y mantener una buena postura.
- 5) Necesidad de dormir y descansar.
- 6) Necesidad de vestirse y desvestirse.
- 7) Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
- 8) Necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.

- 9) Necesidad de evitar los peligros.
- 10) Necesidad de comunicarse.
- 11) Necesidad según sus creencias y sus valores.
- 12) Necesidad de ocuparse para realizarse.
- 13) Necesidad de recrearse.
- 14) Necesidad de aprender. Esta teoría sobre las necesidades básicas humanas guarda relación con el trabajo de investigación porque una de las necesidades básicas es la alimentación ya que es un elemento esencial para mantener el estado nutricional libre de alteraciones en los niños.²³

2.3. Definición de términos

- **Anemia nutricional:** Es una enfermedad de la sangre que se caracteriza por la deficiencia de hierro y presenta síntomas que alteran el rendimiento intelectual y físico de quienes la padecen.
- **Alimentación complementaria:** Uso de alimentos sólidos o semisólidos seguros, suficientes y adecuados a la edad, además de la leche materna o de preparaciones para lactantes.
- **Alimentos compuestos:** Mezclas de cereales molidos y otros ingredientes como legumbres, leche desnatada en polvo y, posiblemente, azúcar y aceite.
- **Anemia:** Caracterizada por la reducción de los niveles de hemoglobina o de los glóbulos rojos, que dificulta la llegada de oxígeno a los tejidos del organismo, la anemia es causada por la ingesta insuficiente o la mal absorción de hierro, folato, vitamina B12 y otros nutrientes.
- **Antropometría:** La antropometría es el uso de mediciones corporales como el peso, la estatura y el perímetro braquial, en combinación con la

edad y el sexo, para evaluar el crecimiento o la falta de crecimiento.

- **Cultura alimentaria:** Se refiere a prácticas, conocimientos, valores y creencias alrededor del consumo alimentario, conceptos y significados de por qué, dónde y cuándo es que se come, los actores y roles sociales sobre la alimentación y salud del niño, la dimensión simbólica del alimento y los sistemas alimentarios.
- **Desnutrición:** Es la ingesta o absorción insuficiente de energía, proteínas o micronutrientes, que a su vez causa una deficiencia nutricional.
- **Desnutrición crónica:** Es aquella desnutrición que se caracteriza por presentar retardo de crecimiento en niños debido a un largo periodo de escasas de nutrientes. Se mide como talla para la edad.
- **Desnutrición aguda:** También llamada “emaciación”, la desnutrición aguda se caracteriza por un rápido deterioro del estado nutricional en un breve período. En los niños, puede medirse usando el índice nutricional de peso por estatura o el perímetro braquial. Existen diferentes grados de desnutrición aguda: la desnutrición aguda moderada y la desnutrición aguda grave.
- **Desnutrición aguda grave:** Estado patológico resultante de una dieta deficiente en uno o varios nutrientes esenciales o de una mala asimilación de los alimentos. Desnutrición aguda es deficiencia de peso para altura (P/A). Delgadez extrema.
- Resultado de la deficiencia reciente (a corto plazo) de proteínas, energía, minerales y vitaminas que provocan la pérdida de tejido graso y muscular. La desnutrición aguda se presenta con emaciación (bajo peso para la estatura) y/o edema (retención de agua en los tejidos).

- **Desnutrición moderada:** Definida como un peso para la estatura de menos dos a menos tres desviaciones estándar del peso promedio para la estatura para la población de referencia.
- **Kwashiorkor:** Forma clínica de desnutrición aguda severa resultante de la deficiencia proteico-energética, caracterizada por la presencia de edema (hinchazón). Los niños con kwashiorkor típicamente presentan edema bilateral con fóvea, reducción de la grasa y el tejido muscular, lesiones en la piel (dermatosis) y frecuentes infecciones en la piel, además de estar apáticos y letárgicos.
- **Marasmo:** Es una forma clínica de desnutrición aguda caracterizada por el adelgazamiento grave o la emaciación. Los niños con marasmo son extremadamente delgados, típicamente presentan una pérdida importante de grasa y masa muscular, así como piel fina y flácida, y son irritables.

2.4. Hipótesis de la investigación

2.4.1. Hipótesis General

Existe una relación inversa entre la cultura alimentaria de los padres y el estado de desnutrición de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018.

2.4.2. Hipótesis Específicas

HE 1: Existe una relación inversa entre los niveles de hábitos de consumo de alimentarios de los padres y la desnutrición leve de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018.

HE 2: Existe una relación inversa entre los niveles de preferencia de alimentos nutritivos de los padres y la desnutrición moderada

de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018.

HE3: Existe una relación inversa entre los niveles de conocimientos del valor nutritivo de los alimentos de los padres y la desnutrición severa de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, Febrero 2018.

2.5. Variables

Variable Independiente

Cultura alimentaria de los padres.

Indicadores:

- X1: Niveles de hábitos de consumo de alimentos
- X2: Niveles de preferencia de alimentos nutritivos
- X3: Niveles de conocimiento del valor nutritivo de los alimentos.

Variable Dependiente

Estado de desnutrición del niño

Indicadores:

- Y1: Desnutrición leve
- Y2: Desnutrición moderada
- Y3: Desnutrición severa

2.5.1 Definición conceptual de la variable

Cultura alimentaria de los padres de los niños: Modelos alimentarios y nutricionales que forman parte de la herencia cultural de todos los

grupos de personas y pueblos. El concepto también se refiere a las formas de cultivar, cosechar y preparar los alimentos y a los ritos o celebraciones asociados.

Estado desnutrición de los niños de 6 meses a 5 años: Estado de desnutrición es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Evaluación del estado nutricional será por tanto la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar.

2.5.2 Definición operacional de la variable

Cultura alimentaria de los padres de los niños: Conjunto de conocimientos, hábitos, valores que los padres de familia de los niños tienen sobre los alimentos y la alimentación, determinado mediante un cuestionario.

Estado desnutrición de los niños de 6 meses a 5 años: Niveles de desnutrición que los niños de la muestra tienen, establecidos mediante los criterios técnicos manejados por los organismos de salud.

2.5.3. Operacionalización de las variables

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
Cultura alimentaria de los padres de los niños.	Modelos alimentarios y nutricionales que forman parte de la herencia cultural de todos los grupos de personas y pueblos. El concepto también se refiere a las formas de cultivar, cosechar y preparar los alimentos y a los ritos o celebraciones asociados. (FAO, 2009)	Conjunto de conocimientos, hábitos, valores que los padres de familia de los niños tienen sobre los alimentos y la alimentación, determinado mediante un cuestionario.	X1: Niveles de hábitos de consumo de alimentos. X2: Niveles de preferencia de alimentos nutritivos. X3: Niveles de conocimiento del valor nutritivo de los alimentos.	Puntaje categorizado de los hábitos de consumo de alimentos: MB, B, R, D y MD. Puntaje categorizado de la preferencia de alimentos nutritivos: MB, B, R, D y MD. Puntaje categorizado del conocimiento del valor nutritivo de los alimentos: MB, B, R, D y MD.	Escala Interval.
Estado desnutrición de los niños de 6 meses a 5 años.	Estado de desnutrición es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Evaluación del estado nutricional será por tanto la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar (Bueno y Sarría, 1995).	Niveles de desnutrición que los niños de la muestra tienen, establecidos mediante los criterios técnicos manejados por los organismos de salud.	Y1: Desnutrición leve. Y2: Desnutrición moderada. Y3: Desnutrición severa.	antropometría P/E – 2 DE P/E – 3 DE P/E – 4 DE	Escala Interval.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo y nivel de investigación

3.1.1. Tipo de estudio

Según su finalidad esta investigación es básica, porque trata de determinar el tipo de relación existente entre la cultura alimentaria de los padres y la desnutrición infantil en niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, Febrero del 2018.

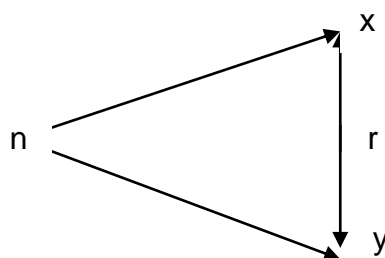
3.1.2. Nivel de investigación

Por el nivel de profundidad es una investigación correlacional, de corte transversal.

3.1.3. Diseño de investigación

Tomando en cuenta que el diseño, es una estructura gráfica que toma el investigador para representar el control las variables, el diseño seleccionado de acuerdo con la naturaleza del problema, es el diseño descriptivo correlacional.

Este diseño se representa de la siguiente manera ²⁴



Donde:

n : Muestra seleccionada

X: Variable cultura alimentaria de los padres

Y: Variable estado de desnutrición

r : Coeficiente de correlación.

De acuerdo con este diseño se midió la variable cultura alimentaria de los padres, luego los resultados obtenidos se correlacionaron con la variable estado de desnutrición de los niños de 6 meses a 5 años edad de la muestra.

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

De acuerdo con la información disponible, la población estimada se constituye de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en los consultorios externos del “Hospital Regional de Ica”, en el mes de febrero del 2018, que hacen un total de 160 niños.

3.2.2 Muestra

La muestra de estudio se compone de 100 niños ubicados en los diferentes niveles de desnutrición.

$$n = \frac{Z^2 \times N \times P \times Q}{E^2(N - 1) + Z^2 \times P \times Q}$$

Donde:

n = Muestra.

N: Población.

Z: Nivel de confianza adoptado.

E: Error muestral.

P: Porcentaje de la población que tiene el atributo deseado. ⁽⁵⁰⁾

Q: Porcentaje de la población que no tiene el atributo deseado ⁽⁵⁰⁾

Procesando esta fórmula tenemos:

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 160 \times 50 \times 50}{6^2 (160 - 1) + (1.96)^2 \times 50 \times 50}$$

$$n = \frac{3.84 \times 160 \times 2500}{36 (159) + 3.84 \times 2500}$$

$$n = \frac{1536000}{15324}$$

$$n = 100 \times 2$$

$$n = 100$$

La elección de esta muestra se ha efectuado mediante el muestreo no probabilístico o intencionado.

3.3. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

3.3.1. Técnicas

Las técnicas de recolección de datos empleados en esta investigación son las siguientes:

- a) La observación.

b) La encuesta.

3.3.2. Instrumentos

Los instrumentos empleados en esta investigación son los siguientes:

- a) Cuestionario: Es un instrumento elaborado y empleado para recoger información sobre la cultura alimentaria de los padres de los niños de 6 meses a 5 años seleccionados como muestra. Se empleará 3 modelos de cuestionario, cada uno de los cuales se compone de 10 preguntas.
- b) Ficha clínica nutricional: Es otro instrumento tomado en cuenta de acuerdo con los estándares de la OMS y empleado para determinar el estado de nutrición de los niños, atendidos en el hospital para el diagnóstico, cuando los padres acuden a las consultas. Esta ficha del estado nutricional permite el diagnóstico de la desnutrición tomando como referencia el peso y la talla de los niños y niñas de acuerdo con los parámetros de la OMS. Estos parámetros se presentan en anexos de este proyecto.

3.4. Plan de recolección y procesamiento de datos

Método de análisis de datos

El diseño estadístico para la validación de las hipótesis sigue el siguiente procedimiento: De acuerdo con el Diseño seleccionado y empleado una vez concluida la recolección de los datos, se procedió a someter al grupo a una evaluación pre test para determinar el tipo de relación existente entre las variables estudiadas.

Como referencia se empleará las siguientes fórmulas:

Para media aritmética:

$$\bar{X} = \frac{f \cdot X}{n}$$

Fórmula para calcular la desviación estándar:

Desviación estándar σ

$$\sigma = \sqrt{\frac{1}{N-1} \sum_{i=1}^N (x_i - \bar{x})^2}$$

Finalmente se empleará el coeficiente de correlación de Pearson para datos agrupados, para determinar el tipo de relación entre las variables estudiadas:

$$r = \frac{N \sum n_{xy} d_x d_y - (\sum n_x d_x)(\sum n_y d_y)}{\sqrt{[n \sum n_x d_x^2 - (\sum n_x d_x)^2][n \sum n_y d_y^2 - (\sum n_y d_y)^2]}}$$

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. Descripción de los resultados obtenidos

Por el tipo de investigación y en función de las variables de estudios con sus correspondientes dimensiones e indicadores, en este trabajo de investigación la descripción de los resultados se realizará teniendo en cuenta los instrumentos de recolección de datos empleados, así como teniendo en cuenta los datos necesarios para relacionar de las variables de cada hipótesis.

Las variables de estudio se refieren a la cultura alimentaria (X) y el estado de desnutrición (Y) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018 en cada caso se han considerado las siguientes dimensiones:

- Cultura alimentaria de los padres.

Dimensiones:

X1: Niveles de hábitos de consumo de alimentos.

X2: Niveles de preferencia de alimentos nutritivos.

X3: Niveles de conocimiento del valor nutritivo de los alimentos.

- Estado de desnutrición del niño

Dimensiones:

Y1: Desnutrición leve.

Y2: Desnutrición moderada.

Y3: Desnutrición severa.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos con cada uno de los instrumentos en los siguientes cuadros.

4.1.1. Hábitos de consumo de alimentos de los padres (x1) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018.

Los resultados obtenidos y categorizados sobre la variable hábitos de consumo de alimentos se presentan en el siguiente cuadro:

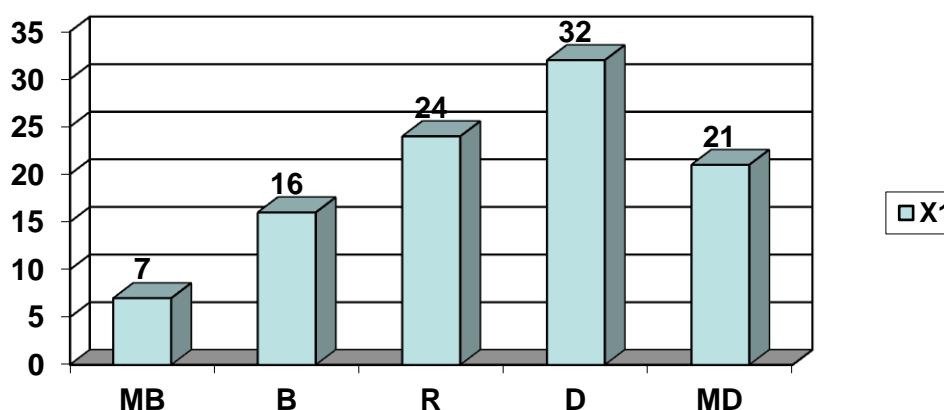
Cuadro N° 01

Nivel de hábitos de consumo de alimentos de los padres (X1) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018.

NIVELES	NIVEL	X'	F	FP	Sumatoria X	\bar{X}
Muy bueno 42 – 50 pts.	I	46	7	7%	305	43.5
Bueno 34 – 41 pts.	II	37.5	16	16%	596	37.2
Regular 26 – 33 pts.	III	29.5	24	24%	684	28.5
Deficiente 18 – 25 Pts.	IV	21.5	32	32%	743	23.2
Muy deficiente 10 – 17 Pts.	V	13.5	21	21%	305	14.5
TOTAL	-	-	100	100%	2633	26.3

Gráfico N° 01

Distribución porcentual de los hábitos de consumo de alimentos de los padres de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018. (X1), por niveles.



Leyenda:

MB = Muy bueno. **B** = Bueno. **R** = Regular. **D** =deficiente. **MD** = Muy deficiente.

Análisis e interpretación del cuadro N° 01

Este cuadro contiene el Nivel de hábitos de consumo de alimentos de los padres (X1) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018, que en ha considerado como una de las dimensiones de la cultura alimentaria, distribuidos en 5 categorías consideradas de acuerdo con los puntajes obtenidos con el cuestionario modelo A.

Según estos resultados, en el I nivel, que corresponde a un nivel muy bueno de hábitos de consumo de alimentos de los padres, se ubicaron 7 padres que hacen un 7% del total con una media aritmética de 43.5 puntos; en el II nivel que corresponde a nivel bueno, se ubicaron 16 padres que constituyen un 16% con una media aritmética de 37.2 puntos; en el III nivel se encuentra 24 padres, que hacen el 24% del total, con una media aritmética de 28.5 puntos y se caracterizan por que corresponde a al nivel medio o regular; en el IV nivel se encuentran 32 padres que constituyen el 32% del total, con una media aritmética de 23.2 puntos y se caracterizan por un nivel deficiente; y

finalmente, en el V nivel se ubicaron 21 padres de familia que constituyen el 21% del total, y tienen una media aritmética de 14.5 puntos y se caracterizan por que tienen muy deficiente hábito de consumo de alimentos.

Esta distribución de frecuencias servirá también para relacionar con la variable Y1.

4.1.2. Niveles de preferencia de alimentos nutritivos (x2) de los padres de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018

La segunda dimensión considerada para el diagnóstico de la cultura alimentaria es el nivel de preferencia de alimentos nutritivos (X2) de los padres de los niños de 6 meses a 5 años de edad, atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018.

Siguiendo el mismo procedimiento empleado en la variable X1, en este caso también se ha buscado ubicar a cada uno de los padres en una de las 5 categorías establecidas de antemano, de acuerdo con las escalas de calificación del instrumento empleado que en este caso es el Cuestionario modelo B.

Estas categorías son:

I: Muy bueno.

II: Bueno.

III: Regular.

IV: Deficiente.

V: Muy deficiente.

La distribución de frecuencias en cada una de estas categorías de la variable X2 se presenta en el cuadro siguiente:

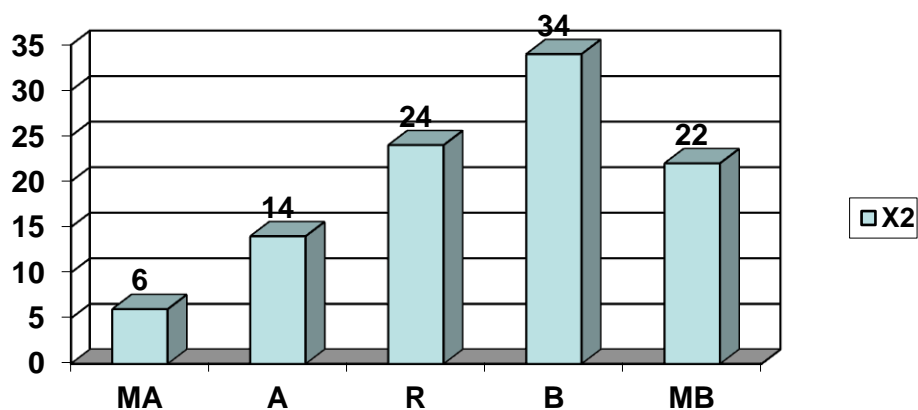
Cuadro N° 02

Niveles de preferencia de alimentos nutritivos por los padres de familia (X2) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018.

NIVELES	NIVEL	X'	F	FP%	Sumatoria X	\bar{X}
Muy Alta 42 – 50 pts.	I	46	6	6%	266	44.3
Alta 34 – 41 pts.	II	37.5	14	14%	538	38.4
Medio 26 – 33 pts.	III	29.5	24	24%	668	27.8
Baja 18 – 25 pts.	IV	21.5	34	34%	810	23.8
Muy baja 10 – 17 pts.	V	13.5	22	22%	317	14.4
TOTAL	-	-	100	100%	2599	25.9

Gráfico N° 02

Distribución porcentual de la preferencia de alimentos nutritivos por los padres (X2) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018, por niveles.



Leyenda:

MA = Muy alto. A = Alto. R = Regular. B = Bajo. MB = Muy Bajo.

Interpretación del cuadro N° 02

Este cuadro N° 2 contiene el nivel de preferencia de alimentos nutritivos (X2) por los padres de familia de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018.

Para facilitar la relación posterior con la variable Y2, los resultados obtenidos se han distribuido en las V categorías consideradas de acuerdo con los puntajes obtenidos con el correspondiente instrumento de recolección de datos, que en este caso es el cuestionario modelo B.

Según estos resultados, en el I nivel, que corresponde a un nivel muy alto de preferencia de alimentos nutritivos de los padres, se ubicaron 6 padres que hacen un 6% del total con una media aritmética de 44.3 puntos; en el II nivel que corresponde a nivel bueno, se ubicaron 14 padres que constituyen un 14% con una media aritmética de 38.4 puntos; en el III nivel se encuentra 24 padres, que hacen el 24% del total, con una media aritmética de 27.8 puntos y se caracterizan por que corresponde a al nivel medio o regular; en el IV nivel se encuentran 34 padres que constituyen el 34% del total, con una media aritmética de 23.8 puntos y se caracterizan por un nivel deficiente; y finalmente, en el V nivel se ubicaron 22 padres de familia que constituyen el 22% del total, y tienen una media aritmética de 14.4 puntos y se caracterizan por que tienen muy deficiente hábito de consumo de alimentos.

Esta distribución de frecuencias servirá también para relacionar con la variable Y2.

4.1.3. Niveles de conocimiento del valor nutritivo de los alimentos (x3) de los padres de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018.

La tercera dimensión considerada para la determinación la cultura alimentaria de los padres de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018, es el nivel de conocimiento de los padres del valor nutritivo de los alimentos (X3), que en este caso fue determinado por el cuestionario modelo C.

Los resultados obtenidos expresados en los correspondientes puntajes, han permitido ubicar a cada uno de los padres en uno de los 5 niveles considerados.

Los niveles considerados son los siguientes:

I: Muy alto.

II: Alto nivel.

III: Medio.

IV: Bajo.

V: Muy bajo nivel.

La distribución de frecuencias en cada una de estas categorías de la variable X3 se presenta en el cuadro siguiente:

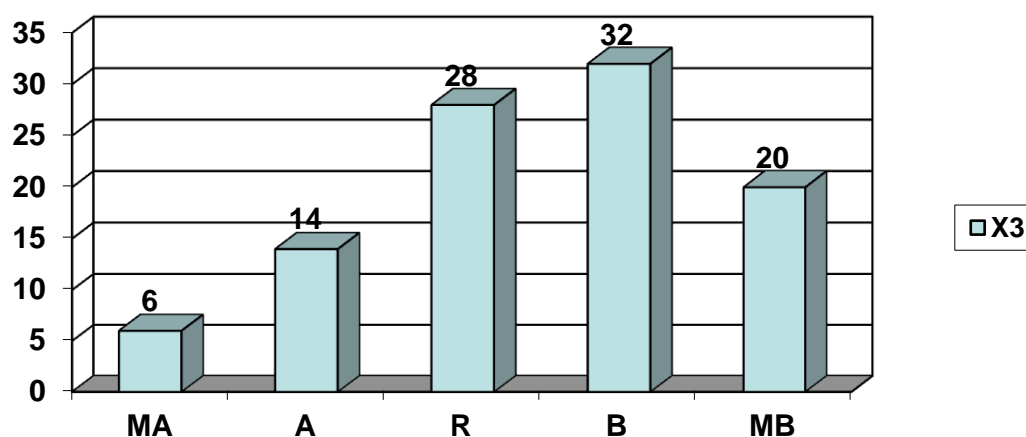
Cuadro N° 03

Niveles de conocimiento del valor nutritivo de los alimentos de los padres (X3) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018.

NIVELES	NIVEL	X'	F	FP%	Sumatoria X	\bar{X}
Muy Alta 42 – 50 pts.	I	46	6	6%	255	44.5
Alta 34 – 41 pts.	II	37.5	14	14%	535	38.2
Medio 26 – 33 pts.	III	29.5	28	28%	778	27.7
Baja 18 – 25 Pts.	IV	21.5	32	32%	752	23.5
Muy baja 10 – 17 Pts.	V	13.5	20	20%	282	14.1
TOTAL	-	-	100	100%	2602	25.02

Gráfico N° 03

Distribución porcentual del conocimiento del valor nutritivo de los alimentos de los padres (X3) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018, por niveles



Leyenda:

MA = Muy alto. A = Alto. M = Medio. B = bajo. MB = Muy bajo.

Interpretación del cuadro N° 03

Este cuadro N° 3 contiene el nivel de conocimiento del valor nutritivo de los alimentos (X3) de los padres de familia de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018.

Para facilitar la relación posterior con la variable Y3, los resultados obtenidos se han distribuido en las V niveles consideradas de acuerdo con los puntajes obtenidos con el correspondiente instrumento de recolección de datos, que en este caso es el cuestionario modelo C.

Según estos resultados, en el I nivel, que corresponde a un nivel muy alto de preferencia de alimentos nutritivos de los padres, se ubicaron 6 padres que hacen un 6% del total con una media aritmética de 44.5 puntos; en el II nivel que corresponde a nivel bueno, se ubicaron 14 padres que constituyen un 14% con una media aritmética de 38.2 puntos; en el III nivel se encuentra 28 padres, que hacen el 28% del total, con una media aritmética de 27.7 puntos y se caracterizan por que corresponde a al nivel medio o regular; en el IV nivel se encuentran 32 padres que constituyen el 32 % del total, con una media aritmética de 23.5 puntos y se caracterizan por un nivel deficiente; y finalmente, en el V nivel se ubicaron 20 padres de familia que constituyen el 20% del total, y tienen una media aritmética de 14.1 puntos y se caracterizan por que tienen muy deficiente hábito de consumo de alimentos.

Esta distribución de frecuencias servirá también para relacionar con la variable Y3.

4.1.4. Desnutrición leve (y1) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018.

El estado de desnutrición como una de las variables de estudio de esta investigación tiene 3 dimensiones tomados en cuenta en esta investigación.

Estas dimensiones son:

Y1: Desnutrición leve.

Y2: Desnutrición moderada.

Y3: Desnutrición severa.

Para el procesamiento de los datos obtenidos al aplicar el instrumento correspondiente para la medición de la variable Y1, que en este caso fue la ficha clínica, se ha tomado en cuenta el siguiente procedimiento:

A cada grupo de padres de familia ubicados en cada categoría o nivel de la variable X, X2 y X3, se procedió a evaluar el estado de desnutrición de sus hijos menores de 5 años atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, para lo que se ha tomado en cuenta los siguientes niveles o categorías de Y:

I: S: Sobrepeso

II: N: Normal.

III: DL: Desnutrición Leve

IV: DM: Desnutrición moderada.

V: DS: Desnutrición severa.

Dichos resultados se presentan en el cuadro siguiente

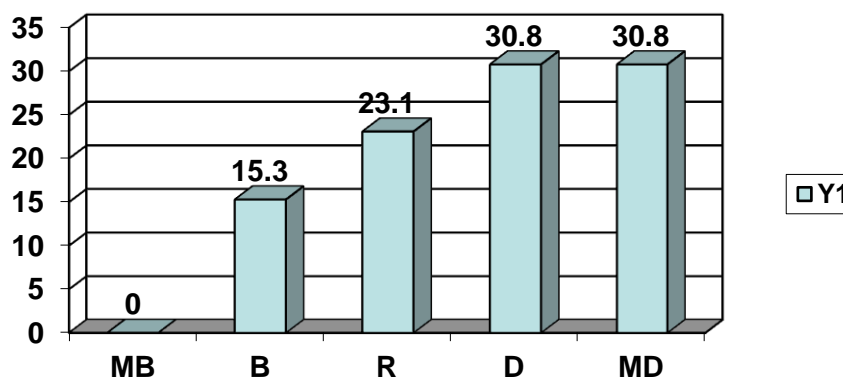
Cuadro N° 04

Desnutrición leve (Y1) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018, según niveles de hábitos de consumo de alimentos (X1).

VARIABLE X1				VARIABLE Y1								
NIVEL	X'	f	\bar{X}		S +105	N 90- 100	DL 89- 80	DM 79- 70	DS 69- 60	Sumato- Ria Y ₁	DL %	\bar{Y}_1
I 42-50 Pts.	46	7	43.5		1	6	0			0	0	0
II 34-41 Pts.	37.5	16	37.2		2	12	2			171	15.3	85.5
III 26-33 pts.	29.5	24	28.5		3	16	3	2		247	23.1	82.3
IV 18-25 pts.	21.5	32	23.2		1	26	4	1		325	30.8	81.2
V 10-17 Pts.	13.5	21	14.5		2	12	4	2	1	320	30.8	80.0
				Y'	102	95	85	75	65	-		
TOTAL %	-	100	26.6 100		9 9%	72 72%	13 13%	5 5%	1 1%	1063	100%	81.7

Gráfico N° 04

Distribución porcentual de la desnutrición leve (Y1) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018, según niveles de hábitos de consumo de alimentos(X1).



Leyenda:

MB = Muy bueno. B = Bueno. R = Regular. D = Deficiente MD = Muy deficiente

Interpretación del cuadro N° 04

En el cuadro N° 04 se presenta la distribución de la desnutrición leve (Y1) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018, según niveles de hábitos de consumo de alimentos (X1); es decir la distribución de los 13 niños con desnutrición leve diagnosticadas en los 5 niveles de la variable hábitos de consumo de alimentos de los padres.

Según los datos del cuadro N° 04, en el I nivel, caracterizado por corresponder al nivel Muy bueno de hábitos de consumo de alimentos, ningún niño se ha ubicado.

En el II nivel que corresponde a nivel alto de hábitos de consumo de alimentos se ubicaron 2 niños, que constituyen un 15.3 % del total de niños con estado de desnutrición. En el III nivel que corresponde a un nivel medio de hábitos de consumo de alimentos se ubicaron 3 niños, que constituyen un 23.1% del total de niños con estado de desnutrición leve. En el IV nivel que corresponde a un nivel deficiente de hábitos de consumo de alimentos se ubicaron 4 niños, que constituyen un 30.8% del total de niños con estado de desnutrición leve. Y finalmente, en el V nivel que corresponde a un nivel muy deficiente de hábitos de consumo de alimentos se ubicaron 4 niños, que constituyen un 30.8% del total de niños con estado de desnutrición leve.

Como se observa en este cuadro, entre las variables X1 y Y1 existe una relación positiva como se demostrará en prueba de hipótesis, ya que a mayor nivel de hábitos de consumo de alimentos le corresponde nula desnutrición leve de los niños y contrariamente a un nivel deficiente de hábitos de consumo de alimentos, le corresponde mayor desnutrición leve.

4.1.5. Desnutrición moderada (y2) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018.

Como se ha indicado anteriormente, la desnutrición moderada (Y2) es una dimensión del estado de desnutrición y en este trabajo se busca correlacionar con la variable cultura alimentaria.

El procesamiento de los datos relacionados con la desnutrición moderada de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018, obtenidos con la ficha clínica empleada, se ha realizado de la siguiente manera:

A cada grupo de padres de familia ubicados en cada categoría o nivel de la variable cultura alimentaria, se procedió a evaluar a sus hijos menores de 5 años, identificándose los siguientes tipos:

I: S: Sobrepeso

II: N: Normal.

III: DL: Desnutrición Leve

IV: DM: Desnutrición moderada.

V: DS: Desnutrición severa.

Identificada a los 5 niños con desnutrición moderada (DM) se ubicó en las diferentes categorías o niveles de cultura alimentaria, tal como se muestra en el siguiente cuadro:

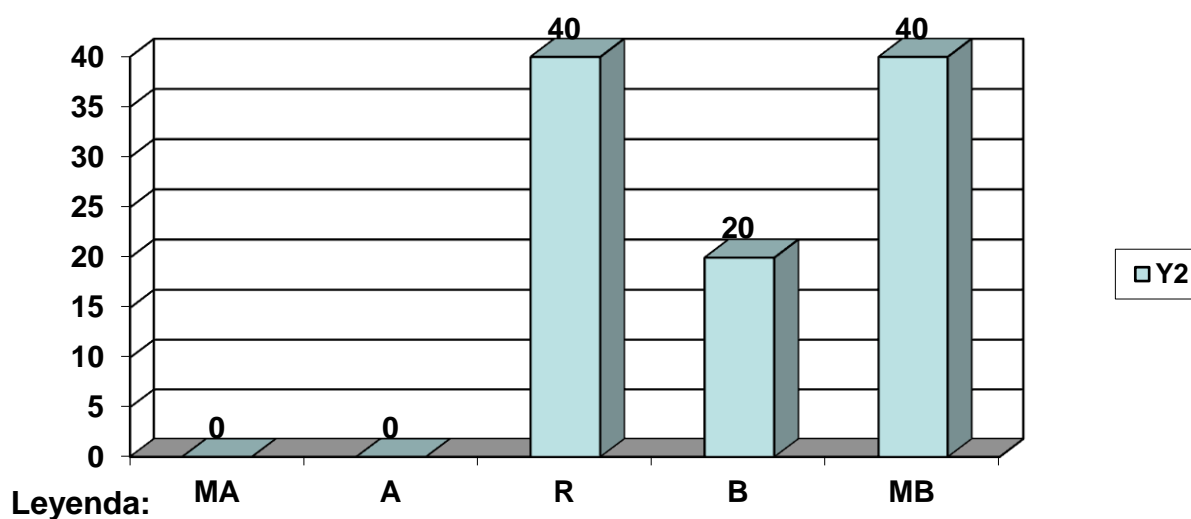
CUADRO N° 05

Desnutrición Moderada (Y2) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018, según niveles de preferencia de alimentos nutritivos de los padres (X2).

VARIABLE X2				VARIABLE Y2 (T)								
NIVEL	X'	f	\bar{X}		S +105	N 90- 100	DL 89- 80	DM 79- 70	DS 69- 60	Sumato- Ria Y ₂	DM_ %	Y ₂
I 42-50	46	6	44.3		1	6	1			0	0	0
II 34-41	37.5	14	38.4		2	12	2			0	0	0
III 26-33	29.5	24	27.8		3	16	3	2		153	40	76.5
IV 18-25	21.5	34	23.8		1	26	4	1		75	20	75
V 10-17	13.5	22	14.4		2	12	3	2	1	71	40	71
				Y'	102	95	85	75	65	-	-	-
TOTAL %	-	100	25.9 100		9 9%	72 72%	13 13%	5 5%	1 1%	8386 100%	100%	

Gráfico N° 05

Distribución porcentual de la desnutrición Moderada (Y2) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018, según niveles de preferencia de alimentos nutritivos de los padres (X2).



MA = Muy alto. A = Alto. R = Regular. B = Bajo. MB = Muy Bajo.

Interpretación del Cuadro N° 05

En este cuadro N° 05 se presenta la distribución de la desnutrición moderada (Y2) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018, según niveles de preferencia de alimentos nutritivos de sus padres (X2); es decir se ubicó a los 5 niños con desnutrición moderada en cada una de los niveles de X2 según el puntaje obtenido.

De este modo, según los datos del cuadro N° 05, en el I y II nivel, caracterizado por corresponder al nivel Muy alto y alto nivel de preferencia de alimentos nutritivos, ningún niño se ha ubicado.

En el III nivel que corresponde a nivel medio de preferencia de alimentos nutritivos se ubicaron 2 niños, que constituyen un 40 % del total de niños con estado de desnutrición moderada.

En el IV nivel que corresponde a un nivel bajo de preferencia de alimentos nutritivos se ubicó 1 niño, que constituyen un 20% del total de niños con estado de desnutrición moderada.

En el V nivel que corresponde a un nivel muy bajo de preferencia de alimentos nutritivos se ubicaron 2 niños que constituyen un 40% del total de niños con estado de desnutrición moderada.

Como se observa en este cuadro, entre las variables X2 y Y2 existe una relación positiva ya que todos los niños con desnutrición moderada, se ubicó en los niveles de regular, bajo y muy bajo de preferencia de alimentos nutritivos.

4.1.6. Desnutrición severa (y2) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018.

Para este caso de desnutrición severa (DS) se presenta el siguiente cuadro procesado de la misma manera que en la desnutrición moderada.

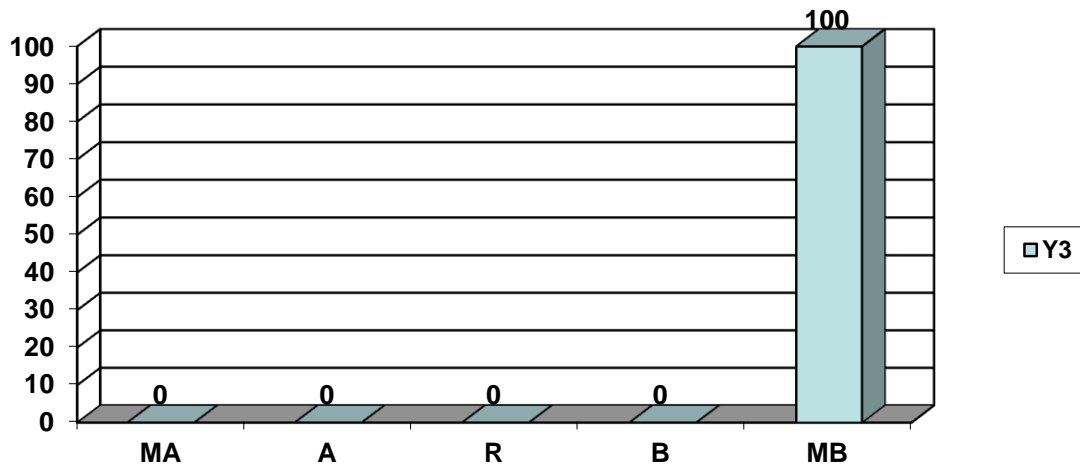
CUADRO N° 06

Desnutrición severa (Y3) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018, según niveles de conocimiento del valor nutritivo de los alimentos (X3).

VARIABLE X3				VARIABLE Y3								
NIVEL	X'	f	\bar{X}		S +105	N 90- 100	DL 89- 80	DM 79- 70	DS 69- 60	Sumato- Ria Y ₃	DS %	\bar{Y}_3
I 42-50	46	6	44.5		1	6	0			0	0	0
II 34-41	37.5	14	38.2		2	12	2			0	0	0
III 26-33	29.5	28	27.7		3	16	3	2		0	0	0
IV 18-25	21.5	32	23.5		1	26	4	1		0	0	0
V 10-17	13.5	20	14.1		2	12	4	2	1	62	100	62
				Y'	102	95	85	75	65	-		
TOTAL %	-	100	25.02 100		9 9%	72 72%	13 13%	5 5%	1 1%	7975 100%	100%	

Gráfico N° 06

Distribución porcentual de la desnutrición severa (Y3) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018, según niveles de conocimiento del valor nutritivo de los alimentos (X3).



Leyenda:

MA = Muy alto. **A** = Alto. **R** = Regular. **B** = Bajo. **MB** = Muy Bajo.

Interpretación del cuadro N° 06

Según los datos presentados en el cuadro N° 6, del total de niños observados solamente se diagnosticó a un niño con desnutrición severa.

Este niño con desnutrición severa (Y3) procedía de un hogar en que los padres de familia de muy bajo nivel de conocimiento del valor nutritivo de los alimentos, de allí se deduce que el estado de desnutrición severa se encuentra asociada a este bajo nivel de conocimiento del valor nutritivo de los alimentos, además de otros factores que no son parte de esta investigación.

4.2. Prueba de las hipótesis correlacionales

Habiendo presentado de manera separada los resultados obtenidos en relación a las variables de estudio, se presenta los datos que permitan la prueba de cada una de las hipótesis, con lo que se acepta o se rechaza las correspondientes hipótesis nulas.

4.2.1. Prueba de la hipótesis específica 1.

Para la prueba de hipótesis se plantea la hipótesis nula y la alterna de la siguiente manera:

Hipótesis nula 1: “No existe una relación inversa entre los niveles de hábitos de consumo de alimentarios de los padres y la desnutrición leve de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, Febrero 2018”

Hipótesis alterna 1: “Existe una relación inversa entre los niveles de hábitos de consumo de alimentarios de los padres y la desnutrición leve de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, Febrero 2018”

Puesto que en esta hipótesis específica 1, se busca establecer el tipo de relación que existe entre la variable niveles de hábitos de consumo de alimentarios (X_1) de los padres y la desnutrición leve (Y_1) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, se presenta el siguiente cuadro que posibilita dicha comparación:

Cuadro N° 07

Relación entre niveles de hábitos de consumo de alimentos (X1) y la desnutrición leve (Y1) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018.

N°	X	Y	X.Y	X²	Y²
1	43	65	2795	1849	4225
2	37	67	2479	1369	4489
3	38	68	2584	1444	4624
4	27	79	2133	729	6249
5	30	80	2400	900	6400
6	33	75	2475	1089	5625
7	22	78	1716	484	6084
8	23	86	1978	529	7396
9	19	87	1653	361	7569
10	24	84	2016	576	7056
11	16	96	1536	256	9216
12	15	95	1425	225	9025
13	17	96	1632	289	9216
Total	344	1056	26822	10100	87174

Procesando estos datos, de acuerdo con los requerimientos para determinar el coeficiente de correlación de Pearson, se ha establecido las medias aritméticas de X₁ y de Y₁, así como la desviación típica (S) tanto de la variable X₁ como de la variable Y₁, se obtuvo los siguientes resultados:

La media aritmética de la variable X₁:

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N} = \frac{344}{13} = 26.4$$

Media aritmética de la variable Y1:

$$\bar{Y} = \frac{\sum Y}{N} = \frac{1056}{13} = 81.2$$

Desviación típica de la variable X1:

$$S_x = \sqrt{\frac{\sum X^2}{N} - \bar{X}^2} = \sqrt{\frac{10100}{13} - (26.4)^2} = 8.9$$

Desviación típica de la variable Y1:

$$S_y = \sqrt{\frac{\sum Y^2}{N} - \bar{Y}^2} = \sqrt{\frac{87174}{13} - (81.2)^2} = 10.5$$

Coefficiente de correlación de Pearson:

$$r_{XY} = \frac{\frac{\sum XY}{N} - \bar{X}\bar{Y}}{S_x S_y} = \frac{\frac{26822}{13} - (26.4)(81.2)}{(8.9)(10.5)} = -0.8608$$

Interpretación:

Habiendo determinado que el coeficiente de correlación de Pearson para datos simples y de acuerdo con la fórmula de puntuación directa, se concluye que este coeficiente de correlación de 0.8608, indica que existe una correlación negativa o inversa alta entre la variable hábitos de consumo de alimentos (X1) y la desnutrición leve (Y1).

En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula 1 anunciada anteriormente y consecuentemente se acepta la hipótesis alterna 1.

4.2.2. Prueba de la hipótesis específica 2.

Siguiendo el mismo procedimiento empleado para el contraste de la hipótesis específica 1, en este caso para la prueba de la hipótesis específica 2 se señala la hipótesis nula 2 y a la hipótesis alterna 2 de la siguiente manera:

Hipótesis nula 2: “No existe una relación inversa entre los niveles de preferencia de alimentos nutritivos de los padres y la desnutrición moderada de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, en Febrero del 2018”

Hipótesis alterna 2: “Existe una relación inversa entre los niveles de preferencia de alimentos nutritivos de los padres y la desnutrición moderada de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, en Febrero del 2018”

Para la prueba de esta hipótesis se ha tomado en cuenta los puntajes de X_2 y Y_2 ubicados en la categoría de desnutrición moderada, que en suma de los 100 niños diagnosticados se ha ubicado 5 niños. Para tal efecto se presenta el siguiente cuadro.

Cuadro N° 8

Relación entre niveles de preferencia de alimentos nutritivos(X2) y la desnutrición moderada (Y2) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018.

Nº	X ₂	Y ₂	X.Y	X ²	Y ²
1	29	76	2204	841	5776
2	30	74	2220	900	5476
3	22	69	1518	484	4761
4	17	67	1139	289	4489
5	15	68	1020	225	4624
Total	113	354	8101	2739	25126

Procesando estos datos, de acuerdo con los requerimientos para determinar el coeficiente de correlación de Pearson, se ha establecido las medias aritméticas de X2 y de Y2, así como la desviación típica (S) tanto de la variable X2 como de la variable Y2, se obtuvo los siguientes resultados:

La media aritmética de la variable X2:

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N} = \frac{113}{5} = 22.6$$

Media aritmética de la variable Y2:

$$\bar{Y} = \frac{\sum Y}{N} = \frac{354}{5} = 70.8$$

Desviación típica de la variable X2:

$$S_x = \sqrt{\frac{\sum X^2}{N} - \bar{X}^2} = \sqrt{\frac{2739}{5} - (22.6)^2} = 12.6$$

Desviación típica de la variable Y2:

$$S_y = \sqrt{\frac{\sum Y^2}{N} - \bar{Y}^2} = \sqrt{\frac{25126}{5} - (70.8)^2} = 3.5$$

Coefficiente de correlación de Pearson:

$$r_{XY} = \frac{\frac{\sum XY}{N} - \bar{X}\bar{Y}}{S_x S_y} = \frac{\frac{8101}{5} - (26.6)(70.8)}{(12.6)(3.5)} = -0.968$$

Interpretación:

Habiendo determinado que el coeficiente de correlación de Pearson para datos simples y de acuerdo con la fórmula de puntuación directa, se concluye que este coeficiente de correlación de 0.9617, indica que existe una correlación muy alta entre la variable preferencia de alimentos nutritivos (X2) y la desnutrición moderada (Y2).

En consecuencia, se rechaza la hipótesis nula 2 anunciada anteriormente y consecuentemente se acepta la hipótesis alterna 2.

4.2.3. Contraste de la hipótesis específica 3.

Siguiendo el mismo procedimiento empleado anteriormente, se plantea la hipótesis nula y alterna de la siguiente manera:

Hipótesis nula 3: “No existe una relación inversa entre los niveles de conocimientos del valor nutritivo de los alimentos de los padres y la desnutrición severa de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, en Febrero del 2018”.

Hipótesis alterna 3: “Existe una relación inversa entre los niveles de conocimientos del valor nutritivo de los alimentos de los padres y la desnutrición severa de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, en Febrero del 2018”.

Dado que en esta hipótesis se busca correlacional el conocimiento del valor nutritivo de los alimentos de los padres de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018, y teniendo en cuenta que existe un solo caso detectado con desnutrición severa los todos los casos de desnutrición detectados, resulta innecesario aplicar fórmula alguna para determinar la correlación.

En este caso se observa que el nivel de conocimiento del valor nutritivo de los alimentos es de muy bajo con un puntaje de 16 puntos y la desnutrición de este niño fue de 62 puntos.

De modo que el niño con desnutrición severa procede de un hogar en el que los padres tienen muy deficiente nivel de conocimiento del valor nutritivo de los alimentos. Por lo cual queda rechazada la hipótesis específica 3 y se acepta la hipótesis alterna 3.

4.2.4. Prueba de la Hipótesis general

Para el efecto se plantea la hipótesis nula general y la hipótesis general alterna de la siguiente manera:

Hipótesis general nula:

“No existe una relación inversa entre la cultura alimentaria de los padres y el estado de desnutrición de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, en Febrero del 2018”.

Hipótesis alterna general (Ho)

“Existe una relación inversa entre la cultura alimentaria de los padres y el estado de desnutrición de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, en Febrero del 2018”.

Para tal efecto se presenta el siguiente cuadro.

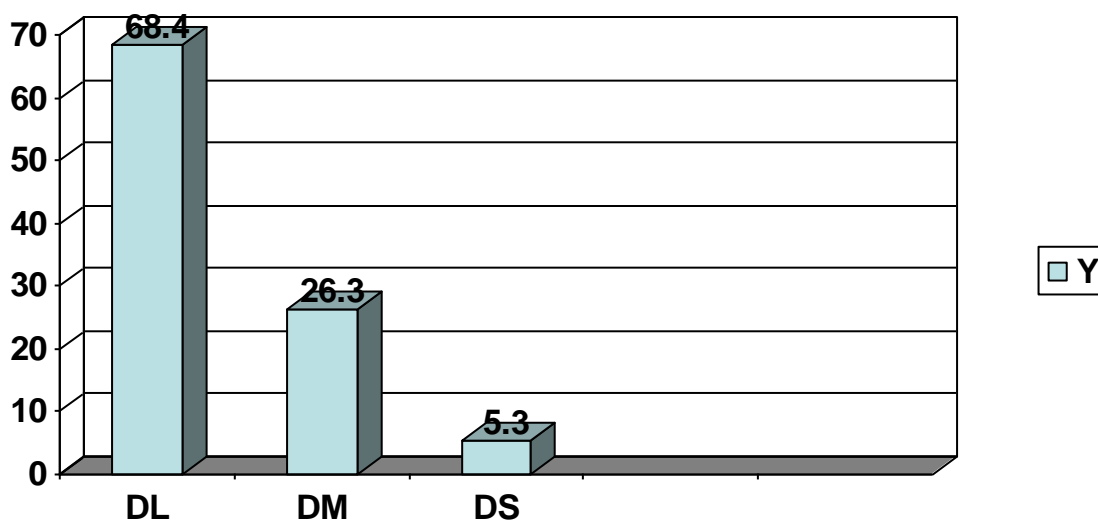
Cuadro N° 09

Relación entre la cultura alimentaria de los padres (X) y el estado de desnutrición (Y) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018.

VARIABLE X		VARIABLE Y			
NIVELES	CATEGORIAS	DL	DM	DS	TOTAL
I	Muy buena	1	0	0	1
II	Buena	2	0	0	2
III	Regular	3	2	0	5
IV	Deficiente	4	1	0	5
V	Muy deficiente	3	2	1	6
TOTAL		13	5	1	19
%		68.4	26.3	5.3	100%

Gráfico N° 09

Distribución porcentual de los Niveles de desnutrición de los niños de 6 meses a 5 años de edad (Y) atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018.



I = Muy alto. II = Alto. III = Regular. IV = bajo. V = Muy bajo

Análisis de los resultados

El análisis de los datos presentados en el cuadro N° 09 nos muestra que entre la variable niveles de conocimiento del valor nutritivo de los alimentos (X) y el estado nutricional (Y) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, existe una relación positiva, dado que, tomando como punto de referencia el I nivel, conforme disminuye las categorías de la variable X aumenta el número de niños de 6 meses a 5 años de edad con desnutrición en los diferentes grados.

Así por ejemplo, según el cuadro N° 09, en nivel I nivel de la variable X existe solamente un niño con desnutrición leve; pero conforme de baja a los niveles de cultura alimentaria II, III, IV y V, aumenta los niños con estado de desnutrición, especialmente los niños con mayores grados de desnutrición.

Si se suma todos los niveles de desnutrición, se observa con mayor claridad esta tendencia; así por ejemplo, mientras en la categoría muy buena de la variable X solo existe un caso de desnutrición, en el nivel V que corresponde a la categoría muy deficiente, se han ubicado 6 niños con estado de desnutrición.

El análisis comparativo de estos puntajes nos ilustra la existencia de una relación inversa entre la variable **cultura alimentaria (X) y el estado nutricional (Y)** de los niños, para lo que se ha procedido a determinar el coeficiente de correlación entre la variable X y la variable Y, empleando para ello el Coeficiente de correlación de Pearson para datos sin agrupar.

Para tal efecto se presenta el siguiente cuadro:

Cuadro N° 10

Relación entre la cultura alimentaria (X) y la desnutrición (Y) de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018.

Nº	X	Y	X.Y	X²	Y²
1	43	65	2795	1849	4225
2	37	67	2479	1369	4489
3	38	68	2584	1444	4624
4	27	79	2133	729	6249
5	30	80	2400	900	6400
6	33	75	2475	1089	5625
7	22	78	1716	484	6084
8	23	86	1978	529	7396
9	19	87	1653	361	7569
10	24	84	2016	576	7056
11	16	96	1536	256	9216
12	15	95	1425	225	9025
13	17	96	1632	289	9216
14	29	76	2204	841	5776
15	30	74	2220	900	5476
16	22	69	1518	484	4761
17	17	67	1139	289	4489
18	15	68	1020	225	4624
19	26	62	1612	676	3844
Total	483	1462	36535	13515	116144
\bar{X}	25.4	76.9	-	-	-

Procesando estos datos, de acuerdo con los requerimientos para determinar el coeficiente de correlación de Pearson, se ha establecido las medias aritméticas de X y de Y, así como la desviación típica (S) tanto de la variable X como de la variable Y, se obtuvo los siguientes resultados:

La media aritmética de la variable X:

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N} = \frac{483}{19} = 25.4$$

Media aritmética de la variable Y:

$$\bar{Y} = \frac{\sum Y}{N} = \frac{1462}{19} = 76.9$$

Desviación típica de la variable X:

$$S_x = \sqrt{\frac{\sum X^2}{N} - \bar{X}^2} = \sqrt{\frac{13515}{19} - (25.4)^2} = 8.1$$

Desviación típica de la variable Y:

$$S_y = \sqrt{\frac{\sum Y^2}{N} - \bar{Y}^2} = \sqrt{\frac{116144}{19} - (76.9)^2} = 14.11$$

Coefficiente de correlación de Pearson:

$$r_{XY} = \frac{\frac{\sum XY}{N} - \bar{X}\bar{Y}}{S_x S_y} = \frac{\frac{36535}{19} - (25.4)(76.9)}{(8.1)(14.1)} = -0.266$$

Interpretación:

Habiendo determinado que el coeficiente de correlación de Pearson para datos simples y de acuerdo con la fórmula de puntuación directa, se concluye que este coeficiente de correlación de $r = -0.266$, indica que existe una correlación inversa o negativa leve entre la cultura alimentaria (X) y la desnutrición (Y).

En consecuencia, se rechaza la hipótesis general nula anunciada anteriormente y consecuentemente se acepta la hipótesis general alterna, indicando que de existir una relación negativa existe, pero a un nivel leve.

CAPITULO V: DISCUSIÓN

En este trabajo de investigación se reporta la existencia de una relación entre la cultura alimentaria de los padres y el estado de desnutrición de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica” febrero 2018. Las evidencias obtenidas no son distintas que los resultados de otras investigaciones tanto a nivel internacional como a nivel nacional, por el contrario, existen coincidencias significativas.

Garzo A. (2015) en su investigación “Cultura alimentaria y representaciones sociales sobre la salud de los niños y niñas menores de 12 años en lomas de Carabayllo: una mirada desde los actores en el AA.HH. San Benito” obtuvo como resultados que la cultura alimentaria fue reconocida, entre otras cosas, a través de las prácticas alimentarias y mostró el especial cuidado que se tiene de los niños más pequeños dentro del hogar. Se presentaron prioridades alimentarias alrededor de percepciones de las madres sobre lo que el niño “se antoja” acompañadas de un conjunto ideológico construido desde las recomendaciones nutricionales brindadas por diversos actores (personal de salud, profesoras de escuela, vendedoras del mercado, abuelas, etc.), así como la negociación con las preferencias del niño y la influencia de la publicidad alimentaria.

Así, por ejemplo, en el plano internacional,

De León, D.E. (2014) investigó sobre “Determinación del estado nutricional de niños menores de 2 años y prácticas alimentarias de niños con desnutrición aguda en el municipio de San Pedro Soloma, Huehuetenango, Guatemala, con un diseño descriptivo y transversal y obtuvo como resultado que según los resultados de índice de peso para la edad de 2866 niños y niñas menores de

dos años, el 79% tuvo un buen peso; según el índice talla para la edad el 61% fue detectado con desnutrición crónica y según el índice peso para la talla el 0.21% padece de desnutrición aguda, el 0.77% padece de sobrepeso y el 1.47% padece de obesidad.

Coronado, Z.Y. (2014), en su investigación "Factores asociados a la desnutrición en niños menores de 5 años, en el puesto de salud del Valle de Palajunoj, Quetzaltenango, Guatemala", obtuvo como resultado la prevalencia de desnutrición crónica en un 92% de niños afectados, los factores asociados a la desnutrición, fueron básicamente los factores relacionados con el nivel de escolaridad de la madre con un 52% de cada 25 madres entrevistadas solo 10 madres cursan la primaria, siendo el resto analfabeta, los hijos que ocupan el tercer lugar en el hogar, son los más afectados con un 36%, debido a los problemas económicos, sociales y culturales.

Reyes, J. y Gallegos J. (2012), en su investigación titulada "La desnutrición Infantil: Población rural del programa oportunidades México", muestran que de las 35 familias con 47 niños seleccionadas aleatoriamente el 66% tenían un hijo desnutrido y el 34% 2 hijos desnutridos, de los cuales 47 niños ,20 eran de sexo femenino (42,5%) y 27 de sexo masculino (57,5%), se observó que la desnutrición inició en el primer año de vida en las niñas en el 80% y en los niños en el 62,9% de acuerdo a los casos por género. En los factores sociodemográficos, la vivienda es habitada el 60% por una familia, el 28,5% por dos familias, y el 11,5% de 3 ó más familias. El 74,2% cuentan con servicios intradomiciliarios de agua potable y el 82,9% no cuenta con drenaje, el 97,1% de las madres realizan labores en el hogar. Los ingresos se distribuyen en alimentación el 94,2% y el 2,9% para vestido y salud; el 57,2% de las madres tenían 15 a 19 años al momento de su nacimiento de su primer hijo. Con respecto a la alimentación el 60% de los niños inicio su alimentación complementaria después de los 6 meses de edad. El tipo de alimentos consumidos durante el día son cereales como el maíz, tortillas, el trigo, pan y galletas industrializadas. Sólo un 4,2% consumen frutas y las verduras no consumen.

A nivel nacional

Tinoco, R.N. (2014) reporta altos índices de desnutrición crónica infantil en menores de 5 años que fueron internados en el Hospital Regional de Loreto., ciudad de Iquitos en el año 2014, los cuales representan al 100% de la población, teniendo como objetivo evaluar su estado nutricional. Igualmente,

Valencia, (2014) en su investigación titulada “Estado nutricional de la población menor de 5 años adscrita al puesto de salud Aynaca en el 2014”, con el objetivo de determinar el estado nutricional de los niños, atendidos en el puesto de Salud Aynaca, en el año 2013, obtuvo como resultado la prevalencia de la desnutrición crónica de la población menor de 5 años adscrita al Puesto de Salud Aynaca según la clasificación de WaterlowOPS es de 28%,según Waterlow modificado de 17.5% y según OMSMINSa de 17.5%.La prevalencia de desnutrición aguda según la clasificación de Waterlow-OPS fue de 10%,según Waterlow modificado de 7.5% y según OMS-MINSA de 5%.La prevalencia de población eutrófica según la clasificación de Waterlow-OPS es de 55%, según Waterlow modificado de 40% y según OMS-MINSA de 82.5%. La prevalencia de sobrepeso en según la clasificación de Waterlow-OPS fue de 25% y según OMS-MINSA de 8.75%. La prevalencia de obesidad según la clasificación de Waterlow-OPS fue de 10%, según Waterlow modificado de 20%.

Como se observa en las investigaciones el estado nutricional de los niños menores de 5 años está asociado a diversos factores de los que el factor cultural, es decir la cultura alimenticia es precisamente uno de los principales factores por los que los niños tienen una deficiencia nutricional, tal como se sostiene en esta investigación.

CONCLUSIONES

- 1) Que, existe una relación inversa entre la variable hábitos de consumo de alimentarios de los padres y la desnutrición leve de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, febrero 2018.
- 2) Que, existe una relación inversa entre la variable preferencia de alimentos nutritivos de los padres y la desnutrición moderada de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, Febrero 2018
- 3) Que, existe una relación inversa entre el conocimiento del valor nutritivo de los alimentos de los padres y la desnutrición severa de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, Febrero 2018.
- 4) Que, desde el punto de vista global o general, existe una relación entre la cultura alimentaria de los padres y el estado de desnutrición de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, Febrero 2018, de modo que son los niños que proceden de hogares con padres de familia con bajos niveles de cultura alimentaria los que padecen en mayor grado de desnutrición.

RECOMENDACIONES

- 1) El “Hospital Regional de Ica” a través de los órganos correspondientes, debe implementar acciones de capacitación a los padres de familia de los niños de 6 meses a 5 años de edad, en materia de hábitos de consumo de alimentos, con la finalidad de disminuir la desnutrición infantil.
- 2) El “Hospital Regional de Ica” a través de los órganos correspondientes, debe implementar talleres de capacitación para los padres de familia de los niños de 6 meses a 5 años de edad en lo relacionado al valor nutritivo de los alimentos, con la finalidad de atenuar la prevalencia de la desnutrición moderada infantil
- 3) Los programas de asistencia social del “Hospital Regional de Ica”, deben diagnosticar la prevalencia de desnutrición severa infantil e implementar el apoyo requerido a fin de disminuir los índices de prevalencia de la desnutrición severa en la población infantil del ámbito de influencia del hospital.
- 4) Se debe fortalecer la cultura alimentaria de los padres principalmente de la población infantil, a través de los programas de asistencia social del Hospital, como estrategia para reducir los índices de desnutrición infantil en la región de Ica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. El Estado De La Seguridad Alimentaria Y La Nutrición En El Mundo 2017.Fomentando la resiliencia en aras de la paz y la seguridad alimentaria. Roma, FAO. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i7695s.pdf>
2. La seguridad alimentaria y nutricional en América latina y el Caribe 2017. Publicado por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura y la Organización Panamericana de la Salud. Santiago de Chile 2017.Disponible:<http://www.fao.org/3/a-i7914s.pdf>
3. Estado Nutricional en Niños y Gestantes de los Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud. Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN) Periodo I Semestre 2017. Disponible: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/CENAN/sien/INFORME%20GERENCIAL%20SIEN%202017-I%20Semestre%20Final_v2.pdf
4. Indicadores De Resultados De Los Programas Presupuestales, Primer Semestre Desnutrición crónica ENDES-2017. Disponible: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/Indicadores_Resultados_PP_R_Primer_Semestre_2017.pdf
5. De León Soto, Diana Evangelina (2014) “Determinación del estado nutricional de niños menores de 2 años y prácticas alimentarias de niños con desnutrición aguda en el municipio de San Pedro Soloma, Huehuetenango, Guatemala.
6. Coronado Escobar, Zully Yanira (2014) “Factores asociados a la desnutrición en niños menores de 5 años, en el puesto de salud del Valle de Palajunoj, Quetzaltenango, Guatemala”
7. Reyes J, Gallegos J, en el 2012, estudiaron La desnutrición Infantil: Población rural del programa oportunidades México. Tesis de grado
8. Vanessa Gardozo A. (2015). “Cultura alimentaria y representaciones sociales sobre la salud de los niños y niñas menores de 12 años en lomas de Carabayllo: una mirada desde los actores en el AA.HH. San Benito”

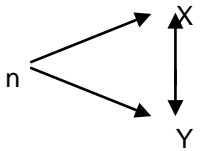
9. Quispe Y. Relación entre Estado nutricional en niñas y niños menores de 5 años con el tipo de familia beneficiaria de un programa social. Distrito Baños del Inca. Cajamarca. 2015.
10. Tinoco Ríos, Rosmar Nuzly (2014) “Evaluación del estado nutricional en menores de 5 años internados en el hospital regional de Loreto. – Iquitos, 2014” reporta altos índices de desnutrición crónica infantil.
11. Valencia, P.A. (2014) “Estado nutricional de la población menor de 5 años adscrita al puesto de salud Aynaca en el 2013”. Tesis de grado
12. Cajamarca Mantari, Gladys (2016), “Estilos de vida de las madres y estado nutricional en niños de 3 a 4 años que asisten al centro de salud Subtanjalla, Ica-Diciembre 2015”
13. Quispe Pedraza, Ciro (2016), “Factores de riesgo y medidas preventivas de desnutrición en niños de 1 a 2 años en el puesto de salud la Angostura, Ica Diciembre 2016”
14. MONTSE VILAPLANA I BATALLA Farmacéutica comunitaria. Máster en Nutrición y Ciencias de los Alimentos. “Cultura alimentaria del fast food al slow food” vol 30 núm 6 noviembre-diciembre 2015.
15. Comida y cultura, nuevos estudios de cultura alimentaria.
16. Sánchez Ramos, Rolando. Educación alimentaria, nutricional e higiene de los alimentos. Manual de Capacitación.
17. Cáceres J, Quintero F, Richard L, Rincón A, Rodríguez E, et al. Situación nutricional de escolares. Unidad Educativa Santiago Mariño, Municipio Linares Alcántara, Estado de Aragua. Venezuela. 2005. Comunidad y salud. Vol. 5. N° 1.
18. UNICEF. La desnutrición infantil: Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. España. 2014. Disponible en:
19. Desnutrición infantil UNHCR ANCUR.
20. Estado nutricional y condiciones de vida de los niños menores de 5 años del asentamiento humano Sumaq Wasi distrito de la Tinguíña Ica, Diciembre 2016.
21. MINSA. Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. Lima. 2013.

22. MEDWAVE. Aplicación de la teoría de Henderson y su aproximación al cuidado avanzado en enfermería en un servicio de pediatría. Revista médica. Vol. 12.
23. SANCHEZ CARLESSI. Ob cit p 73

ANEXO

Matriz de Consistencia

TITULO: “Relación entre la cultura alimentaria de los padres y el estado de desnutrición de niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, en Febrero del 2018

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INSTRUMENTOS	METODO
<p>PG</p> <p>¿Qué relación existe entre la cultura alimentaria de los padres y el estado de desnutrición de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, en Febrero del 2018?</p>	<p>OG</p> <p>Determinar la relación que existe entre la cultura alimentaria de los padres y el estado de desnutrición de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, en Febrero del 2018.</p>	<p>HG</p> <p>Existiría una relación inversa entre la cultura alimentaria de los padres y el estado de desnutrición de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, en Febrero del 2018?</p>	<p>V HG</p> <p>X1: Cultura alimentaria de los padres.</p> <p>Y2: Estado desnutricional del niño.</p>	<p>I VHG</p> <p>X1: Niveles de hábitos adecuados de consumo de alimentos.</p> <p>X2: Niveles de preferencia de alimentos nutritivos.</p> <p>X3: Niveles de conocimiento del valor nutritivo de los alimentos.</p> <p>Y1: Desnutrición aguda.</p> <p>Y2: Desnutrición moderada.</p> <p>Y3: Desnutrición severa.</p>	<p>Cuestionario.</p> <p>Ficha clínica nutricional.</p>	<p>TIPO DE INVEST: Por su finalidad es investigación Básica.</p> <p>METODO: Cuantitativo</p> <p>DISEÑO: Diseño descriptivo correlacional.</p> 
<p>PS 1</p> <p>¿Qué tipo de relación existe entre los niveles adecuados de consumo de alimentarios de los padres y la desnutrición aguda de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, en Febrero del 2018?</p>	<p>OE 1</p> <p>Identificar el tipo de relación que existe entre los niveles adecuados de consumo de alimentarios de los padres y la desnutrición aguda de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, en Febrero del 2018.</p>	<p>HE 1</p> <p>Existiría una relación inversa entre los niveles de hábitos adecuados de consumo de alimentarios de los padres y la desnutrición aguda de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, en Febrero del 2018?</p>	<p>VHE 1</p> <p>X1: Niveles de hábitos de consumo de alimentos.</p> <p>Y1: Desnutrición leve.</p>	<p>IVHE 1</p> <p>Niveles adecuados de consumo de hábito de consumo de alimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bueno - Regular - Deficiente - Inadecuado <p>Grado de desnutrición aguda.</p>	<p>Cuestionario.</p> <p>Ficha clínica nutricional.</p>	<p>POBLACIÓN</p> <p>Todos los niños de 6 meses de 5 años de edad atendidos en consultorio externo del “Hospital Regional de Ica”, en febrero del 2018, en total son 150 niños.</p> <p>MUESTRA:</p> <p>Se constituye de 110 niños agrupados de</p>

<p>PS 2</p> <p>¿Qué tipo de relación existe entre los niveles de preferencia de alimentos nutritivos de los padres y la desnutrición moderada de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del "Hospital Regional de Ica", en Febrero del 2018?</p>	<p>OS 2</p> <p>Establecer el tipo de relación que existe entre los niveles de preferencia de alimentos nutritivos de los padres y la desnutrición moderada de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del "Hospital Regional de Ica", en Febrero del 2018.</p>	<p>HE 2</p> <p>Existiría una relación inversa entre los niveles de preferencia de alimentos nutritivos de los padres y la desnutrición moderada de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del "Hospital Regional de Ica", en Febrero del 2018?</p>	<p>VHE 2</p> <p>X2: Niveles de preferencia de alimentos nutritivos.</p> <p>Y2: Desnutrición moderada.</p>	<p>IVHE 2</p> <p>Niveles de preferencia de alimentos nutritivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bueno - Regular - Deficiente - Inadecuado <p>Grado de desnutrición infantil moderada:</p>	<p>Cuestionario.</p> <p>Ficha clínica nutricional.</p>	<p>acuerdo con su grado de desnutrición.</p> <p>Técnica de elección de la muestra: muestreo por azar simple. Para determinar la correlación entre las variables se usó el Coeficiente de correlación de Pearson para datos agrupados.</p>
<p>PS 3</p> <p>¿Qué tipo de relación existe entre los niveles de conocimiento del valor nutritivo de los alimentos de los padres y la desnutrición severa de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del "Hospital Regional de Ica", en Febrero del 2018?</p>	<p>OS 3</p> <p>Reconocer el tipo de relación que existe entre los niveles de conocimiento del valor nutritivo de los alimentos de los padres y la desnutrición severa de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del "Hospital Regional de Ica", en Febrero del 2018.</p>	<p>HE 3</p> <p>Existiría una relación inversa entre los niveles de conocimientos del valor nutritivo de los alimentos de los padres y la desnutrición severa de los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en consultorio externo del "Hospital Regional de Ica", en Febrero del 2018.</p>	<p>VHE 3</p> <p>X3: Niveles de conocimiento del valor nutritivo de los alimentos.</p> <p>Y3: Desnutrición severa.</p>	<p>Niveles de preferencia de alimentos nutritivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bueno - Regular - Deficiente. <p>Grado de desnutrición severa.</p>	<p>Cuestionario.</p> <p>Ficha clínica nutricional.</p>	

CUADRO Nº 11

Coefficiente de correlación de las variables cultura alimentaria (X) y estado nutricional (Y)

De los niños de 6 meses a 5 años de edad atendidos en el consultorio externo del "Hospital Regional de Ica", febrero 2018.

X \ Y	S +105	N 90-00	DL 89-80	DM 79- 70	DS 69- 60		n x	X'	d x	n x	d x	n ² x	d ² x	n xy	d x	d y
	Muy alta 42 -50	1 4	6 12					7	46	2	1	88	28	16		
Alta 34 -41	2 4	12 12	2 0				16	37.5	1	16		16	16			
Regular 26 – 33	3 0	16 0	3 0	2 0			24	29.5	0	0		0	0			
Baja 18 – 25	1 2 -	26 26 -	4 0	1 1			32	21.5	- 1	-32		32	-27			
Muy baja 10 - 17	2 8 -	12 24 -	4 0	2 4	1 4		21	13.5	- 2	-42		84	-12			
n_y	10	72	12	5	1		100					-44	160			7
Y'	102	95	85	75	65							$\sum n_x d_x$	$\sum n_x d_x^2$			$\sum n_{xy} d_x d_y$
d_y	2	1	0	- 1	- 2											
n_y d_y	20	72	0	-5	-2			85								$\sum n_y d_y$
n_y d_y²	40	72	0	5	4			121								$\sum n_y d_y^2$

Cuestionario

INSTRUCCIONES:

Respuesta a cada una de las preguntas de acuerdo a su situación personal particular. Marque una de las siguientes alternativas: Siempre (S), Constantemente ©, Regularmente (R), Poco (P) y Nada (N).

Nº	ITEMS						Ptje
		S	C	R	P	N	
	MODELO A (Hábitos adecuados de alim)						
1	¿Cuándo compra un producto comestible, examina su estado?						
2	¿Cuándo adquiere un producto de pan llevar, analiza su valor nutritivo?						
3	¿Planifica durante la semana, sobre una alimentación balanceada que debe consumir?						
4	¿En los alimentos que a diario cocina y prepara en casa, evalúa su valor nutritivo?						
5	¿Alguna vez ha dejado de comprar un producto alimenticio que le gusta, debido a su pobre valor nutritivo?						
6	¿Propone a sus hijos consumir alimentos de alto valor nutritivo?						
7	¿Cuándo prepara alimentos en su casa, piensa en el valor nutritivo que su familia necesita?						
8	¿Sugiere a los miembros de su familia, priorizar algún alimento según la edad de los miembros de su familia?						
9	¿Piensa en preparar alimentos novedosos que continuar con los mismos platos?						
10	¿Combina diversos alimentos en la alimentación semanal de su familia?						
	MODELO B						
11	¿Prefiere usted un pollo a la brasa que un plato de quinua?						
12	¿Prefiere usted una salchipapa que una ensalada de brócoli?						
13	¿Prefiere una cocacola que a una limonada preparada?						

14	¿Entre el pan francés y el pan integral, prefiere al pan francés?						
15	¿Prefiere un plato de sopa seca que un plato de ensalada?						
16	¿Su familia tiene costumbre de consumir mucha fruta?						
17	¿Prefiere consumir alguna fruta que un plato de pollo al horno?						
18	¿Consume usted productos naturales que los importados?						
19	¿Prefiere usted un plato de pescado que un pollo a la braza?						
20	¿Cuando tiene que elegir un plato de comida, prefiere el que tenga mejor sabor que su valor nutritivo)						
	MODELO C						
21	¿Recibe usted información sobre el valor nutritivo de los alimentos que consume?						
22	¿Le interesa participar en un curso sobre nutrición?						
23	¿Lee información existente sobre el valor nutritivo de los alimentos que consume?						
24	¿Sabe usted que alimentos es conveniente consumir en el desayuno?						
25	¿Sabe usted qué alimentos debe consumir al medio día en el almuerzo?						
26	¿Considera usted que todos los alimentos tienen el mismo valor nutritivo?						
27	¿Cuándo tiene que comprar alimentos, elige a los alimentos de menor costo?						
28	¿Prefiere los alimentos procesados que a los alimentos naturales?						
29	¿Averigua sobre el valor nutritivo de los alimentos que adquiere?						
30	¿Cuándo tiene que decidir entre dos alimentos, elige al que tiene mayor valor nutritivo?						

Ficha Clínica Nutricional

Fecha.....

Código:

Datos personales:

Sexo: (M) (F)

Fecha de Nacimiento:.....

Dirección:

.....

Distrito:

.....

Evaluación nutricional:

Edad: años Meses..... días

Peso al nacer gr Talla al nacer cm

Peso actual:gr. Talla actual: cm.

Indicadores antropométricos:

Clasificación:

P/E: x x 100 =

T/E: x x 100 =

P/T: x 100 =

Dx:.....

.....

.....

.....

.....

Recomendación:.....

.....

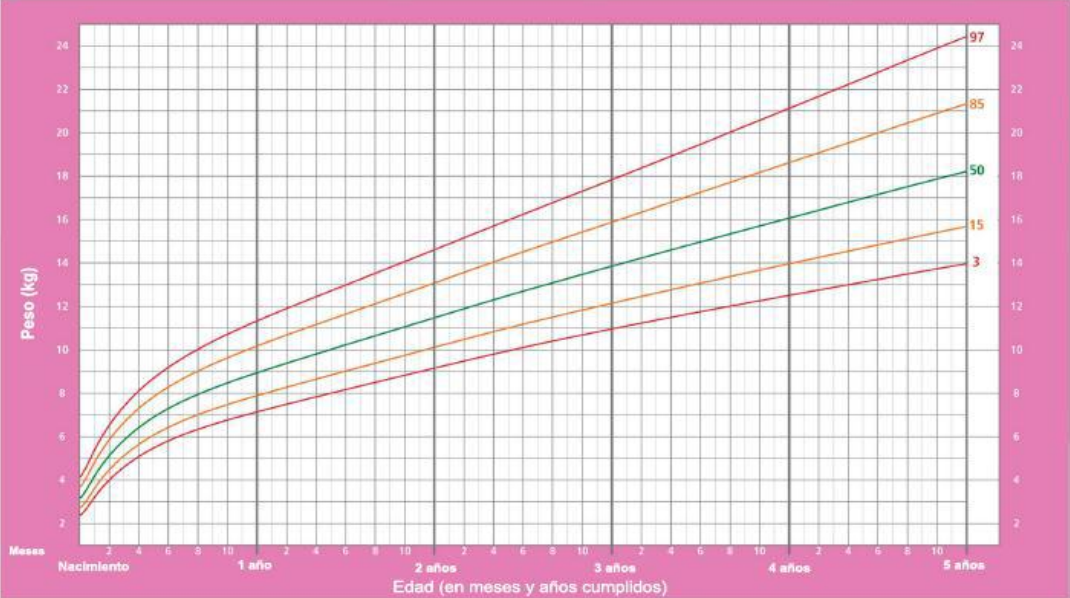
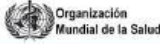
.....

.....

PATRONES DE REFERENCIA DE CRECIMIENTO DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS DE LA OMS.

Peso para la edad Niñas

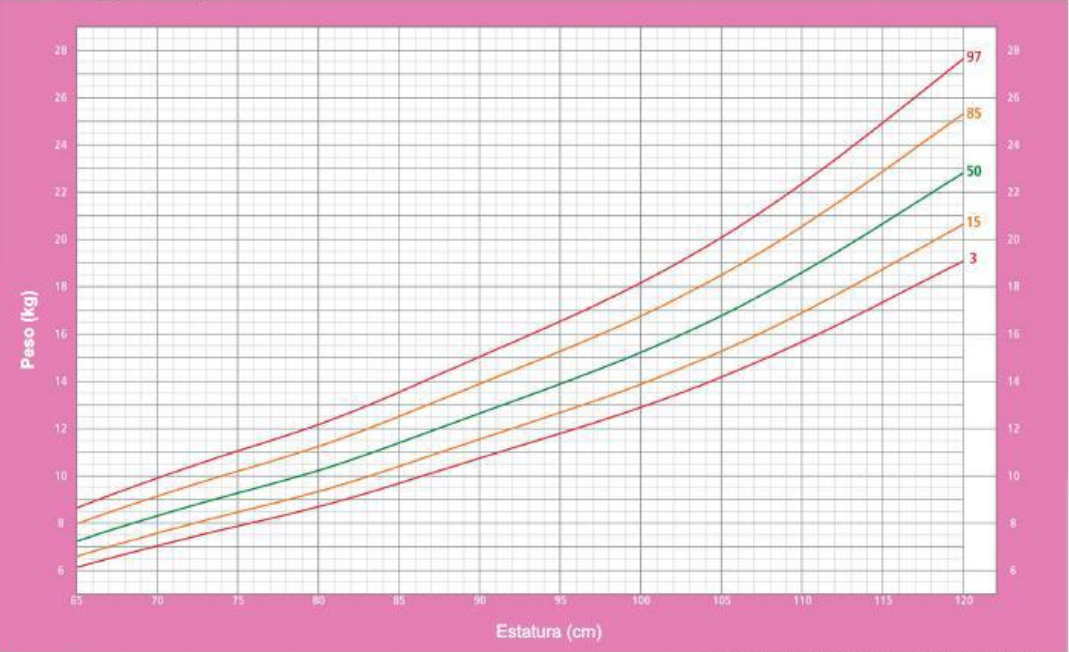
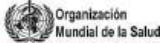
Percentiles (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la estatura Niñas

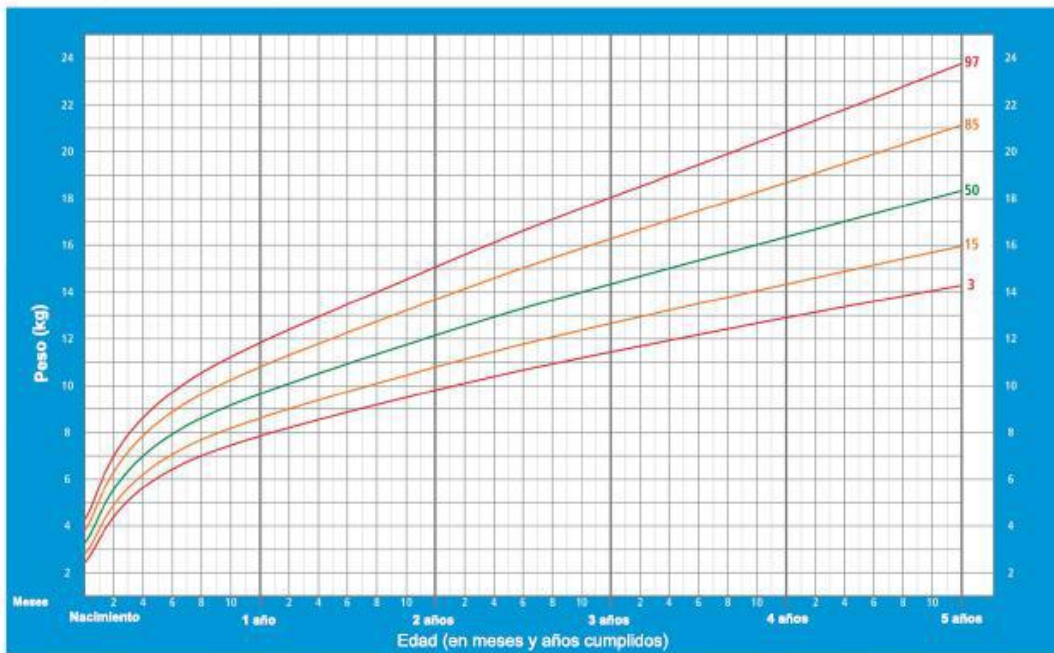
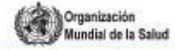
Percentiles (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la edad Niños

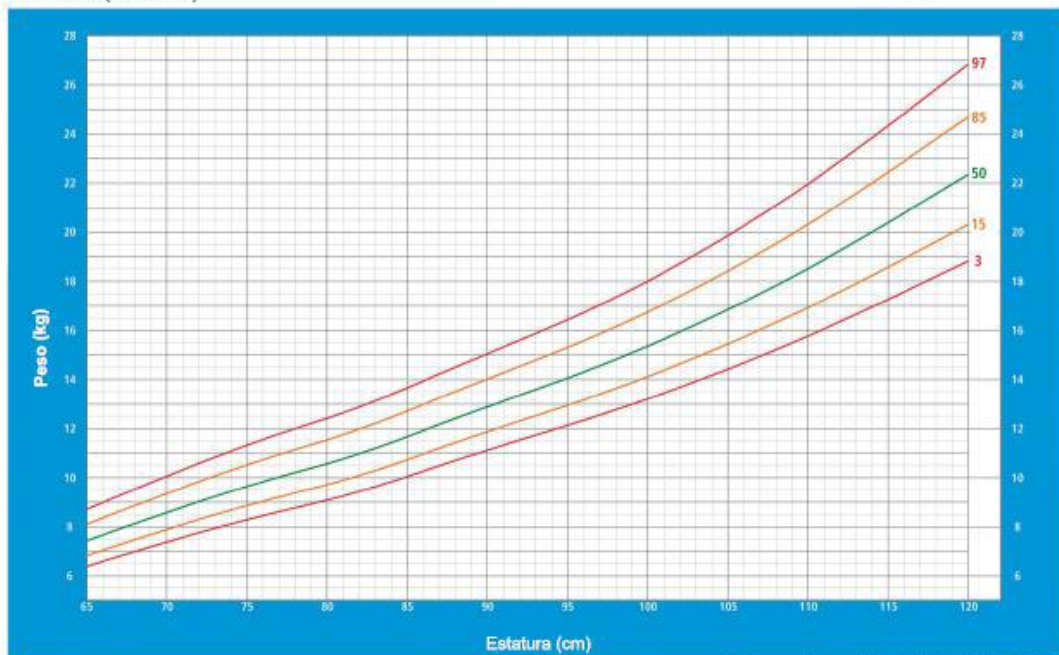
Percentiles (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la estatura Niños

Percentiles (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS