



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE NUTRICION SALUDABLE
EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 2 A 5 AÑOS, QUE
ACUDEN AL PUESTO DE SALUD MESA REDONDA LOS
OLIVOS LIMA - PERU MARZO - JUNIO 2011”**

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

MARTHA CHIRINOS HUAYNA

LIMA – PERÚ

2016

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE NUTRICION SALUDABLE
EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 2 A 5 AÑOS, QUE
ACUDEN AL PUESTO DE SALUD MESA REDONDA LOS
OLIVOS LIMA - PERU MARZO - JUNIO 2011”**

DEDICATORIA

El siguiente trabajo de investigación está dedicado a mis padres que por el momento no estamos juntos físicamente pero en el pensamiento y con el alma nos tenemos siempre presentes.

AGRADECIMIENTO

A la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, por la formación Académica brindada.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos sobre nutrición saludable en madres de niños menores de 2 a 5 años que acuden al Puesto de Salud Mesa Redonda Los Olivos, Lima –Perú - Marzo - Junio 2011. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 144 madres, para el recojo de la información se utilizó un cuestionario de alternativas múltiples con 29 ítems, la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de 0,85; la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de 0,93, la prueba de hipótesis se realizó mediante el Chi-Cuadrado con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Conclusiones:

El nivel de conocimientos sobre nutrición saludable en madres de niños menores de 2 a 5 años que acuden al puesto de Salud Mesa Redonda Los Olivos, es Bajo en un 62%(89), nivel Medio en un 27%(39) y nivel Alto en un 11%(16). El valor obtenido del Chi Cuadrado Calculado (X_c^2) es de 58;, con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Palabras Claves: *Conocimientos, nutrición saludable, madres de niños menores*

ABSTRACT

This research aims to: Determine the level of knowledge about healthy nutrition in mothers of children under 2-5 years attending to the health Roundtable Los Olivos, Lima-Peru - from March to June 2011. It is a descriptive investigation , we worked with a sample of 144 mothers, for the gathering of information in a multiple alternatives with 29 items was used, the validity of the instrument was performed using the test match the judgment of experts to obtain a value of 0.85; reliability was performed using Cronbach's alpha with a value of 0.93, hypothesis testing was performed using the Chi-square with a significance level of $p < 0.05$.

Conclusions:

The level of knowledge about healthy nutrition in mothers of children under 2-5 years attending to the health Roundtable Los Olivos, is under 62% (89), intermediate in 27% (39) and High level 11% (16). The value obtained Chi Square Calculated (χ^2) is 58 ;, with a significance level of $p < 0.05$.

Keywords: *Knowledge, healthy nutrition, mothers of children under*

INDICE

| | Pág. |
|---|------|
| DEDICATORIA | |
| AGRADECIMIENTO | |
| RESUMEN | i |
| ABSTRAC | ii |
| ÍNDICE | iii |
| INTRODUCCIÓN | v |
| | |
| CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN | |
| 1.1. Planteamiento del problema | 1 |
| 1.2. Formulación del problema | 7 |
| 1.3. Objetivos de la investigación | |
| 1.3.1. Objetivo general | 7 |
| 1.3.2. Objetivos específicos | 7 |
| 1.4. Justificación del estudio | 8 |
| 1.5. Limitaciones de la investigación | 10 |
| | |
| CAPITULO II: MARCO TEÓRICO | |
| 2.1. Antecedentes del estudio | 11 |
| 2.2. Base teórica | 22 |
| 2.3. Definición de términos | 36 |
| 2.4. Hipótesis | 40 |
| 2.5. Variables | 41 |
| 2.5.1. Operacionalización de la variable | 41 |
| | |
| CAPITULO III: METODOLOGIA | |
| 3.1. Tipo y nivel de investigación | 45 |
| 3.2. Descripción del ámbito de la investigación | 45 |
| 3.3. Población y muestra | 46 |
| 3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos | 48 |

| | |
|---|-----------|
| 3.5. Validez y confiabilidad del instrumento | 49 |
| 3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos | 49 |
| CAPÍTULO IV: RESULTADOS | 50 |
| CAPÍTULO V: DISCUSION | 55 |
| CONCLUSIONES | 59 |
| RECOMENDACIONES | 60 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 61 |
| ANEXOS | |
| Matriz | |
| Instrumento | |

INTRODUCCIÓN

La alimentación es uno de los determinantes fundamentales de la salud en las personas en todas las etapas de la vida. Siguiendo un criterio preventivo, de intervención primaria temprana que se anticipe a los daños futuros para la salud, es necesario atender el problema de los hábitos alimentarios poco saludables en las etapas tempranas de la vida, antes de que las enfermedades lleguen a desarrollarse. Se considera que el problema de los hábitos alimentarios insanos está determinado por una trama de factores biológicos, psicológicos, psicosociales, sociales, culturales, económicos y políticos, de nivel local, nacional y global, que integran un sistema complejo.

Debido a que las prácticas alimentarias familiares no dependen, solamente, de la capacidad de acceso económico de la familia a los alimentos, sino también de la modalidad de las elecciones alimentarias, las que están determinadas, a su vez, por el nivel de información, las creencias, actitudes y habilidades de las madres respecto a la alimentación de los niños, consideramos que es posible mejorar la calidad nutricional de la dieta de los niños, a partir de intervenciones de educación alimentaria dirigidas a las madres y familias, es por eso que en presente estudio una de las intenciones es determinar el grado de conocimiento que tienen las madres sobre nutrición en el menor de 5 años, y nos referimos a las madres porque, en nuestro medio cultural, según modelos de roles de género, es la figura nutricia por excelencia, encargada, también, de cuidar de la salud y el bienestar de la familia.

Nos basamos en los niños de este grupo etario ya que es el más importante, durante el primer año de vida, el lactante tiene una rápida velocidad de crecimiento, llegando a triplicar su peso y aumentar en un 50% su talla de nacimiento. Asimismo, la composición y funciones del organismo experimentan cambios espectaculares como producto del desarrollo. Esta rápida velocidad en el crecimiento y desarrollo requieren de por sí necesidades nutricionales únicas, aunadas a las necesidades ya elevadas para su mantenimiento. El requerimiento de energía por kilogramo de peso por ejemplo, es 3 a 4 veces más que la que necesita un adulto.

Los hábitos alimentarios se establecen durante la niñez, son difíciles de modificar con posterioridad, por lo tanto es de gran importancia el desarrollo de buenas pautas alimentarias desde épocas tempranas de la vida.

Por lo tanto, son los profesionales de salud del primer nivel los encargados de una correcta promoción de la alimentación y nutrición saludable que pretenda actuar sobre los factores que intervienen en la seguridad alimentaria y también en el fomento de comportamientos y hábitos en alimentación y nutrición saludable que permitan llevar una vida sana y productiva. Pero para ello es aún mejor, si se puede determinar el real conocimiento de la población sobre los términos referidos a nutrición, ya que será en las deficiencias, en las que el profesional pondrá más empeño para lograr modificar de esa forma las conductas mal aprendidas o simplemente no aprendidas por las personas.

La presente investigación para fines de estudio contiene

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

Capítulo IV: En él se hace mención a los resultados obtenidos después de procesar los datos.

Capítulo V: En él se realiza la discusión de los resultados obtenidos terminando con la presentación de las referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los niños constituyen un grupo vulnerable frente a la pobreza, siendo a nivel mundial más de 1000 millones los que sufren las consecuencias de ésta, en el Perú 54,8% de la población es considerada pobre al tener un nivel de gasto insuficiente como para adquirir una canasta básica de consumo. En este contexto, el niño ve afectado su estado nutricional, al estar restringido el acceso a los alimentos, servicios de salud, saneamiento y educación. La anemia, originada por un pobre consumo de hierro, es uno de los principales problemas del país pues se ven afectados 49,6% de menores de cinco años.

La desnutrición es la enfermedad provocada por el insuficiente aporte de combustibles (hidratos de carbono - grasas) y proteínas. Según la UNICEF, la desnutrición es la principal causa de muerte de lactantes y niños pequeños en países en desarrollo. La prevención es una prioridad de la Organización Mundial de la Salud.

En el Perú, entre 1991 y el 2005, la tasa de retardo de crecimiento infantil se ha mantenido alta y no ha variado desde 1996. Por otro lado, el sobrepeso infantil se ha incrementado, principalmente en Lima Metropolitana y en la Costa, entre 1991 y el 2000, existiendo una prevalencia muy baja para el 2005. Las inequidades sociales y económicas en nuestro país hacen que la desnutrición se encuentre asociada a ruralidad y pobreza; y la obesidad asociada a desarrollo. Perú es un país de la región con la una de las más altas tasas de prevalencia de retardo de crecimiento infantil después de Guatemala, con tasas similares a Bolivia y Haití; además, es el país con la prevalencia más alta de exceso de peso en mujeres en edad fértil, seguido por Colombia, República Dominicana, Brasil, México y Bolivia.

La ENDES 2009, se aprecia un descenso de 2.5% en la tasa de desnutrición crónica en niños menores de cinco años. A nivel nacional, la desnutrición crónica afectó al 23,8 por ciento de niñas y niños menores de cinco años; esta situación reflejaría una tendencia decreciente al observar el año 2000 (31,0 por ciento). Según área de residencia, la desnutrición crónica afectó en mayor proporción a niñas y niños del área rural (40,3 por ciento), es decir, 2,8 veces más que en el área urbana (14,2 por ciento). Por región natural, el mayor porcentaje de desnutrición crónica fue en las niñas y niños de la Sierra (37,5 por ciento), mientras que en Lima Metropolitana, este porcentaje representó el 7,5 por ciento.

A nivel departamental, se observó que un poco más de la mitad de las niñas y niños de Huancavelica (53,6 por ciento), fueron afectados con desnutrición crónica, 2,3 veces más que el promedio nacional; mientras que el departamento de Tacna presentó la menor proporción (2,1 por ciento).

Por sexo, la desnutrición crónica no presenta diferencias significativas (24,7 por ciento en niños y 22,9 por ciento en niñas). En el grupo de niñas y niños menores de seis meses, el porcentaje de desnutrición crónica fue 16,8 por ciento. Entre los infantes de 6 a 8 meses este

porcentaje disminuyó a 13,7 por ciento, observándose un incremento con la edad, alcanzando el más alto porcentaje en el grupo de niñas y niños de 18 a 23 meses (29,8 por ciento). En niñas y niños de 24 a 35 meses, la proporción de desnutrición crónica fue 26,5 por ciento, porcentaje que aumentó ligeramente en el grupo de 36 a 47 meses (27,1 por ciento), disminuyendo en las niñas y niños de 48 a 59 meses (22,5 por ciento).

En el país, la desnutrición aguda afectó al 0,6 por ciento de niñas y niños menores de cinco años, porcentaje menor a los valores observados en la ENDES 2000 (1,1 por ciento). Según área de residencia, la proporción de desnutrición aguda fue similar en el área urbana y rural (0,5 y 0,6 por ciento, respectivamente). Por región natural, la mayor proporción de desnutrición aguda se presentó en la Selva (1,4 por ciento), mientras que en el Resto de Costa fue 0,5 por ciento, en la Sierra 0,4 por ciento y en Lima Metropolitana 0,2 por ciento. Por departamento, Loreto presentó la mayor proporción de desnutrición aguda (2,4 por ciento), seguido por Tumbes (2,1 por ciento), Ucayali (1,9 por ciento), Cusco (1,7 por ciento) y Ayacucho (1,0 por ciento); en Pasco, la proporción fue igual al promedio nacional (0,6 por ciento) y en el resto de los departamentos, el porcentaje fue inferior a 1,0 por ciento. En casi todos los grupos de edad, la proporción de niñas y niños con desnutrición aguda fue menor al 1,0 por ciento, sólo en el grupo de 6 a 8 meses alcanzó una proporción de 1,0 por ciento. Por sexo, la proporción de desnutrición aguda fue similar (0,5 por ciento en niñas y 0,6 por ciento en niños).

En cuanto a la prevalencia de anemia, según la ENDES 2009, el 37,2 por ciento de niñas y niños menores de cinco años padeció de anemia, proporción menor a la observada en el año 2000 (49,6 por ciento). Por tipo, el 22,7 por ciento tuvo anemia leve, 14,2 por ciento anemia moderada y el 0,4 por ciento anemia severa. En relación con la ENDES 2000, se observa reducción en todos los tipos; sin embargo, la anemia moderada se redujo en forma significativa (10,7 puntos porcentuales), al pasar de 24,9 por ciento en el año 2000 a 14,2 por ciento en la ENDES

Continua 2009. La anemia afectó al 75,2 por ciento de niñas y niños de 6 a 8 meses de edad y al 72,0 por ciento de 9 a 11 meses, siendo aún elevada en niñas y niños de 12 a 17 meses de edad (60,3 por ciento), mientras que en los infantes de 18 a 59 meses los porcentajes fueron menores: 18 a 23 meses (49,2 por ciento), 24 a 35 meses (34,0 por ciento), 36 a 47 meses (25,6 por ciento) y de 48 a 59 meses, el porcentaje baja a 19,2 por ciento. Según características, el porcentaje de anemia fue mayor en niñas y niños de madres con primaria y sin educación (42,7 y 41,9 por ciento, respectivamente), por sexo, los niños tienen mayor prevalencia de anemia que las niñas (38,3 y 36,0 por ciento, respectivamente) y en infantes que pertenecen al quintil inferior de riqueza (43,7 por ciento) y segundo quintil (42,5 por ciento). Por área de residencia, la anemia es más frecuente entre niñas y niños residentes del área rural (44,1 por ciento), de la Sierra (46,6 por ciento). Por departamento, Cusco presenta la más alta proporción (62,1 por ciento), seguido por Puno (53,8 por ciento), Pasco (53,0 por ciento) y Ucayali (52,2 por ciento). Los menores porcentajes se presentaron en San Martín (22,1 por ciento) y Lambayeque (22,9 por ciento).

En Latinoamérica, la desnutrición crónica afecta a 8,8 millones de niños menores de 5 años (16%) y refleja la acumulación de consecuencias de la falta de una alimentación y nutrición adecuada durante los años más críticos del desarrollo de los niños -desde la etapa intrauterina hasta los 3 primeros años. Sus efectos son, en gran medida, irreversibles y se relacionan estrechamente con la extrema pobreza.

La situación es particularmente grave en los países centroamericanos y andinos. Guatemala presenta la cifra más alta de la región, que supera los promedios de Asia y África. En cambio, los países del Caribe anglófono no registran diferencias significativas entre la desnutrición global y crónica.

En cuanto a obesidad, en nuestra región, tenemos por ejemplo que Chile ha presentado un sostenido incremento del exceso de peso en distintos grupos de edad, lo cual permite definir la situación como una verdadera epidemia y como la reversibilidad puede involucrar a más de una generación, probablemente este país enfrente los próximos años una epidemia de exceso de peso en la niñez. Honduras es uno de los que presenta mayores tasas de pobreza y los más bajos índices de salud en los niños. En el caso de Colombia, a pesar de tener un nivel de desarrollo intermedio, presenta una tendencia a la disminución de la obesidad, desafortunadamente las informaciones disponibles no permiten concluir en forma definitiva sobre la realidad de este país y los posibles factores que estarían determinando esta situación. Países en que se ha observado una tendencia al incremento del exceso de peso y obesidad, y permanecen altos índices de emaciación y déficit de crecimiento, ejemplo de esta situación es Bolivia, Nicaragua y Guatemala. Sin embargo, en estos países el incremento de la proporción de niños con estas características no supera lo esperado.

La importancia de las condiciones nutricionales de los niños radica principalmente en las graves repercusiones sobre el desarrollo de la persona en su edad temprana, si es que ésta no es adecuada. Los posibles daños ocasionados por una mala nutrición durante los primeros años de vida, pueden ser irreversibles. De igual forma, las consecuencias sobre el desarrollo del niño, generadas por el estado nutricional de la madre durante el período de gestación son de suma importancia. Por ello, se torna indispensable que las políticas sociales aborden este problema de manera eficiente y efectiva.

Las prácticas alimenticias inadecuadas dentro del hogar tienen un efecto negativo sobre las condiciones de salud del niño, sobre su habilidad para aprender, comunicarse, pensar analíticamente, socializar efectivamente y adaptarse a nuevos ambientes y personas. En consecuencia, también queda implícito que una dieta adecuada, es decir, aquella balanceada en

nutrientes, es la primera línea de defensa contra un conjunto de enfermedades que afectan principalmente a los niños, y que pueden dejar secuelas en ellos de por vida.

La teoría sustenta una relación inversa entre nivel educativo de la madre y el nivel nutricional de sus hijos. En un estudio publicado por Abel Cortez, del Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico, se pudo determinar que más del 61% de los niños menores de cinco años que presentan desnutrición severa tienen madres con sólo educación primaria, mientras que sólo 3.3% de ellos presentan madres que han alcanzado el nivel de educación superior. Asimismo, del total de niños que presentan un grado de desnutrición normal, 6.7% presentan madres sin nivel de educación alguno, mientras que más del 37% poseen madres que reportaron haber aprobado el nivel secundario de instrucción. Estos resultados son consistentes otros estudios anteriores, donde las variables de capital humano de los padres tienen un impacto positivo sobre el nivel de salud de sus hijos. Según sus resultados, las madres con un mayor nivel educativo tienen mejor manejo de información por lo que se asignan de forma más eficiente los recursos dentro del hogar.

Es decir, se debe buscar que los individuos como miembros de una familia, adopten prácticas alimentarias adecuadas que favorezcan su bienestar físico, mental y social para mejorar su calidad de vida y desarrollo humano, esto debe darse con una adecuada educación alimenticia provista en los colegios y centros de salud para así contrarrestar los efectos negativos de los problemas antes mencionados.

Para implementar las acciones en alimentación y nutrición saludable será imprescindible considerar los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud y el Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud, ambos dados por el Ministerio de Salud. Esta visión de la salud requiere establecer nuevas herramientas e instrumentos de seguimiento sobre factores y procesos que promuevan la salud, trascendiendo aquellos relacionados con la salud/enfermedad. Para ello, debe darse una serie de procesos

como por ejemplo poder incorporar el tema de promoción de la alimentación y nutrición saludable en la agenda de las redes sociales y grupos organizados existentes a nivel local y regional, reconocer la importancia de la participación activa de las organizaciones sociales para la promoción de la alimentación y nutrición saludable, así como promover la alimentación y nutrición saludable como un derecho para la salud de la persona, familia y comunidad. Sin embargo, todo esto no podrá efectuarse con eficacia si no se trabaja considerando la base de conocimientos que tiene la población a la que nos vamos a referir, es por eso la importancia del tema a estudiar.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre nutrición saludable en madres de niños menores de 2 a 5 años que acuden al Puesto de Salud Mesa Redonda Los Olivos, Lima –Perú - Marzo - Junio 2011?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1 Objetivos Generales

Determinar el nivel de conocimientos sobre nutrición saludable en madres de niños menores de 2 a 5 años que acuden al Puesto de Salud Mesa Redonda Los Olivos, Lima –Perú - Marzo - Junio 2011.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Determinar el nivel de conocimiento sobre alimentos con contenido proteico, en las madres niños menores de 2 a 5 años que acuden al Puesto de Salud Mesa Redonda Los Olivos, Lima –Perú - Marzo - Junio 2011

- Determinar el nivel de conocimiento sobre alimentos con contenido graso, en las madres niños menores de 2 a 5 años

que acuden al Puesto de Salud Mesa Redonda Los Olivos, Lima
–Perú - Marzo - Junio 2011

- Determinar el nivel de conocimiento sobre alimentos con contenido en carbohidratos, en las madres niños menores de 2 a 5 años que acuden al Puesto de Salud Mesa Redonda Los Olivos, Lima –Perú - Marzo - Junio 2011

1.4 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

Aproximadamente 200 millones de niños menores de cinco años, que corresponden a 40% de todos los niños de esta edad en los países en desarrollo, carecen de nutrición suficiente para llevar una vida plenamente activa.

La nutrición es considerada uno de los principales componentes para alcanzar el estado de salud óptima y garantizar una buena calidad de vida, es el factor que más influye en el crecimiento y desarrollo del infante, por lo que al hacerse deficitaria se produce un retardo y detención del crecimiento y la maduración del niño, entonces aprender a alimentarnos y nutrirnos adecuadamente constituye el primer gran reto a enfrentar.

El Puesto de Salud Mesa Redonda, donde se constituye el principal ámbito de nuestra investigación, se encuentra ubicado en el distrito de Los Olivos, sus habitantes son en su mayoría migrantes que a consecuencia de la violencia terrorista llegaron hacia las zonas urbanas en busca de mejores condiciones de vida durante la década del noventa. Su población se ubica en diferentes niveles de pobreza donde además de existir el problema de desnutrición, la tercera parte de las familias que la habitan está encabezadas por madres solteras y donde las oportunidades de desarrollo sobre todo para mujeres y jóvenes son limitadas. Entre las estadísticas que podemos encontrar en relación a esta población, se conoce que existe una prevalencia global de obesidad de 5.62%, sin diferencia estadísticamente significativa según sexo. Esta baja prevalencia de obesidad encontrada estaría en relación, en primer lugar,

con la persistencia de la desnutrición como la patología nutricional más frecuente en nuestro medio, siendo una de las causas más importante la pobre disponibilidad de nutrientes desde edades tempranas, con una prevalencia reportada entre 11.79% a 49% según últimos estudios .

En el Puesto de salud Mesa Redonda, según el informe operacional de crecimiento y desarrollo, durante el año 2009, se reportaron un promedio de 960 atenciones en el servicio de CRED, contando entre ellas las atenciones nuevas y reingresantes. Dentro de la población menor de 5 años, que es la que vamos a tener en cuenta en el estudio, se encuentran aproximadamente el 90% de las atenciones, comprendiendo más o menos a 800 pacientes atendidos. De las atenciones por CRED en menores de cinco años, se encontraron los siguientes datos: existen un total anual de 68 pacientes con riesgo nutricional captado, 22 pacientes con riesgo nutricional recuperado, además de 18 pacientes con desnutrición aguda y 5 pacientes con desnutrición global. En total se clasificaron 23 niños menores de 5 años con desnutrición, y además 14 niños con obesidad. Por otro lado, se encontró también que existe un porcentaje importante de menores de cinco años con diagnóstico de anemia, dando un total de 288 niños captados durante el año pasado con anemia confirmada por exámenes de laboratorio.

Es así, que teniendo en cuenta principalmente las características de la población con la que se va a trabajar, y además conociendo que el estado nutricional depende también del acceso al conocimiento suficiente sobre dietas idóneas, según los hábitos de las personas; los profesionales de la salud comprometidos con la atención primaria, son quienes deben de adecuarse a ellas, debiendo conocer no solo las características sociodemográficas de dicha población, sino también el nivel de conocimientos que tienen en cuanto a nutrición, ya que será basándose en esto, que aquellas familias alimentaran a sus hijos, al evaluar a las madres, se podrá conocer cuáles son las principales deficiencias en sus conocimientos para poder instalar luego, acciones preventivo

promocionales que puedan mejorar o adecuar los verdaderos conceptos y la importancia de una buena nutrición sobretodo en etapas tempranas de la niñez.

1.5 LIMITACIONES

Para llevar a cabo el presente trabajo de investigación se dispone del recurso humano de investigadores debidamente capacitados y asesorados, distribuidos correctamente de forma que se encargaron de la recolección, transporte, evaluación de los resultados obtenidos de las muestras y realizar la interpretación de los mismos. Asimismo contamos con los recursos económicos que permiten el total de financiamiento de la investigación.

Para la ejecución del proyecto se cuenta con el tiempo necesario de acuerdo al cronograma establecido, el que se adecua al tiempo disponible de los investigadores.

Se ha hecho las coordinaciones con el Médico Jefe del Puesto de Salud Mesa Redonda para poder utilizar las instalaciones dicho lugar y la coordinación con la licenciada en enfermería, jefa del programa de Crecimiento y Desarrollo, la cual nos designó el ambiente físico para realizar la encuesta a las madres de niños menores de 5 años que asisten al programa de CRED.

Por lo tanto llegamos a la conclusión que nuestro proyecto de investigación es factible.

CAPITULO II: EL MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1 Antecedentes Internacionales

En el mundo, pero sobretodo en Latinoamérica, se han realizado diversos estudios muy relacionados al nuestro, por lo que logra determinarse la importancia de lo que vamos a emprender, entre los más importantes, se encuentran los siguientes:

En el año 1995, el Instituto de Investigación en Salud (INISA) de la Universidad de Costa Rica, publico el estudio “Prácticas y creencias en nutrición y salud de madres rurales costarricenses” Este estudio aporta información descriptiva sobre los hábitos alimentarios del preescolar y de la madre rural costarricense durante el embarazo y la lactancia. También señala prácticas asociadas a los períodos pre y postnatales. La investigación se realizó en 22 comunidades rurales costarricenses. En cada localidad se seleccionaron al azar madres con niños en edad

preescolar; los datos fueron recolectados a través de visitas domiciliarias.

Los resultados indican una baja prevalencia de lactancia materna, así como la introducción temprana de alimentos sólidos a la dieta del niño de un año. Además, se describen cambios tanto de la alimentación del preescolar durante períodos de enfermedad como la de la madre durante el embarazo y lactancia. También se describen aspectos relacionados con la salud materna tales como cuidados durante el embarazo y planificación familiar. Además, los hallazgos permiten, en cierto grado, conocer el nivel de educación nutricional de las madres rurales del país.

Las conclusiones más importantes fueron las siguientes:

“Existe la urgente necesidad de proporcionar a la población conocimientos que tiendan a aclarar dudas. Por ejemplo, las madres conocen y usan la leche en polvo como sustituto de la leche materna. Sin embargo, un 75% la prepara muy diluida, tanto por ignorar la dilución adecuada como por la creencia de que es un alimento “caliente”, así, al diluirla más, se contrarresta ese efecto.” (17)

“Se encontró que un pequeño número de madres no suministraban al niño alimentos disponibles en el hogar, por creer que no serían bien tolerados, entre los que figuraban la carne, huevos y queso, alimentos que frecuentemente eran reemplazados por comidas muy diluidas y de escaso valor nutritivo. Este comportamiento obedece en parte a la preocupación constante de la madre de proteger al niño de evitarle trastornos digestivos, principalmente durante el primer año de vida, y en parte a la carencia de conocimientos sobre crianza del niño, específicamente cuidados nutricionales. Esta situación

también se manifestó durante períodos de enfermedad, independientemente de la edad del niño.”(17)

La Revista Española de Nutrición Comunitaria, publicó en el 2002, un estudio llamado “Nivel de conocimientos, actitudes y hábitos sobre alimentación y nutrición en escolares de las Palmas de Gran Canaria”, en donde el objetivo era: Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y hábitos relacionados con la alimentación y la nutrición previos a la intervención educativa de los escolares de ambos sexos que cursan 1º y 2º del Centro Educativo. Durante el año académico 1999-2000 en el Colegio Público Iberia (Las Palmas de Gran Canaria), se trató de un estudio epidemiológico experimental de intervención sin asignación aleatoria, tipo antes después.

En el cual se llegó a la siguiente conclusión:

“Considerando los resultados observados, creemos factible y necesario aumentar el nivel de conocimientos, incrementando entre los escolares una actitud favorable en relación con su alimentación. En cuanto a los hábitos, un grupo considerable consume los productos que ven en la televisión, y observamos un porcentaje importante de rechazo a las verduras, lácteos y pescado, así como un consumo excesivo de alimentos grasos de origen animal.” (18)

En la Revista Archivos Latinoamericanos de Nutrición, se publica en Caracas en el 2006, el artículo: “Transición Nutricional: una revisión del perfil latinoamericano.” El objetivo del estudio fue analizar los cambios del estado nutricional y algunos de sus condicionantes en América Latina en estos últimos años. Se realizó una búsqueda electrónica y manual de artículos publicados entre 1995 y 2005, seleccionándose los que abordaron la situación alimentario nutricional de países latinoamericanos.

Adicionalmente, se obtuvieron datos de encuestas nacionales y reportes internacionales incluyendo fundamentalmente información a partir de 1990.

En dicho artículo se llega a la siguiente conclusión:

“Los países han evolucionado hacia diferentes estadios de transición, observándose un incremento de exceso de peso, particularmente en mujeres adultas, en que se supera el 30% y en algunos países llega al 70%. Igualmente preocupante es la situación infantil, donde cinco países superan el 6% de obesidad. Hay una tendencia a disminuir el déficit de peso, siete de nueve países presentaron una reducción de mujeres con bajo peso y el déficit de crecimiento disminuyó generalizadamente. Se observó un aumento de la disponibilidad calórica en 17 de 20 países. La población que vive bajo la línea de pobreza ha disminuido en 9 de 13 países, aunque hay algunos que superan el 60%. Los indicadores de sedentarismo han aumentado, el parque automotriz ha subido en todos los países y algo similar ocurre con televisores y computadores. La evolución del estado nutricional refleja una acción multifactorial donde destacan: aumento de la ingesta calórica, incremento de actividades sedentarias en un entorno más urbanizado promotor de tecnologías que limitan la actividad física y disminución de la inseguridad alimentaria producto del descenso de la pobreza aunque desigualdades sociales persisten.”(15)

En Cuba, durante el año 2006, Herrero Aguirre, Salas Palacios y otros; presentan el siguiente estudio “Modificación de conocimientos sobre nutrición y alimentación en madres con niños desnutridos menores de 6 años”. Se realizó un estudio de intervención educativa comunitaria a través de una escuela, con el propósito de modificar los conocimientos sobre nutrición y

alimentación en las madres de niños desnutridos menores de 6 años de edad, incorporados a la consulta de Nutrición Comunitaria, ubicados en el municipio Contramaestre de la provincia Santiago de Cuba, desde marzo del 2004 hasta mayo del 2005. El universo quedó constituido por 28 madres captadas en dicha consulta, en cuyo caso existía como criterio de inclusión su consentimiento para participar en la investigación, así como también que la desnutrición del niño no obedeciera a causas orgánicas. El estudio constó de 3 etapas: diagnóstica, de intervención propiamente dicha y de evaluación. En la primera de estas se aplicó una encuesta inicial para determinar qué nivel de conocimiento poseían las madres antes de la intervención; en la segunda se crearon 2 subgrupos de 14 integrantes, con las cuales se trabajó durante 60 minutos una vez por semana, siguiendo este plan temático: aspectos generales sobre nutrición, lactancia materna, alimentación del niño en las distintas etapas de la vida, grupos de alimentos, así como las vitaminas y los minerales

Una vez concluida la intervención, a los 3 meses se aplicó nuevamente el instrumento utilizado en la etapa de diagnóstico y se evaluó el impacto de los resultados posteriores a la acción educativa.

Se propusieron las siguientes conclusiones:

” Cabe destacar que al inicio de las reuniones comunitarias se evidenció la dificultad de abordar el tema de la nutrición, dado que en general la población no considera afrontar problemas específicos al respecto, en tanto cuenta con alimentos, sin importar que su dieta sea monótona, insuficiente o desequilibrada. Asimismo, se observó una falta de iniciativa por parte de las madres para sugerir acciones orientadas a mejorar la nutrición; de modo que ante esta situación, la idea de trabajar en grupo resultó atractiva y novedosa.” (2)

“La intervención educativa realizada en las madres de niños con desnutrición menores de 6 años resultó efectiva, al lograr modificaciones significativas en el conocimiento sobre nutrición y alimentación, con una alta efectividad en el programa de clases aplicado; por tales razones se recomienda desarrollar intervenciones integrales que incluyan todos los aspectos de la cadena alimentaria e incidan provechosamente en el mejoramiento del estado nutricional de los niños.”(2)

La Revista Española de Salud Pública en el 2007, publica el artículo: “El conocimiento nutricional apenas altera las prácticas de alimentación: el caso de las madres de clases populares en Andalucía” que se basa en una investigación realizada por la Dirección General de Salud Pública y Participación Ciudadana de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. En donde se comentó que:

“Muchas políticas de salud pública dirigidas a la prevención consisten en campañas informativas. Estas campañas parten de la idea de que la información es la clave para cambiar las prácticas de la población: provistos de la información necesaria, los sujetos cambiarían sus hábitos de vida para que fueran más saludables. Sin embargo, múltiples estudios han impugnado esta creencia: así, existe una gran distancia entre lo que se conoce sobre nutrición y las prácticas de alimentación cotidianas. Analizamos esta dinámica general en el caso de las madres de clases populares a partir de los resultados de una investigación cualitativa realizada en Andalucía sobre prácticas y discursos en torno a la alimentación. Aquí se encuentran con una gran distancia entre lo que se conoce sobre nutrición y las prácticas de alimentación cotidianas.”(19)

2.1.2 Antecedentes Nacional

En el Perú también se han realizado muchos estudios sobre la importancia de la nutrición, dentro de ellos, hemos encontrado los siguientes ejemplos:

La Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica publica en Lima en el 2004, el estudio realizado por Carlos Rojas y otros; denominado: "Consumo de energía y nutrientes, características socioeconómicas, pobreza y área de residencia de niños peruanos de 12 a 35 meses de edad." Con el objetivo de determinar la relación existente entre el consumo de energía y nutrientes de niños peruanos de 12 a 35 meses de edad y sus características socioeconómicas, pobreza y área de residencia. La información fue obtenida de la Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos en mujeres en edad fértil y niños entre 12 y 35 meses en el año 2003. La muestra estuvo constituida por 2907 niños de uno u otro sexo. La información de consumo de alimentos se obtuvo por medio del método de encuesta de recordatorio de 24 horas. Se incluyó información del área de residencia, características y servicios básicos del hogar. Se agrupó a la población de acuerdo con el método de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Se estableció como consumo deficiente una adecuación por debajo de 75% para energía y nutrientes. Se aplicaron las pruebas estadísticas de chi cuadrado y Kruskal Wallis. Los resultados fueron: El porcentaje de niños en hogares pobres fue 76,5%, determinándose que la pobreza afecta en mayor parte a los niños del área rural. El porcentaje de niños con deficiencia de energía, carbohidratos, grasa y hierro superó el 35%; conforme aumentan las NBI las adecuaciones de consumo disminuyen, a excepción de los carbohidratos. El principal aporte de energía de los niños pobres proviene de los carbohidratos.

Se llegó a la siguiente conclusión, entre otras:

“Las condiciones de pobreza en las que se encuentran los niños influyen directamente sobre su consumo de energía, carbohidratos, grasa y hierro disminuyéndolo, lo cual traería serias consecuencias sobre su estado de nutrición y salud.”(20)

En la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, en el año 2006, Lucio Huamán-Espino y Carmen Valladares del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, Instituto Nacional de Salud, se publica el estudio “Estado nutricional y características del consumo alimentario de la población Aguaruna. Amazonas, Perú 2004 “. Cuyos objetivos fueron: Identificar el estado nutricional y frecuencia del consumo alimentario de los niños menores de tres años y mujeres en edad fértil (MEF) de la población aguaruna del departamento de Amazonas. El estudio fue de tipo transversal realizado con una muestra representativa de 478 MEF y 465 niños aguarunas seleccionados por muestreo bietápico probabilístico. Se realizó la toma medidas antropométricas, dosaje de hemoglobina a ambos grupos y finalmente una encuesta de consumo de alimentos a una submuestra de 290 hogares. Siendo los resultados los siguientes: La prevalencia de desnutrición crónica en niños fue de 33,4%. Se encontró asociación estadística entre el distrito de residencia y la desnutrición crónica en niños. La prevalencia de anemia fue de 76,5%. El 89% de las MEF presentaron un IMC ideal, sin embargo, la talla promedio de la mujer aguaruna fue de 148 cm. La prevalencia de anemia en MEF fue de 50,2%. Se listaron más de 100 alimentos locales y foráneos que forman parte de la dieta de las familias aguarunas; sin embargo, sólo se consume diariamente la yuca y plátanos; y con alguna frecuencia semanal el arroz, la carachama, gusano, huevo de gallina y verduras como la chonta y sachaculantro.

Llegándose a la siguiente conclusión:

“La evaluación nutricional indica un déficit nutricional para los niños y la deficiencia de hierro expresada en anemia afecta a la mitad de las MEF y a dos de cada tres niños. Esta situación podría atribuirse, entre otras causas al consumo de una dieta basada principalmente en yuca y plátanos con escasa presencia de alimentos de origen animal.”(16)

También en nuestro país, en el año 2007, Mónica L. Mispireta, Ángel M. Rosas, José E. Velásquez, publican su estudio realizado en la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, llamado: “Transición nutricional en el Perú, 1991 – 2005” En dicha investigación se determina que la transición nutricional es un proceso que incluye cambios en el perfil nutricional de las poblaciones. Muchos países en desarrollo, incluyendo Perú, se encuentran en transición. Los objetivos fueron: Describir la variación del perfil nutricional de los niños, madres en edad fértil y familias peruanas entre 1991 y 2005.

Usando la información disponible en las bases de datos de las Encuestas Nacionales Demográficas y de Salud realizadas en el Perú entre 1991 y 2005, se describe la prevalencia de malnutrición en niños menores de cinco años, madres en edad fértil y familias peruanas a nivel nacional, regional, y de acuerdo al nivel socioeconómico y área de residencia (urbano/rural). Dándose los siguientes resultados: La tasa de retardo de crecimiento infantil se ha mantenido alta y constante desde 1996. El sobrepeso infantil se ha incrementado principalmente en Lima Metropolitana y la Costa. En las madres en edad fértil el problema más importante es la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad, que se incrementa principalmente en Lima Metropolitana y la Costa. La coexistencia de retardo de crecimiento infantil y

obesidad materna a nivel familiar ha sido baja y sin presentar alguna tendencia temporal en el período estudiado.

De lo cual se llegó a la siguiente conclusión:

“El perfil nutricional peruano se encuentra en transición. Sus principales componentes son la alta tasa de retardo de crecimiento infantil y el incremento en sobrepeso y obesidad materna. Estos hallazgos muestran que la población peruana presenta un alto riesgo de desarrollar enfermedades asociadas con ambos extremos de la nutrición.”(21)

Fernández y Molocho, publican en la Revista de Ciencias de la Salud, en Lima en el 2007, el artículo: “Impacto de un programa educativo en la adopción de un estilo alimentario saludable en niños del primer grado” en donde el objetivo fue evaluar el impacto del programa: “Mi Lonchera Saludable” en la adopción de un estilo alimentario saludable en los niños del primer grado del Colegio Unión de Ñaña, en Lima, durante el 2005. El tipo de estudio fue experimental, de corte longitudinal con pre y postTest, así como de guía de observación inicial y final. La muestra estuvo constituida por 37 Alumnos del primer grado del Colegio Unión de Ñaña, seleccionados mediante muestreo no probabilístico, tipo intencional.

Se llegó a la siguiente conclusión:

“Que el programa tuvo un impacto positivo en la adopción de un estilo alimentario saludable, porque se mejoraron los conocimientos, actitudes y prácticas de los alumnos del primer grado del Colegio Unión.”(22)

En el año 2006, Rosana Tazza y Luz Bullón, publican en la revista Anales de la Facultad de Medicina, de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, el artículo: “¿Obesidad o desnutrición? Problema actual de los niños peruanos menores de 5 años.” Siendo el objetivo principal determinar el estado nutricional de los niños peruanos menores de 5 años. El diseño del estudio fue por medio de evaluación de indicadores antropométricos. Se analizó las bases de datos nacionales de las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar (Endes), de los años 1991/1992, 1996 y 2000.

Por medio del cual se conocieron los resultados: Durante el período evaluado, la desnutrición crónica disminuyó de 39% a 32%, la desnutrición global de 12% a 9% y la desnutrición aguda de 2% a 1%. Mientras tanto, el sobrepeso y la obesidad ascendieron de 17% y 5% a 19% y 7%, respectivamente. La Endes 2000 muestra un promedio nacional de sobrepeso y obesidad en niños menores de cinco años de 25,19%, siendo los más afectados Tacna (57%), Moquegua (42%) y Lima (41%); niños de 48 a 59 meses, extremadamente pobres y del área urbana. Según las proyecciones departamentales, Tumbes y Ucayali, a partir del año 2004, sobrepasarían el 50% de sobrepeso. Las variables más influyentes para el desencadenamiento del problema son el nivel de pobreza, la edad del niño y el área de residencia, descartándose el género, la instrucción de la madre y el departamento de proveniencia, como variables significativas.

Se determinó como conclusión principal:

“Aunque persiste el problema de desnutrición en los niños peruanos, el sobrepeso y la obesidad vienen alcanzando valores considerablemente elevados, con proyecciones que van en rápido incremento”.(20)

Por lo expuesto se evidencia que existen varias investigaciones sobre algunas de las variables del tema de estudio, sin embargo no han abordado la relación entre las variables estudiadas, siendo por tanto importante realizar el presente estudio en el Puesto de Salud Mesa Redonda.

2.2 BASE TEÓRICA

Los primeros años de vida resultan de vital importancia en lo que al estado nutricional se refiere: si el menor presenta algún grado de desnutrición, los efectos podrían reflejarse incluso durante la etapa adulta. En este sentido, la productividad en el trabajo podría verse debilitada por un desarrollo conductual y cognitivo inadecuado, así como por un rendimiento escolar y un nivel de salud reproductiva deficiente. Es por ello que las medidas de prevención de la atrofia, la anemia o la xeroftalmia se lleven a cabo durante la edad temprana del individuo, debido a que el retraso en el crecimiento sucede casi exclusivamente durante el período intrauterino y en los dos primeros años de vida.

A la luz de estos hechos, Pollit (1997) y Matte (2001) encontraron que el bajo nivel nutricional de los niños trae efectos negativos contra el desarrollo económico de un país. (7)

Según estos autores, las personas que atravesaron el problema de mal nutrición durante sus primeros años de vida tienen una menor capacidad cognitiva que dificulta el alcance de un rendimiento escolar aceptable. Los autores sostienen también que la mal nutrición durante los primeros años afecta negativamente su productividad cuando ingresan al mercado laboral.

Las prácticas alimenticias inadecuadas dentro del hogar tienen un efecto negativo sobre las condiciones de salud del niño, sobre su habilidad para aprender, comunicarse, pensar analíticamente, socializar efectivamente y adaptarse a nuevos ambientes y personas. En consecuencia, también queda implícito que una dieta adecuada, es decir, aquella balanceada en

nutrientes, es la primera línea de defensa contra un conjunto de enfermedades que afectan principalmente a los niños, y que pueden dejar secuelas en ellos de por vida.

De acuerdo con Sagan y Druyan (1994) el cuerpo humano da prioridad al destino de las sustancias alimenticias cuando éstas son insuficientes para cubrir absolutamente todas las necesidades del cuerpo humano.(5)

2.2.1 Situación alimentaria y nutricional en el Perú:

La desnutrición crónica es uno de los problemas nutricionales endémicos de nuestro país, las encuestas nacionales, revelan una tendencia histórica que se mantiene en el tiempo en niños menores de 5 años. Asimismo los datos del MONIN-CENAN (10) en el año 2002 reporta un 25.6%, en el año 2003 un 27.0% y en el año 2004 un 26.7% de prevalencia de desnutrición crónica en el país.

Las consecuencias de desnutrición temprana en los niños persisten en los años de la escuela y en la vida adulta, disminuyendo la productividad y la calidad de vida. Las mujeres con baja talla a causa de la malnutrición, muy probablemente darán a luz niños pequeños, perpetuando de esta manera la malnutrición y enfermedad a lo largo de varias generaciones. (14)

En cuanto a la obesidad que es el exceso de grasa o tejido adiposo corporal, manifestada por exceso de peso, y que se genera cuando el ingreso energético es superior al gasto energético, se asocia con diversas enfermedades, como la hipertensión, la diabetes, enfermedades cardiovasculares, afecciones de la vesícula biliar, entre otras (14). Es una condición compleja, con dimensiones psicológicas y sociales y que afecta a las personas de todas las edades, de todos los niveles socioeconómicos y de países desarrollados y en vías de desarrollo.

En nuestro país, si bien es cierto que la desnutrición y anemia en niños menores de cinco años y mujeres gestantes y lactantes, sigue siendo un problema importante de salud pública, sobre todo en las zonas rurales; también es cierto que en las grandes ciudades vivimos una suerte de transición epidemiológica nutricional donde se estima que alrededor del 13% de la población adulta femenina tiene obesidad y alrededor de un 34% de mujeres en edad fértil están con sobrepeso (ENDES 2000). (7)

El grado de instrucción de las madres es uno de los factores que se encuentra frecuentemente asociado a problemas de salud y nutrición analfabeto (si son analfabetas o con primaria incompleta, las probabilidades de tener una niña(o) desnutrido son de 4 y 2 veces más respectivamente).

En el Perú el 51,6% de los niños con desnutrición crónica son hijos de mujeres sin instrucción. En el año 2000, el 13% de las mujeres de las áreas rurales no contaban con ningún grado de instrucción, mientras que en las áreas urbanas esta cifra era de 1,7%. Otros factores asociados con la desnutrición de niños menores de 5 años en el Perú, según el estudio de análisis del I.N.E.I. y Prisma de las bases de datos de las ENDES92 y 96, son: la falta de control prenatal en la madre; la multiparidad (4 hijos vivos o más representa 4 veces más la probabilidad de tener una niña(o) desnutrida(o) que las que tienen 3 hijos o menos; el bajo peso al nacer, que representa dos veces más probabilidades de desnutrirse; la carencia de servicios higiénicos (incrementa en 3 veces la probabilidad de desnutrición de la niña(o); si la niña(o) es cuidado por una mujer mayor de 40 años, la probabilidad de que se desnutra es dos veces mayor que el de las niñas(os) cuidadas(os) por una mujer de menor edad; el tener viviendas con piso de tierra, incrementa el riesgo en un 65%; las niñas(os) con Enfermedad Diarreica Aguda, tiene un 30% más de posibilidades

de desnutrirse; si la madre hablaba quechua se encontró 2 veces más probabilidades de que el la niña(o) se desnutra, debido probablemente a que los quechua hablantes tienen poco acceso a la información y a los servicios de salud. (14)

La edad entre los 6 a 18 meses es la más frecuente para que una niña(o) se desnutra y el orden nacimiento también juega un rol importante como causa de desnutrición crónica, siendo casi el triple la prevalencia de desnutrición en las niñas y niños que ocupan el sexto lugar en relación a los que ocupan el primero.(10)

Otros estudios señalan también a las prácticas inadecuadas durante el período de inicio de la alimentación complementaria, etapa en la que el niño empieza a recibir otros alimentos distintos a la leche materna. Entre estas prácticas están la lactancia materna exclusiva corta o demasiado prolongada, las papillas complementarias bajas en nutrientes, la baja frecuencia de comidas al día y las inadecuadas prácticas de higiene por parte de las madres al alimentar a la niña(o).(7)

.2.2 Promoción de la Alimentación y Nutrición saludable:

La implementación de los lineamientos de alimentación y nutrición saludable se enmarcan en el modelo teórico de abordaje de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud (10), el cual plantea como sujetos de intervención a: la persona, la familia y la comunidad, promoviendo entornos saludables en los escenarios: vivienda, escuelas, municipios y comunidades, y centros laborales; desarrollando ejes temáticos, que contribuyan a la calidad de vida de la población, a través de sus enfoques de equidad y derechos en salud, equidad de género e interculturalidad orientados hacia el ejercicio de la ciudadanía en salud, lo cual implica el respeto, uso y fomento de prácticas de costumbres locales y tradicionales de las comunidades indígenas

nativas, y otras comunidades, además de su inclusión en los procesos de decisión local.

La Promoción de la Alimentación y Nutrición Saludable, debe buscar que los individuos como miembros de una familia, adopten prácticas alimentarias adecuadas que favorezcan su bienestar físico, mental y social para mejorar su calidad de vida y desarrollo humano; incidiendo en los componentes de la seguridad alimentaria, es decir la promoción al acceso, a la disponibilidad y a la utilización de los alimentos; a través de estrategias y políticas públicas, de generación de espacios de concertación con los gobiernos locales, regionales y el estado. (10)

Una alimentación es saludable, si incluye diariamente una dieta equilibrada, con alimentos variados, se prepara siguiendo las normas básicas de higiene, su sabor y presentación responden a los principios de la gastronomía de cada región y se consume en un ambiente agradable, disfrutando con la familia o los amigos.

2.2.3 Importancia de la conducta nutricional:

Está suficientemente demostrada la importancia que tienen los hábitos alimenticios, durante la infancia, para la prevención de patología en el mismo niño, en el adolescente y en el adulto (7). Cada día se está adelantando más la edad en que se considera importante la dieta para la prevención de las enfermedades futuras. No hace muchos años se consideraba la adolescencia como la edad conveniente para establecer hábitos nutricionales y de comportamiento; posteriormente se insistió en la etapa de la niñez; hoy se hace especial hincapié en la importancia de la nutrición de la embarazada para la prevención de la patología del feto y del recién nacido. Es necesario analizar las conductas nutricionales comenzando por la vida intrauterina.

La mayoría de los autores mencionan que el factor “madre” tendría una gran influencia en el estado nutricional de los niños es la calidad de la dieta que reciben, y por eso sostienen que muchas de las mujeres tratan de proporcionar a sus hijos pequeños una dieta que ellas creen apropiada – tres comidas diarias de alimentos preparados sobre la base de harina de maíz. Sin embargo, esto no siempre se consigue por la escasez de alimentos o por las largas jornadas de trabajo. (5)

Por otro lado, la educación alimenticia provista en los colegios y centros de salud no ha sido dirigida a contrarrestar los efectos negativos de los problemas antes mencionados.

Las mujeres no encuentran utilidad en la educación porque no coincide con su percepción de la salud y las enfermedades y no prestan atención a las circunstancias en que viven.

Se sostiene que aun cuando las restricciones de tiempo de las mujeres no son importantes para explicar las variaciones en la desnutrición de los niños, este factor puede ser crucial cuando se intenta atacar dicho problema.

Es necesario tener en cuenta que las mujeres manejaban su tiempo con el objeto de proveer a los niños con tres comidas por día. Grupos de discusión llevados a cabo revelaron que un gran número de mujeres sostenían que no podían dedicarle más tiempo a la alimentación de los niños, por lo que las recomendaciones de proveer un mayor número de comidas o disponer de un mayor tiempo para prepararlas no fueron aceptadas.(5)

2.2.4 Patrones nutricionales por grupo etario:

2.2.4.1 Patrones nutricionales en los neonatos y en los lactantes:

La etapa de neonato y lactante es el periodo donde más cambios se producen en la vida del niño y más rápidamente se llevan a cabo, teniendo las conductas alimentarias y nutricionales a esta edad un tremendo impacto en el desarrollo posterior del niño, en su salud y en su enfermedad.(2)

La lactancia materna es, o debe ser, la principal fuente de alimento a estas edades, exclusivo en los primeros meses y complementado con una alimentación reglada posterior. Lamentablemente, lo que debería ser la norma que es la alimentación exclusiva a pecho de la mayoría de los niños, se convierte en excepción en muchos casos, ya que a los cuatro meses de edad casi un 80% de los lactantes ya han dejado de lactar de sus madres.

La leche materna aporta todos los nutrientes necesarios adaptados a cada momento del desarrollo del neonato, variando su composición a lo largo de su desarrollo y siendo incluso diferente y adaptada cuando el niño es prematuro. En la mayoría de los estudios bien diseñados sobre lactancia materna y susceptibilidad a infecciones en los primeros meses y años de vida extrauterina se demuestra que los lactantes alimentados a pecho presentan una menor incidencia de infecciones, no sólo del tracto gastrointestinal sino también de infecciones de las vías respiratorias. Esta protección se produce incluso en los prematuros alimentados con lactancia materna enriquecida o no, donde parece existir una menor

incidencia de enterocolitis necrosante y de sepsis neonatales. Pero sin duda, donde más patente se ha demostrado últimamente su eficacia protectora es en las alergias alimentarias y gastrointestinales. Parece existir una relación clara y cronológica entre alergia alimentaria, rinitis y asma, comenzando este proceso en el periodo de lactante. La gran permeabilidad a las proteínas heterólogas que muestra el intestino del neonato hace que en aquellos no alimentados a pecho pueda desarrollarse tempranamente una alergia a proteínas vacunas que progrese en un gran porcentaje a rinitis y, posteriormente, a asma. No cabe duda que este fenómeno, acompañado de manifestaciones de dermatitis atópica es más frecuente en aquellos niños con antecedentes familiares de procesos alérgicos en sus distintas facetas, así como está demostrado el papel protector que la lactancia materna ejerce sobre los mismos, especialmente en aquellos con mayores factores de riesgo como son los pretérmino y los que presentan antecedentes familiares, persistiendo el efecto protector hasta casi la edad adulta. Existen también una asociación significativa entre el abandono precoz de la lactancia materna y su sustitución por proteínas vacunas y la incidencia posterior de diabetes mellitus tipo 1, al parecer relacionados con la fracción beta de la lactoglobulina, actuando la leche materna como protector evitando o retrasando la aparición de la enfermedad. Otro campo importante donde se ha avanzado mucho en los últimos años es en la relación existente entre lactancia materna y desarrollo neurológico, especialmente relacionados con la composición en ácidos grasos poli-insaturados de

cadena larga (PUFA) y el ácido Docohexanóico (DHA) que han sido recientemente introducidos muy acertadamente en las fórmulas infantiles. Asimismo es fundamental la relación entre los ácidos grasos ω -3 y ω -6, óptima en la leche materna y recientemente adoptada también en las fórmulas para lactantes. Es importante destacar la leche de mujer como principal fuente a esta edad de probióticos y prebióticos, que cumplen una importante función favorecedora del desarrollo y funcionalismo del organismo y que ahora se están estudiando con detenimiento y se están incorporando a algunas leches de continuación. (2, 4,11)

En cuanto a la importancia que tiene una introducción reglada de alimentación complementaria sobre el desarrollo posterior, hay que destacar la importancia de retrasar aquellos alimentos más alergénicos como el huevo, el pescado o algunas frutas como la fresa o el melocotón a un momento en que la permeabilidad intestinal sea menor y disminuyan las posibilidades de desarrollar una alergia alimentaria.

2.2.4.2 Nutrición en el preescolar y escolar

En la etapa preescolar, considerada desde los 2 a los 6 años, y en el periodo escolar, desde los 7 años hasta la pubertad, se produce una desaceleración de la velocidad de crecimiento lineal en relación al incremento en el desarrollo durante el primer año y durante la adolescencia. En esta edad se crean los hábitos sociales, familiares y ambientales y se adquieren las costumbres dentro de la propia cultura en que el niño vive. Es la edad ideal para establecer pautas de comportamiento alimentario saludables. Debe

establecerse un horario regular, teniendo especial importancia el desayuno y el resto de las comidas bien organizadas para conseguir alcanzar los requerimientos energéticos diarios. Es preciso que las comidas sean satisfactorias para el niño, creándole un ambiente agradable, lo que no siempre se consigue. Muchas veces hay que convencer a las familias que los requerimientos diarios son los que debe comer el niño y no lo que los padres creen.(8)

Para calcular la energía diaria necesaria hay que considerar el metabolismo basal, los requerimientos complementarios para mantener su actividad y su crecimiento, y las pérdidas derivadas de la termogénesis, siendo en esta edad más escaso el panículo adiposo. Puede considerarse, según la Organización Mundial de la Salud y el Subcomité de Alimentación y Nutrición, que de 1 a 3 años de edad se precisa 1.300 Kcal/día (102 Kcal/Kg de peso); de 4 a 6 años son necesarias 1.800 Kcal/día (90 Kcal/Kg de peso) y de los 6 a los 10 años 2.000 Kcal/día (70 Kcal/Kg de peso). Estas cantidades están aceptadas en la actualidad por todos los Organismos internacionales responsables de esta materia. (8)

En estas edades se han establecido los siguientes requerimientos de proteínas: De 1 a 3 años de edad, 1,2 gr/Kg/día; de 4 a 6 años, 1,1 gr/Kg/día; y entre los 7 y los 10 años de edad, 1,0 gr/Kg/día. El aporte de calcio tiene el doble objetivo de contribuir al incremento de masa ósea y de evitar la hipoplasia del esmalte dentario; oscila la cantidad desde los 1.400 mg diarios que recomienda la conferencia de consenso NIH (1994) hasta los 800 mg

diarios que propone RDA (National Research Council, 1989). Las necesidades de hierro se estiman, hasta los 10 años, en 10 mg/día, con los aumentos posteriores de 2 mg/día en relación al crecimiento y 5 mg/día en las niñas al aparecer la menarquia. Las recomendaciones de cinc están en 10 mg/día, con aporte más bajos pueden encontrarse valores de la talla por debajo del percentil 10. Con el flúor hay que tener en cuenta la fluorización del agua de bebida, estimándose las necesidades entre 0,9 mg/día y 1,7 mg/día dependiendo del aporte de flúor del agua. (5)

Es necesario insistir en la conveniencia del desayuno con los padres, se ha demostrado según Ballabriga, que el no tomar el desayuno supone no cubrir ni los dos tercios de las recomendaciones diarias para minerales y vitaminas.

2.2.5 La enfermera y la nutrición

La Enfermería a lo largo del tiempo se ha desarrollado como ciencia y como profesión, pero todo cambio, y aún más toda consolidación, debe ir respaldada por un método que aporte fiabilidad y le dé sentido a la práctica haciéndola útil y funcional. Los Cuidados de las enfermeras en Nutrición son asistir, informar, formar, educar, asesorar y adiestrar, desde el aspecto bio-psico-social del paciente y con un desarrollo estructurado en diferentes etapas.

Los hábitos alimentarios son un factor determinante del estado de salud de la población, porque se configuran en la infancia y se desarrollan y asientan a lo largo de la vida del sujeto, pudiendo influir sobre ellos a través de programas educativos que refuercen pautas de conducta alimentaria adecuadas. En los equipos

pluriprofesionales, las enfermeras son responsables de proporcionar los cuidados y conocimientos necesarios para atender y educar a las personas en distintas etapas del ciclo vital.(23)

Con un desarrollo estructurado de los Cuidados nutricionales, se facilita el aprendizaje y simplifica la ardua tarea del adiestramiento del usuario en el equilibrio nutricional.

La enfermera de Atención Primaria procura mejorar el nivel de conocimientos de la población, referente a la elección adecuada de alimentos, las características de una dieta equilibrada y los riesgos del consumo habitual de alimentos considerados poco saludables

La enfermera aplica las técnicas de escucha-transmisión, según la base del sujeto emisor y del sujeto receptor y fomenta la Cultura alimentaria en la educación para la Salud con habilidades de comunicación que generan confianza y relaciones humanas personales y/o grupales con determinación emocional y de valores. La evaluación sobre comprensión, aprendizaje y aplicación de técnicas de adiestramiento, ha de ser frecuente y pautada regularmente.

2.2.6 Acciones a desarrollar según edades diferenciadas tenemos:

a) Alimentación de la niña o niño durante los 6 primeros meses de vida

- Promover la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.
- Fomentar el vínculo afectivo entre la madre y la niña o niño.
- Informar y educar a la madre y familia sobre la importancia de la leche materna en la alimentación del lactante.
- Informar y educar sobre la importancia del calostro y su ingesta en los primeros días del recién nacido.

- Informar y educar Sobre la necesidad e importancia de la alimentación balanceada de la madre que da de lactar.
- Capacitar en técnicas correctas de amamantamiento.
- Capacitar en el manejo de hábitos y creencias en relación a la lactancia materna.
- Capacitar sobre técnicas correctas del lavado de manos con agua y jabón, antes y después de dar de lactar.
- Informar sobre los derechos de las niñas y niños a la lactancia materna exclusiva.
- Socializar el Reglamento de Alimentación Infantil y los Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú.
- Socializar la normatividad vigente sobre los derechos laborales de las mujeres a dar de lactar.
- Organizar grupos de apoyo en la comunidad para promover y proteger la lactancia materna.

b) Alimentación de la niña o niño de 6 meses a 2 años:

- Promover la alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad.
- Promover la prolongación de lactancia materna hasta por lo menos los 2 años de edad o más.
- Informar y educar sobre el inicio de la alimentación complementaria con alimentos semisólidos como: papillas, mazamorras y purés; aumentando la cantidad a medida que la niña o niño crece, y modificando la consistencia a mayor edad.
- Informar y educar sobre la alimentación de la niña o niño con tres comidas diarias y dos entre comidas conforme crece y desarrolla.
- Promover la importancia de los alimentos de origen animal como: carnes, hígado, pescado, sangrecita, huevos, leche, queso; en la alimentación diaria de las niñas y los niños.

- Incentivar el consumo de frutas y verduras de la zona, en la alimentación diaria de las niñas y niños.
- Capacitar en higiene y cuidados en la manipulación, conservación, almacenamiento y consumo de los alimentos.
- El escenario de intervención prioritario para será la familia y vivienda, y la estrategia más importante es la educación y comunicación en salud, así como la abogacía y las políticas públicas locales regionales y nacionales.

c) Alimentación de la niña o niño de 3 a 5 años (pre-escolar)

En esta edad el ritmo de crecimiento es menor que en el primer año de vida, pero aun así los requerimientos nutricionales son elevados.

- Promover la importancia de las comidas principales (desayuno, almuerzo y cena) y refrigerios de las niñas y niños (media mañana y media tarde).
- Informar y educar sobre la importancia de la alimentación variada y en combinaciones adecuadas, de preferencia con alimentos naturales, principalmente de la zona y de estación.
- Incentivar el consumo de alimentos de origen animal como carnes, hígado, pescado, sangrecita, huevos, leche y queso.
- Fomentar el consumo de 2 a 3 tazas de leche o derivados para cubrir las necesidades de calcio.
- Informar y educar a las familias para que enriquezcan las comidas de las niñas o niños con una cucharadita de aceite en las comidas principales.
- Promover el consumo de frutas y verduras en la alimentación diaria.
- Fomentar el respeto al ritmo de alimentación de la niña o niño no forzándolo a comer.

2.2.7. Teorías de enfermería que dan sustento a la investigación

Nola Pender, Enfermera, autora del modelo de Promoción de la Salud, expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud. El modelo pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr.

Ramona Mercer “Adopción del rol materno”, es un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro de dicho rol. El desplazamiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia dentro de su rol constituye el punto final de la adopción del rol maternal, es decir, la identidad como madre.

2.3 DEFINICION DE TERMINOS

- **Alimento:** Es toda sustancia o producto que en su estado natural o elaborado presenta características que lo hacen apto y agradable al consumo humano a fin de satisfacer las necesidades calórico proteico para crecer, desarrollar y vivir. Los alimentos aportan energía y nutrientes que el organismo humano necesita para realizar sus diferentes funciones y mantener su salud.
- **Alimentación:** Consiste en la ingestión de una serie de sustancias que tomamos del mundo exterior y que forman de nuestra dieta. La

alimentación es un acto voluntario y consciente que aprendemos a lo largo de nuestra vida. La alimentación puede no ser la adecuada y está influenciada por diversos factores como los medios de comunicación.

- **Alimentación saludable:** Referida a la alimentación variada que aporta la energía y todos los nutrientes esenciales que cada persona necesita para mantenerse sana permitiéndole una mejor calidad de vida en todas las edades. Los nutrientes esenciales son: Proteínas, Carbohidratos, Lípidos, Vitaminas, Minerales; también se considera al agua. La alimentación saludable previene de enfermedades como la desnutrición, la obesidad, la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la anemia, la osteoporosis y algunos tipos de cáncer.
- **Nutrición:** Es la ciencia que se ocupa de estudiar los alimentos y su relación con la salud.
También es el conjunto de procesos mediante el cual el organismo recibe, procesa, absorbe y utiliza los alimentos para la producción de energía que permite el funcionamiento normal de los tejidos y órganos, el crecimiento y el mantenimiento general de la vida.
- **Alimentación equilibrada:** Es aquella que contiene los grupos de alimentos, en la cantidad, variedad y combinación adecuadas, teniendo en cuenta la edad de la persona, el sexo, el estado fisiológico y la actividad que realiza.
- **Desnutrición:** Es una enfermedad producida por un consumo insuficiente de nutrientes. Las personas desnutridas tienen un bajo peso corporal y en los niños se produce un retraso en el crecimiento y desarrollo psicomotor. La desnutrición produce una disminución de la capacidad para defenderse de las enfermedades infecciosas y aumenta el riesgo de muerte.

En los escolares se traduce además en una disminución del rendimiento escolar y en los adultos falta de energía para trabajar y realizar las actividades diarias. Entre las principales causas de la desnutrición tenemos:

- Una ingestión insuficiente de calorías y proteínas, por desconocimiento de una correcta alimentación y nutrición o por carencias económicas para adquirir los alimentos.
- Diarreas y otras infecciones que producen pérdidas de los nutrientes aportados por los alimentos.
- Enfermedades que dificultan la absorción normal de nutrientes.

Asimismo hay factores que aumentan el riesgo de la desnutrición como: Prácticas de higiene inadecuadas durante la manipulación, conservación y almacenamiento de los alimentos, prácticas de higiene personal inadecuadas y la falta de agua potable, alcantarillados y la inadecuada eliminación de basuras.

- **Obesidad:** Es una enfermedad caracterizada por una cantidad excesiva de grasa corporal o tejido adiposo en relación a la masa corporal del ser humano. La Organización Mundial de la Salud, considera a la obesidad como una enfermedad y además un factor de riesgo para tener altos niveles de lípidos sanguíneos, hipertensión, enfermedades del corazón, diabetes y ciertos tipos de cáncer.

La obesidad es causada por un consumo de calorías superior al gasto energético, lo que lleva a depositar las calorías ingeridas en exceso en forma de grasa. Este menor gasto energético se debe a la disminución de la actividad física que caracteriza la vida actual, especialmente en las ciudades, donde las personas pasan gran

número de horas del día mirando televisión y realizando actividades sedentarias.

- **Seguridad alimentaria:** La Seguridad Alimentaria (SA), se define como el acceso oportuno y permanente de las familias a alimentos seguros y suficientes en cantidad y calidad y que puedan ser utilizados adecuadamente para satisfacer sus necesidades nutricionales, de manera que les permita llevar una vida sana y productiva. Los componentes básicos de la son: el acceso a los alimentos, la disponibilidad de los mismos, la utilización eficiente y la estabilidad del producto.
- **Leche materna:** Es el alimento natural producido por las glándulas mamarias de la mujer para satisfacer las necesidades nutricionales de la niña o niño después de nacer, siendo la succión un factor primordial para una adecuada producción de la misma.
- **Lactancia materna exclusiva:** Es la alimentación exclusivamente con leche materna que un lactante menor de seis meses debe recibir, sin el agregado de agua, jugos, té u otros líquidos o alimentos.
- **Alimentación complementaria:** Introducción de otros alimentos, además de la leche materna, en la alimentación de la niña o niño a partir de los seis meses hasta por lo menos los dos años de edad.

2.4. HIPOTESIS

2.4.1. Hipótesis General:

El nivel de conocimiento sobre nutrición saludable en menores de cinco años, que tienen las madres que acuden al Puesto de Salud Mesa Redonda, es bajo.

2.4.2. Hipótesis específicas:

- El nivel de conocimiento sobre alimentos con contenido proteico, en las madres que acuden al Puesto de Salud Mesa Redonda es bajo.
- El nivel de conocimiento sobre alimentos con contenido graso, en las madres que acuden al Puesto de Salud Mesa Redonda es bajo.
- El nivel de conocimiento sobre alimentos con contenido de carbohidratos, en las madres que acuden al Puesto de Salud Mesa Redonda es bajo.
- El nivel de conocimiento sobre alimentos con contenido en micronutrientes, en las madres que acuden al Puesto de Salud Mesa Redonda es bajo.

2.5. VARIABLES

2.5.1. Operacionalización de variables

| VARIABLES | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | DIMENSIONES | INDICADORES |
|--|--|--|----------------------------------|--|
| Nivel de conocimiento sobre nutrición saludable. | Es el grado de conocimiento que tienen las madres referida a la alimentación variada que aporta la energía y todos los nutrientes esenciales que cada persona necesita para mantenerse sana. | Se determinara de acuerdo a la escala de estanino, en base a la prueba piloto. Se clasificara en nivel alto, medio y bajo. | Alimentos con contenido proteico | Frecuencia de consumo de leche o sus derivados después de ablactancia. Cantidad de consumo de leche y sus derivados. Cantidad de consumo de carnes y derivados. Frecuencia de consumo de carnes y derivados |

| VARIABLES | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | DIMENSIONES | INDICADORES |
|-----------|--------------------------|---------------------------|-------------------------------|--|
| | | | Alimentos con contenido graso | <p>Frecuencia de uso de aceite en la preparación de comidas diarias.</p> <p>Cantidad de aceites usados en la preparación.</p> <p>Tipo de aceite de uso común en las preparaciones.</p> |

| VARIABLES | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | DIMENSIONES | INDICADORES |
|-----------|-----------------------|------------------------|--|---|
| | | | Alimentos con contenido de carbohidratos | <p>Frecuencia de consumo de tubérculos.</p> <p>Cantidad de consumo de tubérculos.</p> <p>Frecuencia de consumo de cereales.</p> <p>Cantidad de consumo de cereales.</p> <p>Frecuencia de consumo de galletas, panes y derivados.</p> <p>Cantidad de consumo de galletas y panes</p> |

| VARIABLES | DEFINICION CONCEPTUAL | DEFINICION OPERACIONAL | DIMENSIONES | INDICADORES |
|----------------------|--|---|-------------|---|
| Edad de las madres | Tiempo que lleva viviendo una persona desde que nació. | Se determinara a través de los años transcurridos desde la fecha de nacimiento referida por el entrevistador. | Biológica | Años cumplidos hasta el día de la entrevista. |
| Grado de instrucción | Cantidad de grados, cursos, etapas en que se divide un nivel de enseñanza. | Se determinara según norma de padrón institucional | Social | Nivel de educación |

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1. TIPO DE INVESTIGACION

Es de tipo Cuantitativo: Porque los resultados se expresaran numéricamente.

Es de nivel descriptivo: Porque describe una situación y/o hecho en este caso va describir el nivel de conocimiento sobre nutrición saludable.

Corte Transversal: porque el estudio se realizó en un tiempo y espacio determinado.

3.2. DESCRIPCION DEL AMBITO DE INVESTIGACION

El estudio se realizó en el servicio del Componente CRED que pertenece al Puesto de Salud “Mesa Redonda”, institución de salud del primer nivel, perteneciente a la Red de Salud Rímac – San Martín de Porras – Los Olivos. Dicho puesto de salud se halla ubicado en el Jr. Sánchez Cerro s/n Urb. Mesa Redonda, distrito de Los Olivos, provincia de Lima, departamento de Lima.

El establecimiento está construido parcialmente de material noble, cuenta también con ambientes construidos en material pre fabricado, tiene un tiempo de construcción aproximado de 30 años.

Cuenta con ambientes para las diversas actividades como son: tres consultorios de Medicina General, un consultorio de Obstetricia, un ambiente de Enfermería donde se llevan a cabo las actividades del componente CRED, un consultorio de Odontología, un ambiente de triaje, un tópico, un ambiente para el área administrativa etc.

Su ámbito de influencia abarca a la urbanización Mesa Redonda, como parte predominante, así como al asentamiento humano Luis Alberto Sánchez, constituyendo una población aproximada de atención de más o menos 500 personas, en donde predomina el estrato socioeconómico bajo. El grupo etáreo de mayor prevalencia está dado por infantes menores de 5 años.

El ambiente donde se lleva a cabo las actividades del Componente CRED, es donde captaremos a las madres que serán encuestadas, este se encuentra ubicado al costado de la puerta principal, tiene buena iluminación por lo tanto permitirá una buena realización de las entrevistas en dicho ambiente.

3.3. POBLACION Y MUESTRA

Población

La población estuvo conformada por todas las madres de los lactantes menores de un año de edad que acuden al Programa de Crecimiento y Desarrollo – Componente Niño, durante los meses de agosto a noviembre del 2010. Siendo aproximadamente 230 madres que llevaron a atender a sus niños, dentro de ellas aproximadamente el 90% corresponden a menores de 5 años. (Según fuentes estadísticas del Informe Operacional de Crecimiento y Desarrollo del 2009).

Para la obtención de la muestra se aplicó un muestreo probabilístico, utilizando el Carné de CRED e inmunizaciones.

Muestra

La muestra estará determinada mediante la aplicación de la fórmula:

$$n = \frac{N * Z (1- a) p*q}{d(2*) (N - 1) + Z(1-a)^2 * p*q}$$

Dónde:

n = Tamaño de la muestra

N = Total o tamaño de la población

a= Error tipo II

Z (1-a) = Nivel de confianza

p=prevalencia estimada

q= 1- p

d= error de estimación

El muestreo fue probabilístico, del total de pacientes atendidos 340 anualmente, solo tomaremos una muestra 144.

Tamaño poblacional: 340

Proporción esperada: 50%

Nivel de confianza: 95%

Efecto de diseño: 1.0

3.3.1. Criterios de Inclusión:

- Madres de los infantes menores de 2 a 5 años.
- Madres que acepten participar con el estudio de investigación.

3.3.2. Criterios de Exclusión:

- Madres de los lactantes mayores de 5 años.
- Madres que no asisten regularmente a los controles CRED en el Puesto de Salud Mesa Redonda
- Madres cuyos menores presentan alguna alteración neuromuscular, congénita o alguna otra patología que impida su correcto desarrollo en las áreas a estudiar.
- Madres que expresen no desear participar en el estudio de investigación

3.4. INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION Y RECOJO DE DATOS

La técnica que se utilizó fue la entrevista individual y el Instrumento fue un formulario tipo cuestionario estructurado; el cual permitió obtener información acerca del nivel de conocimiento sobre nutrición saludable en madres de niños menores de 5 años.

3.4.1 Técnica

La técnica que se utilizara en la recolección de datos será la encuesta, por ser el más adecuado para cumplir con el objetivo de estudio y obtener la información necesaria.

3.4.2 Instrumento

El cuestionario en mención consta de Introducción, en el cual se incluye la presentación, Datos generales y Datos específicos relacionado a la variable conocimiento que tienen las madres sobre

nutrición saludable. Este instrumento será anexado al final del estudio.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Se utilizó para validar mi instrumento la $KR_{20} = \frac{n * \sum V_i^2}{n - 1 \sum V_t^2}$

$$n - 1 \sum V_t^2$$

La confiabilidad de mi instrumento fue de 0,8

3.6. PLAN DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Posteriormente luego de la realización de los trámites administrativos pertinentes a través de un oficio dirigido al Médico Jefe del Puesto de Salud Mesa Redonda y a la enfermera responsable del programa; se obtendrá la autorización correspondiente y las facilidades necesarias para el inicio de la recolección de datos que se realizará durante el mes de diciembre del 2010, de lunes a sábado en el turnos de mañana de 8am - 1pm, aplicando para ello el instrumento a través de la entrevista en un tiempo de 10 minutos por madre, realizándose 10 entrevistas aproximadamente por día, la recolección de datos se realizará durante dos semanas.

Luego de recolectados los datos, estos serán procesados, previa elaboración de la tabla de códigos, asignando un código a las preguntas con un valor de 1 a la respuesta correcta y 0 a la respuesta incorrecta; y procesadas en una tabla matriz para su tabulación. La medición de la variable Nivel de Conocimientos

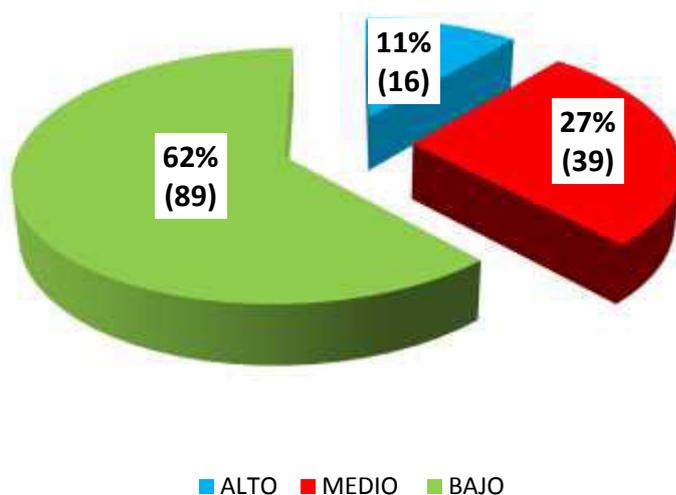
Se realizará aplicando la Escala de Estanino, en grado de conocimiento alto, medio y bajo.

Para la presentación de los resultados se utilizarán gráficos estadísticos a fin de realizar el análisis e interpretación mediante la estadística descriptiva (porcentual) respectivamente, utilizando el marco teórico que da sustento a la investigación.

CAPITULO IV: RESULTADOS

GRAFICO 1

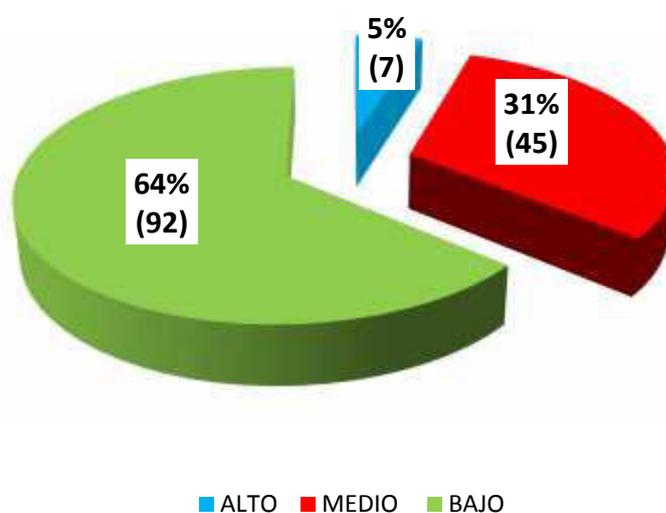
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE NUTRICIÓN SALUDABLE EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 2 A 5 AÑOS QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD MESA REDONDA LOS OLIVOS, LIMA –PERÚ - MARZO - JUNIO 2011.



Según los resultados presentados en la Grafica 1, el nivel de conocimientos sobre nutrición saludable en madres de niños menores de 2 a 5 años que acuden al puesto de Salud Mesa Redonda Los Olivos, es Bajo en un 62%(89), nivel Medio en un 27%(39) y nivel Alto en un 11%(16).

GRAFICO 2

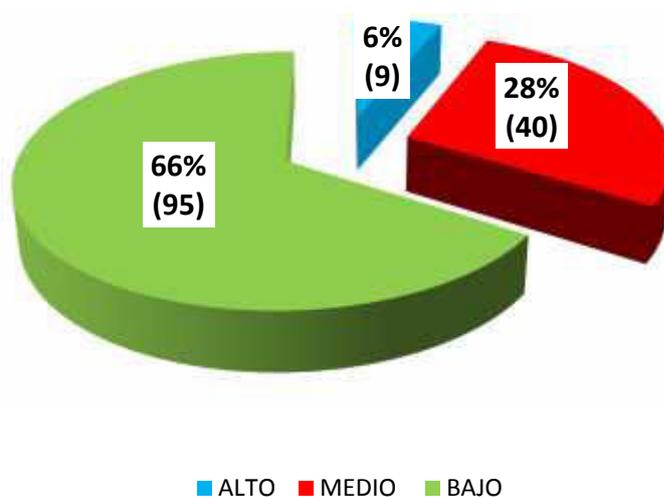
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTOS CON CONTENIDO PROTEICO, EN LAS MADRES NIÑOS MENORES DE 2 A 5 AÑOS QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD MESA REDONDA LOS OLIVOS, LIMA – PERÚ - MARZO - JUNIO 2011



Según los resultados presentados en la Grafica 2, el nivel de conocimientos sobre alimentos con contenido proteico en madres de niños menores de 2 a 5 años que acuden al puesto de Salud Mesa Redonda Los Olivos, es Bajo en un 64%(92), nivel Medio en un 31%(45) y nivel Alto en un 5%(7).

GRAFICO 3

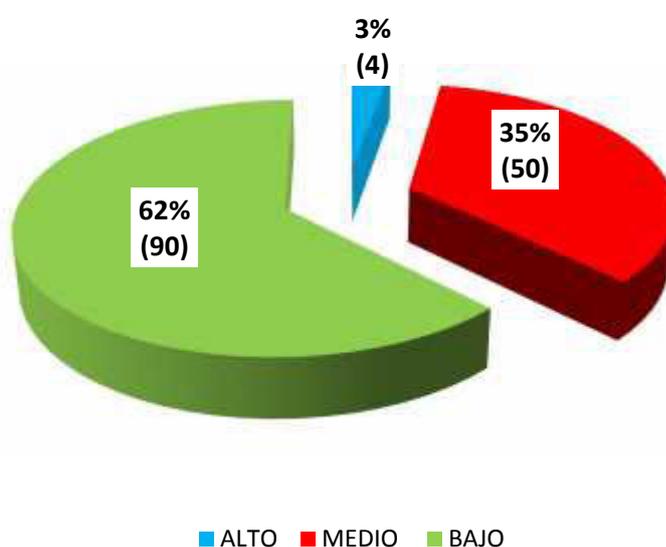
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTOS CON CONTENIDO GRASO, EN LAS MADRES NIÑOS MENORES DE 2 A 5 AÑOS QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD MESA REDONDA LOS OLIVOS, LIMA – PERÚ - MARZO - JUNIO 2011



Según los resultados presentados en la Grafica 3, el nivel de conocimientos sobre alimentos con contenido graso en las madres de niños menores de 2 a 5 años que acuden al puesto de Salud Mesa Redonda Los Olivos, es Bajo en un 66%(95), nivel Medio en un 28%(40) y nivel Alto en un 5%(9).

GRAFICO 4

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTOS CON CONTENIDO EN CARBOHIDRATOS, EN LAS MADRES NIÑOS MENORES DE 2 A 5 AÑOS QUE ACUDEN AL PUESTO DE SALUD MESA REDONDA LOS OLIVOS, LIMA –PERÚ - MARZO - JUNIO 2011



Según los resultados presentados en la Grafica 4, el nivel de conocimientos sobre alimentos con contenido en carbohidratos en madres de niños menores de 2 a 5 años que acuden al puesto de Salud Mesa Redonda Los Olivos, es Bajo en un 62%(90), nivel Medio en un 35%(50) y nivel Alto en un 3%(4).

PRUEBA DE HIPOTESIS

Ha: El nivel de conocimiento sobre nutrición saludable en menores de cinco años, que tienen las madres que acuden al Puesto de Salud Mesa Redonda, es bajo.

Ho: El nivel de conocimiento sobre nutrición saludable en menores de cinco años, que tienen las madres que acuden al Puesto de Salud Mesa Redonda, no es bajo.

Ha ≠ Ho

α=0,05 (5%)

Tabla 1: Prueba de la Hipótesis General mediante el Chi Cuadrado (X^2)

| | ALTO | MEDIO | BAJO | TOTAL |
|-----------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
| Observadas | 16 | 39 | 89 | 144 |
| Esperadas | 48 | 48 | 48 | |
| (O-E) ² | 1024 | 81 | 1681 | |
| (O-E) ² /E | 21,3 | 1,7 | 35 | |

De acuerdo a los resultados presentados en la Tabla 1, el valor obtenido del Chi Cuadrado Calculado (X_C^2) es de 58; siendo el valor obtenido del Chi Cuadrado de Tabla (X_T^2) de 5,53; como el Chi Cuadrado de Tabla es menor que el Chi Cuadrado Calculado ($X_T^2 < X_C^2$), entonces se rechaza la Hipótesis Nula (Ho) y se acepta la Hipótesis Alternativa (Ha), con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Siendo cierto que: El nivel de conocimiento sobre nutrición saludable en menores de cinco años, que tienen las madres que acuden al Puesto de Salud Mesa Redonda, es bajo.

CAPITULO V: DISCUSIÓN

El nivel de conocimientos sobre nutrición saludable en madres de niños menores de 2 a 5 años que acuden al puesto de Salud Mesa Redonda Los Olivos, es Bajo en un 62%(89), nivel Medio en un 27%(39) y nivel Alto en un 11%(16). El valor obtenido del Chi Cuadrado Calculado (X_c^2) es de 58;, con un nivel de significancia de $p < 0,05$. Coincidiendo con El Instituto de Investigación en Salud (INISA) (1995) Los resultados indican una baja prevalencia de lactancia materna, así como la introducción temprana de alimentos sólidos a la dieta del niño de un año. Además, se describen cambios tanto de la alimentación del preescolar durante períodos de enfermedad como la de la madre durante el embarazo y lactancia. También se describen aspectos relacionados con la salud materna tales como cuidados durante el embarazo y planificación familiar. Además, los hallazgos permiten, en cierto grado, conocer el nivel de educación nutricional de las madres rurales del país. Las conclusiones más importantes fueron las siguientes: “Existe la urgente necesidad de proporcionar a la población conocimientos que tiendan a aclarar dudas. Por ejemplo, las madres conocen y usan la leche en polvo como sustituto de la leche materna. Sin embargo, un 75% la prepara muy diluida, tanto por ignorar la dilución adecuada como por la creencia de que es un alimento “caliente”, así, al diluirla más, se contrarresta ese efecto.” Coincidiendo además con La Revista Española de Nutrición Comunitaria (2002) llegó a la siguiente conclusión: “Considerando los resultados observados, creemos factible y necesario aumentar el nivel de conocimientos, incrementando entre los escolares una

actitud favorable en relación con su alimentación. En cuanto a los hábitos, un grupo considerable consume los productos que ven en la televisión, y observamos un porcentaje importante de rechazo a las verduras, lácteos y pescado, así como un consumo excesivo de alimentos grasos de origen animal.”

El nivel de conocimientos sobre alimentos con contenido proteico en madres de niños menores de 2 a 5 años que acuden al puesto de Salud Mesa Redonda Los Olivos, es Bajo en un 64%(92), nivel Medio en un 31%(45) y nivel Alto en un 5%(7). Coincidiendo con En la Revista Archivos Latinoamericanos de Nutrición (2006) En dicho artículo se llega a la siguiente conclusión: “Los países han evolucionado hacia diferentes estadios de transición, observándose un incremento de exceso de peso, particularmente en mujeres adultas, en que se supera el 30% y en algunos países llega al 70%. Igualmente preocupante es la situación infantil, donde cinco países superan el 6% de obesidad. Hay una tendencia a disminuir el déficit de peso, siete de nueve países presentaron una reducción de mujeres con bajo peso y el déficit de crecimiento disminuyó generalizadamente. Se observó un aumento de la disponibilidad calórica en 17 de 20 países. La población que vive bajo la línea de pobreza ha disminuido en 9 de 13 países, aunque hay algunos que superan el 60%. Los indicadores de sedentarismo han aumentado, el parque automotriz ha subido en todos los países y algo similar ocurre con televisores y computadores. La evolución del estado nutricional refleja una acción multifactorial donde destacan: aumento de la ingesta calórica, incremento de actividades sedentarias en un entorno más urbanizado promotor de tecnologías que limitan la actividad física y disminución de la inseguridad alimentaria producto del descenso de la pobreza aunque desigualdades sociales persisten.” Coincidiendo con Herrero Aguirre, Salas Palacios y otros (2006) Se propusieron las siguientes conclusiones:” Cabe destacar que al inicio de las reuniones comunitarias se evidenció la dificultad de abordar el tema de la nutrición, dado que en general la población no considera afrontar problemas específicos al respecto, en tanto cuenta con alimentos, sin importar que su dieta sea monótona, insuficiente o desequilibrada. Asimismo, se observó una falta de iniciativa por parte de las madres para sugerir acciones orientadas a mejorar la nutrición; de modo que ante esta situación, la idea de trabajar en grupo resultó atractiva y novedosa.”

El nivel de conocimientos sobre alimentos con contenido graso en las madres de niños menores de 2 a 5 años que acuden al puesto de Salud Mesa Redonda Los Olivos, es Bajo en un 66%(95), nivel Medio en un 28%(40) y nivel Alto en un 5%(9). Coincidiendo con La Revista Española de Salud Pública (2007) En donde se comentó que:“Muchas políticas de salud pública dirigidas a la prevención consisten en campañas informativas. Estas campañas parten de la idea de que la información es la clave para cambiar las prácticas de la población: provistos de la información necesaria, los sujetos cambiarían sus hábitos de vida para que fueran más saludables. Sin embargo, múltiples estudios han impugnado esta creencia: así, existe una gran distancia entre lo que se conoce sobre nutrición y las prácticas de alimentación cotidianas. Analizamos esta dinámica general en el caso de las madres de clases populares a partir de los resultados de una investigación cualitativa realizada en Andalucía sobre prácticas y discursos en torno a la alimentación. Aquí se encuentran con una gran distancia entre lo que se conoce sobre nutrición y las prácticas de alimentación cotidianas.”Coincidiendo además con La Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica (2004) Se llegó a la siguiente conclusión, entre otras: “Las condiciones de pobreza en las que se encuentran los niños influyen directamente sobre su consumo de energía, carbohidratos, grasa y hierro disminuyéndolo, lo cual traería serias consecuencias sobre su estado de nutrición y salud.”

El nivel de conocimientos sobre alimentos con contenido en carbohidratos en madres de niños menores de 2 a 5 años que acuden al puesto de Salud Mesa Redonda Los Olivos, es Bajo en un 62%(90), nivel Medio en un 35%(50) y nivel Alto en un 3%(4). Coincidiendo con En la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, (2006) Siendo los resultados los siguientes: La prevalencia de desnutrición crónica en niños fue de 33,4%. Se encontró asociación estadística entre el distrito de residencia y la desnutrición crónica en niños. La prevalencia de anemia fue de 76,5%. El 89% de las MEF presentaron un IMC ideal, sin embargo, la talla promedio de la mujer aguaruna fue de 148 cm. La prevalencia de anemia en MEF fue de 50,2%. Se listaron más de 100 alimentos locales y foráneos que forman parte de la dieta de las familias

aguarunas; sin embargo, sólo se consume diariamente la yuca y plátanos; y con alguna frecuencia semanal el arroz, la carachama, gusano, huevo de gallina y verduras como la chonta y sachaculantro. Llegándose a la siguiente conclusión: “La evaluación nutricional indica un déficit nutricional para los niños y la deficiencia de hierro expresada en anemia afecta a la mitad de las MEF y a dos de cada tres niños. Esta situación podría atribuirse, entre otras causas al consumo de una dieta basada principalmente en yuca y plátanos con escasa presencia de alimentos de origen animal.”Coincidiendo además con Mónica L. Mispireta; Ángel M. Rosas; José E. Velásquez, (2007) De lo cual se llegó a la siguiente conclusión: “El perfil nutricional peruano se encuentra en transición. Sus principales componentes son la alta tasa de retardo de crecimiento infantil y el incremento en sobrepeso y obesidad materna. Estos hallazgos muestran que la población peruana presenta un alto riesgo de desarrollar enfermedades asociadas con ambos extremos de la nutrición.” Fernández y Molocho, (2007) Se llegó a la siguiente conclusión: “Que el programa tuvo un impacto positivo en la adopción de un estilo alimentario saludable, porque se mejoraron los conocimientos, actitudes y prácticas de los alumnos del primer grado del Colegio Unión.”

CONCLUSIONES

- El nivel de conocimientos sobre nutrición saludable en madres de niños menores de 2 a 5 años que acuden al puesto de Salud Mesa Redonda Los Olivos, es Bajo en un 62%(89), nivel Medio en un 27%(39) y nivel Alto en un 11%(16).
- El nivel de conocimientos sobre alimentos con contenido proteico en madres de niños menores de 2 a 5 años que acuden al puesto de Salud Mesa Redonda Los Olivos, es Bajo en un 64%(92), nivel Medio en un 31%(45) y nivel Alto en un 5%(7).
- El nivel de conocimientos sobre alimentos con contenido graso en las madres de niños menores de 2 a 5 años que acuden al puesto de Salud Mesa Redonda Los Olivos, es Bajo en un 66%(95), nivel Medio en un 28%(40) y nivel Alto en un 5%(9).
- El nivel de conocimientos sobre alimentos con contenido en carbohidratos en madres de niños menores de 2 a 5 años que acuden al puesto de Salud Mesa Redonda Los Olivos, es Bajo en un 62%(90), nivel Medio en un 35%(50) y nivel Alto en un 3%(4).

RECOMENDACIONES

- Se recomienda al equipo de Enfermería del Centro de Salud Mesa Redonda de Los Olivos, implemente sesiones educativas dirigidas exclusivamente a las madres o encargadas del cuidado de niños de 2 a 5 años de edad, sobre la nutrición saludable, con la finalidad de garantizar una alimentación de calidad y evitar problemas nutricionales en el niño.
- Se recomienda realizar estudios con el fin de proseguir profundizando los conocimientos sobre el tema, teniendo en cuenta las dimensiones estudiadas así como de otros factores que inciden sobre ella como socioeconómico, la talla y peso de los niños.
- Se recomienda realizar estudios comparativos con otros centros o puestos de salud de la jurisdicción a fin de unificar criterios.
- Se recomienda realizar estudios de tipo cualitativo en los diferentes asentamientos humanos de la jurisdicción para conocer diversas costumbres y creencias de las madres.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Programa Nacional de Alimentación y Nutrición. Situación alimentaria y nutricional de Latinoamérica y el Caribe. Washington, DC. OPS, 1990:2.
2. Zulueta Torres D, Valdespino B, Alferova L, Rodríguez Suárez A, "Modificación de conocimientos sobre nutrición y alimentación en madres con niños desnutridos menores de 6 años Revista Cubana Alimentación y Nutrición 2006; 8(2):24-7.
3. Showan L, Vázquez T, Resenar C. Evaluación del impacto de la orientación alimentaria a través de la vigilancia nutricional. Bol MedHospInfantMéz 1998: 55(6): 314-22.
4. Nutrición de niños de 2 a 7 años quienes participan en un programa de huertas caseras para madres comunitarias. [biblioteca virtual en línea].
5. Rivero Donmarco JA. Estrategias y acciones para corregir las deficiencias nutritivas. Bol MedHospInfantMéz 2000; 57(11): 671-9
6. Herrero Aguirre HC, Salas Palacios SR, Álvarez Cortés JT, Pérez Infante Y. Modificación de conocimientos sobre nutrición y alimentación en madres con niños desnutridos menores de 6 años [artículo en línea]. MEDISAN 2006; 10(2)
7. ADRA PERU. Estrategias Comunitarias para Mejorar la Nutrición Infantil en el Perú. Imprenta NelvaDesing, Lima, 2003.
8. FAO. Guía metodológica de comunicación social en salud. [http:// www FAO.org](http://www.FAO.org).
9. FAO. Manejo de Proyectos de alimentación y nutrición en comunidad: Guía didáctica. [http:// www FAO.org](http://www.FAO.org), 1995.

10. MINSA/Comisión Multisectorial de Alimentación y Nutrición. Lineamientos para el Diseño de Intervenciones Educativo Comunicacionales en Alimentación y Nutrición. Lima, julio del 2001.
11. Beltrán López G. Prevalencia de obesidad en escolares peruanos de tres niveles socioeconómicos (Tesis bachiller Medicina) Lima-Perú UPSMP. 1993
12. Beltrán, Arlette; Cortez, Rafael; Chacaltana, Juan y Vásquez, Enrique. Plan Estratégico Social (PES): Perú 2001-2006, BID, Informe Final, Lima 2001.
14. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000. Lima, Perú, Mayo del 2001.
15. Archivos Latinoamericanos de Nutrición. Transición Nutricional: una revisión del perfil latinoamericano. Caracas marzo del 2006.
16. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. “Estado nutricional y características del consumo alimentario de la población Aguaruna”. Amazonas, Perú 2004 v.23 n.1 Lima. 2006.
17. Instituto de Investigación en Salud (INISA) de la Universidad de Costa Rica, “Prácticas y creencias en nutrición y salud de madres rurales costarricenses”, Costa Rica 1995.
18. Revista Española de Nutrición Comunitaria, “Nivel de conocimientos, actitudes y hábitos sobre alimentación y nutrición en escolares de las Palmas de Gran Canaria”, Madrid – 2002.
19. Revista Española de Salud Pública. “El conocimiento nutricional apenas altera las prácticas de alimentación: el caso de las madres de clases populares en Andalucía” Dirección General de Salud Pública y Participación Ciudadana de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. España 2007.
20. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. “Consumo de energía y nutrientes, características socioeconómicas, pobreza y área de residencia de niños peruanos de 12 a 35 meses de edad.” Lima 2004.

21. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. “Transición nutricional en el Perú, 1991 – 2005”. Lima 2007.

22. Revista de Ciencias de la Salud. “Impacto de un programa educativo en la adopción de un estilo alimentario saludable en niños del primer grado”. Lima 2007.

23. De Torres, ML. “Asesoramiento en Nutrición 2: Trastornos de la Conducta Alimentaria” Enfermería y Salud. Colegio de Enfermería. Zaragoza. Julio 2001.

ANEXOS

INSTRUMENTO

ENTREVISTA

INTRODUCCIÓN

Sra. buenos días, soy la señorita Marta Chirinos, Estudiante de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas. Estoy realizando un trabajo de investigación en el Puesto de Salud Mesa Redonda, a fin de obtener información para un estudio acerca del nivel de conocimientos que tienen las madres sobre nutrición saludable en menores de 5 años, motivo por el cual se solicita su colaboración respondiendo con la mayor sinceridad posible, se trata de una encuesta anónima.

Muchas gracias.

DATOS GENERALES:

EDAD: (Años cumplidos)

Grado de Instrucción: Ninguno Primaria Secundaria técnico superior universitario

N° de hijos: vivos

Estado Civil: Soltera Conviviente Casada Divorciada Viuda

Ocupación: Trabajo dependiente Independiente Estudiante Ama de casa

INSTRUCTIVO: Marque con un (x) la respuesta correcta

DATOS ESPECIFICOS: Acerca de la Alimentación

ALIMENTOS CON CONTENIDO PROTEICO

- 1.** ¿Qué alimentos tiene más contenido proteico?
 - a. 1 taza de leche
 - b. 1 taza de yogurt
 - c. 2 vasos de yogurt
 - d. 2 huevos

- 2.** En la etapa escolar que cantidad de leche debe consumir su hijo a diario?
 - a. 5 a 2 tazas de elche
 - b. 7 a 8 tazas de leche
 - c. 2 a 4 tazas de leche
 - d. 6 a 7 tazas de leche

- 3.** ¿Qué contiene las carnes?
 - a. Aportan proteínas de gran cantidad y Zinc que son esenciales para el crecimiento
 - b. Aportan energía
 - c. Aportan grasas
 - d. Aportan más fuerza

- 4.** ¿Cuántas comidas al día debe comer su hijo?
 - a. 3 veces al día
 - b. 4 veces al día
 - c. 5 veces al día
 - d. 7 veces al día

- 5.** ¿Cuántas veces debe consumir pescado su hijo?
 - a. 2 veces a la semana
 - b. 3 veces a la semana

- c. 4 veces a la semana
- d. 5 veces a la semana

6. ¿Cuántas veces al día debe consumir huevo su hijo?

- a. 1 por día
- b. 2 por día
- c. 3 por día
- d. 4 por día

7. ¿Por qué se debe consumir carne?

- a. Aportan proteínas de buena cantidad y zinc que son esenciales para su crecimiento
- b. Es esencial para la formación del corazón
- c. Es esencial para la inteligencia
- d. Todas las anteriores

8. Porque su hijo necesita comer frutas?

- a. Contiene vitaminas y antioxidantes, minerales y fibras
- b. Contiene grasas y minerales
- c. Ay d
- d. Contiene potasio y minerales

9. ¿Qué verduras son importante para su hijo?

- a. Guisos de zapallitos + betarraga + alcachofa
- b. Papa + arroz + pollo
- c. Plátano + arroz + pollo
- d. Arroz + pollo + papa

10. ¿Qué cantidad de frutas necesita consumir al día su hijo?

- a. 1 taza de melón picado + 1 naranja

- b. 8 tazas de plátano + 5 tazas de zanahoria
- c. 6 tazas papaya + zanahoria
- d. 7 tazas de zanahoria + zapallito

ALIMENTOS CON CONTENIDO CARBOHIDRATOS

11¿Cuál de estos alimentos contiene carbohidratos?

- a. Pan, papa y camote.
- b. Espinaca y zapallo
- c. Pescado y lechuga
- d. Zapallo y pescado

12¿Qué cantidad de cereales debe consumir su hijo al día?

- a. 1 a 2 porciones
- b. 2 a 3 porciones
- c. 4 a 6 porciones
- d. 6 a 8 porciones

13¿Qué tipo de menestras tiene mayor contenido de yerro ?

- a. Pallar
- b. Vainitas
- c. Lechuga
- d. Lentejas

14¿Qué porcentaje de carbohidratos necesita su hijo al día?

- a. 50 a 60 de carbohidratos al día
- b. 30 a 40 de carbohidratos al día

- c. 20 a 30 de carbohidratos al día
- d. 30 a 40 de carbohidratos al día

15¿Cuántas veces debe consumir menestras un niño a la semana?

- a. 2 a 3 veces por semana
- b. 5 a 6 veces por semana
- c. 6 a 7 veces por semana
- d. 7 a 8 veces por semana

16Con que frecuencia los alimenta con postres durante la semana

- a. Todos los días
- b. 2 a 3 veces por semana
- c. 3 veces por semana
- d. 1 vez por semana

17¿Qué cantidad de menestras necesita consumir su hijo?

- a. $\frac{1}{4}$ de taza de arvejas + $\frac{1}{2}$ taza de porotos
- b. $\frac{1}{5}$ de taza de arroz + $\frac{1}{2}$ papas
- c. $\frac{1}{4}$ taza de papas + $\frac{1}{8}$ de vainitas
- d. $\frac{1}{4}$ papas + $\frac{1}{5}$ taza de zapallo

18¿Qué cantidad de azúcar agrega en la leche de su hijo?

- a. 1 cucharadita de azúcar
- b. 2 cucharaditas de azúcar
- c. 3 cucharaditas de azúcar
- d. 4 cucharaditas de azúcar

29¿Cómo utiliza el cuerpo de su hijo los carbohidratos?

- a. EL cuerpo los descompone en azúcares simples que son absorbidas por el torrente sanguíneo
- b. Son absorbidas y se convierten en carbohidratos
- c. Son absorbidas y se convierten en proteínas
- d. Son absorbidas y se concentran en el hígado

20¿Qué cantidad de cereal debe consumir un pre escolar al día?

- a. 1 tajada de pan + 1 taza de cereal + $\frac{1}{2}$ de arroz o pasta
- b. 1 taza de papa + 1 taza de café
- c. 1 taza de leche + 1 taza de manzanilla
- d. 1 taza de café + 1 taza de arroz.

ALIMENTOS CON CONTENIDOS GRASOS

21¿Cuántas grasas necesita un niño al día?

- a. De 2 a 4 cucharaditas
- b. De 4 a 6 cucharaditas
- c. De 5 a 3 cucharaditas
- d. De 3 a 5 cucharaditas

22¿Cuál de estos aceites es más saludable para su niño?

- a. Aceite vegetal
- b. Margarina
- c. Grasa de pollo
- d. Manteca

23¿Qué aportan las grasas en el consumo de su hijo?

- a. Proteínas
- b. Energía extra
- c. Vitaminas
- d. Minerales

24¿Por qué es importante el consumo de aceite de oliva?

- a. EL aceite de oliva es rico en ácidos grasos, protege de enfermedades cardiovasculares son beneficiosos para la salud
- b. El aceite de oliva es rico en proteínas y buena para la salud
- c. El aceite de oliva es rico en carbohidratos protege la salud
- d. El aceite de oliva es rico en vitaminas, protege la salud

25¿Qué carnes contienen menos grasas saturadas y colesterol?

- a. Pescado + pavo + pollo
- b. Carnes + chancho + pastas
- c. Pastas + carne de chancho
- d. Carne de res + leche

26¿Qué cantidad de máximo debe consumir mantequilla margarina su hijo?

- a. Máximo 2 cucharaditas de mantequilla margarina
- b. Máximo 3 cucharaditas de mantequilla margarina
- c. Máximo 4 cucharaditas de mantequilla margarina
- d. Máximo 5 cucharaditas de mantequilla margarina

27 ¿Qué pasa si su hijo come mucha grasa?

- a. Riesgo de presión arterial
- b. Riesgo de cardiopatía y obesidad
- c. Riesgo de colesterol
- d. Riesgo de presión arterial y colesterol

28 ¿El tipo de grasa en la dieta de su hijo no debe superar de?

- a. El 10% de las calorías diarias
- b. El 20% de las calorías al día
- c. El 30% de las calorías al día
- d. El 40% de las calorías al día

29 ¿Cuáles son los alimentos ricos en grasas saturadas?

- a. Papas, carne, pescado
- b. Carne, lácteos, aceite de coco y palma
- c. Pescado, papas, carne
- d. Carne, papas, pescado.