



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

**“CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS SOBRE NUTRICIÓN
SALUDABLE QUE TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES
DE 3 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD CAMPOY SAN JUAN DE
LURIGANCHO AGOSTO- DICIEMBRE, 2013”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

BACHILLER: FLORES RICSE, ELISABETH LORENA

LIMA - PERÚ

2016

**“CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS SOBRE NUTRICIÓN
SALUDABLE QUE TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES
DE 3 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD CAMPOY SAN JUAN DE
LURIGANCHO AGOSTO- DICIEMBRE, 2013”**

DEDICATORIA

A mi familia porque sin ellos no hubiera podido culminar y alcanzar mis metas, fueron el mejor soporte para culminar lo que inicie.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a todas las personas quienes me brindaron un consejo para la realización del estudio y quienes con sus críticas que al parecer fueron constructivas ya que también me ayudaron a sumar mis potencialidades.

RESÚMEN

El objetivo general del estudio fue determinar el nivel de conocimientos y prácticas sobre nutrición saludable que tienen las madres de niños menores de 3 años del Centro de Salud Campoy San Juan de Lurigancho, agosto-diciembre – 2013. Fue un estudio Observacional, trasversal, cuantitativa, descriptivo, cuya muestra fueron 100 madres de familia de niños menores de 3 años. Obteniendo como resultados que existe un conocimiento medio del 60% respecto a la nutrición saludable de las madres este valor demuestra el relativo conocimientos en ellos sobre temas de nutrición sobre todo la diferencias entre carbohidratos y proteínas Asimismo se pudo comprobar un conocimiento bajo de 35% donde no supieron precisar que alimentos son los que tienen vitaminas y un 5% mostraron un conocimiento alto estos resultados.

Entre sus conclusiones tenemos. Haciendo una comparación entre nivel de conocimiento y prácticas sobre nutrición saludable que tienen las madres de niños menores de 3 años del Centro de Salud Campoy San Juan de Lurigancho observamos un conocimiento medio con un 60% mientras practica 60% mala e inadecuada estos resultados demuestran que las madre poseen un regular conocimiento pero en la práctica no muestran una efectividad sobre el consumo de sus niños de una nutrición saludable, por otro lado vemos un 35% de un conocimiento bajo y un 25% de una práctica regular asimismo vemos 5% de un conocimiento alto y 15% practica buena.

Palabras Claves: Nutrición, índice de masa corporal, grasa, carbohidratos.

ABSTRAC

The overall objective of the study was to determine the level of knowledge and practices on healthy nutrition for mothers of children under 3 years Campoy Health Center San Juan de Lurigancho, August- December - 2013 was an observational, transversal, quantitative study descriptive, whose shows were 100 mothers of children under 3 years. Data analysis showed that there is an average knowledge of 60% compared to the healthy nutrition of mothers this value shows the relative knowledge on them about nutrition especially the differences between carbohydrates and proteins also could test a low awareness of 35% where they were unable to specify that foods are those with vitamins and 5% showed a high knowledge these results.

Among its findings we have. Making a comparison between the level of knowledge and practices on healthy nutrition for mothers of children under 3 years Health Center Campoy San Juan de Lurigancho observed an average knowledge with 60% while practicing 60% poor and inadequate these results demonstrate that the mother have a regular knowledge but in practice not show effectiveness on the consumption of their children healthy nutrition, on the other hand we see 35% of a low knowledge and 25% of regular practice also we see 5% of a 15% high knowledge and good practice.

Keywords: Nutrition, body mass index, fat, carbohydrates.

ÍNDICE

	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	
1.2.1. Problema General	4
1.2.2. Problemas Específicos	5
1.3. Objetivos de la investigación	
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación del estudio	6
1.5. Limitaciones de la investigación	7
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	8
2.2. Base teórica	15
2.3. Definición de términos	51
2.4. Hipótesis	52
2.5. Variables	53
2.5.1. Definición conceptual de la variable	53
2.5.2. Definición operacional de la variable	53
2.5.3. Operacionalización de la variable	54

CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	57
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	57
3.3. Población y muestra	58
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	60
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	60
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	60
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	61
CAPÍTULO V: DISCUSION	65
CONCLUSIONES	67
RECOMENDACIONES	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud determina a la nutrición como la piedra angular que afecta y define la salud de toda población, es la vía para crecer, desarrollar y trabajar, jugar, resistir infecciones y alcanzar todo nuestro potencial como individuo y sociedad. Por lo tanto la nutrición saludable condicionan en forma importante en el crecimiento y desarrollo de todo ser vivo, por eso constituye un pilar fundamental de la vida, salud y el desarrollo del ser humano durante su existencia.

Sabemos que la población peruana presenta graves problemas de salud relacionados a la nutrición, que es el caso de la desnutrición crónica afecta en un 23.5% de la población menor de 5 años, a la vez siendo los más afectados por su ubicación en el ciclo de la vida son más vulnerables a las enfermedades y generando una menor respuesta inmunitaria frente a las enfermedades infecciosa como la diarrea y las infecciones respiratorias agudas, asimismo cabe destacar el grave problema de sobrepeso y obesidad y sus consecuencias en el desarrollo de enfermedades crónicas degenerativas.

En la actualidad se evidencia que los profundos efectos mortales de la desnutrición, generando y advirtiendo sobre una calidad futura de nuestras próximas generaciones, no sólo en el plano físico como las pérdidas de oportunidades de una mayor talla y disminución de la capacidad estructural corporal, sino como daño de las capacidades funcionales del cerebro, etc. expresa la continuidad del círculo vicioso de la pobreza y la exclusión, expresándose en el plano social por la apatía y debilidad que afecta el dinamismo y participación en las actividades comunes.

Mediante acciones integradas y en común generaríamos impacto y eficacia haciendo frente a este problema, y generando estrategias en común para la atención de la persona.

Cabe mencionar que se tomaron en cuenta diversos antecedentes que contribuyeron a tener una visión amplia en el tema de nutrición saludable, como por ejemplo “Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Alimentación y

Nutrición Saludable en Madres de Niños menores de 3 años, elaborado por el Centro de Alimentación y Nutrición – Ministerio de Salud – 2004, permitiendo determinar el objetivo planteado y generando respuestas a las necesidades presentes en la zona de estudio. Por otro lado en la zona donde se aplicará el proyecto, no encontramos antecedentes del Centro de Salud de Campoy, por ende se debe realizar con mayor ahínco el estudio para atender las necesidades.

La investigación tiene como finalidad determinar el Nivel de Conocimientos y Prácticas sobre Nutrición Saludable que tienen las Madres de Niños menores de 3 años del Centro de Salud Campoy - San Juan de Lurigancho – Lima Perú Agosto – Diciembre 2013, así como incentivar al personal de enfermería que labora en el programa de crecimiento y desarrollo participe en forma activa en la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

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 INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La situación nutricional constituye un problema de Salud Pública, que se encuentra atravesando el mundo, trayendo como consecuencias: La Desnutrición Crónica, Anemia por Deficiencia de Hierro, Sobrepeso/Obesidad, siendo las personas, más vulnerables los niños(as) menores de 5 años, considerándose una violación al derecho fundamental de la niñez a la alimentación y nutrición, generando éste diversos proyectos de investigación y estudios, que contribuyen aportando información, basada en evidencia permitiendo plantearse metas para alcanzar una Nutrición Saludable. ⁽¹⁾

Existen suficientes evidencias científicas y empíricas que demuestran que la desnutrición en niños menores de tres años tiene un impacto negativo durante todo su ciclo de vida. Los niños que presentan desnutrición en sus primeros años de vida están expuestos a mayores riesgos de muerte durante la infancia, y de morbilidad y desnutrición durante todo el ciclo vital. La desnutrición limita su potencial de desarrollo físico e intelectual a la vez que restringe su capacidad de aprender y trabajar en la adultez ⁽²⁾

La desnutrición impacta negativamente en la salud, la educación y la productividad de las personas e impide el desarrollo de los países. Los efectos negativos se producen en el corto, mediano y largo plazo., de manera que la desnutrición crónica infantil se concentra particularmente en las poblaciones pobres e indígenas que habitan en las zonas rurales más aisladas o en la periferia urbana, y en su mayoría son herederos de las condiciones socio-económicas desfavorables.

Diversos espacios como: Cumbre del Milenio para el Desarrollo celebrada en septiembre de 2000, los Estados Miembros de las Naciones Unidas reafirmaron su compromiso prioritario de luchar contra la pobreza y en favor de un desarrollo sostenido, aprobando ocho objetivos, y teniendo como primero: Erradicar la Pobreza Extrema y el Hambre, de manera que es uno de los problemas prioritarios de desarrollo para cada país y globalmente para la comunidad mundial en conjunto. ⁽³⁾

Asimismo, la UNICEF enfatiza el problema señalando que se trata de una emergencia silenciosa, no reconocida ni manejada como tal. De manera que el indicador utilizado para cuantificar la magnitud de la desnutrición crónica es la prevalencia, la cual alcanza valores de hasta 85% en países del Asia y del África, mostrando altos valores en los segmentos de pobreza y extrema pobreza de las zonas rurales, que tienen un limitado acceso a los servicios básicos de agua y desagüe.

Igualmente, la Organización Panamericana de la Salud, en cuanto a las estadísticas y datos sobre la desnutrición infantil, el hambre y la desnutrición afectan a cerca de 53 millones (10 por ciento) de personas de América Latina y el Caribe. Casi 9 millones (16 por ciento) de niñas y niños menores de cinco años padecen desnutrición crónica o retardo en talla.

Actualmente nuestro país presenta algún grado leve de desnutrición, haciendo un total aproximado de 18 millones de niños que necesitan atención inmediata preventiva para evitar un mayor deterioro en su estado nutricional. De este total, aproximadamente 13 millones tienen menos de 3 años de edad, etapa crucial para intervenir y evitar daños irreversibles por el resto de sus vidas.

Conjuntamente, en el Perú, los entes rectores como: El Ministerio de Salud, El Ministerio de Economía y Finanzas, La Presidencia de Consejo de Ministros, El Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES), tienen objetivos en común: Reducir la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años de 25 % en el 2005 a 16% en el 2011, las encuestas nacionales, revelan una tendencia histórica que se mantiene en el tiempo en niños menores de 5 años. En el año 1984 la tasa de desnutrición crónica fue de 37.8 %, manteniéndose casi igual hasta el año 1992 con un 36.5%, cifra que disminuyó hasta llegar a un 25.8% en el año 1993; sin embargo esta tasa se mantuvo hasta el año 2000 con un 25.4%, en el año 2002 reporta un 25.6%, en el año 2003 un 27.0%, en el año 2004 un 26.7%, en el año 2005 un 24.1%, en el año 2007 un 23.5% de prevalencia de desnutrición crónica en el país. . Y a nivel nacional la desnutrición crónica afecta en un 23.5% de la población menor de 5 años en el país, en los departamentos que revelan una tasa elevada de desnutrición crónica son Huancavelica 59.2%, Huanuco 49.6%, Cajamarca 46.6%, Ayacucho 42.2%, Apurímac 41.7% y Pasco con 39.5%. Por otro lado los departamentos que presenta una menor porcentaje es Tacna 6.3% y Lima 11.4%. ⁽⁴⁾

Por otro lado, la DISA IV, muestran sus estadísticas que los(as) niños(as) menores de 5 años, presentan un 41.9% de Anemia constituyendo de cuatro niños de cada diez niños tiene anemia, un 6% de Desnutrición Crónica constituyendo un niño de cada diez niños tiene desnutrición crónica y 7.5% de sobrepeso/obesidad constituyendo un niño de cada diez niños tiene sobrepeso/obesidad.

De ahí es importante y conveniente que siempre la situación nutricional éste considerado dentro de la agenda dentro de las diversas instituciones, tomándose y ejecutándose medidas en beneficio de la población vulnerable que son los niños menores de 5 años, por ende éste estudio toma como muestra a los niños (as), que se encuentra dentro de éste grupo, que son menores de 3 años.

Durante la experiencia en la Mesa de Concertación de Lucha Contra la Pobreza en Lima Este, en el Programa de Seguimiento Articulado Nutricional, se conoció sobre las experiencias nutricionales de la DISA IV - LIMA ESTE, manifestando dos problemas prioritarios: Anemia Ferropénica y Desnutrición Crónica, también un escaso seguimiento a los niños con suplemento de sulfato ferroso por parte del profesional, falta de consejería a las madres, multifuncionalidad de labores del personal de salud descuidando otras áreas, y las acciones que vienen realizando son de línea preventivo y recuperativo, más aun descuido de las madres para con sus niños (as), en el cumpliendo de las indicaciones de la enfermera.

Por lo expuesto, me veo motiva y creo conveniente investigar el nivel de conocimientos y prácticas en relación a nutrición saludable con las madres de niños menores de 3 años en el Centro de Salud Campoy , para generar información de tal manera que se plantean y activen actividades constituyendo la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Cuál es nivel de conocimientos y prácticas sobre nutrición saludable que tienen las madres de niños menores de 3 años del Centro de Salud Campoy San Juan de Lurigancho, agosto-diciembre, 2013?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre nutrición saludable que tienen las Madres de Niños menores de 3 años del Centro de Salud Campoy San Juan de Lurigancho, agosto-diciembre, 2013?
- ¿Cuál es el nivel de prácticas sobre nutrición saludable que tienen las Madres de Niños menores de 3 años del Centro de Salud Campoy San Juan de Lurigancho, agosto-diciembre, 2013?
- ¿Cuál es el estado nutricional de los Niños menores de 3 años del Centro de Salud Campoy San Juan de Lurigancho, agosto-diciembre, 2013?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivos General

Determinar el nivel de conocimientos y prácticas sobre nutrición saludable que tienen las madres de niños menores de 3 años del Centro de Salud Campoy San Juan de Lurigancho, agosto-diciembre, 2013.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar el nivel de conocimientos sobre nutrición saludable que tienen las Madres de Niños menores de 3 años del Centro de Salud Campoy San Juan de Lurigancho, agosto-diciembre, 2013.
- Identificar el nivel de prácticas sobre nutrición saludable que tienen las Madres de Niños menores de 3 años del Centro

de Salud Campoy San Juan de Lurigancho, agosto-diciembre, 2013.

- Determinar el estado nutricional de los menores de 3 años del Centro de Salud Campoy San Juan de Lurigancho, agosto- diciembre, 2013.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La Dirección de Salud IV Lima Este cuenta con una población de 2'028,048 habitantes. El 49.8 % (1'009,101) son hombres y el 50.2% (1'018,948) mujeres, en este último grupo el 50.5%(514,841 mujeres) se encuentran en periodo reproductivo. Los menores de 15 años son 26% (533,885 personas) del total de la población.⁽⁵⁾

Y dentro de su jurisdicción se encuentra el distrito de San Juan de Lurigancho, siendo el distrito más grande del Perú y América Latina, cuenta con 898 443 habitantes, representando el 43% de la población de la DISA LIMA ESTE. Así mismo refleja carencias como por ejemplo no accesibilidad al Seguro Integral de Salud, debido a la falta de inscripción en los Registros Civiles, no acceso a los servicios básicos como el agua potable, desagüe o letrina, la electrificación domiciliaría, a la educación, etc. Se caracteriza por tener una población inmigrante de diversos departamentos del Perú, que llegaron por diversas razones para alcanzar mejoras económicas, a la vez arrastrando costumbres autóctonas de su lugar de origen.

En el 2007 La morbilidad infantil está dada por la atención a las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, en segundo y tercer lugar se ubican las enfermedades crónicas de vías respiratorias y otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores, el cuarto lugar están las infecciosas intestinales y en quinto lugar la obesidad y otros de hiper-alimentación.

El presente estudio de investigación se realizó en la jurisdicción sanitaria de la DISA IV – LIMA ESTE, y se encuentra El Centro de Salud Campoy, presenta una población de 41, 891 habitantes, y 2860 está representada por niños menores de 3 años. Donde resaltaremos el Servicio de Enfermería cuya labor está orientada a la evaluación del Crecimiento y Desarrollo, en el cual incluye: La Evaluación Nutricional el paquete corresponde: Charla, Consejería, Hemoglobina, Micronutrientes y Sesión.

De la misma forma, estadísticas de DISA IV en el 2008: el Centro de Salud reporta: 0 casos de desnutrición, 6 casos de riesgo de desnutrición, 0 casos de obesidad, 175 casos de Anemia, reflejando cifras preocupantes, sobre entendiendo que la población está sana, y más aún origina atención – curiosidad para con estas estadísticas, por ende reafirmamos el compromiso de seguir adelante con la investigación.

Se realizaran las intervenciones pertinentes con el propósito de conocer el Nivel de Conocimientos y Prácticas en relación a Nutrición Saludable que Tienen las Madres con Niños Menores de 3 años; dándole un enfoque preventivo – promocional, cuya prioridad es la población infantil (0-3 años). Teniendo en cuenta que el rol de la enfermera en los diferentes niveles es realizar actividades Preventivos – Promocional de la Salud, en beneficio de la Familia y la Comunidad, y más aún en la población de niños menores de cinco años, haciendo seguimiento al crecimiento y desarrollo (CRED) del niño, identificando los alimentos que consume y orientando a la madre para que favorezca el CRED, esto a través del previo recojo de datos sobre los conocimientos y prácticas en relación a nutrición saludable.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio de investigación presento las siguientes limitaciones:

- Como primera limitacion se encontro la poca colaboracion por parte del profesional de enfermeria, dificultando la aplicaci3n del instrumento.
- Com segunda limitacion, se menciona al nivel de educacion ya que la mayoria de madres de familias encuestadas no sabian leer y escribir, ficultando y extendiendose el tiempo destinado para la aplicacaion del instumento.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. Antecedentes Internacionales

La Nutrición, se define como 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, es trascendental durante los primeros años de vida, para constituir una persona saludable, que contribuirá a su bienestar fisiológico, mental y social.

De manera, que se vienen aplicando políticas, planes de acción, sobre Alimentación y Nutrición Saludable, tomando en cuenta que la población más vulnerable son aquellos que se encuentran dentro de los niños menores de 5 años. Con los objetivos de mejorar, renovar, reformar la Situación de Alimentación y Nutrición Saludable.

Se hace referencia de los siguientes estudios que permiten identificar contextos – realidades sobre Alimentación y Nutrición Saludable de la población, como son:

Enrique Martín Criado Realizo una investigación sobre “El Conocimiento Nutricional Apenas Altera las Prácticas de Alimentación: El Caso de las Madres de Clases Populares en Andalucía – España - 2007”, con el objetivo de Determinar el conocimiento nutricional de las madres de clases populares en Andalucía. Es un estudio descriptivo de nivel aplicativo y de corte transversal. Teniendo como muestra a 125 madres de familia a quien se le aplicó una encuesta de carácter anónimo.

La investigación concluye que los cambios en los hábitos de alimentación suponen factores que escapan en muchos casos al ámbito de intervención sanitario. Así, para las mujeres trabajadoras el principal problema es la falta de tiempo debida a la doble jornada, además provistas de la información, las personas adecuarían sus comportamientos para hacerlos más saludables. Sin embargo, aunque estas campañas tengan efectos, éstas quedan siempre muy por debajo de lo previsto. Los análisis precedentes nos muestran la razón: no se trata de que estas madres carezcan de información nutricional –aunque en grados muy diversos –, sino de que no adecuan sus prácticas a la misma, ya sea por constricciones materiales, por su dependencia de otras personas, por la persistencia de unos gustos difíciles de modificar, o porque la alimentación no es únicamente una cuestión de salud para los sujetos: en ella se juegan factores prácticos, negociaciones, esquemas morales que sobrepasan ampliamente el ámbito de la alimentación y la salud. Por ello, los mensajes difundidos por las agencias sanitarias sufren múltiples reinterpretaciones y apropiaciones estratégicas. ⁽⁶⁾

Dra. Hidelisa de la C. Herrero Aguirre y sus colaboradores realizan la investigación con relación a “Modificación de conocimientos sobre nutrición y alimentación en madres con niños desnutridos menores de 6 años, Cuba 2006. Con el propósito de conocer la modificación del conocimiento sobre nutrición y alimentación en madres con niños desnutridos menores de 6 años”, es un estudio de tipo descriptivo con enfoque aplicativo y de corte transversal ya que la investigación se realizó en un momento determinado, la muestra que tomaron los investigadores fueron a 110 adre de familias.

Los investigadores concluyen que al comienzo de la intervención, 75% de las madres participantes poseían un conocimiento inadecuado sobre nutrición; pero después aplicadas las técnicas participativas y evaluadas, del total con desconocimiento solo el 23,8% mantuvieron inadecuados conocimientos, de modo que en sentido general se modificaron favorablemente en 76,2 %.⁽⁷⁾

Otra investigación realizada por **Laura Patricia Lumbí Quiroz”** titulada **“Conocimientos y Prácticas Nutricionales de madres con hijas adolescentes en el Barrio Anexo Villa Libertad, Managua - Nicaragua Enero – Agosto 2005,** la investigación tiene la finalidad determinar los conocimientos y Prácticas Nutricionales de madres con hijas adolescentes en el Barrio Anexo Villa Libertad, Managua - Nicaragua Enero – Agosto del 2005, la investigación es descriptiva de nivel aplicativo ya que este estudio ha dejado conocimientos nuevos y con muchas perspectivas para futuras i investigaciones, también es de corte transversal ya que se desarrolló en un tiempo o momento determinado. La investigación tuvo una muestra d 85 madres de familias con hijas adolescentes a quienes se les

aplico una encuesta tipo Likert así como también una guía de observación.⁽⁸⁾

Concluyendo que las madres obtuvieron alguna mejoría en los conocimientos e incluyeron en la dieta de las adolescentes alguna cantidad los micronutrientes que contienen proteínas, vitamina y minerales, después de las intervenciones educativas sobre nutrición.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Carlos Díaz Benavente. Realizo una investigación tiene como título “Manejo dietético que brindan las madres y su relación con el estado nutricional de los niños de 6-7años de la Institución Educativa Mi Perú José Luis Bustamante y Rivero de Arequipa-2010”. Tiene como objetivo Determinar el manejo dietético que brindan las madres y su relación con el estado nutricional de los niños de 6-7 de edad en la Institución Educativa Mi Perú José Luis Bustamante y Rivero. El estudio es descriptivo correlacional de corte transversal y prospectivo. La muestra estuvo conformada toda la población de 76 madres de familias. La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento el cuestionario.

La investigación llego a las siguientes: La mayoría de madres presentan un inadecuado manejo dietético (68,4%) y solo un (31.6%) obtuvo un adecuado manejo dietético. Aproximadamente de cada 10 madres adolescentes 7 de ellas presentan un inadecuado manejo dietético. Entonces se acepta la H1 que decía que el manejo dietético en la dimensión información sobre alimentación nutritiva que tienen las madres de niños de 6-7años de la Institución Educativa Mi Perú José Luis Bustamante y Rivero de Arequipa-2010, es inadecuado. La mayoría de niños de 6-7 años presentan desnutrición aguda 57.9%; y el 42.1% un estado

nutricional normal. Entre las madres con niños desnutridos prevalece un manejo dietético inadecuado 86.4%, a diferencia de las madres con niños de estado nutricional normal, en quienes prevalece un manejo dietético adecuado 56.3%. Existe una relación altamente significativa entre el estado nutricional y manejo dietético según la prueba del Chi cuadrado ($p=0,0001$). Ante la prueba de riesgo, el tener un manejo dietético inadecuado se constituye en riesgo elevado para un estado nutricional de desnutrido agudo ($OR=8$), es decir, existe 8 veces más riesgo que los niños sean desnutridos si las madres tienen un manejo dietético inadecuado.⁽⁹⁾.

Quiroz Tenorio, Belkis; en Huaral, realizo un estudio titulado “Manejo dietético que brindan las madres adolescentes y su relación con el estado nutricional de los niños menores de 2 años del A.A.H.H. Saca Chispa Huaral - 2010”.El presente trabajo lleva por título: “Manejo dietético que brindan las madres adolescentes y su relación con el estado nutricional de los niños menores de 2 años del AA.HH. Saca Chispa Huaral-2010”. Tiene por objetivo general Determinar el manejo dietético que brindan las madres adolescentes con el estado nutricional en los niños menores de dos años A.A.H.H Saca Chispa – 2010. La investigación es descriptivo correlacional, prospectivo de cohorte transversal; se utilizó como instrumento la encuesta semi estructurado de 15 ítems de acuerdo a la descripción de las variables en estudio el cual fue aplicado a 76 madres de familias adolescentes con niños menores de 2 años.

Los resultados de la Investigación fueron: El manejo dietético que brindan las madres adolescentes a los niños menores de 2 años del Asentamiento Humano Saca Chispa, Huaral – 2010, es inadecuado con un 68,4%, y un tercio de las adolescentes presentan adecuado manejo dietético con un 31.6%.

Aproximadamente de cada 10 adolescentes, 7 de ellas presentan un inadecuado manejo dietético. El estado nutricional y manejo dietético que brindan las madres adolescentes a los niños menores de 2 años es inadecuado, ya que la mayoría de niños menores de 2 años presentan desnutrición aguda con un 57.9%; y el 42.1% un estado nutricional normal. Las adolescentes con niños desnutridos prevalece un manejo dietético inadecuado con un 86.4%. Existe relación entre manejo dietético que brindan las madres adolescentes con el estado nutricional de los niños menores de dos años del Asentamiento Humano Saca chispa – 2010 ($p=0,0001$). Ante la prueba de riesgo, el tener un manejo dietético inadecuado se constituye en riesgo elevado para un estado nutricional de desnutrido agudo ($OR=8$), es decir, existe 8 veces más riesgo que los niños de adolescentes sean desnutridos, si las madres tienen un manejo dietético inadecuado. Aceptándose de esta manera la hipótesis general planteada.⁽¹⁰⁾

Teresa Díaz, Hidalgo, J; Marta P, y otros, realizó un estudio titulado “Evaluación del estado nutricional en niños de 3-6 años de edad. Tumbes-2009”. Con el objetivo de conocer la evaluación del estado nutricional en niños de 0_3 años de edad. Tumbes-2009. Realizó un estudio transversal de 444 niños de ambos sexos de 0-3 años de edad de los centros educativos de la provincia de Tumbes, se pesó y talló a cada niño y la edad se confirmó con el registro de matrícula. Se encontró 47,5 por ciento de sexo masculino y a predominio de la edad de 0-3 años con 47 por ciento.

Obteniendo los siguientes resultados: Según el indicador P (E) se halló una desnutrición global de 9,9 por ciento y normales 57,2 por ciento; la edad más afectada es de 3-4 años con 11,7 por ciento. En lo que respecta a T(E) se encontró una desnutrición crónica de 16 por ciento y un 55,2 por ciento normales, la edad más

comprometida es de 3-4 años y para la medida P(T) se encontró una desnutrición aguda de 3,2 por ciento y la edad más afectada 3-4 años. Comparado con la tabla de NCSH no hubo diferencia significativa ($p=0.10$) por (AU).⁽¹¹⁾

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1. El Conocimiento

El conocimiento es una capacidad humana y no una propiedad de un objeto como pueda ser un libro. Su transmisión implica un proceso intelectual de enseñanza y aprendizaje. Transmitir una información es fácil, mucho más que transmitir conocimiento. Esto implica que cuando hablamos de gestionar conocimiento, queremos decir que ayudamos a personas a realizar esa actividad.⁽¹²⁾

2.2.1.1. Tipos de Conocimiento

Se puede identificar en formas o niveles de conocimiento:

- a) **El Conocimiento Vulgar:** Los conocimientos se adquieren con los impulsos más elementales del hombre, sus intereses y sentimientos por lo general se refieren a los problemas inmediatos que la vida le plantea.⁽¹³⁾
- b) **Conocimiento Empírico:** El conocimiento empírico se desprende de la experiencia y a través de los sentidos. Es el conocimiento que le permite al hombre interactuar con su ambiente; es generacional, sin un razonamiento elaborado, ni una crítica al procedimiento de obtención ni a las fuentes de información. Los conceptos empíricos son imprecisos e inciertos, se producen por ideas preconcebidas, tienden a aceptar explicaciones

metafísicas y son dogmáticos. Sin embargo, el conocimiento empírico sirve de base al conocimiento científico, al extraerse con método de la realidad.

c) El Conocimiento Científico: Este conocimiento se caracteriza por ser selectivo, metódico, sistemático y ordenado con el objetivo de establecer, describir, explicar e interpretar, los fenómenos y procesos. Tanto naturales como sociales y psicológicos. Lo cual le da un carácter rigurosos y objetivo y hace que el, sin perder su esencia teórica sea un eficaz instrumento de dominio de la realidad⁽¹⁴⁾

El conocimiento empírico se convierte en científico al extraerlo de la realidad con métodos y herramientas precisas. Se integra en un sistema de conceptos, teorías y leyes. El conocimiento científico rebasa los hechos empíricos. Puede generalizarse. Puede pronosticarse.

El conocimiento científico resiste la confrontación con la realidad, descarta explicaciones metafísicas, y utiliza fuentes de primera mano. Por ejemplo, una enfermera puede notar diferencias entre la profesional y la técnica. Sabe que realizan aparentemente las mismas funciones (conocimiento empírico), y aunque pudiera atribuir esto a los estereotipos, no acierta a explicarse las determinantes de la práctica de enfermería, ni a definir las diferencias que percibe entre una y otra. Sin embargo, al estudiar las determinantes históricas, políticas, culturales, económicas, demográficas, ecológicas, educativas, etc., puede describir, explicar, generalizar y predecir (conocimiento científico) las

causas de una práctica profesional en relación con una técnica.

La forma de interpretar las informaciones de la realidad en un contexto científico, deriva de cuatro posturas al respecto:

- Positivismo y neopositivismo
- Hermenéutica.
- Dialéctica, y
- Racionalismo crítico.

2.2.2. Nutrición

Según la OMS. La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. ⁽¹⁵⁾

Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad

La nutrición es uno de los pilares de la salud y el desarrollo. En personas de todas las edades una nutrición mejor permite reforzar el sistema inmunitario, contraer menos enfermedades y gozar de una salud más robusta. Los niños sanos aprenden mejor. La gente sana es más fuerte, más productiva y está en mejores condiciones de romper el ciclo de pobreza y desarrollar al máximo su potencial.

2.2.3. Nutrición Saludable

En términos generales, la nutrición saludable debe formar parte integral de la vida diaria de las personas y contribuir a su bienestar fisiológico, mental y social. Básicamente, ésta representa el efecto combinado de los alimentos que consumimos, nuestro estado de salud y el cuidado que damos a nuestras propias necesidades de salud y a las de quienes nos rodean. El bienestar nutricional se logra consumiendo alimentos seguros que son parte de una dieta equilibrada que contiene la cantidad adecuada de nutrientes según los requerimientos de nuestro organismo⁽¹⁶⁾

a) Macro nutrientes: Son alimentos que están constituidos por elementos químicos orgánicos complejos y que el organismo requiere en mayor cantidad para su nutrición. Estos son: los hidratos de carbono (formados por almidón, azúcares y fibra), las proteínas (formadas por cadenas de aminoácidos) y los lípidos (formados por ácidos grasos).

b) Micro nutrientes: Son alimentos constituidos por elementos químicos menos complejos y que el organismo necesita en pequeñas cantidades para su nutrición. Estos son: las vitaminas liposolubles (A, D, E y K) e hidrosolubles (C y del Complejo B); y los minerales, que se dividen en macro elementos (Calcio, hierro, magnesio, yodo, fósforo, potasio) y los micro elementos (manganeso, cobre, zinc, cobalto y flúor).

c) Grupos de alimentos: Para fines del presente documento, dividiremos a los alimentos en tres grandes grupos básicos según su función:

- **Los Energéticos:** Dentro del grupo de los energéticos nos menciona que son sustancias que nos brindan la energía necesaria para que nuestro cuerpo pueda cumplir las labores cotidianas de nuestro entorno.

A continuación damos por mencionar que en el niño se requiere 1800 calorías en relación con su peso, necesitan proporcionalmente más alimentos porque su metabolismo basal por kilogramo de peso es más elevado, pues utilizan parte de los alimentos para formar sus tejidos y porque desarrollan gran actividad muscular. ⁽¹⁴⁾La deficiencia de calorías por kilogramo de peso puede producir falla en el crecimiento y el inadecuado aporte de carbohidratos que se metaboliza en glucosa produce alteraciones metabólicas a largo plazo son riesgos para la salud de los organismos del niño, los alimentos energéticos lo encontramos en los cereales (pan, trigo, avena, quinua), tubérculos (papa, yuca, camote) y azúcares (miel mermelada).

Dentro de los alimentos que ayudan a crecer tenemos la sustancias de proteínas conformadas por aminoácidos indispensables para la formación y la regeneración de tejidos, especialmente para la formación de las células cerebrales, por la falta de estos aminoácidos no se forman células cerebrales originando un déficit mental ya que estas células no se regeneran.

Las funciones principales de la proteína en el cuerpo humano son inmunitaria de control genético, reguladoras de enzimas y liberación de energía .En el niño La cantidad de proteínas diarias necesarias es de 32 gramos por día ya que está en fase de crecimiento, las fuentes de proteínas son las carnes de todas las especies (carnero, pollo, cerdo, cuy) leche, huevo y menestras, o legumbres secas (garbanzos, lentejas, habas, alverjas).⁽¹⁶⁾

➤ **Alimentos constructores:** Los alimentos constructores son los que contienen proteínas se encargan de brindarnos las sustancias necesarias para construir o formar los tejidos de nuestro cuerpo y nos permiten reparar las partes que han sido dañadas por una cortadura, un golpe, etc. Contienen proteínas la carne, el pescado y el huevo. Algunos alimentos de origen vegetal también contienen proteínas pero en menor cantidad como los frijoles, las lentejas, las habas y los garbanzos.

Su función principal es suministrar aminoácidos para la síntesis de proteínas.

Todos los alimentos constructores de origen animal son los que poseen la mayor concentración de proteínas y las de mejores propiedades. Dentro de este grupo se encuentran: la leche, el queso, los huevos, las carnes, los pescados, los mariscos, las vísceras y los embutidos. De todas maneras este grupo tiene otras características que hacen que no sea el alimento ideal para esta tarea. Los alimentos

constructores son los alimentos más complejos para digerir y además, contienen grandes cantidades de elementos químicos añadidos al animal durante su época de crecimiento dosificados por el productor como antibióticos y anabólicos hormonales.

Aunque las legumbres secas son consideradas también como alimentos constructivos, o menestras también posean grandes cantidades de proteínas, sus propiedades constructivas son inferiores a las de los alimentos anteriormente citados. Pero por contra se puede decir que digestivamente son más aptos para ser ingeridos diariamente que los productos de origen animal.

Por último podríamos decir que los cereales se enclavan en otro grupo, ya que además de contener proteínas en menor cantidad, su valor reconstituyente es menor, pero contienen otros elementos nutritivos de altas necesidades.

- **Alimentos reguladores:** En este grupo también es muy importante ya que tenemos el calcio. En este grupo de edades es necesario para la mineralización y conservación adecuada de crecimiento óseo. Lo principal como fuente mencionamos que el calcio es la leche y otros productos lácteos, los niños que no ingieren o sólo consumen cantidades limitados de estos alimentos tienen el riesgo de carencia de calcio, para la absorción y depósito en los huesos se necesita vitamina D. Este nutriente también puede obtenerse

por acción de la luz solar en tejido subcutáneo, la cantidad necesaria de fuentes dietéticas depende de factores como localización geográfica. ⁽¹⁸⁾

El hierro es un mineral muy importante ya que es un componente esencial de la hemoglobina la falta o deficiencia de ella se caracteriza por el estado anémico, y esto nos da por manifestar en nuestro organismo la fatiga al leer o hablar, sueño, debilidad, conlleva a problemas de aprendizaje .Las fuentes son las verduras de hojas verdes, hígado, carnes, frutas secas.

Otros minerales como el Zinc es esencial para el crecimiento, la ausencia de este causa: falta de crecimiento, mal apetito, disminución del gusto, mala cicatrización de heridas, la ración es de 10mg por día, estos minerales se encuentran en la carne, harina de pescado. Según ENDES 2000 la deficiencia de micro nutriente particularmente de hierro, vitamina A, Zinc y yodo ha sido llamado desnutrición silenciosa porque sus manifestaciones clínicas son relativamente inaparentes. El hierro, zinc y yodo son micro nutrientes que juega un papel importante en el desarrollo mental del niño mientras que la vitamina A y el hierro favorece el crecimiento e incrementa las defensas contra las infecciones prevalentes en los niños. ⁽¹⁸⁾

2.2.4. Nutrición del Niño Menor de 3 Años

Generalmente, es durante la infancia cuando se desarrollan los hábitos nutricionales, y cuando el aprendizaje se realiza en gran

medida por imitación de los adultos. Los padres deben tener presente que el apetito y los gustos del niño varían con el tiempo. Los chicos más activos necesitan más calorías que los que no lo son. Además, muchos chicos llegan a descartar una clase completa de alimentos, por ejemplo las verduras, por lo cual puede haber riesgo de carencia de nutrientes esenciales. Es importante entonces variar las preparaciones, hacerlas atractivas y disimular los alimentos que no son del agrado del niño, dentro de otras comidas que sí lo entusiasman, hasta que con el tiempo desaparezcan las resistencias. Habitualmente, los niños tienen gusto por las frutas, y una buena ingesta de éstas puede sustituir temporariamente el rechazo por otros vegetales y proveer los minerales y vitaminas necesarios. Con las carnes suele no haber problemas, ni rechazos. Deben elegirse carnes magras, tanto blancas como rojas. La leche sigue siendo una de las principales fuentes de nutrientes. En caso de rechazarse la leche, recordemos que hay muchas alternativas dentro del grupo de los lácteos - quesos, yogur- que la reemplazan satisfactoriamente. Además, existe el recurso de "disfrazar" la leche por otros alimentos que son del gusto del niño, como postres, licuados de frutas o helados, o aun agregarla a salsas blancas o purés.

La dieta completa de un niño debería incluir por lo menos tres porciones diarias del grupo de lácteos, una del grupo de carnes, tres del grupo de vegetales y frutas, dos del grupo de cereales y derivados, y cuatro del grupo de cuerpos grasos. Hay que tener mucho cuidado que pasa en los recreos, en donde se adquieren grandes raciones de grasas difíciles de eliminar (papas fritas, bebidas gaseosas, cremas, hamburguesas, salchichas, galletitas).⁽¹⁹⁾

2.2.4.1. Los nutrientes esenciales

Se clasifican en seis grupos básicos.

- Carbohidratos.
- Proteínas.
- Grasas.
- Vitaminas.
- Minerales.
- Agua.

- Conductas alimentarias:

Una buena alimentación se refleja en la apariencia y se la asocia con una estructura ósea bien desarrollada, un peso armónico de acuerdo con la estatura, una expresión alerta y despierta, pelo brillante, estabilidad emocional, buen apetito, hábitos de sueño saludables, resistencia a la fatiga, tránsito intestinal regular y también buen humor.

"Somos lo que comemos, y en función de lo que comemos hoy seremos en el futuro".

A esta edad el niño participa en su alimentación y es libre de escoger y decidir la cantidad y tipo de alimentos que consume, aunque la familia y el colegio son responsables de ella. Además recibe mayor variedad de alimentos y aprende a degustarlos mejor, siempre y cuando no se le obligue a comer.

Si la falta de apetito es frecuente, es necesario verificar que las comidas intermedias no interfieran con las principales. Es frecuente el consumo de las denominadas "comidas chatarras", denominados así

por su bajo valor nutricional, pero muy apetecidos por los niños. Estos son gaseosas como las bebidas cola, refrescos, dulces, golosinas, pasteles, paquetes industrializados como las papas fritas, chizitos, etc.⁽²⁰⁾

Educación nutricional debe ser parte de los programas académicos de los escolares, de los deportistas, pero debe continuarse y reforzarse en el grupo familiar.

2.2.4.2. El desayuno, refrigerios y loncheras:

El desayuno representa la comida más importante, pues le ofrece las calorías y nutrientes necesarios para comenzar el día. Pero es frecuente que los niños asistan al colegio sin recibir alimento alguno, lo que afecta al rendimiento escolar, a la atención, o pueden estar molestos. Por lo tanto es importante estimular su consumo e incluirlo como hábito familiar.⁽²¹⁾

Los refrigerios son las pequeñas comidas que se consumen entre comidas principales. Hay que tener cuidado en los servicios que ofrece la institución escolar y que este no sea un lugar de consumo de chatarra como se dijo anteriormente.

Las loncheras son los alimentos que los chicos llevan como almuerzo, y por lo tanto debe ser de valor nutricional óptimo y no ser dadas para distraer el hambre del niño.

Desafortunadamente, los alimentos de los niños, están influenciados por aspectos sociales, ambientales, publicitarios y de preferencias del niño.

La Lonchera saludable es un refrigerio que complementa las comidas principales del escolar y no debe ser considerado como reemplazo de una de estas. Una "lonchera saludable", debe incluir

alimentos frescos y variados y de los tres grupos pero en poca cantidad. Evitar las golosinas y bocaditos embolsados, así como las gaseosas y tortas. Siempre incluir una fruta y buena cantidad de refresco o agua sola; evitar el uso de mayonesa por la facilidad con que se descompone a temperatura ambiental; mantener siempre limpios los recipientes y utensilios.

➤ **Grupos de alimentos:**

a) Grupo de lácteos: Leche, ricota, yogur, queso. Este grupo provee calcio, proteínas de alto valor biológico y vitaminas A y D.

b) Grupo de carnes, huevos y los sustitutos de la carne: Carnes rojas y blancas, incluimos las vísceras y los huevos. Este grupo posee proteínas de alto valor biológico, hierro y vitaminas del grupo B. Es la única fuente de la vitamina B12. También grasas saturadas y colesterol.

c) Las legumbres (sustituto de la carne) aunque tradicionalmente formaron parte de los cereales, son la fuente principal de proteínas de origen vegetal. Las legumbres son las arvejas, porotos, garbanzos, lentejas, chauchas, habas, alfalfa y soja, y de las cuales la principal es la soja. Se recomienda que al menos la mitad de las proteínas sea de origen vegetal.

d) Grupo de cereales y derivados: Es la fuente más eficiente de energía y provee fundamentalmente carbohidratos complejos. Los cereales son las semillas de las gramíneas (arroz, avena, cebada, centeno, maíz, trigo, sorgo y mijo). Todos ellos aportan gran cantidad de

hidratos de carbono y por ello son importantes fuentes de energía. Son además ricos en minerales, vitaminas del grupo B, proteínas vegetales y fibra.

e) Grupo de las hortalizas y frutas: Este grupo es rico en hidratos de carbono simples o de diverso grado de complejidad y en vitaminas, particularmente provitamina A, vitamina A y C. También provee abundantes minerales y fibra vegetal.

Ellas son: Acelga, espinaca, espárragos, soja, alfalfa, apio, pencas de acelga, coliflor, alcaucil, tomate, pepino, habas, arvejas, batata, papa, remolacha, zanahoria, frutas, etc.

f) Grupo de cuerpos grasos: Aceites, margarina, mantecas y grasas. Es la fuente más concentrada de calorías. Aportan ácidos grasos esenciales que el organismo no puede fabricar, y es utilizado en el funcionamiento y mantenimiento de células y tejidos. Las grasas de origen animal son las que hay que consumir con mayor precaución (excepto pescados y mariscos), y evitando en lo posible las grasas para freír, la manteca y la crema de leche. Los cuerpos grasos de origen vegetal consumidos con prudencia no son malos, sino que son necesarios y aun convenientes, ya que en particular los de este tipo están relacionados con niveles elevados de "buen colesterol".

Estos son los aceites vegetales de maíz, soja, uva o girasol. Es conveniente utilizarlos crudos, pero en caso de freírlos se deben tomar ciertas precauciones, usando aceites de buena calidad, realizando la fritura en recipientes profundos con

abundante aceite y a fuego moderado, y no reutilizar el aceite quemado. La manteca tampoco es recomendable para su fritura, y las margarinas (de origen vegetal) de mesa untables que se conservan blandas son las más recomendables, no así la margarina de cocina que es una grasa más.⁽²²⁾

- **Colesterol LDL o malo:** Manteca, frituras, fiambres, carnes grasas, yema de huevo, grasas animales, grasas saturadas (galletitas rellenas, tartas, se utiliza grasa vacuna).
- **Colesterol HDL o bueno:** Pescado, aceite vegetal, vegetales y legumbres, carnes magras (lomo, bife angosto, nalga), clara de huevo, cereales y derivados.

2.2.5. Alimentación equilibrada

Es aquella que contiene los tres grupos de alimentos: energéticos, constructores y reguladores, 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.⁽²³⁾

2.2.6. Seguridad alimentaria

La (SA), se define como el acceso 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 3 componentes básicos de la SA son: el acceso a los alimentos, la disponibilidad de los mismos y su utilización eficiente. **El acceso** tiene que ver con el incremento del empleo y los ingresos de las familias. Para ello es importante que mejore la inversión pública y privada en áreas con relativo mayor potencial económico, y que sirva de atractivo para

personas provenientes de lugares de menor potencial, con lo cual se disminuirá el número de personas sin recursos suficientes para satisfacer sus necesidades diarias. Paralelamente el Estado debe garantizar la red de programas sociales (educación, salud, agua y saneamiento y alimentación), en zonas con relativo bajo potencial de crecimiento. La disponibilidad de alimentos puede lograrse mediante la producción, la importación o la donación de los mismos. Para ello, en el mediano plazo es importante que el crecimiento económico provea los ingresos básicos para generar mayor importación comercial por el sector público y privado, de alimentos no producidos localmente, reduciendo la dependencia de alimentos donados. Igualmente es necesario mejorar la productividad agropecuaria, mediante una adecuada asistencia técnica a los productores y brindarles acceso al crédito y al mercado. **La utilización**, tiene que ver con dos condiciones básicas:

- Que los miembros del hogar dispongan de una adecuada información en alimentación y nutrición, de manera que tengan una alimentación balanceada de acuerdo a sus requerimientos nutricionales según edad, actividad física o intelectual y estado fisiológico.

- Que haya una buena utilización biológica de los alimentos ingeridos, lo que a su vez depende de un óptimo estado de salud de los miembros de la familia. Para ello es importante que estos tengan conocimientos adecuados en la prevención y manejo de las principales enfermedades prevalentes según etapas de vida; tengan acceso permanente a los servicios de salud, de agua y saneamiento básico; dispongan un entorno ambiental seguro y a su vez tengan hábitos y comportamientos saludables.

2.2.6.1. Higiene, manipulación y conservación de los alimentos: Todas las personas que preparan alimentos, deben ser concientes de que una intoxicación alimentaria, causada por una falla en la cadena de manipulación de dichos productos, puede tener efectos muy graves sobre la salud, llegando incluso a causar la muerte en determinados casos. Los contaminantes pueden ser: físicos (tierra, pelos, papel, etc.), químicos (pesticidas, algunos aditivos alimentarios, productos de limpieza y desinfección, tóxicos naturales de algunos alimentos, etc.) y biológicos (virus, bacterias, parásitos, hongos e insectos). Por lo cual es importante tomar medidas adecuadas en cada uno de los eslabones de la cadena alimentaria donde podrían contaminarse los alimentos:

- a) **En la selección y compra**, tener en cuenta el estado de conservación de los alimentos, sobre todo de las carnes, pescado, mariscos, productos lácteos y huevo. Constatar que la fecha de vencimiento de los productos envasados no haya caducado.
- b) **Conservación:** los productos cárnicos, lácteos y alimentos preparados, deben ser guardados en refrigeración, las menestras y harinas en envases apropiados y tapados, las verduras y tubérculos en ambiente fresco y en recipientes con buena circulación de aire. Los ambientes deben estar limpios y libres de insectos y roedores
- c) **Preparación:** limpieza y orden del lugar de preparación de alimentos (cocina), lavarse bien las manos con agua a chorro y jabón antes de tocar los

alimentos; mantener las uñas cortas; usar recipientes y utensilios de cocina limpios; lavar las verduras y frutas con agua limpia a chorro; evitar preparar alimentos si se tiene alguna enfermedad infectocontagiosa o alguna herida en las manos. Si no se tiene agua corriente, almacenarla en recipientes limpios y bien tapados y usar una jarra limpia destinada sólo para sacar agua.

- d) **Consumo:** usar utensilios limpios, lavarse las manos con agua a chorro y jabón antes de consumir cualquier tipo de alimento. Los restos de comida que el niño(a) pequeño deja en el plato no se deben guardar para un posterior consumo, pues se descomponen fácilmente, por ello deben ser consumidos al momento.

En lugares de expendio de alimentos al público, adoptar las medidas recomendadas por Dirección General de Salud según Reglamento sobre Vigilancia y Control Sanitaria de Alimentos y Bebidas (19), en cada uno de los siguientes eslabones de la manipulación de alimentos:

- Recepción, almacenaje y conservación de las materias primas
- Preparación culinaria de los alimentos
- Higiene del personal en contacto con los alimentos.
- Higiene de cualquier instalación, material o utensilio que pueda entrar en contacto directo con los alimentos.⁽²⁴⁾

2.2.7. Nutrición del niño menor de 1 año

2.2.7.1. Lactancia materna exclusiva Hasta los 6 meses.

Consiste en proveer leche materna como único alimento para la niña o niño durante los primeros seis meses de vida. Es importante enseñar la importancia del « calostro » durante los primeros días de vida.

Entre los primeros tres a cinco días posteriores al nacimiento, la secreción mamaria recibe el nombre de « calostro », la consistencia de la leche materna en ésta etapa es de un líquido de color amarillento, espeso, rico en proteínas, grasa, lactosa, calcio, fósforo, sodio, cloro, potasio, vitamina A y sustancias inmunológicas A y G importantes para la protección de la niña o niño contra las infecciones.⁽²⁵⁾

El calostro es la leche más apropiada para el recién nacido, porque protege la mucosa intestinal con Inmunoglobulina A secretoria, impidiendo de este modo la implantación de gérmenes patógenos.

El calostro tiene un efecto laxante ayudando a la niña(o) a eliminar el meconio (las deposiciones negruzcas que tiene el niño en los primeros días), disminuyendo la presentación de ictericia « fisiológica » del recién nacido.

La producción del calostro puede parecer escasa; sin embargo, debe brindarse seguridad a la madre que esa cantidad y valor nutritivo se ajustan a las necesidades de la niña(o).

➤ **Conservación de la Leche Materna**

- **Calostro:** A temperatura de 27° a 32°C: de 12 a 24 horas
- **Leche madura:** A 15 °C: hasta 24 horas; De 19° a 22° C: hasta 10 horas; A 25 ° C de 4 a 8 horas; Refrigerada entre 0° a 4°C de 5 a 8 días

- **Técnicas Correctas de Amamantamiento:** una buena técnica para amamantar estimula una adecuada producción de leche, evita la aparición de grietas y favorece una lactancia materna exitosa. Para una adecuada técnica de amamantamiento se recomienda que la madre adopte una postura que sea cómoda y relajada para ella, evitando posiciones que generen tensión en los músculos. La posición de la madre debe permitir que la cabeza de la niña (o) descansa sobre la flexión del codo (Anexo N° 1)

- **La Suplementación con Sulfato Ferroso:** La suplementación de hierro es necesaria para corregir y prevenir la deficiencia de hierro siendo su efecto a corto plazo, está orientada a los grupos de riesgo, en éste caso a los niños de 6 a 12 meses de edad, niños prematuros y los de bajo peso al nacer. La niña o niño nacido a término debe recibir suplementos de sales ferrosas a partir del sexto mes hasta los 12 meses de edad. La dosis de prevención es de 1 mg de hierro elemental / kg de peso / día, en forma de jarabe de sulfato ferroso. El período de suplementación será de 6 meses.⁽²⁶⁹⁾

Para el niño prematuro y la niña o niño de bajo peso al nacer se indicará 5 mg/día a partir del tercer mes hasta

el sexto mes y 10 mg a partir del sexto mes. Asegurar que la niña o niño tome el suplemento inmediato no retenerlo en la boca, para evitar que se tiñan los dientes. El suplemento debe guardarse en lugares no accesibles a los niños(as) para evitar la ingesta accidental, que puede causar intoxicación fatal.

- **Alimentación complementaria:** Introducción de otros alimentos, además de la leche materna, en la alimentación de la niña o niño a partir de los 6 meses de edad y continuación de la lactancia materna hasta por lo menos los dos años de edad.

- **Alimentación Interactiva:** Se reconoce que la alimentación complementaria óptima depende no sólo de qué alimentos se le ofrece a la niña o niño en sus comidas (qué dar de comer), sino también es importante la manera de cómo, cuándo, dónde y quién da de comer a una niña o niño. La interrelación entre el niño(a) y la madre o cuidadora durante la alimentación puede ser crítica e influenciar sobre el consumo de nutrientes. Se describe los siguientes estilos:
 - * Un estilo «controlador», donde la madre o cuidadora decide cuándo y cómo come el niño(a) puede llegar a que los niños(as) no reconozcan adecuadamente sus propias señales de apetito y autorregulación de su ingesta de energía, poniendo al niño(a) en riesgo de sobrepeso.

 - * Un estilo «dejar hacer», donde la madre o cuidadora ofrece muy poca ayuda física o poco ánimo verbal en el momento de la alimentación,

aun a niños(as) menores de un año, salvo que el niño(a) este enfermo o que no coma. Este estilo es frecuente en nuestra población.

- * Un estilo "Interactivo" incluye comportamientos que permiten una óptima inter-relación madre o cuidadora-niño. ⁽²⁶⁾

Se aplican los principios de cuidado psico-social:

- * Hablar con los niños(as) durante las comidas, con contacto ojo a ojo, reconociendo que los momentos de comer son espacios de aprendizaje y amor.
- * Alimentarlos despacio y con paciencia y animar a los niños(as) a comer pero sin forzarlos,
- * Dar de comer directamente a los niños(as) pequeños y ayudar físicamente a los niños(as) mayores cuando se alimentan solos, estando atentos y respondiendo a sus señales de apetito y saciedad,
- * Cuando las niñas o niños no quieren comer experimentar con diferentes combinaciones de alimentos, sabores, texturas y maneras de animarlos a comer.
- * Minimizar las distracciones durante la comida.

2.2.8. Alimentación y Nutrición Saludable en la etapa de la Niñez (0 a años)

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 la que necesita un adulto.

Igualmente en esta etapa hay que tomar en cuenta el rápido crecimiento del cerebro que alcanza el 70% del peso del cerebro

adulto y casi completa el total de su crecimiento en estructura. Por ello la materia prima esencial para el desarrollo de las neuronas cerebrales en esta etapa la constituyen las proteínas de origen animal. Es a partir de ellas que se elaboran también las sustancias neurotransmisoras (serotonina, noradrenalina y dopamina) que hacen que fluyan los impulsos electrofisiológicos entre las neuronas, haciendo posible el aprendizaje, la memoria, la imaginación, etc.

➤ ***Las acciones a desarrollar en esta etapa son:***

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 el niño
- Informar y educar sobre la importancia de la leche materna en la alimentación del lactante
- Informar y Educar sobre la importancia del calostro en los primeros días de vida del recién nacido
- Informar y Educar sobre Alimentación balanceada de la madre que dá 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 antes y después de dar de lactar.
- Informar sobre los derechos de las niñas y niños a una lactancia materna exclusiva.
- Socializar el reglamento de alimentación infantil y los lineamientos de alimentación materna e infantil.
- 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.⁽²⁷⁾

B. Alimentación de la niña o niño de 6 meses a 2 años:

- Promover una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad.
- Promover de la prolongación de lactancia materna hasta por lo menos los dos años de edad.⁽²⁸⁾
- Informar y educar sobre el inicio de la alimentación complementaria con alimentos semi-sólidos como papillas, mazamorras y purés, aumentando la cantidad a medida que la niña o niño crece, 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.
- Información y educación sobre la importancia del agua, desagüe y eliminar y educar sobre la forma correcta de desechar los alimentos.
- El escenario de intervención prioritario para esta etapa de vida será la vivienda y familia y la estrategia más importante es la educación y comunicación en salud así como la abogacía y las políticas públicas locales regionales y nacionales, que mejoren la alimentación y nutrición.

C. Alimentación de la niña o niño en la edad pre-escolar (3 a 5 años)

- **En la etapa pre-escolar** (3 a 5 años), el ritmo de crecimiento es menor que en el primer año de vida, pero aun así los requerimientos nutricionales son elevados.

Las acciones a desarrollar en esta etapa son:

- Promover la importancia de las comidas principales (desayuno, almuerzo y cena) y refrigerios de los niños (media mañana y media tarde)⁽²⁷⁾
- 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.

2.2.9. Evaluación Nutricional y su valoración Antropométrica

La evaluación es un conjunto donde nos va a dar a conocer mediciones de lo cual damos a determinar los niveles y grados de nutrición en la que el niño se encuentra es así que de esta manera veremos su estado corporal e índices derivados de la relación entre los mismos.⁽²⁸⁾

a) Peso. Esto nos va a permitir obtener la medición que se realiza colocando al niño sobre una báscula, que conviene que precise fracciones de 10 gramos, especialmente si se trata de niños pequeños.

- a) Altura.** Consiste en la medición de altura consiste en colocar de pie erguido y con la espalda apoyada sobre la pieza vertical del aparato medidor. La cabeza, es colocada de forma muy derecha tal que el plano de Frankfurt sea paralelo al suelo. Se hace descender la pieza horizontal del aparato hasta que presione ligeramente sobre el cuero cabelludo. La precisión debe ser, al menos, de fracciones de 10 milímetros.
- b) Longitud.** En niños menores de dos años se utiliza una técnica semejante, pero en este caso el aparato debe tener una pieza horizontal sobre la que se coloca la espalda del niño. Otra vertical, apoyada sobre las plantas de los pies, es la que determina la medida de la longitud.
- c) Perímetro cefálico.** Para su realización se pasa una cinta inextensible por la parte inferior del frontal, sobre los arcos ciliares y por detrás, por la parte más saliente del occipital, de manera que se determine la circunferencia máxima.
- d) Perímetro torácico.** Se realiza pasando la cinta métrica, en los niños, por las aréolas mamarias y por debajo de las axilas, en las niñas, evitando las prominencias que determinan las mamas.
- e) Perímetros de la cintura, del abdomen y de las caderas.** Con el niño de pie se mide el perímetro horizontal de la cintura, del abdomen (por la parte más sobresaliente) y de la cadera (la mayor medición conseguida, pasando la cinta por las nalgas).
- f) Perímetro del muslo.** La cinta de medición se pasa junto al pliegue inguinal y de forma perpendicular al eje del muslo.

g) Perímetro de la pantorrilla. Se toma la mayor circunferencia posible a nivel de la pantorrilla en un plano perpendicular al eje de la pierna.

h) Perímetro del brazo. Se toma en la línea perpendicular al eje del brazo izquierdo, en el punto equidistante de ambos extremos del húmero: acromion y olecranon.

i) Pliegues cutáneos. Para su medición se utiliza un calibrador que mantenga una presión constante sobre las dos ramas del aparato que se apoyan a ambos lados de un “pellizco” de la piel, realizado por la mano contraria a la que mantiene el aparato medidor.

j) El pliegue cutáneo del tríceps: se realiza en el punto equidistante entre el acromion y el olécranon.

El pliegue cutáneo del bíceps se realiza en el punto medio de la línea que pasa por el centro de la fosa ante cubital y por la cabeza del húmero.

k) El pliegue cutáneo supra ilíaco: se mide 1 centímetro por encima y 2 por dentro de la espina supra ilíaca antero posterior.

l) El pliegue cutáneo submentoniano: se realiza en la parte media y anterior de la piel y tejido graso del cuello .La antropometría presenta una serie de ventajas. Los procedimientos son simples, seguros y no invasores; pueden practicarse a la cabecera de la cama del enfermo y pueden aplicarse a grandes masas de población. El equipo necesario es barato, portátil y duradero; de fácil manejo. La metodología es relativamente precisa y exacta si se acomoda a las normas estándar. La antropometría permite valorar fácilmente cambios del estado nutricional en el tiempo, entre individuos y entre

poblaciones, y de una generación; con mediciones que pueden identificar situaciones de malnutrición ligera, moderada o grave

Entre los índices derivados de las medidas antropométricas hay que destacar el denominado índice de masa corporal, que se obtiene de la relación $\text{Peso/Talla}^2(\text{Kg./m}^2)$, frecuentemente utilizado para la clasificación de sujetos obesos y con sobrepeso. Existen otros índices que relacionan el peso (P) y la talla (T) (P/T, PT3), aunque estos se emplean menos. Mediante fórmulas ideadas a partir de los pliegues cutáneos se puede estimar el porcentaje de masa grasa corporal. Por otro lado, mediante el pliegue cutáneo del tríceps y el perímetro del brazo, se pueden calcular las áreas grasa, muscular y no-grasa del brazo.⁽²⁹⁾

2.2.10. Estado Nutricional según componente CRED

El Estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Evaluación del estado nutricional será por tanto la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar.⁽³⁰⁾

❖ Estado nutricional del niño

Se refiere al estado nutricional que el niño presenta o ha presentado en los últimos seis meses. La información debe obtenerla directamente del Carné de Control del Niño Sano (solicitarlo). En caso de que el informante no cuente con el carné del niño, registre el dato según lo reportado por la persona entrevistada.

De acuerdo a la información proporcionada por el Ministerio de Salud, los diversos estados nutricionales se registran en el Carné de Control de la siguiente manera:

- N : Normal
- RD o E : En riesgo de desnutrir o enflaquecido
- D o DS : Desnutrición
- SP o S : Sobrepeso
- OB : Obeso

Sobre la base de esta información clasifique al niño en sólo uno de los siguientes códigos:

- **Normal:** Se asigna este código cuando el niño se encuentra en condiciones normales de nutrición (N en carné de atención), de acuerdo con el último control consignado dentro del período de referencia.
- **En riesgo:** Se asigna este código al niño o niña que presenta algún riesgo de desnutrición (RD o E en el carné de atención) en el último control consignado en el período de referencia. Se refiere a quienes sin llegar a estar desnutridos no han subido de peso lo suficiente, comparado con el control anterior (según normas del Ministerio de Salud o diagnóstico del médico) o a aquéllos que presentaron algún grado de desnutrición en alguno de los tres controles previos al último registrado, aunque ya se haya recuperado.
- **Desnutrición:** A todo niño o niña que presenta desnutrición se puede ver en su carné de atención en el último control registrado en el período de seis meses según orientación del MINSAL (diagnóstico integrado) registrada en el Carné de Control del Niño Sano. Asigne también este código en caso de que en el Carné de Control del menor se lea "desnutrición secundaria" (DS en el carné de atención)

- **Sobrepeso:** Se Menciona este rango a todo niño o niña que presenta sobrepeso en el último control consignado en el período de referencia (SP o S en el carné de atención), según orientación del MINSA (diagnóstico integrado) registrado en el Carné de Control del Niño Sano.
- **Obesidad:** Se asigna rango cuando el niño presenta obesidad en el último control consignado en el período de referencia (O u OB en el carné de atención), según orientación del MINSA (diagnóstico integrado) registrado en el Carné de Control del Niño Sano.

2.2.11. Desnutrición y obesidad

Son dos consecuencias de una alimentación y nutrición no saludable. Para el diagnóstico del estado nutricional, los parámetros más usados son el peso y la talla correlacionados con la edad y el sexo. Para los niños y adolescentes (0 a 18 años), la relación talla/edad (desnutrición crónica), peso/talla (desnutrición aguda) y peso/edad (desnutrición global) se compara con tablas de población de referencia dadas por la OMS . Las niñas y niños que están por debajo de dos desviaciones estándar (DE) con respecto a esta población se consideran desnutridos, los que están por encima de 2DE se consideran con sobrepeso y los por encima de 3DE obesos. Para los adultos se usa el “índice de Masa Corporal” (IMC), cuya forma de cálculo más usada es el “Índice de Quetelet”, que se expresa como el cociente del peso expresado en Kg. y la talla al cuadrado expresada en metros. Un IMC igual o menor de 18.5 expresa desnutrición, uno superior a 24.9 y hasta 29.9 sobrepeso y uno igual o superior a 30 indica obesidad.⁽³¹⁾

2.2.12. Rol de la Enfermera en el Componente CRED

La niñez en nuestro país está mucho más propensa no solo a enfermar y morir por causas de diversas enfermedades, sino también de ver disminuido sus posibilidades de crecimiento y desarrollo.⁽³²⁾

La salud y educación siendo los pilares para el desarrollo humano y de la nación, se han visto comprometidos debido a la situación de aumento de la pobreza, desempleo, falta de saneamiento ambiental agravando de esta manera la situación de salud del niño. Es por ello se debe dar prioridad a la promoción y prevención de la salud de dicho grupo. La enfermera siendo el profesional de salud que permanece más tiempo directamente con los usuarios, despliega una amplia labor al brindar atención a la persona, familia y comunidad. En tal medida realiza actividades de prevención y Promoción en este grupo etéreo detectando alteraciones en el crecimiento y desarrollo para su posterior derivación de manera oportuna.

La enfermera cumple 4 funciones siendo estas:

- **Función asistencial:** Tiene como eje el promover un adecuado desarrollo y crecimiento en el niño. Además de prevenir el proceso de enfermedad que vendría a disminuir su calidad de vida.
- **Función educativa:** La enfermera planea y ejecuta actividades educativas a la persona, familia y comunidad para así contribuir a los cambios de conducta y vida saludable. Brinda educación a las madres de familia sobre el proceso de crecimiento y desarrollo en el niño.

- **Función administrativa:** Organiza el ambiente de trabajo, hace cumplir las normas y reglas de la institución, vigila la atención que se le brinda al niño a fin de garantizar que esta sea óptima.
- **Función investigadora:** Participa en estudios de investigación dentro de la institución.

2.2.13. Teóricas que fundamentan la Investigación

- **Ramona Mercer:** Teoría de la Adopción del Rol Maternal: Ramona T. Mercer inició su carrera profesional como enfermera en 1950 cuando consiguió el diploma de enfermera en la escuela St. Margaret en Alabama. Se licenció en Enfermería en 1962 por la Universidad de Nuevo México, Albuquerque. En 1964 realizó una licenciatura superior en Enfermería Materno Infantil en la Universidad de Emory y finalizó su doctorado en enfermería maternal en la Universidad de Pittsburgh en 1973. A lo largo de su carrera Mercer ha recibido numerosos premios, como por ejemplo: premio del departamento de salud, educación y servicio público de salud y bienestar; en 1982 recibió el premio de la enfermera de salud materno infantil del año que la concede la National Foundation of the March Dimes. Esta teoría de la adopción del rol maternal de Mercer y su modelo fueron presentados en 1991. Mercer ha escrito numerosos artículos, editoriales y comentarios, cuando inició su investigación se centraba en las conductas y necesidades de las madres lactantes, madres con enfermedades post parto y madres de niños con discapacidad, se interesa por el estudio de las relaciones familiares, el estrés preparto en

las relaciones familiares y el rol maternal y sobre todo las madres de las diferentes edades.

Para realizar la teoría de la adopción del rol maternal, el estímulo para investigar proviene de la admiración de Mercer por su profesora y tutora RevaRubin que es muy conocida por su trabajo en la definición y descripción de la identidad del rol maternal como proceso de unión al niño y de la identidad del rol maternal o verse a uno mismo en el rol y sentirse cómodo con él. Su interés por investigar hizo que revisara muchas teorías para analizarlas profundamente y sacar una conclusión de que variables afectan a la adopción del rol maternal.

Ramona M. utiliza las dos formas lógicas: La lógica deductiva que se basa en investigaciones anteriores sobre la adopción del rol maternal según RevaRubin; y la lógica inductiva que son las investigaciones que ella misma hace en las mujeres gestantes y dónde halla las diferencias.⁽³³⁾

Las teorías de los roles y evolutivas suministraron un marco básico a la teoría de la adopción del rol maternal de Mercer. Esta teoría se fundamenta particularmente en el enfoque interaccionista de la teoría de los roles, basado en los postulados de Mead sobre representación de roles y en la teoría de Turner acerca del “yo central”. Al mismo tiempo, el proceso de adquisición de roles estudiado por Thornton y Nardi sirvió también para modelar la teoría de Mercer, así como los trabajos de Burr, Leigh, Day y Constantine. También cabe reseñar la influencia de las teorías de proceso evolutivos de Werner y Erikson. La obra de Mercer se basa además en la teoría general de los sistemas de Ludwig Von Bertalanffy, como se evidencia en

su descripción de la familia como un sistema dinámico que incluye subsistemas individuales y duales.

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

Aplicación de datos empíricos: La teoría de Mercer se basa en las pruebas obtenidas en sus amplias investigaciones. Aunque fueron los trabajos de RevaRubín sobre la adopción del rol maternal los que alentaron el interés inicial de Mercer en este campo, el ámbito de su obra trascendió al de su predecesora para abarcar el estudio de las madres adolescentes, de edades avanzadas, enfermas y con niños con defectos, además del de las familias que sufrían estrés previo al parto, los padres de alto riesgo, las madres que habían dado a luz a sus hijos mediante cesárea, la vinculación paterno filial y la competencia en el rol paternal.

(33)

Mientras que Rubin se centró en la adopción del rol maternal desde el momento de la aceptación del embarazo hasta un mes después del parto, Mercer ha ampliado su estudio hasta un período de 12 meses después del nacimiento.

- **Nola Pender: Modelo de Promoción de la Salud:** El modelo de promoción de la salud identifica en el individuo factores cognitivos- perceptivos que son modificable por las características situacionales, personales e interpersonal, lo cual dé como resultado conductas favorecedoras de la salud.

Los siguientes factores son cognitivos- preceptuales y se definen como mecanismo motivación a los primarios de las actividades relacionadas con la promoción de la salud:

- 1. Importancia de salud:** Los individuos que conceden gran importancia a su salud es más probable que traten de conservarla.
- 2. Control de salud percibida:** La percepción que el individuo tiene de su propia capacidad para modificar su salud, puede motivar su deseo de salud.
- 3. Auto eficacia percibida:** La convicción por parte del individuo de que una conducta es posible puede influir la realización de otras conductas.
- 4. Definición de la salud:** La definición del individuo sobre lo que significa la salud, que puede ir desde la ausencia de enfermedades hasta un alto nivel de

bienestar, puede influir las modificaciones conductuales que este intente realizar.

5. Estado de salud percibido: El encontrarse bien o encontrarse enfermo en un determinado momento puede determinar la probabilidad de que se inicien conductas promotoras de salud.

6. Beneficio percibido de las conductas: Los individuos pueden sentirse más inclinados a iniciar y mantener conductas promotoras de la salud cuando consideren que los beneficios de dicha conducta son altos.

7. Barreras percibidas para las conductas promotoras de la salud: La creencia del individuo de que una actividad o una conducta es déficit o inevitable puede influir su intención de llevarla a cabo.

Otros factores modificantes como son la edad, sexo, educación, la ingesta, el peso corporal, los patrones familiares sobre las conductas en cuanto cuidados sanitarios, se consideran como influencia directa sobre las conductas.

Tomando como base la citada teoría se considera el modelo de promoción de la salud como una base para estudiar el modo en que los individuos toman las decisiones sobre el cuidado de su propia salud para prevenir enfermedades. En este caso las madres de familia deben tomar decisiones favorables sobre estimulación temprana ya que a través de la estimulación pueden prevenir y detectar problemas de hijo menor de 1 año a tiempo.⁽³⁴⁾

2.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS

- **Conocimiento:** El conocimiento es toda aquella información, concepto o idea que posee la madre de familia acerca de nutrición saludable.
- **Alimento:** Son un conjunto de sustancias que conllevamos a nuestro organismo y mediante ellos obtenemos un grado de energía y nos mantiene lleno de vida .
- **Alimentación:** Es consumir alimentos que el organismo requiere favoreciendo el crecimiento y desarrollo del niño y evitar enfermedades como la desnutrición.
- **Alimentación Balanceada:** Involucra consumir alimentos que den energía que protejan al organismo y permitan el crecimiento adecuado del niño menor de 5 años.
- **Niños Menores de 3 Años:** Es una etapa infantil donde van interactuando y evolucionando de acuerdo a su capacidad van demostrando su aspecto físico, social y cultural.
- **Estado Nutricional:** Es un rango donde indica el nivel de desarrollo en los niños y está constituida con indicadores que nos demuestra un resultado de cómo se está evolucionando el niño.
- **Nutrición:** Es un proceso que permite a nuestro organismo obtener diversos tipos de nutrientes del medio externo.
- **Desnutrición:** Es la falta de consumo de alimentos adecuados que es indispensable para el organismo conlleva a múltiples enfermedades y ocasiona el retardo físico del niño.
- **Los Nutrientes:** Son sustancias que se encuentran dentro de los alimentos y que el cuerpo necesita para realizar diferentes funciones y mantener la salud.

- **Servicio de crecimiento y desarrollo:** Servicio en el cual se realizan un conjunto de actividades periódico y sistemático del crecimiento y desarrollo del niño, con el fin de detectar oportunamente cambios y riesgos en su estado de salud.

2.4. HIPOTESIS

2.4.1 Hipótesis General

El nivel de conocimientos y prácticas sobre nutrición saludable que tienen las madres de niños menores de 3 años del Centro de Salud Campoy San Juan de Lurigancho agosto- diciembre – 2013: Es medio.

2.4.2. Hipótesis Específicos

- El nivel de conocimientos sobre Nutrición Saludable que tienen las Madres de Niños menores de 3 años del Centro de Salud Campoy - San Juan de Lurigancho, agosto- diciembre – 2013:Es medio.
- El nivel prácticas sobre Nutrición Saludable que tienen las Madres de Niños menores de 3 años del Centro de Salud Campoy - San Juan de Lurigancho, agosto- diciembre – 2013:Es medio.
- El estado nutricional que tienen Niños menores de 3 años del Centro de Salud Campoy - San Juan de Lurigancho, agosto- diciembre –2013:Es bajo.

2.5 VARIABLES

2.5.1. Definición Conceptual de las Variables

- **Nivel de Conocimiento de las madres sobre nutrición saludable:** Es el grado de saber que en relación a nutrición saludable formando parte integral de la vida diaria de las personas para contribuir a su bienestar fisiológico, mental y social.
- **Prácticas de nutrición saludable en madres de niños menores de 3 años:** Se le considera una medida para lograr determinar el conocimiento que tienen las madres sobre nutrición saludable

2.5.2. Definición Operacional de las Variables

- **Nivel de Conocimiento de las madres sobre nutrición saludable:** Es el grado de saber como en relación a nutrición saludable formando parte integral de la vida diaria de las personas para contribuir a su bienestar fisiológico, mental y social.
- **Prácticas de nutrición saludable en madres de niños menores de 3 años:** Cada uno de los valores se definirá según la prueba piloto de validación y de la observación como adecuada e inadecuada. Estableciendo una medición con adecuada e inadecuada.

2.5.3. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Nivel de Conocimiento Sobre Nutrición Saludable	Se le define la capacidad o entendimiento de las madres sobre la nutrición saludable	Se le considera una medida para lograr determinar el conocimiento que tienen las madres sobre nutrición saludable	Nutrición Saludable	<ul style="list-style-type: none"> • Lactancia Materna exclusiva. • Alimentación Complementaria. • Nutrición de 1-2 años • nutrición de 2-3 años
Prácticas de nutrición saludables	Es el grado de saber como en relación a nutrición saludable formando parte integral de la vida diaria de las personas para contribuir a su bienestar	Cada uno de los valores se definirá según la prueba piloto de validación y de la observación como	Estado nutricional y valoración antropométrica Información sobre Alimentos nutritivos	<ul style="list-style-type: none"> • Desnutrición aguda • Nutrición Normal • Peso actual del niño • Talla • Valores antropométricos actuales en relación al peso y edad <ul style="list-style-type: none"> - Reconoce la Importancia, hora y Cantidad para la edad - Conoce los alimentos protectores, energéticos,

	fisiológico, mental y social.	adecuada e inadecuada. Estableciendo una medición con adecuada e inadecuada.	Estado nutricional	reguladores y regeneradores - Elección de los nutrientes imprescindibles: Las proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas, minerales y agua. - Nutrición del Niño de 0 a 6 meses. - Nutrición del Niño de 6 a 36 meses.
--	-------------------------------	---	---------------------------	---

VALOR FINAL DE LA VARIABLE	CRITERIOS DE MEDICION	TÉCNICA E INSTRUMENTO DE MEDICION	ESCALA DE MEDICION
<p>El valor final que adopto la variable: Nivel de conocimientos de las madres será:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alto - Medio - Bajo 	<p>Para asignar los criterios: valor Alto, Medio o Bajo será de acuerdo al puntaje obtenido en el cuestionario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alto: 20– 15 - Medio: 14 – 11 - Bajo: 10– 00 	<p>Técnica: La encuesta.</p> <p>Instrumento: Un cuestionario estructurado por la investigadora.</p>	<p style="text-align: center;">Ordinal</p>

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo Observacional, transversal, prospectivo, cuantitativa.

- **Observacional**, porque sólo se observa las situaciones, más no se manipula las variables resultado del fenómeno estudiado.
- **Transversal**, porque estudia las variables simultáneamente, en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo; en éste tipo de estudio el tiempo no es importante en relación con la forma en que se dan los fenómenos. Y se aplica sólo una vez el cuestionario.
- **Prospectivo**, porque se registra la información según van ocurriendo los fenómenos.
- **Cuantitativa**, son aquellas cuya magnitud puede ser medida en término numéricos, esto es, que los valores de los fenómenos se encuentran distribuidos a los largo de una escala.

El nivel de investigación del presente estudio es:

- **Descriptivo**, porque está dirigido a determinar “como es” o “como esta” la situación de las variables que deberán estudiarse en una población, la presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno, y en quiénes, dónde y cuándo se está presentando determinado fenómeno

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se realizó en el Centro de Salud Campoy que fue construida por los graduando del Secigra de Salud Humana y la Comunidad de Campoy, el 18 de agosto de 1977, esta ubicada ubicado en la Av. Principal de la Cooperativa de Vivienda “El Valle”, Manzana G, Lote 2, Distrito de San Juan de Lurigancho, Provincia de Lima y Departamento de Lima.

Limites: NORTE: Zárate, SUR: Huachipa, OESTE: Río Rímac, ESTE: Comunidad Vizcachera.

Relieve: Presenta un relieve conformado por suelos áridos,

Clima: El área que ocupa tiene una extensión de 223.60 metros cuadrados,

Organizaciones: presenta 24 organizaciones vecinales, 24 vasos de leche y sólo 4 promotoras de salud son activas,

Instituciones Educativas: 13 estatales y 9 particulares, **Mercado:** 9 abastecedores.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1. Población:La población estuvo conformada por 100 madres de familia de niños menores de 3 años, que asisten al Centro de Salud Campoy en el año 2013.

3.4.2. Muestra: La muestra estuvo conformada por el 100% de la población es decir 100 madres con niños menores de 3 años, Centro de Salud Campoy agosto- diciembre-2013. Teniendo en cuenta los siguientes criterios:

➤ **Criterios de Inclusión:**

- Niños cuyas edades se encuentran entre 0 mes 35 meses 29 días.
- Madres con Niños menores de 3 años, que acuden al Centro de Salud Campoy del año 2010, durante los meses de agosto- diciembre –2013.
- Madres que hablan castellano y que deseen participar voluntariamente en la investigación.
- Madres con Niños menores de 3 años que no tengan problemas físicas o mentales que dificulten el llenado del instrumento.

➤ **Criterios de Exclusión:**

- Niños cuyas edades no se encuentran entre 0 mes 35 meses 29 días.
- Madres con niños menores de 3 años, que no acuden al Centro de Salud Campoy durante los meses de agosto a diciembre 2013.
- Madres que no hablan castellano y que deseen participar voluntariamente en la investigación.
- Madres con Niños menores de 3 años que tengan problemas físicas o mentales que dificulten el llenado del instrumento.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó fue la encuesta auto-administrada y el formulario un cuestionario, el cual consta de presentación, datos generales, instrucciones y datos específicos conformados por preguntas de opción múltiple. El mismo que fue sometido a juicio de expertos mediante, dicho cuestionario fue basado en la operacionalización de variables, el cual tuvo un tiempo de duración de aproximadamente 35 minutos a 40 minutos.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validez y confiabilidad del instrumento se dio a través del juicio de expertos conformado por profesionales expertos en el tema de la investigación. También se utilizó de ser convenientes estadísticos después de haber aplicado un a prueba piloto para hacer la validez y la confiabilidad como el alfa de Combrash y el método binomial.

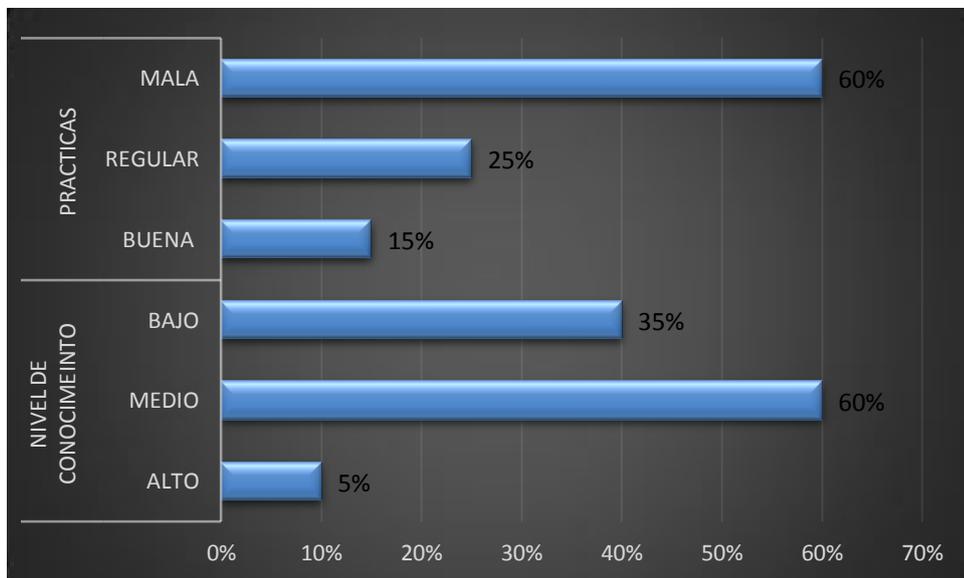
3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Para el procedimiento de recolección y procesamiento de datos, se solicitó el permiso a las autoridades correspondientes del Centro de Salud Campoy, previa coordinación con la jefa del servicio de CRED e inmunizaciones.

CAPITULO IV: RESULTADOS

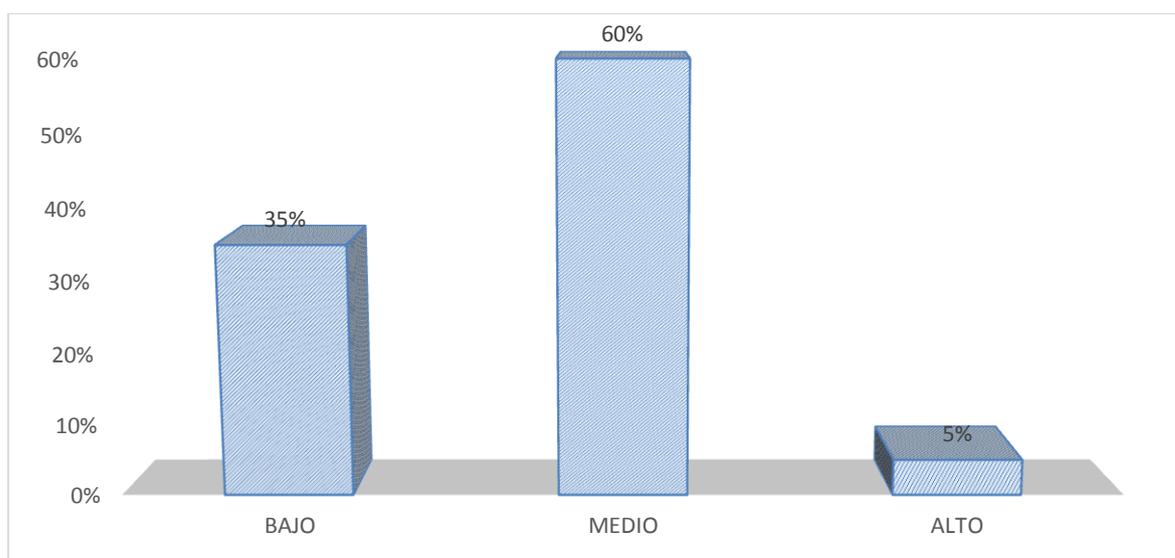
ANÁLISIS ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO

GRAFICO N° 1: NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE NUTRICIÓN SALUDABLE QUE TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD CAMPOY SAN JUAN DE LURIGANCHO, AGOSTO- DICIEMBRE –2013.



Análisis: Haciendo una comparación entre nivel de conocimiento y prácticas sobre nutrición saludable que tienen las madres de niños menores de 3 años del Centro de Salud Campoy San Juan de Lurigancho observamos un conocimiento medio con un 60% mientras practica 60% mala e inadecuada estos resultados demuestran que las madre poseen un regular conocimiento pero en la práctica no muestran una efectividad sobre el consumo de sus niños de una nutrición saludable, por otro lado vemos un 35% de un conocimiento bajo y un 25% de una práctica regular asimismo vemos 5% de un conocimiento alto y 15% practica buena.

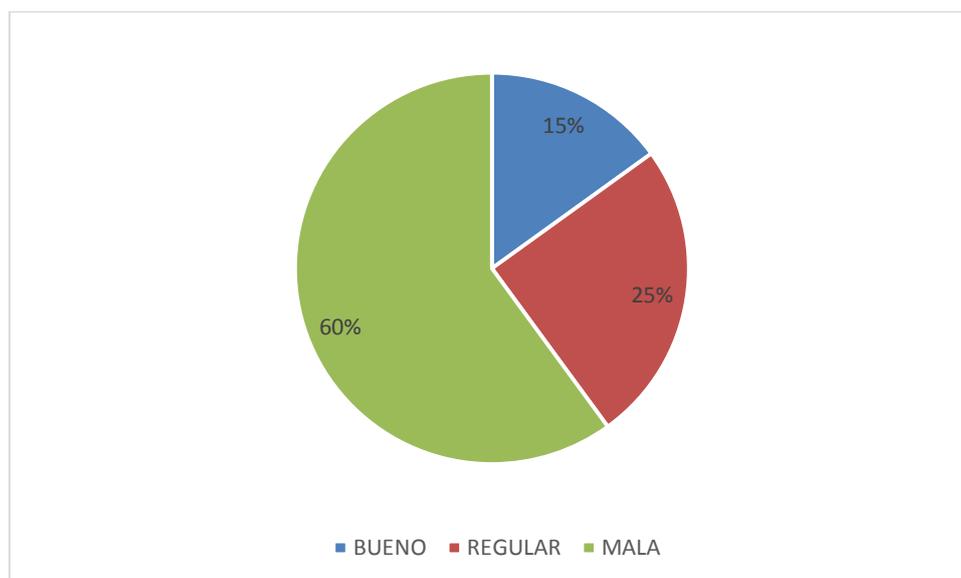
GRAFICO N° 2: NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE NUTRICIÓN SALUDABLE QUE TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD CAMPOY - SAN JUAN DE LURIGANCHO, AGOSTO- DICIEMBRE –2013.



Análisis: Existe un conocimiento medio del 60% respecto a la nutrición saludable de las madres este valor demuestra el relativo conocimientos en ellos sobre temas de nutrición sobre todo la diferencias entre carbohidratos y proteína.

Asimismo se pudo comprobar un conocimiento bajo de 35% donde no supieron precisar que alimentos son los que tienen vitaminas. y un 5% mostraron un conocimiento alto.

GRAFICO N° 3 : NIVEL PRÁCTICAS SOBRE NUTRICIÓN SALUDABLE QUE TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD CAMPOY - SAN JUAN DE LURIGANCHO, AGOSTO- DICIEMBRE – 2013.



Análisis: Respecto al nivel de práctica se pudo inferir que el 60% muestra una mala práctica respecto a la nutrición saludable de las madres de niños menores de 3 años 25% regular y 15% bueno esto quiere decir que por más que tengan un conocimiento regular las prácticas son inadecuadas.

TABLA N° 1: ESTADO NUTRICIONAL QUE TIENEN LOS NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD CAMPOY - SAN JUAN DE LURIGANCHO, AGOSTO- DICIEMBRE –2013.

- Normal	15%
- Riesgo desnutrir	8%
- Desnutrido	2%
- Sobrepeso	35%
- Obeso	40%

Análisis. Se observa que existe un 40% de obesidad en los niños esto se debe a la falta de una buena prácticas nutricionales de las madres de familia asimismo se obtuvo un 35%de sobrepeso 2%desnutridos 8%riesgos de desnutrición y 15% normaly 15% normal demostrando una cifra muy baja .

CAPITULO V: DISCUSIÓN

En el Grafico N° 1 observamos un conocimiento medio con un 60% mientras practica 60% mala e inadecuada estos resultados demuestran que las madre poseen un regular conocimiento pero en la práctica no muestran una efectividad sobre el consumo de sus niños de una nutrición saludable, por otro lado vemos un 35% de un conocimiento bajo y un 25% de una práctica regular asimismo vemos 5% de un conocimiento alto y 15% practica buena **Criado E. M. Realizo una investigación sobre “El Conocimiento Nutricional Apenas Altera las Prácticas de Alimentación: El Caso de las Madres de Clases Populares en Andalucía – España - 2007”**,La investigación concluye que los cambios en los hábitos de alimentación suponen factores que escapan en muchos casos al ámbito de intervención sanitario. Así, para las mujeres trabajadoras el principal problema es la falta de tiempo debida a la doble jornada, además provistas de la información, las personas adecuarían sus comportamientos para hacerlos más saludables. Sin embargo, aunque estas campañas tengan efectos, éstas quedan siempre muy por debajo de lo previsto. Los análisis precedentes nos muestran la razón: no se trata de que estas madres carezcan de información nutricional –aunque en grados muy diversos –, sino de que no adecuan sus prácticas a la misma, ya sea por

constricciones materiales, por su dependencia de otras personas, por la persistencia de unos gustos difíciles de modificar, o porque la alimentación no es únicamente una cuestión de salud para los sujetos: en ella se juegan factores prácticos, negociaciones, esquemas morales que sobrepasan ampliamente el ámbito de la alimentación y la salud. Por ello, los mensajes difundidos por las agencias sanitarias sufren múltiples reinterpretaciones y apropiaciones estratégicas. ⁽⁶⁾

En el Grafico N° 2 menciona que existe un conocimiento medio del 60% respecto a la nutrición saludable de las madres este valor demuestra el relativo conocimientos en ellos sobre temas de nutrición sobre todo la diferencias entre carbohidratos y proteínas

Asimismo se pudo comprobar un conocimiento bajo de 35% donde no supieron precisar que alimentos son los que tienen vitaminas. y un 5% mostraron un conocimiento alto estos resultados coinciden con

Herrero Aguirre C. y sus colaboradores quienes realizaron una investigación con relación a “Modificación de conocimientos sobre nutrición y alimentación en madres con niños desnutridos menores de 6 años, Cuba 2006. Los investigadores concluyeron que al comienzo de la intervención, 75% de las madres participantes poseían un conocimiento inadecuado sobre nutrición; pero después aplicadas las técnicas participativas y evaluadas, del total con desconocimiento solo el 23,8% mantuvieron inadecuados conocimientos, de modo que en sentido general se modificaron favorablemente en 76,2 %. ⁽⁷⁾

CONCLUSIONES

- Haciendo una comparación entre nivel de conocimiento y prácticas sobre nutrición saludable que tienen las madres de niños menores de 3 años del Centro de Salud Campoy San Juan de Lurigancho observamos un conocimiento medio con un 60% mientras practica 60% mala e inadecuada estos resultados demuestran que las madre poseen un regular conocimiento pero en la práctica no muestran una efectividad sobre el consumo de sus niños de una nutrición saludable, por otro lado vemos un 35% de un conocimiento bajo y un 25% de una práctica regular asimismo vemos 5% de un conocimiento alto y 15% practica buena.
- Existe un nivel de conocimiento medio de 60% respecto a la nutrición saludable de las madres este valor demuestra el relativo conocimientos en ellos sobre temas de nutrición sobre todo la diferencias entre carbohidratos y proteínas.
Asimismo se pudo comprobar un conocimiento bajo de 35% donde no supieron precisar que alimentos son los que tienen vitaminas. y un 5% mostraron un conocimiento alto.
- Respecto al nivel de práctica se pudo inferir que el 60% muestra una mala práctica respecto a la nutrición saludable de las madres de niños menores de 3 años 25% regular y 15% bueno esto quiere decir que por más que tengan un conocimiento regular las prácticas son inadecuadas.
- Se observa que existe un 40% de obesidad en los niños esto se debe a la falta de una buena prácticas nutricionales de las madres de familia asimismo se obtuvo un 35%de sobrepeso 2%desnutridos 8%riesgos de desnutrición y 15% normaly 15% normal demostrando una cifra muy baja .

RECOMENDACIONES

- En relación al objetivo general se hace necesario realizar talleres con las madres de familia sobre una alimentación saludable.
- Se recomienda elaborar infografías, paneles informativos a fin de que las madres de niños de tres años puedan tener la información necesaria sobre una dieta balanceada y que enfermedades se puede adquirir en sus niños con obesidad.
- Se recomienda que el Centro de Salud tenga una alianza estratégica con la universidad Alas Peruanas a fin de que nuestros estudiantes puedan visitar a las madres a medida de prácticas para un buen desarrollo de la promoción de la salud.
- Brindar y explicar a las madres de familia las tablas de nutrición para tengan claro de la relación entre las medidas antropométricas y la nutrición de sus niños.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cabrera, S. Desnutrición. Trabajo mimeografiado. Universidad de Carabobo. Facultad de Medicina, Valencia.1995
2. Briceño, E. . Nutrición y Dietética. FUDACA. Colegio Universitario de Los Teques Cecilio Acosta.1998.
3. MINSA, “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño” Perú: 2006.
4. Ministerio de Salud. “Escala del Desarrollo de Evaluación Psicomotor de 0-24 meses”Lima; 2006.
5. La Dirección de Salud IV Lima Este. Datos estadísticos poblacionales. lima; 2010.
6. Enrique Martín. “El Conocimiento Nutricional Apenas Altera las Prácticas de Alimentación: El Caso de las Madres de Clases Populares en Andalucía – España; 2007.
7. Dra. Hidelisa de la C. Herrero Aguirre. Otros. “Modificación de conocimientos sobre nutrición y alimentación en madres con niños desnutridos menores de 6 años, Cuba 2006.
8. Laura Patricia Lumbí Quiroz” “Conocimientos y Prácticas Nutricionales de madres con hijas adolescentes en el Barrio Anexo Villa Libertad, Managua - Nicaragua Enero – Agosto 2005.
9. Carlos Díaz Benavente. “Manejo dietético que brindan las madres y su relación con el estado nutricional de los niños de 6-7años de la

Institución Educativa Mi Perú José Luis Bustamante y Rivero de Arequipa-2010”.

10. Quiroz Tenorio, Belkis; en Huaral, realizó un estudio titulado “Manejo dietético que brindan las madres adolescentes y su relación con el estado nutricional de los niños menores de 2 años del A.A.H.H. Saca Chispa. Huaral; 2010.
11. Teresa Díaz, Hidalgo, J; Marta P, y otros, realizó un estudio titulado “Evaluación del estado nutricional en niños de 3-6 años de edad. Tumbes-2009
12. Polit Y B. Hungler Investigación Científica en Ciencias de la Salud 4ta edición. Edit. Interamericana S.A de C.V. México 1994 .Pag.37-42.
13. Rojas Soriano, R. El Proceso de la Investigación Científica. Edit. Trillas.pag: 45.
14. Hernández, S. (1991). Metodología de la Investigación. Mc. Graw Hill interamericana, México.
15. Hernández-Rodríguez, M. Alimentación infantil". 1993. Editorial: Díaz de Santos S.A. Madrid.
16. Brahams R. and MORRIS M. Nutrición en salud y enfermedad. Odontología Pediátrica. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 536-538. 2005.
17. Dona Wong Tratado de Enfermería Pediátrica 4ta edición Editora Asociada España; 1995.
18. Maha, Kathleen. Nutrición y dietó terapia de Krause 11ava.ED. Editorial Elzevir – Masson; 2005.

19. Webb P, Geoffrey, Nutrición una alternativa para la salud. Zaragoza Acribia, México; 1995.
20. Ziegler E, Filer Jr Lj. Conocimientos actuales sobre nutrición. 7ª. Ed. Editorial Karten; México; 2006.
21. Montes Cecilia, Consumo de alimentos en el Perú. editorial. Lima Perú; 1995.
22. Suarez López Luís: DX. De la situación Alimentaria y nutricional del Perú: Programa nutricional de apoyo, principales indicadores y factores condicionantes. Edición editorial tropical. Perú; 2000.pag. 25-42.
23. MINSA, Lineamiento para el diseño de intervenciones educativo en alimentación y nutrición, Lima Minsa . Perú; 2001.
24. Ruiz de Mayolo, Santiago: "La Nutrición en el Antigo Perú" Año. 2da. Edición Editorial: Casad. Lima- Perú; 2007.
25. Lady Catherine. Teoría sobre la alimentación balanceada.2004.pag 25-56.
26. Zulueta Torres D, Valdespino B, Alferova L, Rodríguez Suárez A, Íñigo ME. Relación entre conocimientos sobre nutrición de un grupo de escolares y algunos índices socioeconómicos familiares. Rev. Cubana AlimentNutr 1994; 8(2):24-7.
27. Ministerio de Salud. Orientaciones Técnicas para la Promoción de la Alimentación y Nutrición Saludable. 2006.ç
28. Ministerio de Salud. Orientaciones Técnicas para la Promoción de la Alimentación y Nutrición Saludable. 2006.

29. Ministerio de Salud. Orientaciones Técnicas para la Promoción de la Alimentación y Nutrición Saludable. 2006.
30. Henríquez, T. y Hernández, O. (1997). Evaluación Nutricional Antropométrica. FUNDACREDESA, Caracas.
31. Lemus, L. (2000). Informe Antropométrico de los Niños menores de 15 Años que acuden a los Centros de Salud Evaluados por el SISVAN en el Estado Cojedes. Instituto Nacional de Nutrición. Dirección Técnica Cojedes.
32. Matías Matos C, Pita Rodríguez G, Rodríguez A, Rebuso J, Serrano G. Evaluación nutricional en niños de 1 a 5 años en un consultorio del médico de familia. Rev Cubana AlimentNutr 1999; B(2): 85-6.
33. Ramona Mercer. Enfermería ciencia Humana y cuidado humano: teoría de Enfermería. National league Nursing. Traducción hecha con fines. España; 1998.
34. Nola Pender. Enfermería ciencia Humana y cuidado humano: teoría de Enfermería. National league Nursing. Traducción hecha con fines. España; 1998.

ANEXOS

CUESTIONARIO

I. PRESENTACIÓN:

Buenos días, soy Bachiller de enfermería de la Universidad Alas Peruanas, estoy realizando una investigación con el objetivo de determinar los conocimientos de la madre sobre la alimentación del niño menor de tres años. Agradezco su colaboración, esperando veracidad en sus respuestas, esta información es de carácter anónimo y confidencial.

II. INSTRUCCIONES:

A continuación se presentan una serie de preguntas las que usted deberá marcar con un aspa (x), la alternativa que crea conveniente, asimismo llenar con letra legible donde lo requiera. Muchas gracias.

III. DATOS GENERALES:

1. Edad de la madre:

- a. De 15 – 16
- b. De 17 – 18
- c. De 19 - 20

2. Grado de instrucción:

- a. Primaria incompleta
- b. Primaria completa
- c. Secundaria incompleta
- d. Secundaria completa
- e. Superior o técnico

3. Lugar de Procedencia:

- a. Costa () dpto. _____
- b. Sierra () dpto. _____
- c. Selva () dpto. _____

4. Ocupación:

- a. Estudiante
- b. Ama de casa
- c. Dependiente

5. Edad de su niño (a):

- a. 2 años
- b. 3 años

Número de hijos:

- a. 1
- b. 2
- c. 3

IV. CONTENIDO:

A. Consumo de Carbohidratos:

1. ¿Para qué sirven los alimentos que contienen carbohidratos (harinas, azúcares) en el niño de 2 a 4 años?

- a. Participa en el crecimiento del niño
- b. Fortalece los huesos
- c. Dan energía y fuerza
- d. No sabe

2. ¿Qué alimentos contiene más carbohidratos?

- a. Aceites, pescado, carne
- b. Papa , camote, cereales

- c. Frutas y verduras, aceitunas
- d. No sabe

3. ¿Con que frecuencia a la semana deben ser consumidos?

- a. Dejando un día
- b. Todos los días
- c. Solo fines de semana
- d. No sabe

4. Los alimentos que contiene carbohidratos ¿en qué comida del día es principal su consumo?

- a. En la cena
- b. En el almuerzo
- c. En el desayuno
- d. No sabe

5. Alimentos como cereales, avena, sémola son ricos en carbohidratos, y contiene fibra ¿para qué sirve?

- a. Para que el niño engorde, eso es saludable
- b. Para que lo proteja de enfermedades
- c. Para formar heces (caca), evitar estreñimiento
- d. No sabe

B. Consumo de Lípidos – Grasas

6. ¿Para qué principalmente sirven los alimentos que contienen grasas en el niño (a) de 2 a 4 años?

- a. Mielinización, formación de estructuras nerviosas, aprendizaje
- b. Repara tejidos dañados
- c. Para nada solo le hace daño
- d. Lo protegen de las enfermedades
- e. No sabe

7. ¿En qué alimentos principalmente encontramos mayor cantidad de grasas?

- a. Frutas, verduras, panes
- b. Menestras, arroz, fideos
- c. Mantequilla, aceites, pescado
- d. No sabe

8. Hay dos tipos de aceites ¿cuál es más saludable?

- a. Aceites de origen animal
- b. Aceites de origen vegetal
- c. Ninguno
- d. No sabe

9. ¿Con qué frecuencia debe de consumir su hijo alimentos que contengan grasas?

- a. 1 vez por semana y en exceso
- b. De 2 a 3 veces pero poco
- c. Todos los días, pero no en exceso
- d. No sabe

C. Consumo de Proteínas

10. ¿Para qué debe consumir alimentos que contienen proteínas su niño (a)?

- a. Para dar energía y ganas de jugar al niño
- b. Para que este gordito y contento
- c. Para formar, mantener y repara órganos y tejidos
- d. No sabe

11. ¿Qué alimentos contienen más proteínas?

- a. Frutas y verduras y panes
- b. Leche y sus derivados, Carnes
- c. Arroz, papa, aceite
- d. No sabe

12. ¿Cuántos vasos de leche al día, debe de consumir el niño de 2 a 4 años?

- a. 1 / 2 vaso
- b. 1 vaso
- c. 3 vasos
- d. No sabe

13. ¿Cuándo no hay leche o su niño (a) no quiere tomarla, qué otro alimento le puede dar?

- a. No se puede sustituir por ningún otro alimento
- b. Frutas y verduras, son más saludables
- c. Queso, yogurt, alimentos que en su preparación tengan leche
- d. No sabe

14. ¿Cuántas veces a la semana, como mínimo, su niño (a) debe consumir carnes, pollo, pescado?

- a. 1 vez a la semana
- b. De 2 a 3 veces por semana
- c. Todos los días de la semana
- d. No sabe

D. Consumo de Vitaminas y Minerales

15. ¿Qué alimentos considera que contienen más vitaminas y minerales?

- a. Frutas, verduras y carnes
- b. Verduras, panes, frituras

- c. Aceites, fideos, galletas
- d. No sabe

16. ¿Para qué es importante que su niño (a) consuma alimentos que tengan vitaminas y minerales?

- a. Para crecer y engordar, eso es estar sano
- b. Para sustituir el almuerzo cuando no quiere comer, así se llena
- c. Prevenir enfermedades, mejora funciones de su cuerpo.
- d. No sabe

17. Las frutas y verduras deben consumirse semanalmente por lo menos

- a. 1 vez a la semana
- b. De 2 a 3 veces por semana
- c. Todos los días de la semana
- d. Cuando se puede

18. ¿Cuánto de fruta al día debe consumir su niño (a)?

- a. 1 fruta al día
- b. 2 frutas al día
- c. 3 frutas al día
- d. No sabe

19. ¿Cuál es la función más importante que realiza el agua en el organismo de su niño (a)?

- a. Mantenerlo llenito, cuando no come.
- b. Mantener al niño hidratado.
- c. Facilita que trague su alimento.
- d. No sabe

E. Combinaciones Alimentarias

20. ¿Cuántas y cuáles son las comidas que debe hacer al día para su niño (a)?

- a. Tres: desayuno almuerzo y cena.
- b. Cuatro: desayuno, almuerzo, lonche y cena.
- c. Cinco: desayuno, media mañana, almuerzo, lonche y cena
- d. No sabe

21. ¿Cómo debe ser un adecuado desayuno para su niño (a)?

- a. Productos lácteos + 1 pan +fruta
- b. 1 taza de té, manzanilla + 1 pan
- c. 1 taza de café + ensalada de verduras
- d. No sabe

22. ¿Cómo debe ser una media mañana o lonche para su niño(a)?

- a. 1 chizito + i vaso de gaseosa
- b. 1 vaso de refresco kanú + 1 galleta
- c. 1 yogurt +1 fruta picadita
- d. No sabe

23. ¿Cómo debe ser un buen almuerzo y/o cena para su niño (a)?

- a. Papa frita más hotdog más mayonesa
- b. Lenteja con sangrecita más arroz con limonada
- c. Arroz con huevo más refresco de Tang (sobrecito)
- d. Ninguna

24. ¿Cómo debe ser la lonchera de su niño (a)?

- a. Te + pan con mantequilla
- b. Salchipapa+ gaseosa y fruta
- c. Agua de quinua (o kuaquer)+ pan con mantequilla + plátano
- d. No sabe

Muchas Gracias