

T/610.73/L92

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

“HABITOS ALIMENTARIOS DE LAS MADRES Y SU RELACION CON EL
ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD
QUE ACUDEN AL C. S “EL ALAMO” DEL CALLAO- 2008”

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

LUCAS ASENCIOS, ROCÍO MERCEDES.

CALLAO

2009

DEDICATORIA

*A Dios....porque me da las fuerzas
para seguir adelante, me bendice
todos los días y guía
mis pasos.*

*A mis padres....que me dan su amor
incondicionalmente, ya que ellos
consideran que mis triunfos son
también los suyos.*

*A mi familia, amigos, docentes
por su apoyo, comprensión y
aliento para consolidar mi
sueño de ser profesional.*

AGRADECIMIENTO

A mi jurado calificador:

Mg. Angélica Díaz Tinoco	Presidenta
Mg. César Durand Gonzales	Secretario.
Lic. Nancy Elliott Rodríguez	Vocal.

A la Mg. Mery Abasto Abarca, asesora de la presente tesis y a la Lic. Nancy Elliott por su ayuda constante en el desarrollo de la investigación.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
CAPITULO I: Problema de investigación.	
1.1 Planteamiento de problema	7
1.2 Formulación de problema	10
1.3 Justificación	11
1.4 Propósito y objetivos	12
CAPITULO II: Marco teórico	
2.1 Antecedentes de investigación	13
2.2 Marco teórico	20
2.3 Marco conceptual	25
2.3.1 Los Hábitos Alimentarios	25
2.3.2 Nutrición en los Niños	29
2.3.3 Estado Nutricional	50
2.4 Hipótesis	64
2.5 Operacionalización de variables	65
CAPTITULO III: Diseño Metodológico	
3.1 Tipo de diseño investigación	70
3.2 Área de estudio	71
3.3 Población y muestra	71
3.4 Técnica e instrumentos para recolección de datos	72
3.5 Plan de recolección de datos	74
3.6 Procesamiento y análisis de datos	75
CAPTITULO IV: Resultados	
4.1 Presentación, análisis e interpretaron resultados	76
4.2 Discusión	83
CAPITULO V: Conclusiones y Recomendaciones	
5.1 Conclusión	88
5.2 Recomendaciones	89
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLA Y GRAFICOS

TABLA N° 1	76
Características generales de las madres encuestadas sobre los hábitos alimentarios y el estado nutricional de su niño.	
TABLA N° 2	78
Características Generales de los niños considerados en el estudio sobre el Estado Nutricional y los Hábitos Alimentarios.	
TABLA N° 3	79
Hábitos alimentarios de madres de los niños considerados en el estudio.	
TABLA N° 4	80
Estado nutricional de los niños que acuden al centro de salud el Álamo.	
TABLA N° 5	81
Hábitos alimentarios de madres vs. estado nutricional de los niños.	

RESUMEN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005), se estima que el 30% de la población infantil a nivel mundial presentan desnutrición crónica. En nuestro país se buscan estrategias para prevenir esta situación pero, las medidas tomadas hasta el momento todavía resultan insuficientes y muestra de ello es solo haber disminuido del 25% de niños desnutridos crónicos en el 2000 a 24% para el 2005.

Los problemas de desnutrición infantil tienen severas consecuencias sobre el desarrollo físico e intelectual de los niños, afectando su capacidad de aprendizaje, generando problemas de salud y gravísimas consecuencias para el futuro del país.

Son muchos los factores que influyen en las condiciones nutricionales del niño, entre los que destacan los hábitos alimentarios de las madres, que comienzan con la lactancia materna y la alimentación complementaria, por lo que considero justificable realizar el presente trabajo.

El presente estudio de investigación se realizó en el Centro de Salud el Álamo, durante el mes de julio del 2008 que tuvo como objetivo determinar los hábitos alimentarios de las madres y su relación con el estado nutricional de los niños de 6 a 24 meses de edad.

La metodología del presente estudio fue correlacional de corte transversal y de enfoque cuantitativo. La muestra se determinó mediante un muestreo probabilístico obteniendo una muestra de 94 niños seleccionados aleatoriamente.

Para la recolección de datos se aplicó una encuesta a las madres y evaluando antropométricamente a los niños, procesando los datos estadísticamente se confirmó la hipótesis planteada. Los adecuados hábitos alimentarios de las madres están relacionados con el estado nutricional de los niños de 6 a 24 meses de edad.

Las conclusiones fueron de las siguientes: En cuanto a los hábitos alimentarios de las madres, el 55% son inadecuados y el 45% son hábitos alimentarios adecuados en la alimentación de los niños de 6 a 24 meses.

De los 94 niños en estudio el 66% de niños son eutróficos, el 12 % tiene desnutrición crónica y 11% tienen un diagnóstico de sobrepeso.

Una de las recomendaciones es que el Centro de Salud debe seguir planificando y ejecutando programas de promoción de alimentación saludable que permitan asegurar la nutrición adecuada del niño fundamentalmente en los 2 primeros años de vida y evitar la malnutrición como la desnutrición, sobrepeso y la obesidad.

Palabras claves: Hábitos alimentarios, madres, estado nutricional, niños, eutrófico, desnutrición, obesidad, sobrepeso.

INTRODUCCIÓN

El estado nutricional es el resultado entre la disponibilidad de los alimentos y la utilización de nutrientes por el organismo, el desequilibrio de esta puede causar una mala nutrición; la misma intensidad y duración afectará el crecimiento y desarrollo del niño. 9

Las condiciones nutricionales del niño deben considerarse como la resultante de un gran número de factores entre los cuales, la disponibilidad de alimentos juega un rol de importancia aunque no definitivo, los conocimientos y creencias de la madre y la familia respecto a la alimentación del niños así como los hábitos de alimentación y otras características del grupo de familiar condicionan la forma en que éste será alimentado. 51

De otro lado la alimentación complementaria en el niño menor de dos años en cantidad, calidad y frecuencia, deben ser adecuados, si no fuera así constituiría un problema infantil prioritario, pues el estado nutricional del niño y la niña incide justamente en esta etapa crítica en que se completa la mayor parte del desarrollo del sistema nervioso. 20

En América Latina a pesar de la reducción global de la desnutrición energético- proteica (50% de los niños menores de 5 años sufren de desnutrición), coincidentemente hay un incremento en las tasas de sobrepeso y obesidad que coexiste con el déficit de talla.30

INTRODUCCIÓN

El estado nutricional es el resultado entre la disponibilidad de los alimentos y la utilización de nutrientes por el organismo, el desequilibrio de esta puede causar una mala nutrición; la misma intensidad y duración afectará el crecimiento y desarrollo del niño. 9

Las condiciones nutricionales del niño deben considerarse como la resultante de un gran número de factores entre los cuales, la disponibilidad de alimentos juega un rol de importancia aunque no definitivo, los conocimientos y creencias de la madre y la familia respecto a la alimentación del niños así como los hábitos de alimentación y otras características del grupo de familiar condicionan la forma en que éste será alimentado. 51

De otro lado la alimentación complementaria en el niño menor de dos años en cantidad, calidad y frecuencia, deben ser adecuados, si no fuera así constituiría un problema infantil prioritario, pues el estado nutricional del niño y la niña incide justamente en esta etapa crítica en que se completa la mayor parte del desarrollo del sistema nervioso. 20

En América Latina a pesar de la reducción global de la desnutrición energético- proteica (50% de los niños menores de 5 años sufren de desnutrición), coincidentemente hay un incremento en las tasas de sobrepeso y obesidad que coexiste con el déficit de talla.30

En nuestro país la realidad es que poco más de la mitad de peruanos se encuentran en situación de pobreza 54.8% y de pobreza extrema 24.4%, y aun más es que una de las consecuencias de esta condición sea la malnutrición infantil 54% que es una de las causas subyacentes del 42% de las muertes durante la niñez. 58

En el país se siguen estudiando estos problemas, buscando las estrategias para prevenir estas situaciones pero, las medidas tomadas hasta el momento todavía resultan insuficientes y muestra de ello es haber disminuido de 25% de niños desnutridos crónicos, en promedio a nivel nacional en el periodo 1996 – 2000 a 24% para el periodo de 2001 – 2005 INEI.63 Por zonas geográficas, el área más vulnerable es la sierra, en donde el 37,1% de los niños presenta desnutrición crónica, en la selva este grupo involucra al 23,4% de la población infantil, en tanto que en la costa (excluyendo la capital) representa el 15,1% de los menores de 5 años.31 56 En Lima Metropolitana llega al 6%, el Callao 13% la población de niños estudiados en el Centro de Salud el Álamo 4% de niños presentaron desnutrición.

A pesar de los índices de desnutrición en las zonas más pobres del país, en los últimos años se vienen registrando preocupantes indicadores de sobrepeso y obesidad en Lima y provincias. Tal es el caso de los niños menores de 5 años, entre los que se ha encontrado obesidad debido a la mala nutrición por los malos hábitos alimentarios un 13.3% de niños versus

el 8.1% de niñas evaluadas a nivel nacional, en el Callao un 7% y en el centro de salud el Álamo un 5%.

Aunque la desnutrición crónica infantil sigue siendo el principal problema de salud del niño, otros problemas relacionados van emergiendo, como el sobrepeso y la obesidad que están aumentando de forma alarmante en todo el mundo, alcanzando proporciones epidémicas en los últimos 20 años. 53

Por lo tanto el objetivo del trabajo de investigación fue: Determinar los hábitos alimentarios de las madres y su relación con el estado nutricional de los niños 6 a 24 meses de edad. Por lo mencionado anteriormente se formuló la siguiente pregunta: ¿En que medida los hábitos alimentarios de las madres se relacionan con el estado nutricional de los niños de 6 a 24 meses de edad que acuden al control de crecimiento y desarrollo en el C. S. Álamo de la DISA I Callao de 2008?

Este trabajo de investigación permitió obtener información sobre los hábitos alimentarios de las madres y su relación con el estado nutricional de los niños de 6 a 24 meses de edad, identificó los hábitos alimentarios de las madres para este grupo de edad, de esta manera intenta contribuir a mejorar la estrategia sanitaria en lo que concierne a lo social y el fomento de la nutrición del niño como parte de la actividad de la enfermera en el crecimiento y desarrollo a fin de disminuir la adopción de factores de riesgo como hábitos alimentarios inadecuados.

Por lo tanto se considera justificable evaluar los hábitos actuales de alimentación y consumo de alimentos de los niños(a) de 6 a 24 meses de edad, con el fin de identificar las modificaciones posibles que pueden contribuir a mejorar el estado nutricional y que sirva de fundamento para la creación de unidades de salud nutricional en el primer nivel de atención y capacitar a promotores voluntarios en salud nutricional infantil.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

1.1 PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DE PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que alrededor del 30% de la población infantil del mundo está desnutrida, el 70% de los niños malnutridos viven en Asia, el 26% en África y el 4% en América Latina. La situación reinante en algunas partes de África es particularmente inquietante porque los números están aumentando como consecuencia de desastres ecológicos, guerras, disturbios civiles o desplazamientos masivos de población.

Aunque la desnutrición crónica infantil sigue siendo el principal problema de salud del niño otros problemas relacionados van emergiendo, como es el sobrepeso y la obesidad está aumentando de forma alarmante en todo el mundo, alcanzando proporciones epidémicas en los últimos 20 años. 54 Los últimos cálculos de la OMS indican que en 2005 había en el mundo aproximadamente 22 millones de niños de menos de 5 años tienen obesidad o sobrepeso, 17 millones de los cuales viven en países en desarrollo. 29 En América Latina el 50% de los niños menores de 5 años sufren de desnutrición, coincidentemente hay un incremento en las tasas de sobrepeso y obesidad que coexiste con el déficit de talla 4. América Latina está atravesando un proceso de transición nutricional. Este se caracteriza por un importante incremento de obesidad como fenómeno de malnutrición en las

clases de menores recursos. Un reciente estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) revela una tendencia de aumento de la Obesidad en países emergentes, especialmente en zonas urbanas. 30

En el país se siguen estudiando estos problemas, buscando las estrategias para prevenir estas situaciones pero, las medidas tomadas hasta el momento todavía resultan insuficientes y muestra de ello es haber disminuido de 25% de niños desnutridos crónicos, en promedio a nivel nacional en el periodo 1996 – 2000 a 24% para el periodo de 2001 – 2005. 36 En las zonas más pobres del país, a pesar de los índices de desnutrición, en los últimos años se vienen registrando preocupantes indicadores de sobrepeso y obesidad en Lima y provincias. Una de las causas de este problema es el alto consumo de alta densidad energética y pobre densidad de nutrientes, la proliferación de sitios de expendio de alimentos “rápidos” de baja calidad nutricional.

Son muchos los factores que influyen en las condiciones nutricionales del niño entre los cuales, la disponibilidad de alimentos juega un rol de importancia, los conocimientos y creencias de la madre y la familia respecto a la alimentación del niño así como los hábitos de alimentación y otras características del grupo familiar condicionan la forma en que éste será alimentado. Los hábitos alimentarios comienzan con la lactancia materna y la alimentación complementaria, la función de la madre es muy importante como primer influyente en el hábito alimentario en el niño.³⁴ La alimentación complementaria en el niño menor de dos años en cantidad, calidad y

frecuencia, deben ser adecuados, por que se completa la mayor parte del desarrollo del sistema nervioso. 39

Tener a uno de cada cuatro niños menores de cinco años en condiciones de lo que se llama "desnutrición crónica", y que no es otra cosa sino un retardo de crecimiento prácticamente irrecuperable, trae gravísimas consecuencias para el futuro del país. Una multiplicidad, realmente centenares de estudios a nivel mundial, muestra que los problemas de desnutrición infantil tienen severas consecuencias sobre el desarrollo físico e intelectual de los niños, afectando a su capacidad de aprendizaje, generando problemas de salud infantil y agravando los riesgos de enfermar y morir de manera permanente a lo largo de toda su vida. Estas razones no son nuevas, y es en respuesta a ellas que la atención a los problemas nutricionales de la infancia se ha convertido, en las últimas décadas, en uno de los temas centrales de los programas destinados a mejorar la situación de los niños. 24

Es claro que los problemas nutricionales en el país tienen como causas inmediatas a la ingesta inadecuadas para el organismo condicionado al estado de salud del niño. Es por ello que uno de los objetivos del programa de Crecimiento y Desarrollo es dar consejería a las madres sobre la alimentación de sus hijos así orientando el consumo adecuado de nutrientes necesarios para su desarrollo.

Durante mi formación académica tuve la oportunidad de estar en contacto con niños con 13 niños desnutrición y 3 con sobrepeso en el C.S El Álamo y pude observar las prácticas habituales de alimentación de algunas madres,

suministrando alimentos de manera temprana e inadecuadamente y destetando a sus hijos en el primer año de vida. Esto aunando a los datos estadísticos sobre el estado nutricional de los niños y encontrando unas encuestas de consumo, indica que en los niños y niñas menores de 2 años, las ingesta de deficiencia de energía alcanzan el 58% 10, hace en mí que surja la inquietud de conocer cuales son los hábitos alimentarios de las madres y su relación con el estado nutricional de sus hijos en el C.S del Álamo.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿En que medida los hábitos alimentarios de las madres se relacionan con el estado nutricional de los niños de 6 a 24 meses de edad que acuden al control de crecimiento y desarrollo en el C. S Álamo de la DISA I Callao de 2008?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Este trabajo de investigación permitirá obtener información sobre los hábitos alimentarios de las madres y su relación con el estado nutricional de los niños de 6 a 24 meses de edad, identificar los hábitos alimentarios de las madres para este grupo de edad, de esta manera intentando contribuir a mejorar la estrategia sanitaria en lo que concierne a lo social y el fomento de la nutrición del niño como parte de la actividad de la enfermera en el crecimiento y desarrollo a fin de disminuir la adopción de factores de riesgo como hábitos alimentarios inadecuados.

Uno de los propósitos es que los resultados del presente estudio, contribuyan a la realización de nuevos programas educativos, diseñar futuras intervenciones, estrategias de acción específicas dirigidas a la modificación o promoción de hábitos alimentarios adecuados en las madres y por ende en los niños, que están en formación de sus hábitos alimenticios.

La promoción de la salud tiene como propósito, entre otros, lograr un buen estado de nutrición, por que la vida depende de un adecuado aporte de sustancias nutritivas. En este sentido, la adquisición de adecuados hábitos alimentarios es un punto clave.

Por lo tanto se considera importante evaluar los hábitos actuales de alimentación y consumo de los niños(a) de 6 a 24 meses de edad, con el fin de identificar las modificaciones posibles que pueden contribuir a mejorar el estado nutricional y que sirva de fundamento para la creación de unidades de salud nutricional en el primer nivel de atención y capacitar a promotores voluntarios en salud nutricional infantil.

1.4 PROPÓSITO Y OBJETIVOS

Propósito:

Con los resultados, se pretende conocer los hábitos alimentarios inadecuados de las madres, para diseñar estrategias que permitan modificar significativamente los hábitos alimentarios inadecuados en las madres de la comunidad, de esa manera mejorar el estado nutricional de los niños.

Los hábitos alimentarios de las madres y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses que se registran en la presente investigación se podrán establecerse protocolos o guías para el cuidado adecuado de los niños, desarrollando actividades educativas o capacitaciones al personal a cargo de los niños; así también podrán realizarse supervisiones periódicas a los domicilios de las madres con niños.

De esta manera se busca contribuir a la disminución de los índices de desnutrición y obesidad.

Objetivo General:

Determinar los hábitos alimentarios de las madres y su relación con el estado nutricional de los niños 6 meses y 24 meses de edad.

Objetivo Especifico:

-Identificar los hábitos alimentarios de las madres de los niños de 6 a 24 meses de edad.

-Identificar el estado nutricional de los niños de 6 a 24 meses de edad.

-Relacionar los hábitos alimentarios de las madres con el estado nutricional de los niños de 6 a 24 meses de edad.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.

Para realizar el presente estudio ha sido necesario revisar otros estudios relacionados al objetivo de investigar, encontrándose las siguientes tesis:

1.- La investigación realizada por: Doria E. Córdova G. e Irene Márquez. Tesis para optar el grado de licenciada en Enfermería, titulada:” **Tipos de desnutrición según hábitos alimentarios en niños de 1 a 5 años que asisten al consultorio de control y crecimiento y desarrollo. Hospital de apoyo I Jamo. Diciembre 2004 – Abril 2005. Tumbes**, para el efecto se utilizó el método cuantitativo, de orientación descriptiva, prospectiva y transversal.

Concluye en lo siguiente: La desnutrición aguda es la que prevalece en la población infantil, siendo el sexo masculino el más afectado a diferencia del sexo femenino, en niños de 1 a 5 años de edad. La frecuencia de comidas durante el día es de tres veces, en aquellos niños que presentan desnutrición de tipo crónica reagudizada; y los que tienen una frecuencia de comida de cuatro veces al día tienen desnutrición aguda. La consistencia de los alimentos ingeridos por los niños es líquidos-sólidos y se presenta en los tres tipos de desnutrición, seguido de los niños que consumen sus alimentos semisólidos. Existe relación de dependencia entre los tipos de desnutrición y los hábitos alimentarios: consumo diario de las proteínas, carbohidratos y micro nutrientes.³

2.-El estudio de investigación realizado por: Luís Maldonado V.; Miluska Carrasco titulado." **Estudio socioeconómico y de hábitos alimenticios de las madres con niños menores de 3 años en cinco zonas marginales de la ciudad de Lima**" año 2003 .Realizado en Villa Maria del Triunfo, Chorrillos, Carabayllo, San Juan de Lurigancho y Chosica. Los principales resultados del estudio son los siguientes:

Aspectos socioeconómicos: El 76 por ciento no llega a cubrir la canasta básica de alimentos. El 89 por ciento de la población investigada no tiene acceso a una canasta básica de vida.

Prácticas de Alimentación Infantil: La práctica de lactancia materna no representa un problema en la población evaluada, ya que de los niños menores de 2 años el 83%, continua con lactancia materna. El 98% de los niños recibió entre 3 y 5 comidas al día, lo cual es lo recomendado, sin embargo no se precisa la cantidad, ni la calidad de los alimentos ofrecidos sean las adecuadas. El 94% de los niños evaluados había recibido una preparación a base de un alimento de origen animal incluyendo leche el día anterior a la encuesta, sin embargo solo el 57% del total de los niños había recibido una preparación a base de un alimento cárnico o huevo. Siendo lo recomendable el consumo diario de por lo menos un alimento de origen animal diferente de leche, para satisfacer los requerimientos de micronutrientes como hierro y zinc.

El alimento de mayor consumo en el desayuno fue la leche sola o con algún cereal (72%).En el almuerzo y la cena la preparación de mayor consumo fue el puré o segundo; siendo la sopa la preparación de mayor consumo en los niños entre 6 y 12 meses de edad, siendo lo recomendado el consumo de

comidas espesas por ser estas más nutritivas. En la media mañana, la fruta fue el alimento de mayor consumo (45%); en la media tarde tanto la mazamorra, como la leche fueron los alimentos de mayor consumo (20% para ambos). Sin embargo hay que mencionar el 22% de los niños evaluados no recibió alimento alguno entre comidas.⁸

3.- Luego tenemos la investigación realizada por: Cueva Flores, Liliana; Lozano Cotrina, Jenny Asunciona. Para otorgar el grado de licenciada en la UPCH, cual se titulado **“Tendencia de consumo, hábitos alimentarios y el estado nutricional de niños de 6 meses a 2 años de edad”**. Lima; 2004. Estudio descriptivo de corte transversal realizado en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé", con el objetivo de determinar las tendencias de consumo, hábitos alimentarios y el estado nutricional en niños de 6 meses a 2 años de edad. La recolección de datos se realizó utilizando una encuesta semi estructurada, aplicada a la madre y la evaluación antropométrica del niño, utilizando la tabla de Waterloo modificada para determinar el estado nutricional. La tendencia de consumo se determinó en base al número de veces que se alimentó al niño durante el día y el tipo de alimento que recibió. Los resultados mostraron respecto al consumo en las familias que el 79 por ciento están orientados a brindar tres o más comidas diarias a los niños; el 67.6 por ciento lo hace con preparaciones tipo purés. En cuantos hábitos alimentarios el 33.6 por ciento recibe lactancia materna entre 6 a 8 meses y la prolongación de la misma es de 6 a 12 meses en un 41.3 por ciento. El 62.2 por ciento inicia la ingesta de líquidos entre 7 a 9 meses de edad, de ellos el 42 por ciento lo hace con infusiones. El 59 por

ciento recibe otro tipo de leche además de la materna a partir de los 6 meses de edad, el inicio de ablactancia es a los 6 a 7 meses en un 74.8 por ciento de los niños. Se encontró que el 76.9 por ciento fueron niños eutróficos, el 10.5 por ciento presentaron desnutrición aguda, el 7.7 por ciento se encuentran con sobrepeso y un 4.9 por ciento fueron niños obesos.²

4.-También podemos citar la investigación realizada por Jiménez Soto, Zulema titulada **“Hábitos alimentarios en niños con fallas para progresar” del año 1992 España**. La Falla para Progresar (FPP), es una patología que se presenta con mucha frecuencia entre la población infantil. El presente estudio tuvo como fin, evaluar los hábitos de alimentación que presentan niños con FPP antes y después de una intervención nutricional. La población blanco estuvo constituida por todos los niños con FPP referidos para tratamiento al INCIENSA. Los principales malos hábitos alimentarios detectados fueron un consumo frecuente de sopas y un alto consumo de leches. La intervención nutricional se orientó hacia la disminución de estos dos componentes y hacia el aumento en el consumo de harinas y otros alimentos energéticos en forma de postres preparados a bases de harinas y carbohidratos simples. En general, se logró disminuir el consumo de sopas y leches pero esta reducción fue significativa solo para la primera, se aumentó significativamente el consumo de postres y de pan. El identificar hábitos alimentarios fáciles de cambiar para mejorar la ingesta energética de niños con FPP es importante ya que, esta información se puede utilizar para apoyar los programas de recuperación de estos niños que son brindados por

los Centros de Salud del Ministerio de Salud y por las Clínicas y Hospitales, y así obtener mejores resultados.⁴⁰

5.- Luego tenemos la investigación realizada por: Orellana Tutaya, Iliana Irma. para la optar el grado de licenciatura en enfermería tesis de la UPCH titulada: **"Nivel de conocimientos de las madres sobre ablactancia y su relación con el estado nutricional del niño de seis meses a dos años de edad. C.S. Ciudad y Campo"**. Lima 1999 el objetivo fue determinar el nivel de conocimientos sobre ablactancia y el registro de la valoración nutricional del niño, los resultados demostraron que la mayoría de madres 76 (50,6 por ciento) alcanzaron un nivel de conocimiento regular, el 50,8 por ciento se ubicaron entre las edades de 21 a 25 años, con un promedio de 1 a 2 hijos; destacando que a mayor edad y mayor número de hijos, menor fue el nivel de conocimiento de las madres sobre ablactancia. Referente a la evaluación de los niños, el 84 por ciento (56 por ciento) representó al sexo masculino, constituyendo éste el grupo predominante. El estado nutricional fue normal en el 50 por ciento de los niños entre 19 a 24 meses. La desnutrición crónica se presentó en igual proporción para los diferentes niveles de conocimiento, por lo que no se halló relación significativa entre los conocimientos de las madres sobre ablactancia y el estado nutricional de sus niños. Por lo que recomendamos poner mayor énfasis en la importancia de una adecuada ablactancia mediante métodos de demostración y redemostración que permitan aprender haciendo.¹⁹

6.-Luego tenemos la investigación realizada por: Ríos Torbisco, Carmen Rosa; et, para la optar el grado de licenciatura en enfermería tesis de la UPCH titulada: **“Conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria de madres de familia, relacionado al grado de nutrición de sus niños de 6 meses a 2 años. Pueblo joven “Santa Rosa”-Rimac”**.Lima 2000

Los objetivos fueron orientados a determinar si los conocimientos y prácticas de las madres sobre alimentación complementaria influían en el estado nutricional de sus niños. Los resultados obtenidos nos revelan que la edad promedio en que los niños iniciaron la alimentación complementaria fue 4.92 meses; el 44.5 por ciento de niños iniciaron la entre los 2 a 4 meses. El tipo de alimentación al inicio de la fue papillas 69.1 por ciento, seguido por los caldos 49.4 por ciento. El ingrediente principal en la preparación de la papilla fue la papa. No existe relación significativa entre: nivel socio-económico, fuentes de información con el nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria el estado de nutrición de sus niños.²²

7.- Por ultimo citaremos la tesis de: Tornero Reinoso, Caroline, et al, para la optar el grado de licenciatura en enfermería de la UPCH, tesis titulada: **“Nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación balanceada y su relación con el estado nutricional de los niños menores de cinco años”** Lima 2007, el objetivo fue determinar la relación del nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación balanceada, y el estado nutricional de los niños menores de cinco años. Los resultados obtenidos fueron que la mayoría de las madres presentaron un nivel de conocimiento

regular, siendo el 57.7 por ciento madres de los niños lactantes y el 50.9 por ciento madres de los niños de 2 a 5 años. A la vez prevaleció el estado nutricional normal en los niños menores de cinco años, conformado por el 93.8 por ciento en niños lactantes y el 88.3 por ciento en niños de 2 a 5 años, encontrándose que la relación de estas dos variables no es estadísticamente significativa.²⁶

2.2 MARCO TEÓRICO

KATHRYN E. BARNARD

Modelo de la interacción padre- hijo

El punto principal del trabajo de Barnard fue desarrollar los instrumentos de valoración para evaluar la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño a la vez que consideraban al padre y el hijo como sistema de interacción. Barnard afirmó que el sistema cuidador – niño se vio influido por las características individuales de cada miembro, también se modificaron para cubrir las necesidades del sistema.

La teoría de Barnard de la interacción para la valoración de la salud del niño se basa en las siguientes afirmaciones:

- En la valoración de la salud del niño, la meta última es identificar los problemas antes de que desarrollen y cuando la interacción sea más eficaz.
- Todos los cuidadores adultos aportan al cuidado su propia personalidad y nivel de habilidad, que son el fundamento sobre el que se construye su acción de cuidado.
- Por medio de la interacción, los cuidadores y los niños modifican la conducta del otro.
- Una manera importante de promover el aprendizaje consiste en responder y elaborar las conductas iniciadas en el niño y reforzar el intento de probar nuevas cosas por parte del niño.
- Una tarea básica de ayuda para la profesión es promover un aprendizaje del entorno temprano y positivo, que incluya una relación de educación.

La teoría se centra en su proceso interactivo de madre niño- entorno¹

NOLA PENDER

Modelo de promoción de la salud.

El modelo de promoción de la salud de la **Dra. Nola Pender**, identifica en el individuo factores cognitivo-perceptuales, que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de la salud.

El modelo de promoción de salud de Pender se basa en la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura que defiende la importancia de los procesos cognitivos en la modificación del comportamiento. Este modelo de Pender tiene una estructura similar al de creencia en la salud, pero no se limita a explicar la conducta preventiva de la enfermedad y abarca también los comportamientos que favorecen la salud, en sentido amplio. Los conocimientos de la doctora Pender en desarrollo humano, psicología experimental y educación justifican la inspiración de su modelo en la psicología social y la teoría del aprendizaje.⁶⁰

NOLA PENDER	<i>Modelo de promoción de la salud.</i>	- El objeto de la asistencia enfermera es la "salud óptima" del individuo.
MADELEINE LEININGER	<i>Cuidados culturales: Teoría de la diversidad y la universalidad.</i>	- Se centra en los cuidados. - Su metodología procede de la antropología

2315



MADELAINE LEININGER

Cuidados culturales: Teoría de la diversidad y la universalidad.

-ENTORNO FAMILIAR Y SOCIAL USUARIO⁶¹

-En los últimos años se ha ido estructurando un enfoque relativamente nuevo de las relaciones entre enfermera- usuario, entorno cultural y social saludable y sostenible.

-La compleja relación entre ambiente y salud, extiende la responsabilidad de la promoción de salud y la prevención de enfermedades, a todos los actores sociales, porque la salud ha dejado de ser responsabilidad exclusiva del personal de salud, también es inherente a todos aquellos que influyen en el ambiente social, cultural y físico.

-En nuestro país, la diversidad étnica, la diversidad geográfica, el arraigo cultural tan diverso, determina que los profesionales de la salud, entre los que se encuentra la enfermera se esfuercen por adaptarse a los múltiples valores culturales de las personas, los cuales conocemos muy parcialmente, debido al enfoque biologicista y directriz en la atención de salud.

Cada persona internaliza y aplica su cuidado según sus costumbres, sus creencias lo cual le ha permitido sobrevivir.

Madeleine Leininger, Enfermera investigadora de la teoría de los cuidados culturales, expresa la importancia de brindar un cuidado de enfermería según sea la cultura de la persona a quien se le esté brindado el cuidado, considerando de ésta manera a la enfermería como una disciplina y una profesión transcultural.

Esta teoría ha comenzado a despertar el interés mundial, debido a su enfoque holístico, que incluye conceptos relacionados con el entorno social,

el contexto ambiental y el medio de comunicación, cobrando una importancia excepcional para poder descubrir y obtener un conocimiento basado en la cultura.

La teoría de Leininger procede de la antropología y de la enfermería.

La enfermería transcultural, estudia y analiza las diferentes culturas y subculturas, desde el punto de vista de sus valores, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta, con el propósito de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una práctica de la atención de salud específica de la cultura.

Los principios culturales permiten diseñar la orientación de los cuidados de enfermería a los individuos, las familias, los grupos sociales y las instituciones, asimismo permite conceptualizar y comprender mejor a las personas.

¿Cómo entendemos la Salud?

- Consideramos que la salud es un sentimiento de bienestar y seguridad que indica un estado de bienestar que se define, valora y práctica culturalmente.
- Refleja la capacidad de los individuos para realizar sus actividades cotidianas en modos de vida normalizados, beneficiosos y expresados culturalmente.
- Los ambientes familiar, laboral, cultural y social se relacionan con los problemas de salud presentes en una persona.
- La salud es más que la ausencia de enfermedades, según la definición de la Organización Mundial de la Salud: "La salud es un

estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

- Cuidado: Se refiere a los fenómenos, relacionados con las actividades de asistencia, apoyo o capacitación dirigidas a otras personas que tienen necesidades evidentes o potenciales, con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida, o de afrontar la muerte.
- Cultura: Es el conjunto de valores, creencias, normas y estilos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos dentro de un grupo social determinado, que orientan sus razonamientos, decisiones y acciones según modos de acción predeterminados.
- Cuidados culturales: Son todos los valores creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma objetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otras personas a Mantener su estado de salud y bienestar.

A mejorar su situación y estilo de vida.

A afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte.⁴⁶

Las dos teorías se relacionan. promoción de salud permite que cada individuos, las familias, los grupos sociales presente una salud optima, pero para esto debe tener una persona que le oriente de cómo debe ser los cuidados que debe realizar, ya sabemos que cada persona internaliza y aplica su cuidado según sus costumbres, sus creencias lo cual le ha permitido sobrevivir, conociendo a la persona como ser cultural, podemos tener una mejor cuidado de enfermería.

En el presente trabajo, es de suma importancia conocer, conjuntos de costumbres que determinan el comportamiento de las madres en relación con los alimentos, para poder mejorar el cuidado de enfermería.

Consecuentemente, es necesario que los enfermeros tengan presente en su actuar las prácticas, expresiones, actitudes, significados del cuidado; pues cuando ellos dominan las costumbres, creencias religiosas, **hábitos alimenticios**, valores y los patrones del cuidado y de salud, los Cuidados de Enfermería son más útiles e integrales.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

2.3.1 Los Hábitos Alimentarios

Todos los humanos necesitamos de energía y nutrientes para el correcto funcionamiento de nuestro organismo como crecer (en el caso de los niños) o realizar nuestras actividades diarias, de manera que el consumir alimentos constituye una necesidad primaria, ello implica evaluar ciertos factores como hábitos.²³ Un hábito es la actividad que se realiza constantemente, donde se emplean los conocimientos (se sabe que hacer), las habilidades (como hacer las cosas) y las actitudes (gusto por hacer las cosas) de las persona.³⁹

Los hábitos alimentarios de las poblaciones son la expresión de sus creencias y tradiciones y están ligados al medio geográfico y a la disponibilidad alimentaria. Cada una de las comunidades presenta una cultura diferente de acuerdo a las costumbres, creencias y modos de comportamiento humano, las cuales forman el marco dentro del cual, el

grupo social desarrolla sus hábitos alimentarios, entendiéndose por estos, los actos aprendidos por el ser humano, como producto de su cultura, que se convierten en patrones y rutinas de conductas que se refuerzan con la repetición e imitación.³⁴

Al referirnos a hábitos de alimentación, destacamos que estos atañen no solo a la calidad y cantidad de alimentos ingeridos, sino también a la forma de prepararlos, la frecuencia de comidas, las ocasiones apropiadas para el consumo de determinados alimentos, etc.

Además, se requiere una alimentación que solo incluya lo que realmente es necesario, sin exceso, pero tampoco sin carencias a fin de obtener equilibrio, es decir, se trata de ingerir alimentos de todos los grupos, como cereales, frutas, verduras, leguminosas y productos de origen animal, pero teniendo sumo cuidado con los alimentos refinados (grasas, sal de mesa, azúcares y harinas). Lo importante es asegurarse de obtener un balance de los nutrientes necesarios como proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas y minerales que deben conformar una dieta adecuada de calorías.⁵

Los hábitos alimentarios de una población constituyen un factor determinante de su estado de salud. Los hábitos alimentarios inadecuados (por exceso, por defecto, o ambos) se relacionan con numerosas enfermedades de elevada prevalencia y mortalidad en el mundo occidental, como son las enfermedades cardiovasculares, algunos cánceres, la obesidad, la osteoporosis, la anemia y la caries dental.³⁵

Factores que influyen en los hábitos alimentarios

Los hábitos alimentarios de las personas están condicionados a muchos factores, siendo los principales: entorno familiar, económico, religión, cultura, clima, etc. Estos hábitos serán adquiridos desde la primera toma de leche, se irán formando durante su niñez y los marcarán por toda la vida.

Los factores que influyen en los hábitos de alimentación se resumen en:

a) Necesidades Fundamental

Comer es una necesidad fundamental para nuestro organismo, nuestras necesidades de alimentación depende de la disponibilidad de alimentos en el entorno familiar, lo que contribuye a formar ciertos hábitos alimentarios, motivo por el que la alimentación es diferente en cada región; también depende del factor económico que es decisivo al momento de la adquisición de un alimento, ello también origina ciertas diferencia en la accesibilidad de alimentos.

b) Comer Proporciona Placer

Es evidente que el comer proporciona placer pues nos sacia de hambre, prueba de ello es que luego de cada comida sentimos satisfacción, claro que esta satisfacción es por un periodo corto cuando el alimento consumido no esta balanceado.

c) Factores Socioculturales:

Existen alimentos que no son consumidos por determinados grupos sociales ya sea por tradiciones familiares o ancestrales, o por ser considerarlos "para

el consumo de grupos o clases sociales inferiores”, factores que no siempre son considerados al momento de programar nuestro menú.

d) Valor simbólico de los alimentos

Algunos alimentos que tienen cierto valor simbólico como por ejemplo el pan que tiene valor religioso, la carne de cerdo no es consumida por los judíos por considerar el consumir carne como un “acto agresivo” mientras que el ser vegetariano es considerado como un “acto pacífico”.

e) Patrón Alimentario

El menú es diferente para cada grupo poblacional pues los niños, las madres lactantes, los enfermos y ancianos, requieren una buena alimentación de acuerdo a sus necesidades nutricionales.¹³

Hábitos alimentarios. Origen

Los hábitos alimentarios nacen en la familia, pueden reforzarse en el medio escolar y se contrastan en la comunidad en contacto con los pares y con el medio social.

La leche, sea materna o de fórmula es el primer alimento que toma un bebé, será su primer sabor, olor y textura; asimismo el horario de las tomas de leche, siendo el inicio la formación de los hábitos alimenticios, los mismos que adquirirán una base sólida más adelante.

Estos hábitos deben ser educados desde pequeños, siendo bebés sólo bastará con el horario, el tiempo de cada toma de leche; al introducir los alimentos sólidos se deberá agregar la variedad, sabores, colores, olores, modales, etc., para garantizar una nutrición equilibrada.²⁸

2.3.2 NUTRICIÓN EN LOS NIÑOS

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.¹⁸

Los requerimientos de nutrientes dependen del estado fisiológico de la persona. Los momentos de máxima demanda corresponden a aquellos de mayor reproducción celular, es decir los periodos de rápido crecimiento como la gestación, los primeros años de vida y la adolescencia.³⁸

1.- LACTANCIA MATERNA

El cerebro humano se desarrolla casi completamente durante los 2 primeros años de vida y la leche materna contiene nutrientes esenciales como proteínas de buena calidad, vitaminas y ácidos grasos (que no se encuentran en ningún otro tipo de alimento ya sea de origen animal o vegetal), indispensables para formar bloques de construcción cerebral, permitiendo que el cerebro humano se desarrolle casi en su máxima extensión en esta primera etapa de la vida. También contienen sustancias que van a inmunizar y proteger al niño contra infecciones y contaminaciones que se presentan a esta edad, haciendo que crezca sano, protegido, inteligente, despierto y lleno de vida.

Los lactantes alimentados con leche materna exclusivamente hasta los seis meses, contraen menos enfermedades y están mejor nutridos que los que reciben otros alimentos.

La Promoción de la Lactancia Materna presenta las siguientes características:

La Lactancia Materna exclusiva (LME) es **segura** porque contiene factores que protegen, previenen y combaten infecciones como la diarrea, neumonía y reducen el riesgo de alergias particularmente el asma.

La LME, es **sensata**, porque contiene los nutrientes necesarios en las cantidades adecuadas y de calidad sin igual.

La LME, es **sostenible** porque contribuye a la seguridad alimentaria de la familia.

La LME es **satisfactoria** porque cuando se da de lactar se crean lazos especiales de apego entre la madre y su niño.

Sin embargo, muchas madres necesitan tener confianza en su capacidad de dar de lactar, ya que su leche es la más segura y la mejor para su niño. Es importante que la madre comience la lactancia inmediatamente después del parto para estimular la producción de leche.

Asimismo, es importante recordar que:

La madre debe dejar que el niño lacte frecuentemente de día o de noche y el tiempo que desee. Dar de lactar es un acto de amor.

El seguir estas recomendaciones permitirá que la madre ejerza de manera correcta un gran acto de amor como es el dar de lactar.⁴⁸

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva hasta alrededor de los seis meses de edad y la continuación de la misma, con introducción gradual de los alimentos complementarios, hasta el segundo año de vida y más, si fuera posible.⁴³

2.- ALIMENTACION COMPLEMENTARIA DEL LACTANTE 6 A 24 MESES

La alimentación complementaria es aquella que complementa a la lactancia materna, pero sin anularla. Revaloriza a la lactancia materna como un alimento óptimo para los primeros tiempos de la vida y establece la necesidad de estudiar científicamente la alimentación con objeto de cubrir las necesidades del niño a partir de los seis meses de edad.

El momento oportuno para introducir la alimentación complementaria es a los seis meses de edad, cuando se deben cubrir los requerimientos nutricionales y se ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renal y la maduración neurológica. En relación con la nutrición, porque los niños pueden mantener un aumento de peso normal, y tener al

mismo tiempo un déficit en vitaminas y minerales, sin manifestación clínica. Por ello se hace necesaria la introducción de otros alimentos que aporten aquellos nutrientes que la lactancia suministra en poca cantidad. Como componente madurativo, porque desde los cuatro meses de edad el niño adquiere capacidades necesarias para asimilar una dieta más variada.¹⁹

Los requerimientos calóricos del niño a diferentes edades (ver cuadro No 1) y, al mismo tiempo, hacer recomendaciones sobre la necesidad de introducir alimentos complementarios a la leche materna, al alcanzar una edad y un peso determinado.

Para ilustrar mejor este punto veamos un ejemplo: al iniciar el séptimo mes de vida el promedio de niños pesa 7.5kg(NCHS) las necesidades calóricas y proteicas a esta edad son de 900Kcal y 18 gm de proteínas (Nacional Academy of Science); las madres producen alrededor de 450ml de leche por día (OMS); este volumen de leche materna produce un total de 300 calorías y 10.8gm de proteínas, los alimentos utilizados en la alimentación complementaria, a esta edad, deben complementar la dieta con 600 calorías y 7.2gm de proteínas de cada día.

Cuadro N° 1:

RECOMENDACIONES DE INGESTA DIARIA		
Edad	Energía	Proteínas
0-6	690	03
6-12	945	18
13-36	1300	23

A partir de los 6 meses de edad de la niña o niño además de continuar con lactancia materna necesita iniciar alimentación complementaria. Hacerlo más tempranamente, aumenta en el lactante el riesgo de morbilidad por infecciones (sobretudo entéricas) .La ingesta prematura de alimentos diferentes de la leche materna por un niño pequeño, con poca capacidad gástrica (Ver cuadro2), resulta en menor succión del pezón y en una disminución de la producción de leche. Esto aumenta las posibilidades de que la madre desarrolle el llamado síndrome de "leche insuficiente", que es la causa materna mas frecuente de abandono de la lactancia materna. De esta manera forma, se reduce en el niño el beneficio de la protección contra infecciones-conferida por los anticuerpos y células vivas y del valor nutritivo de la leche materna. ²⁷

Cuadro N° 2:

CAPACIDAD GASTRICA	
Edad	Volumen
Al nacer nacimiento.....	30cc
6 meses.....	120cc
12 meses.....	240cc
24meses.....	480cc
36meses.....	720cc

Cuando el niño(a) empieza a comer otros alimentos diferentes a la leche materna, es necesario tener mucha paciencia, no forzarlo, gritarlo, ni asustarlo. El momento de comer debe ser tranquilo y lleno de cariño.⁵⁰

La introducción de líquidos, cuando esta se producen tempranamente (durante los 15 días), interfiere en el éxito de la alimentación. La leche materna es un alimentos completo y que contiene todos los nutrientes y agua que el bebe necesita aun durante el calor del verano. Las razones importantes para desaconsejar la introducción de otros líquidos son:

-El agua da al bebe una falsa sensación de llenura y reduce su hambre.

-Cualquier cosa ofrecida en un biberón con chupón de jébe aumenta la probabilidad de introducir contaminantes debido a la dificultad que se ofrece para su higiene, contribuyendo de esta manera a un incremento en la incidencia de infección y diarrea.¹¹

La alimentación según la edad del niño:

Cuadro N° 3:

EDADES	TIPO DE ALIMENTACION
I. Desde el nacimiento hasta los 6 meses.	Lactancia Materna exclusiva a libre demanda (sin horario).
II Desde los 6 meses hasta los 12 meses.	Alimentación Complementaria + Lactancia Materna.
III. Desde los 12 meses hasta 24 meses.	Comida familiar + Lactancia materna.

ALIMENTACIÓN DEL NIÑO DESDE LOS 6 – 8 MESES DE EDAD

El niño a partir de los 6 meses de edad debe recibir alimentación complementaria además de la leche materna. Esta alimentación debe incluir una cantidad suficiente de alimentos ricos en energía, nutrientes para el crecimiento y desarrollo. Debe tener en cuenta la disponibilidad local de alimentos y acceso a un costo razonable.¹⁹

Los primeros alimentos que recibe el niño, a partir de los 6 meses deben ser blandos, pero espesos, ofrecidos en forma de puré, papilla o mazamorra. Agregarle 1 cucharadita de aceite o grasa en sus comidas.

Las sopas, calditos y otras preparaciones aguadas son bajas en calorías y nutrientes. Debe aconsejar a la madre, prepararle al niño alimentos espesos. Ofrecerle menestras sin cáscara, (lentejas, habas, arvejas, frijoles), por lo menos 3 días a la semana. Darle 1 fruta y 1 verdura de color amarillo, anaranjado o verde oscuro cada día.

Debe recibir su ración de comida 1/2 en su propio plato. La madre debe seguir amamantando al bebé cada vez que éste lo desee.

Las preparaciones de las comidas del niño deben ser en el momento. Es importante que los alimentos se conserven frescos, cubiertos y ubicados en un lugar fresco.

En este periodo los niños peruanos muestran una ganancia inadecuada de peso y en casos de enfermedad una pérdida de peso. Las curvas de crecimiento se "aplanan" y empiezan a manifestarse signos de desnutrición y

anemia. Es indispensable controlar si el niño ha ganado peso adecuadamente a través del carné de control de crecimiento.²²

LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO ENTRE LOS 9 Y 11.9 MESES

El niño ya tiene capacidad para aprender a masticar por lo que los alimentos no deben servirse del todo aplastados, sino picados finamente. Estos los irá preparando para una adecuada masticación más adelante. Continúe dándole comidas espesas (desmenuzado o picadito) y variadas 5 veces al día utilizando alimentos de la olla familiar.¹⁹

Agregarle a sus comidas al menos 2 cucharadas de alimentos de origen animal que contienen hierro, por lo menos 3 días a la semana. Así mismo, ofrecerle menestras sin cáscara, (lentejas, habas, arvejas, frijoles), por lo menos 3 días a la semana. Darle 1 fruta y 1 verdura de color amarillo, anaranjado o verde oscuro cada día. Agregarle 1 cucharadita de aceite o grasa en sus comidas. Es importante también, que después de la comida darle pecho todas las veces que el niño quiera.

A esta edad el niño ya debe terminar las 3/4 partes de un plato mediano de comida espesa o picadita. La consistencia del alimento ya debe ir progresando.

LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO MAYOR DE 12 MESES

La madre debe darle al niño alimentos nutritivos y amamantarlo después de cada comida. La variedad y cantidad de alimentos debe aumentar progresivamente. Al cumplir el año, el niño ya puede comer lo mismo que el resto de la familia. Es indispensable apartar un poco de la comida de la olla, antes de aderezarla con condimentos fuertes. Los alimentos deben estar cortados en pequeños trozos o desmenuzados, retirando los huesos y pellejos de las carnes.¹⁹

Alrededor del primer año de vida, el niño debe comer un plato mediano en cada comida, si acepta más debe darle más. Un niño puede comer aproximadamente la mitad de lo que come un adulto. Cuando un niño está comiendo lo suficiente y viene ganando peso adecuadamente, no es necesario ofrecerle más comida.

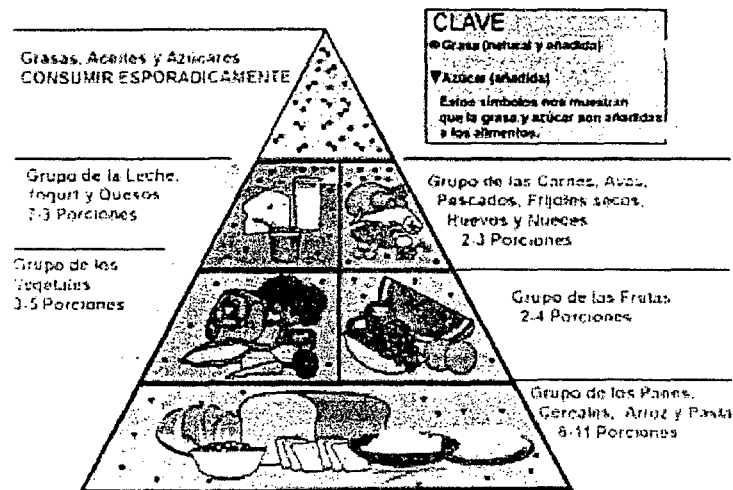
El niño debe seguir recibiendo 5 comidas al día (3 principales y 2 adicionales). Darle comidas espesas, primero ofrézcale el segundo. Debe agregar sal yodada en la preparación de la comida. Continúe agregándole a sus comidas al menos 2 cucharadas bien servidas de alimentos de origen animal que contienen hierro por lo menos 3 días a la semana (hígado, pescado, sangrecita). Así mismo, prepárele menestras (lentejas, habas, arvejas, frijoles) por lo menos 3 días a la semana. Agregarle 1 cucharadita de aceite o grasa en sus comidas.

Darle 1 fruta y 1 verdura de color amarilla, anaranjado o de color verde oscuro, cada día.¹⁰

3.- PIRÁMIDE DE ALIMENTOS

Pirámide de alimentos para niños

En la variedad está la clave. Una alimentación sana es una alimentación variada y los padres son los encargados de inculcarles a los niños una buena conducta alimentaria.



Primer nivel: Es la base de la pirámide, estos alimentos provienen de granos. Proveen carbohidratos y otros elementos vitales. Aquí se encuentran las pastas, el maíz (las tortillas) los cereales, el arroz, el pan etc. Es preferible que no se consuman en forma refinada. Por ejemplo la harina común blanca es refinada y no tiene el mismo valor nutritivo de la harina integral sin refinar.

Segundo Nivel: Aquí se encuentran las plantas, los vegetales y las frutas. Son alimentos ricos en fibras, vitaminas y minerales. Se deben de ingerir vegetales cada día y 2 a 4 porciones de frutas.

Tercer Nivel: En este nivel se encuentran dos grupos, la leche y sus derivados y las carnes y frijoles. Aquí se encuentran alimentos derivados de

la leche como el yogurt, la leche y queso. También se encuentra el grupo de proteínas como la carne de pollo, pescado, frijoles, lentejas, huevos, y nueces. Son alimentos ricos en minerales esenciales como el calcio y el hierro y proteínas. Lo ideal es ingerir de 2 a 3 porciones de estos alimentos al día.

Cuarto nivel: La punta de la pirámide, esto significa que de este grupo no debemos consumir mucho. Las grasas, los aceites, los postres y los dulces están aquí. La crema, los refrescos gaseosos (sodas), pasteles, repostería, los aderezos grasos y bebidas ricas en azúcares. Estos alimentos aunque nos encantan no proveen casi ningún nutriente a nuestro cuerpo pero son abundantes en calorías.⁵²

4.-FUNCIONES DE LOS NUTRIENTES EN NUESTRO ORGANISMO

Los Energéticos

Son los que proporcionan principalmente las calorías que se transforman en energía y fuerza. Es decir permite realizar esfuerzos físicos como caminar, correr, etc, estos alimentos son importantes. Este grupo comprende a los carbohidratos y las grasas. Ambos nutrientes son básicamente energéticos pero además las grasas forman parte de ciertos órganos (como el cerebro), y cumple la función de sostén para algunos órganos.

El niño que ingiere alimentos energéticos crece fuerte no se enferma fácilmente, aprende mejor en la escuela. Cuando sea grande podrá aportar a la economía del hogar.

Los alimentos energéticos que proporcionan las calorías son aquellos de alto contenido de grasas como la manteca, mantequilla, margarina y aceites etc. y aquellos de alto contenido de hidratos de carbono como los azúcares, tubérculos como la papa, yuca o camote, leguminosas, cereales como el trigo, la quinua, arroz y avena, pan y fideos entre otros.

Los Formadores

Son los nutrientes que tienen por función principal formar y reparar tejidos, tales como: músculos, huesos, sangre, uña, cabello, etc.; además forman parte de los juegos digestivos, hormonas, enzimas, etc.; en este grupo se encuentran las proteínas.

Son esenciales para el crecimiento y desarrollo corporal, por esta razón hay una necesidad muy especial para los niños lactantes, pre- escolar, escolar, y las mujeres durante la gestación y lactancia.

Estas sustancias se encuentran en abundancia en los siguientes alimentos: huevos, leche y queso (proteína y calcio); las carnes de cualquier tipo (pescado, pata, pollo, cerdo, cuy, res y vísceras.

También en las menestras de cualquier variedad: frijoles, pallares, garbanzos, lentejas, tarwi, habas, etc.

Los Reguladores

Son sustancias necesarias para el mantenimiento, crecimiento y funcionamiento del organismo. Se encuentran en forma natural en los alimentos ya diferencia de los otros nutrientes el organismo las necesita en pequeñas cantidades, estos son básicamente las vitaminas y los minerales.

Todas las vitaminas son necesarias, pero existen algunas que requieren mayor atención por el bajo consumo de verduras y frutas entre ellas las vitaminas "A", "B", "C" Y "D".

La vitamina A favorece el crecimiento, mantiene los tejidos y participa en la formación de pigmentos visuales, previene la xeroftalmia, los que la contiene en mayor cantidad son las verduras de color verde: hoja de nabo, coliflor, acelga, espinaca, etc. y frutas de pulpa amarilla; papaya, mango, tuna, mamey, aguaje, lúcma, etc.

La vitamina "c", previene las infecciones, favorece la utilización del hierro e interviene en la coagulación de la sangre, se le atribuye la protección contra la infección del tracto respiratorio, interviene en el proceso de cicatrización, controla la permeabilidad de la pared de los vasos sanguíneos. Los alimentos que la contienen son las frutas cítricas, tales como: naranja, limón, maracayá, mandarina y lima; asimismo en la papaya, piña, mango, etc.

La vitamina "B" es necesario para todas las reacciones que se realizan en nuestro organismo, es un factor del crecimiento, y factor contra la anemia, se encuentra asociada con las reacciones que ocurren en la respiración celular, es necesario para el metabolismo de los otros nutrientes y lo encontramos en las verduras, hortalizas verdes y menestras.

El calcio es un mineral necesario para evitar la descalcificación de los huesos. Los alimentos como leche, queso, yogurt y leguminosas.

El hierro es un mineral necesario para la formación de la hemoglobina, su consumo previene la anemia. Los alimentos que contienen hierro son el

hígado de pollo o de res, la yema de huevo, el bazo, las lentejas, la espinaca y además verduras de hojas verdes.¹³

5.- REGLAS PARA UNA ALIMENTACION ADECUADA CALIDAD

Cuando se recomienda alimentos apropiados para el niño hay que tomar en cuenta las creencias y percepciones de las madres con respecto a lo que consideran bueno para sus niños.

Una preparación para el niño que comienza con la alimentación complementaria se prepara normalmente en base a un cereal o tubérculo (trigo, arroz, fideos, papas o camote). Es necesario tener un adecuado complemento de proteínas. Un alimento de origen animal como la leche o el pescado, contribuyen a una mejor calidad de proteína debido a su composición de aminoácidos y su alta digestibilidad. Cuando se utilizan estos productos se necesita poca cantidad de proteína contribuyendo 6 a 8% de las kilocalorías¹⁵.

En los lugares donde los productos animales no están tan disponibles se pueden complementar los cereales o tubérculos con productos vegetales de alta cantidad de proteína como las leguminosas: frijoles, habas, arvejas en grano o, más aceptable, en harinas, que, debida a su patrón de aminoácidos, complementan adecuadamente a los cereales. Cuando se utilizan estos productos, debido a su menor digestibilidad, es necesario que las proteínas aporten al menos un 10% de la energía.

Los micronutrientes son necesarios para un adecuado crecimiento, y las deficiencias más comunes en nuestros países son vitamina A, hierro y posiblemente zinc. Por eso, es importante incluir verduras y frutas como complemento a la dieta, sobre todo zanahoria, como fuente de vitamina A, e hígado o sangre de pollo como fuente de hierro. La vitamina C, que se encuentra en las frutas cítricas, la col, etc. puede ayudar a la absorción del hierro. Las frutas y verduras contienen vitaminas y minerales que ayudan a desarrollar las defensas²⁴.

En resumen, la alimentación apropiada incluye leche materna con una cantidad cada vez mayor de alimentos complementarios. Es aconsejable que se continúe con la lactancia materna hasta los dos años de edad. La alimentación debería ser formulada con combinaciones de alimentos localmente disponibles y a bajo costo, con una adecuada densidad de nutrientes. Las preparaciones espesas como purés, mazamorras espesas y papillas agregando una cucharita de aceite o azúcar, son las más indicadas. La costumbre de dar pan, galletas o alguna fruta (como plátano) entre comidas es buena. Los utensilios más apropiados para alimentar a un niño de esta edad son plato, taza y cucharita. Se debe evitar el biberón dado que aumenta el riesgo de diarrea en nuestro medio¹⁶.

CANTIDAD

Es necesario introducir una adecuada cantidad de nutrientes a los niños durante el período de alimentación complementaria. El cuadro N° 5 muestra las cantidades estimadas de leche materna y la energía proveniente de ella en niños de diferentes edades en países en vías de desarrollo. La diferencia

De 6 a 7 meses cada comida debe ser de 1/2 taza. La leche materna es su alimento principal y la comida su complemento.

De 8 a 9 meses, cada comida será de 3/4 taza.

De 10 a 12 meses cada comida debe ser de 1 taza.

Al primer año debe cada comida será de 1 1/2 taza.¹⁸

FRECUENCIA

El niño sano debe recibir cinco (5) comidas al día (3 comidas principales y 2 comidas adicionales o "entrecomiditas" una a media mañana y la otra a media tarde). El niño enfermo debe recibir una comida más al día. Advierta a la madre que notara que su niño está comiendo lo suficiente si está ganando peso en sus controles.¹⁸

Como ejemplo, un niño de 9-12 meses de edad necesita consumir 620 Kcal al día aparte de la leche materna. Si estimamos que la capacidad gástrica del niño es de 294 mls (lo máximo que puede comer en una comida) y consume un alimento con una densidad energética de 1 Kcal/gm. (Siendo los alimentos más apropiados el puré y papilla), el niño necesitará comer 2.1 veces al día para poder cubrir sus requerimientos. Sin embargo, en nuestro medio las madres tienden a preparar alimentos con una densidad energética de 0.5 Kcal/g en promedio, de modo que el niño tendría que comer, un plato grande lleno, 4.3 veces al día para conseguir cubrir las necesidades de energía. Los caldos más diluidos comúnmente utilizados tienen una densidad energética menor de 0.25 kcal/g, de modo que el niño tendría que

comer 8.5 veces al día, lo que pocas madres podrían hacer. Haciendo ciertas estimaciones sobre el volumen que un niño puede consumir en una comida se puede calcular la densidad energética (K calorías, por gramo de comida) del alimento necesario en relación a la frecuencia de comidas al día cuadro N° 6.¹⁷

Cuadro N° 6. Número de Comidas al Día de Acuerdo a la Densidad Energética y la Edad del Niño

	Grupo de edad (meses)			
	7-8	9-12	13-18	19-24
Capacidad gástrica* (g)	264	294	327	363
Energía requerida de alimentos complementarios	414	620	787	945
Número de comidas necesarias por día de acuerdo a la densidad energética de:				
1.0 Kcallg	1.6	2.1	2.4	2.6
0.5 Kcallg	3.1	4.2	4.8	5.2
0.25 Kcallg	6.3	8.4	9.6	10.4

- Estimada como 3% del peso corporal

Entre los niños de 6 a 9 meses de edad que lactan, la mayor proporción de ellos recibió algún alimento sólido o semisólido (88%), principalmente tubérculos y raíces (77%). Tres de cada cuatro niños recibieron alimentos

provenientes de granos y cereales y alimentos preparados con grasa, aceite o mantequilla.

La frecuencia de los tipos de comida que recibieron los niños menores de 3 años en las 24 horas antes de la encuesta por ENDES 2004-2005, los alimentos en base a granos, trigo, cereales los niños de 6 a 7 meses de edad (0.7%), los de 8 a 23 meses de edad un promedio de 1.1%.⁵²

CONSISTENCIA

La consistencia es muy importante, y en parte, por eso usan mucho las sopas; sin embargo, las mazamorras son aceptadas y tienen un mayor valor nutritivo. Los purés son aceptables a partir de los seis meses de edad, pero también son considerados muy secos si no van acompañados de preparaciones líquidas. El agregar aceite a los purés (una cucharadita a la porción del bebé) los puede hacer más suaves y al mismo tiempo se aumenta la densidad energética. En todo caso las madres deben llegar a entender que las sopas no son tan nutritivas como las preparaciones espesas como los purés y papillas. La recomendación de dar primero la preparación espesa y luego la sopa para que el niño no se llene con lo líquido sin tener espacio para lo más nutritivo, es importante.

A partir de los 6 meses, el niño o niña debe comer comidas aplastadas y espesas

A partir de los 6 meses de nacido, el niño o niña debe comer preparaciones aplastadas y espesas de consistencia parecida a la de la miel de abeja.

De 7 a 8 meses debe comer preparaciones trituradas.

De 9 a 11 meses debe comer preparaciones picadas.

A partir del año el niño o niña debe comer alimentos de consistencia normal, como la de los adultos.

Dale de lactar después que termine sus comidas.

Agregar una cucharita de aceite vegetal a la comida principal del niño o niña.

El aceite da energía al niño o niña y le ayuda a formar su cerebro.

El aceite ayuda a retener las vitaminas A, D, E y K que necesita para crecer.

Agrega una cucharadita de aceite vegetal en sus comidas.

El aceite también ayuda a suavizar la consistencia de la comida del niño o niña. Las comidas tienen que prepararse con una pizca de sal yodada para prevenir el bocio o Ccoto y el retardo mental. La venden en bolsas donde se indica que está yodada¹⁴.

6.-LINEAMIENTOS DE NUTRICION DE LA NIÑA O NIÑO DE 6 A 24 MESES.

A partir de los 6 meses de edad la niña o niño además de continuar con lactancia materna necesita iniciar la alimentación complementaria.

Cuando el niño(a) empieza a comer otros alimentos diferentes a la leche maternales necesario tener mucha paciencia, no forzarlo, gritarlo, ni asustarlo. El momento de comer debe ser tranquilo y lleno de cariño.

Una comunidad permanente a través del canto, palabras tiernas, las caricias en la piel son las mejores formas de estimular esta efectiva entre los niños(a) y sus padres o cuidadores.

Lineamientos específicos

1. Continuar con la lactancia materna hasta los dos años de edad o más.
2. A partir de los 6 meses de edad iniciar la alimentación complementaria.
3. Practicar la alimentación interactiva estando atento a las señales de la niña o niño, respondiendo con paciencia y amor.
4. Promover buenas prácticas de higiene en la manipulación de alimentos, para evitar infecciones.
5. Iniciar con alimentos semio-sólidos (papilla, mazamorras, purés) evitando el uso de bebidas azucaradas de bajo valor nutritivo. Modificar gradualmente la consistencia conforme la niña o niño crece y se desarrolla, de acuerdo a su edad, ofreciendo los alientos aplastados, triturados y luego picados, hasta que la niña o niño se incorpore en la alimentación familiar.
6. Alimentar a la niña o niño durante el día con tres comidas principales y dos entre comidas adicionales conforme crece y desarrolla según su edad.
7. Incrementar la cantidad de alimentos que se ofrecen a la niña o niño en cada comida, conforme crece y se desarrolla según su edad.
8. Incluir diariamente alimentos de origen animal como carnes, hígados, pescados, sangrecita y huevo. Incorporar leche y/o productos lácteos en las comidas de la niña o niño.
9. Promover el consumo diario de frutas y verduras disponibles de la zona.

10. Enriquecer una de las comidas principales de la niña o niño con una cucharita de grasa (aceite, mantequilla, margarina).
11. Suplemento Sulfato ferroso, Vitamina A –Necesidades de Yodo.
12. Durante los procesos infecciosos, fraccionar es decir repartir en pequeñas cantidades las comidas de la niña o el niño, ofreciéndole con mayor frecuencia con la finalidad de mantener la ingesta adecuada. Ofrecer una comida extra hasta por dos semanas después de los procesos infecciosos.⁹

2.3.3 ESTADO NUTRICIONAL

El estado nutricional de una persona es el resultante del equilibrio entre la ingesta de alimentos y sus requerimientos de nutrientes. A su vez, el aprovechamiento de los nutrientes ingeridos depende de diversos factores como la combinación de alimentos o las condiciones del sistema gastrointestinal que los recibe.

El estado nutricional suele estar determinado por 3 factores concurrentes:

- 1).- El potencial para el crecimiento, dependiente del potencial genético y el peso al nacer.
- 2).- Ingreso de nutrientes, dependiente de la ingesta de alimentos y la asimilación por el organismo.
- 3).- La cantidad de egresos o gasto de energía y pérdidas determinadas por el proceso de crecimiento, la actividad los gastos básicos y morbilidad por infecciones como las diarreas.⁷

EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL

Aunque existe una amplia diversidad de aspectos que brindan información acerca del estado nutricional de una persona, la más comúnmente usada por su bajo costo y sencillez es la medición de dimensiones corporales, es decir la antropometría.

Durante el proceso de evaluación del estado nutricional es necesario determinar si un niño es normal o si presenta alguna alteración (desnutrición o sobre peso), estableciendo un punto de corte o nivel de diagnóstico. Se conoce como **indicador** a la relación entre el índice y su respectivo punto de corte.

Hablar de puntos de corte implica adoptar un patrón de referencia para cada índice. Actualmente se acepta el uso de patrones internacionales debido a que las diferencias raciales y étnicas tienen una mínima influencia en el potencial de crecimiento, en comparación con la influencia de los factores socioeconómicos.

El estándar mas empleado proviene de las tablas de crecimiento del NCHS (Centro Nacional de Estadísticas de Salud de los Estados Unidos). Esta referencia es la empleada por la Organización Mundial de la Salud globalmente.

La OMS define como desnutrido a aquel niño que se encuentra por debajo de dos desviaciones estándar de la mediana de las curvas de referencia NCHS. Así tenemos que desnutrición aguda se define cuando el peso para la talla (P/T) es inferior a -2 DE de la mediana. En forma similar, retardo del crecimiento se define cuando la talla para la edad (T/E) es menor a -2DE de la mediana.

Si a una serie de mediciones de la población de referencia se colocan en forma ordenada y los datos se dividen en cien partes iguales, a cada uno de ellos se les denomina percentiles. El percentil 50 corresponde a la mediana. El percentil 3 esta muy próximo a $-2DE$, y todo niño por debajo de este corte debería considerársele desnutrido.⁵⁹

EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA

La evaluación antropométrica consiste en una serie de mediciones tanto de dimensiones generales del cuerpo: peso y talla entre otros, los cuales al ser relacionados con otras variables como edad, sexo y permiten la construcción de indicadores o índices que pueden ser aplicados para cuantificar y clasificar las variaciones del estado nutricional. Estos indicadores deben registrarse en tablas o gráficas donde se comparan con los valores normales de niños de la misma edad y sexo; si esto se realiza periódicamente es posible conocer como está el crecimiento del niño en un período determinado.

Las principales ventajas para su uso son:

Técnicas sencillas, económicas y resultados que pueden proporcionar muy buenos niveles de sensibilidad, especificidad y valor predictivo, si se tiene en cuenta los valores que causan variaciones o error en el diagnóstico.⁵⁰

Los tres índices antropométricos más frecuentemente usados para evaluar a la población infantil son:

Talla para la edad.

Peso para la edad.

Peso para la talla.

CUESTIONARIO

El siguiente cuestionario tiene por objetivo medir los hábitos alimentarios y el estado nutricional de los niños 6 meses y 24 meses de edad, para lo cual se debe responder de manera sincera, no deje de contestar ninguna pregunta.

I Datos generales del niño

a. Nombre del niño:	
b. Fecha de nacimiento :	
c. Edad:	d. Peso:
e. Sexo:	f. Talla:
Diagnostico nutricional:	

II Nivel Socio Cultural de la Madre

1.-Grado de Instrucción

- a) Analfabeto
- b) Primaria completa
- c) Primaria incompleta
- d) Secundaria completa
- e) Secundaria incompleta
- f) Técnico
- g) Universitario en estudio
- h) Superior

2.-Ocupación de la persona que mantiene el hogar:

- a) Empleado
- b) Negociante
- c) Ambulante
- d) otros

3.-Ingreso Mensual

- a) Menos que s/ 550
- b) s/ 550 - s/ 1000
- c) mayor que s/1000

4.-¿ Quien le enseño como debe alimentar a su niño?

- a) Madre
- b) Suegra
- c) Enfermera
- d) Medico
- e) Promotora de salud
- f)otro
- h)Nadie

III ALIMENTACION DEL NIÑO: Hábitos

5.- ¿Actualmente toma leche materna?

- a) Si
- b) No

6.- ¿Toma el niño algún tipo de agüitas?

- a) Si
- b) No

7.- ¿Edad de inicio a tomar agüitas?

- a) Antes de los 6 meses.
- b) A los 6 meses.
- c) Entre los 7 y 11 meses
- d) Al año

8.- ¿A que edad empezó su niño a comer?

- a) Antes de 6 meses.
- b) A los 6 meses.
- c) Entre los 7 y 11 meses.
- d) Al año.

9.- Actualmente cual es la consistencia de los alimentos en el almuerzo de su Niño.

- a) Papillas espesas/puré
- b) Papillas aguadas
- c) Sopa
- d) Comida de la olla familiar
- e) Otros

10.- ¿Cuántas veces al día recibe comida el niño? (sin contar la leche)

- a) 1 vez al día
- b) 2 vez al día
- c) 3 vez al día
- d) 4 vez al día
- e) Mas de 4 veces

11.- ¿Qué cantidad de alimento consume su niño?

- a) Menos de una media taza.
- b) Media taza.
- c) Más de media taza.
- d) Una taza.
- e) Una y medio taza.

12.- ¿Le agrega una cucharadita de aceite o mantequilla a sus preparaciones?

- a) Si
- b) No

13- Le da fruta a su niño:

- a) Diario.
- b) Más de 3 veces a la semana.
- c) 3 veces a la semana.
- d) Menos de 3 veces a la semana.
- e) No

14.-Acostumbra UD. Darle carne y viseras (res, pescado, pollo, hígado, bofe. Sangrecita, etc.) al niño.

- a) Diario.
- b) Más de 3 veces a la semana.
- b) 3 veces a la semana.
- c) Menos de 3 veces a la semana.
- d) No

15.- Usted le da verduras a su niño:

- a) Diario.
- b) Más de 3 veces a la semana.
- c) 3 veces a la semana.
- d) Menos de 3 veces a la semana.
- e) No

16.-Usted le da menestras a su niño:

- a) Diario.
- b) Más de 3 veces a la semana.
- c) 3 veces a la semana.
- d) Menos de 3 veces a la semana.
- e) No

17.- Usted le da Cereales (arroz, trigo, quinua, etc) a su niño.

- a) Diario.
- b) Más de 3 veces a la semana.
- b) 3 veces a la semana.
- c) Menos de 3 veces a la semana.
- d) No

18.-Usted le da Tubérculos (papa, camote, olluco etc) a su niño:

- a) Diario.
- b) Más de 3 veces a la semana.
- b) 3 veces a la semana.
- c) Menos de 3 veces a la semana.
- d) No

19.-Acostumbre darle leche al niño.

- a) 1 veces al día
- b) 2 veces al día
- c) 3 veces al día
- d) 4 veces al día

ANEXO Nº 2

CLASIFICACIÓN DE LOS HABITOS ALIMENTARIOS SEGÚN LA ESCALA DE ESTANINO

Para la clasificación de los hábitos de alimentación se utilizó la escala de Estanino, usando una constante 0.75, dividiéndolo en 3 categorías: Malo, Regular y Bueno; reagrupándolo luego de la siguiente manera:

Hábitos inadecuados: Malo y regular

Hábitos Adecuados: Bueno

Procedimiento:

1. Se determinó el Promedio (x)

$$X = 16.06$$

2. Se calculó la desviación estándar (DS)

$$DS = 3.52$$

3. Se establecieron los valores de a y b:

$$a = x + 0.75 SD$$

$$b = x - 0.75 SD$$

$$a = 16.06 + 0.75(3.5)$$

$$b = 16.06 - 0.75(3.5)$$

$$a = 18.68$$

$$b = 13.75$$

Hábitos alimentarios:

❖ Inadecuados

Malo: Menos de 13.75

Regular: Entre 13.75 – 18.68

❖ Adecuados

Bueno: Más de 18.68

ANEXO N° 3

Prueba Binomial de juicio de expertos

$$P(X=K) = \binom{n}{k} \cdot p^k \cdot q^{n-k}$$

n: Expertos.

p: 0.5

X: Éxitos.

q: 0.5

n-x = Fracasos.

N: número de preguntas.

Preguntas	Jueces							
	1	2	3	4	5	6	7	
	P							
1	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0	0	0	0
9	0	0	0	1	0	0	0	0.05
10	0	1	0	1	1	0	1	0.27
p_i								0.03

Se ha considerado:

0: Si la respuesta es afirmativa.

1: Si la respuesta es negativa.

Prueba Binomial: $\frac{p_i}{N} \leq 0.05$

Si el p es \leq de 0.5 el grado de concordancia es significativa, por lo tanto de acuerdo a cada resultado de cada jueces son menores de 0.5; por consiguiente el grado de concordancia es significativo.

El valor final de la validación es: 0.03

ANEXO N° 4

COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

K : El número de ítems

Si² : Sumatoria de Varianzas de los Ítems

S_T² : Varianza de la suma de los Ítems

α : Coeficiente de Alfa de Cronbach

REEMPLAZANDO VALORES:

K : 15

Si² : 8.64

S_T² : 28.82

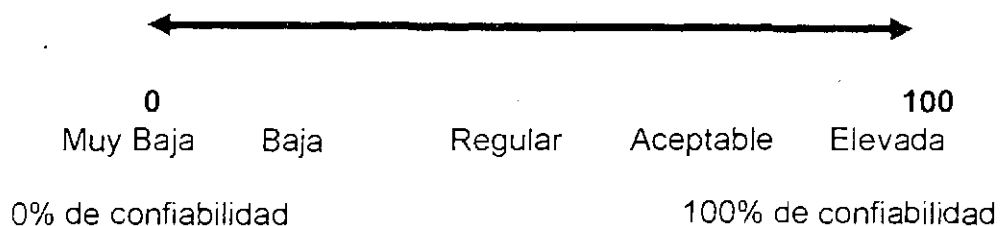
α : **0.81**

Entre más cerca de 1 está, más alto es el grado de confiabilidad.

CONFIABILIDAD:

Se puede definir como la estabilidad o consistencia de los resultados obtenidos.

Es decir, se refiere al grado en que la aplicación repetida del instrumento, al mismo sujeto u objeto, produce iguales resultados.



1	1	1	2	2	1	4	2	1	1	2	3	4	1	1	3
2	2	1	2	2	4	4	2	2	2	2	1	2	1	1	2
3	1	1	1	1	2	4	2	1	1	1	1	4	1	2	2
4	1	1	2	2	4	3	1	1	1	2	4	1	2	1	2
5	1	1	3	2	4	5	2	2	1	1	4	4	1	1	3
6	1	1	3	2	2	3	1	1	1	1	2	4	4	2	4
7	1	1	2	2	2	5	1	1	1	2	1	4	1	1	3
8	2	1	1	1	4	5	4	1	1	1	2	4	1	1	3
9	1	1	2	2	4	3	2	1	1	1	2	2	1	1	4
10	2	1	1	1	4	3	4	1	1	1	2	4	1	1	4
11	2	1	2	2	4	4	2	2	1	2	2	4	1	1	4
12	2	1	2	2	4	4	5	1	1	1	2	3	1	1	3
13	1	1	2	2	4	3	2	1	4	4	2	1	1	1	2
14	2	1	3	2	4	4	3	1	1	2	2	2	1	1	2
15	2	1	1	1	4	5	1	1	1	1	2	2	1	1	3
16	1	1	1	2	2	3	2	2	2	3	4	4	1	1	3
17	1	1	2	2	4	3	2	1	1	1	1	4	1	1	2
18	1	1	2	2	4	4	1	1	1	1	1	4	1	1	3
19	1	1	1	1	1	4	2	1	1	1	1	4	1	2	3
20	2	1	2	2	4	5	2	3	2	4	1	4	1	1	3
21	1	1	2	2	4	5	4	2	1	1	1	4	1	1	3
22	1	1	2	2	3	4	3	2	1	1	1	4	1	1	3
23	1	1	1	2	2	5	1	1	1	2	2	5	2	1	2
24	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	4	5	2	2	5
25	1	1	2	2	2	2	3	1	4	2	2	4	2	2	4
26	1	1	2	2	1	1	5	2	1	1	5	1	1	1	2
27	1	1	1	2	1	5	2	1	1	2	1	4	1	1	1
28	1	1	1	2	1	5	1	1	2	1	5	4	4	2	1
29	1	1	2	1	1	5	3	1	2	1	1	1	1	1	5
30	1	1	2	2	2	4	1	1	1	1	1	5	1	1	1
VARP	0.20	0.00	0.47	0.14	1.47	0.47	0.22	0.22	0.14	0.25	1.58	1.47	1.22	0.22	0.56

INDICADOR TALLA / EDAD

Es un buen indicador de una dieta adecuada y del estado nutricional a largo plazo.

Es explicado por factores genéticos y nutricionales.

El aplanamiento o cambio de canal de la curva debe ser investigado³⁷.

Se clasifica:

- Talla baja severa: < a la talla correspondiente a -3DE.
- Talla baja: \geq a la talla correspondiente a -2DE.
- Normal: Esta entre los valores de peso de -2DE Y 2 DE.
- Talla alta < a la talla correspondiente a 2 DE.¹²

El **déficit de talla para la edad** (Desnutrición Crónica o Talla baja severa)

Consiste en un menor crecimiento lineal. Por depender del desarrollo de los huesos largos, tiene una dinámica menos flexible que el peso para la talla.

De hecho, excepto bajo condiciones muy particulares (adopción por hogares muy afluentes), se considera que el déficit de talla para la edad es una condición prácticamente irreversible.

El término "desnutrición crónica" ha sido desafortunado porque implica que resulta la continuidad del daño llamado "desnutrición aguda", mientras que en la realidad son dos procesos que aunque relacionados, responden a una causalidad y perfil epidemiológico completamente diferentes. Los autores prefieren usar los términos "enanismo nutricional" o "retraso en el crecimiento lineal" para referirse al déficit de talla para la edad.

Los niveles de desnutrición crónica, es decir, retardo en el crecimiento en talla para la edad o retardo en el crecimiento, se determina al comparar la talla del niño con la esperada para su edad y sexo.³⁸

Cerca de la cuarta parte de los niños menores de 5 años en el Perú (24 por ciento) adolecerían de desnutrición crónica, es decir retardo en el crecimiento en la talla para la edad, nivel que disminuye muy lentamente al observar en el 2000 y 1996 (25 y 26 por ciento respectivamente) y menor en 10 puntos porcentuales a lo observado en 1992 (34 por ciento).⁴¹

La desnutrición afecta ligeramente un poco más a los niños que a las niñas (24 y 22 por ciento respectivamente).

Con respecto a las características por edades en meses los porcentajes de desnutrición crónica de 6 a 9 meses 4.8 %, 10 a 11 meses 23.3%, 12 a 23 meses 28.5 %, observando que este último es el más afectado en estos rangos de edades.²¹

La desnutrición crónica en niños menores de 5 años en Lima Metropolitana es 6% y el Callao es 6.9%.⁴

La desnutrición crónica aquí determinada indica que entre el periodo 1992/2000 hubo una mejora nutricional que se reflejó en una ligera mejor talla en los niños menores de 5 años, que podría ser explicado entre otras causas por destinar mayor cantidad de dinero a la alimentación, como lo presenta la ONG PRISMA (Segura 2000).²⁵

INDICADOR PESO / TALLA

Permite valorar el estado nutricional actual y examinar los efectos de una inadecuada alimentación o presencia de enfermedades infecto contagiosas (IRA, EDA), entre otros.

No requiere de datos de edad y es útil para el diagnóstico de desnutrición, sobrepeso y obesidad al ser comparado con datos de referencia.

Clasificación:

Desnutrido severo: $<$ al peso correspondiente a -3 DE.

Desnutrido: \geq al peso correspondiente a -3 DE.

Normal: Esta entre los valores de peso de -2 DE Y 2 DE.

Sobrepeso: \leq al peso correspondiente a 3 DE.

Obesidad: $>$ al peso correspondiente a 3 DE.⁴²

El déficit de peso para la talla (Desnutrición Aguda)

Consiste en la disminución de masa corporal, inicialmente a expensas de tejido graso pero que puede afectar incluso la masa muscular.

Generalmente es consecuencia de un episodio agudo de enfermedad infecciosa o severa disminución en la ingesta calórico.

Los niveles de desnutrición aguda, es decir, falta de peso en relación a la talla o emaciación o delgadez, se determina al comparar el peso del niño con la esperada para su talla y sexo.

La falta de peso para la talla o desnutrición aguda, solo afecta al 1 por ciento de los niños en el país y su nivel es similar al observado en años anteriores.

La desnutrición aguda tiene un mayor nivel entre los niños de 6 a 9 meses (3 por ciento).⁴²

Con respecto a la mal nutrición por exceso con porcentajes considerablemente elevados alcanzando 19% de sobrepeso y 7% de obesidad para el año 2000, valores que viene ascendiendo en relación a los años anteriores.

La desnutrición aguda en menores de 5 años en Callao es de 0.8%, sobre peso es de 8.6% y la obesidad es 3.3%.

INDICADOR PESO / EDAD

Es muy sensible en el periodo rápido de crecimiento del *primer año de vida*.

Es sensible para detectar cambios nutricionales en el seguimiento longitudinal de las niñas y niños siempre que se cuente con un número determinado de controles.⁴⁴

No se recomienda su uso como parámetro único debido a que no permite diferenciar niñas y niños constitucionalmente pequeños.

Se clasifica:

Desnutrido: < al peso correspondiente a -2DE

Normal: Esta entre los valores de peso de -2DE Y 2DE

Sobrepeso: > al peso correspondiente a 2DE. ¹²

El déficit de peso para la edad (Desnutrición Global)

Es una combinación de los dos anteriores. Por haber sido el primero en contar con tablas de referencia, fue muy usado en las primeras cartillas para

evaluar el estado nutricional infantil. Consideramos no recomendable su uso como único método de evaluación, ya que niños con déficit en talla pueden ser calificados como normales por contar con una masa corporal que les permite alcanzar el peso esperado para su edad³⁷.

El porcentaje de desnutrición global en menores de 5 años en el Perú es de 8 % por ciento de los niños menores de cinco años tienen un peso deficiente para su edad, evidenciando un ligero aumento respecto a la cifra observada en el 2000(7%). En Lima metropolitana es de 2.2%, en el Callao 3.4%.

En relación a sus edades los de 6 a 9 meses (0.9%), 10 a 11 meses (5.6%), 12 a 23 meses (10.7 %).

Equipo evaluación antropométrica:

Los equipos de medición de peso y talla deben ser usados son:

-Balanza

-Infantómetro: Instrumentos de medición de Longitud < 2 años

Técnicas de las medidas antropométricas:

Medición de Longitud

Infantómetro debe estar ubicado sobre una superficie dura y plana (por ejemplo, sobre una mesa estable)

Con la ayuda de la madre, deshacer los moños y retirar los ganchos o cualquier objeto de la cabeza que estorbe la medición. También se le debe quitar a la niña o niño el exceso de prendas hasta quedar con el mínimo de ropa, incluyendo los zapatos; y acueste a la niña o niño sobre el infantómetro.

Asistente: Ubicado detrás de la base del infantómetro, manteniéndolo firme

Profesional o Técnico: Ubicado al lado derecho del niño para que pueda sostener el tope móvil inferior del tallímetro con su mano derecha

Asistente: Sostenga con sus manos la cabeza del niño por la parte de atrás y lentamente colóquela sobre el infantómetro.

Asistente: Coloque sus manos (“ahuecadas”) sobre los oídos de la niña o niño

Coloque la cabeza del niño contra la base del infantómetro para que mire en sentido recto, hacia arriba. La línea imaginaria que sale del orificio del oído hacia la base de la “órbita” (hueso) del ojo es llamada “Plano de Frankfort”.

La línea de visión del niño debe ser perpendicular al piso

Profesional o Técnico: Mantener al niño acostado, sobre el centro del infantómetro.

Colocar su mano izquierda sobre las espinillas (por encima de los tobillos) o sobre las rodillas del niño, presionando firmemente contra el infantómetro.

Luego con su mano derecha deslizar el tope móvil hasta que toque la planta de los pies cubriéndolo en toda su superficie. Profesional y Asistente: Revise la posición del niño). Repita cualquier paso que considere necesario.

Medición de peso

Ubicar la balanza en una superficie lisa, plana y en un lugar seguro; el platillo de la balanza debe estar cubierto con hule, tela o papel para proteger al niño.

Calibrar la balanza de modo que la aguja marque cero.

Colocar al niño solo sin pañal y sin zapatos con ropa ligera.

Observar el cuerpo del niño que no quede fuera o apoyado al borde de la balanza.

Observar que la aguja se detenga para poder obtener la medida: ⁴²

Cálculo de la edad cronológica

Debe ser estimada en forma precisa, verificando de ser necesario, la fecha de nacimiento del niño, con algún documento.

Ejemplo: calcule la edad cronológica de un niño que nació el 18-06-2003 y fue evaluado el 19-03-2004.

Procedimiento:

Coloque el siguiente orden de las fechas: año, mes, día AÑO MES DÍA

Fecha de exámen 2004 03 09

Fecha de nacimiento 2003 06 18

En la categoría de días, añada 1 mes, en días (30 días) y quedará transformada en 39 días.

En la categoría del mes, añada 1 año, en meses (12 meses) y quedará transformada en 15 meses.

En la categoría de 1 año, reste 1 año y quedará transformada en 2003.

Proceda a restar de la siguiente forma:

$$\begin{array}{r} 2003 \ 15 \ 39 \\ - 2003 \ 6 \ 18 \\ \hline 9m \ 21d \end{array}$$

El paciente tiene una edad cronológica de 9 meses y 21 días. ⁴⁴

UNIDAD TECNICA ATENCION INTEGRAL POR ETAPAS DE VIDA

ETAPA DE VIDA NIÑO

CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades dirigidas a las niñas y niños menores de diez años con el fin de tener una vigilancia adecuada de la evolución de su crecimiento y desarrollo, que incluye la maduración de las funciones de las funciones neurológicas, la detección temprana de cambios o riesgos en su estado de salud, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico y tratamiento, y de esa manera reducir la duración de la alteración, evitar secuelas, disminuirla incapacidad y prevenir la muerte.

Aunque la OMS recomienda un control mensual durante los primeros años, las normas del MINSA establecen siete controles para el primer año y cuatro para el segundo. En el área de CRED la atención esta dirigida a las madres, como también a los niños por que el cuidado que se brinda es como un todo y no parte, siendo necesario indagar la situación económica y el nivel de conocimiento de las madres para brindar un buen abordaje en la atención del niño y mantener la salud y bienestar del niño y debe de orientar a la madre sobre una adecuada alimentación.³²

Los servicios de salud garantizarán esta atención de manera periódica y sistemática, la misma que debe incluir:

-Valoración y monitoreo nutricional: Evaluación y fomento de la lactancia materna y alimentación complementaria adecuada.

-Evaluación física.

-Evaluación del desarrollo con la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP), el Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI) ó el Test Abreviado de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (TA).

-Evaluación del calendario de inmunizaciones.

-Evaluación de la agudeza visual y auditiva.

Tamitaje de anemia (entre los 6 y 24 meses).

-Descarte de parasitosis.

Valoración de la situación de violencia familiar (abuso sexual y maltrato infantil).

-Detección de intoxicación por plomo y/o mercurio (en zonas de riesgo).

-Detección de problemas nutricionales y de desarrollo.

-Suministro de vitamina "A" Y SULFATO FERROSO.

-Detección de otros factores de riesgo (VIH, Hepatitis B).¹⁵

Puedo concluir que el programa de crecimiento y desarrollo además de de asegurar la buena salud, bienestar y logro en el niño, también permite encontrar problemas de salud como mal estado nutricional de un niño, problemas en los hábitos alimentarios, y de esa manera actuar a tiempo, brindando tratamiento al niño y a la niña, así como dar medidas preventivas a los padres, educándolos para mejorar sus hábitos alimentarios.³³

Estrategia Nacional CRECER

CRECER es una Estrategia Nacional de Intervención Articulada de lucha contra la pobreza y la desnutrición crónica infantil. Nace de un análisis por medio del cual se constata una escasa eficiencia de los programas sociales para la reducción de la desnutrición crónica, a pesar de la fuerte inversión efectuada por el Estado en los últimos 11 años. El desafío es “cómo” superar de manera articulada y multisectorial la desnutrición crónica generada por múltiples causas.

La Estrategia Nacional CRECER es el resultado de un conjunto de coordinaciones y acciones intersectoriales. Se sustenta en los principios de la democratización, descentralización, transparencia, participación de la sociedad civil y de las comunidades organizadas.

El panorama actual del Perú se puede describir por algunos aspectos que a continuación se mencionan:

- La **desnutrición crónica**, que transfiere la pobreza entre generaciones.
- La **Salud inequitativa y precaria**, que afecta el derecho a la vida.
- La **baja calidad de la educación**, que traba e inviabiliza el progreso.
- La **pobreza y exclusión** que ahondan las brechas.

La desnutrición se genera no sólo por el consumo insuficiente de alimentos ricos en nutrientes. Los malos hábitos alimenticios, de higiene y las pésimas condiciones de las viviendas también contribuyen a ella.

En ese sentido, la política social ha sido inefectiva debido a la ausencia de un enfoque integral que ataque las diferentes dimensiones del problema, y priorice la atención del binomio madre-niño (madres gestantes y lactantes y niños menores de 3 años, especialmente entre los 6 y 18 meses de edad donde se produce el mayor deterioro nutricional, desarrollo físico e intelectual).

La prioridad de enfrentar la desnutrición infantil es clara, pues la misma genera pérdidas irreparables para familias pobres que disminuyen la generación futura de sus ingresos al afectar su posibilidad de acumular capital humano.

OBJETIVOS Y METAS

CRECER, tiene como objetivo al 2011: Disminuir en 9 puntos porcentuales la desnutrición en niños y niñas menores de 5 años, con prioridad en menores de 3 años en situación de vulnerabilidad nutricional y pobreza, bajo el enfoque de derechos, protección del capital humano, desarrollo social y corresponsabilidad.

Los resultados a lograr, en el marco de CRECER, son:

- Mejorar las prácticas alimentarias y nutricionales en base a los productos regionales.
- Acceso a la identidad de la población objetivo.
- Familias, comunidades y municipios saludables (ej. cocinas mejoradas, letrinas, etc.).
- Incrementar el número de madres analfabetas.

- Incrementar el número de niños y niñas menores de 5 años de edad y madres gestantes con atención integral en salud, alimentación y nutrición.
- Incrementar el número de niñas y niños con crecimiento normal.
- Ampliar la cobertura del servicio de agua y saneamiento.

Crecer trabaja bajo **cinco acciones** fundamentales que son la atención integral de salud para niños menores de cinco años y madres gestantes, educación de hábitos nutricionales, alfabetización de mujeres mayores de 15 años, infraestructura de saneamiento e identidad

El principio rector de operación Crecer es la alimentación y protección del niño desde su nacimiento; para ello, juzga necesario no sólo proveer a la población objetiva con productos que mejoren sus niveles de nutrición, sino capacitarla en aspectos de salud, educación, hábitos de higiene, nutrición.¹⁶

En esta estrategia uno de los puntos de acción fundamentales que trabajan son los hábitos alimentarios de las madres, para poder mejorar los niveles de nutrición de los niños.

2.4 HIPOTESIS

H1: Los adecuados hábitos alimentarios de las madres están relacionados con el buen estado nutricional de los niños de 6 a 24 meses de edad.

H0: El buen estado nutricional de los niños de 6 a 24 meses de edad no está relacionado con los adecuados hábitos alimentarios de las madres.

2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala y/o criterio de medición
Hábitos Alimentarios	Conjuntos de costumbres que determinan el comportamiento del hombre en relación con los alimentos.	Es la respuesta expresada de la madre sobre el consumo de alimentos de manera diaria en cantidad, calidad y que esta relacionada al consumo de verdura, fruta, carne, lácteos, tubérculos, cereales y menestras	Antecedentes de alimentación en los primeros 6 meses.	<p>Tipo de alimentación en los seis primeros meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> -<i>Materna exclusiva.</i> -<i>Artificial no materna.</i> -<i>Mixta.</i> <p>Recibe lactancia materna</p> <p>Duración de la lactancia materna exclusiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> -<i>Menos de tres meses.</i> -<i>Entre 4 a 6 meses.</i> -<i>Entre 7 a 12 meses.</i> <p>Veces al día le da el pecho.</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 veces al día. 2 veces al día. 3 veces al día. 4 veces al día. Más de 4 veces al día. 	<p>-Adecuada. -Inadecuada.</p> <p>-Si recibe. -No recibe.</p> <p>-Adecuada. -Inadecuada.</p> <p>-Adecuada. -inadecuada.</p>

			<p>Antecedentes de alimentación y consumo.</p> <p>Cantidad</p>	<p>Duración de la lactancia materna. Menos de tres meses. Entre 4 a 6 meses. Entre 7 a 12 meses. Más de 12 meses.</p> <p>Recibe líquidos y agüitas.</p> <p>Inicio de la ingesta de líquidos y agüitas. -Antes de los 6 meses. -A los 6 meses. -Entre los 7 y 11 meses.</p> <p>Inicio de la alimentación complementaria. -Antes de los 6 meses. -A los 6 meses. -Entre los 7 y 11 mese.</p> <p>Cantidad de alimento que consume el niño para su edad. -Menos de media taza. -Media taza. -Más de media taza. -Una taza. -Una taza y media.</p>	<p>-Adecuada. -inadecuada.</p> <p>- Si recibe. -No recibe.</p> <p>-Adecuada. -Inadecuada.</p> <p>-Adecuada. -Inadecuada.</p> <p>-Adecuado. -Inadecuado.</p>
--	--	--	--	---	---

			<p>Calidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proteínas • Grasas • Carbohidratos <p>Vitaminas y minerales</p>	<p>Carnes y vísceras, huevo, Leche Frutas / verduras Cereales Tubérculos Menstras Grasas</p>	<p>-Adecuado. -Inadecuado</p>
			<p>Frecuencia</p>	<p>Carnes y vísceras. Pescado. Menstras. Frutas y verduras. Cereales. Tubérculos- -Diario. -Más de 3 a la semana. -3 veces a la semana. -Menos de 3 veces a la semana. -No.</p> <p>Consumo de leche. -1 vez al día. -2 vez al día. -3 vez al día. -4 vez al día. -Más de 4 veces.</p>	<p>-Adecuado. -Inadecuado.</p> <p>-Adecuado. -Inadecuado.</p>

			<p>Consistencia</p>	<p>Consistencia de alimentos en el almuerzo para la edad. Papillas espesa /puré -Papilla aguada. -Sopa -Comida de la olla familiar -Otros(envasados)</p> <p>Le agrega una cucharadita de aceite o mantequilla a sus preparaciones.</p>	<p>-Adecuado. -Inadecuado.</p> <p>-Si agrega. -No agrega.</p>
--	--	--	---------------------	---	---

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Escala y/o criterio de medición
Estado nutricional.	El estado nutricional de una persona es la resultante del equilibrio entre la ingesta de alimentos y sus requerimientos de nutrientes.	Es el estado como se encuentra el organismo después de la utilización de nutrientes esencial, se manifiesta a través de valores tales como peso y talla.	<p>-Eutrófico o Normal</p> <p>-Desnutrido Agudo</p> <p>-Desnutrido Crónico Talla baja severa</p> <p>-Desnutrido Global.</p> <p>-Sobre peso</p> <p>-Obeso.</p>	<p>Entre -2DE y 2 DE</p> <p>Peso para la talla >al peso correspondiente -3DE.</p> <p>Talla para la edad. < a la talla correspondiente -3DE.</p> <p>Peso para la edad. < al peso correspondiente a -2DE</p> <p>Peso para la talla ≤ al peso correspondiente a 3DE.</p> <p>Peso para la talla > al peso correspondiente a 3 DE</p>	<p>Eutrófico o Normal</p> <p>Desnutrido Aguda Crónica Global</p> <p>Sobrepeso</p> <p>Obeso</p>

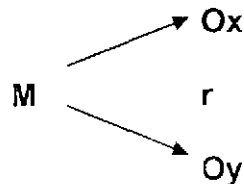
CAPITULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO Y DISEÑO INVESTIGACIÓN.

El presente estudio de investigación fue de tipo descriptivo - correlacional, de nivel aplicado y diseño no experimental de corte transversal.

El diseño de estudio se puede representar de la siguiente manera:



Donde:

- M: Sujetos de la muestra
- Ox: Variable Hábitos alimentarios de las madres.
- Oy: Variable Estado nutricional de los niños.
- r: Relación existente entre las variables

Se trata de una investigación descriptivo - correlacional porque se hizo una descripción variables hábitos alimentarios de las madres y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses y se relacionó la información obtenida de ellas. De corte transversal porque se estudió las variables simultáneamente realizando sólo una medición haciendo un corte en el tiempo.

3.2 ÁREA DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en el Centro de Salud "El Álamo" localizada en la provincia constitucional del Callao - Perú.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.

- **Población:** En el Centro de Salud "El Álamo" la población estuvo conformada por 125 niños de 6 a 24 meses de edad, que acudieron a la atención de Crecimiento y Desarrollo en un mes del 2008.

- **Muestra:** La muestra fue probabilística y todos los elementos de la población tuvieron la misma probabilidad de ser escogidos por medio de una selección aleatoria simple, para ello se elaboró un listado de 1 a 125 en papilitos, los que fueron depositados en una urna y de la cual se extraen de uno en uno hasta completar la muestra.

- **N:** 125 Niños 6-24 meses atendidos al consultorio CRED en 2008.
- **Z:** Coeficiente de confianza para un nivel de 95% (1.96)
- **p:** Proporción de niños 6-24 meses de edad que presenten desnutrición u obesidad (0.5)
- **q:** Proporción de niños 6-24 meses de edad, eutróficos (0.5)
- **E:** Error absoluto o precisión (0.05)

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2(N-1) + p \cdot q \cdot Z^2} = \text{Nº de niños/as}$$

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(125)}{(0.05)^2(124) + (0.5)(0.5)(1.96)^2}$$

n= 94 niños

Los niños fueron seleccionados en bases a los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Niños y niñas mayores de 6 meses y menores o iguales a 24 meses de edad que acudieron al servicio de crecimiento y desarrollo.
- Niños sanos.
- Ambos sexos (varones y mujeres).

Criterios de exclusión:

- Niños con tratamiento específicos por enfermedad.
- Niños con tratamientos nutricionales.
- Niños enfermos.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizó como instrumento un cuestionario (Anexo N ° 1) que constó de 4 partes:

- 1.- Objetivos del instrumento.
- 2.-Las instrucciones.
- 3.- Datos generales
- 4.- Cuerpo.

En los datos generales se registró sexo, peso, talla y edad.

El cuestionario tuvo 23 ítems, 19 fueron dirigidos a las madres que acuden al programa de crecimiento y desarrollo de niños de 6 meses a 24 meses de edad, para conocer los hábitos alimentarios y 4 fueron para recoger datos de los niños: edad, sexo, peso y talla, estos dos últimos datos fueron valorados utilizando como instrumentos la balanza y el tallímetro. Para evaluar el

estado nutricional se utilizó las tablas NCHS/OMS-2006 con los indicadores peso, talla y edad; aprobada por la organización Mundial de la Salud (OMS). La recolección de datos de cada sujeto de la muestra tomó entre 20 a 30 minutos. El tipo de preguntas fueron cerradas (19) y de selección múltiple para determinar la amplitud del rango.

Los hábitos alimentarios se clasificaron según la escala de **Estanino** obtenida a través de los datos recogidos en el estudio piloto (Anexo N° 2). Se clasifico en los siguientes niveles:

- Adecuados.

-Inadecuado.

Para aprobar el instrumento se realizó dos procesos:

Validez:

Para evaluar la validez se necesitaron de la aprobación de 7 expertos entre ellos, enfermeras (3) con experiencia en el programa de crecimiento y desarrollo, nutricionista (3) y estadística (1). El cual fue establecido a prueba binomial para establecer la concordancia el resultado (Anexo N° 3)

Prueba Binomial:

$$P(X=K) = \binom{n}{k} \cdot p^x \cdot q^{n-x}$$

El valor final de la validación es: 0.03

Si el p es \leq de 0.5 el grado de concordancia es significativa, por lo tanto de acuerdo a cada resultado de cada uno de los jueces son menores de 0.5, por consiguiente el grado de concordancia es significativo.

Una vez concluido el juicio de expertos se procedió a realizar la prueba piloto:

Confiabilidad:

Se realizó un estudio piloto con 30 niños de 6 a 24 meses y sus respectivas madres (este resultado se excluyó en el estudio final, quienes fueron elegidos al azar para aplicar el instrumento, y así evaluar la confiabilidad y validez de los datos); posteriormente se procedió a la confiabilidad del instrumento con la prueba estadística Alfa de Crombach, mediante la siguiente formula estadísticas:

(Anexo N° 4)

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

K : El número de ítems

$\sum S_i^2$: Sumatoria de Varianzas de los Ítems

S_T^2 : Varianza de la suma de los Ítems

α : Coeficiente de Alfa de Cronbach

El alfa de Cormbach obtenido fue 0.81, **mientras más cerca de 1**, más alto es el grado de confiabilidad, por lo tanto el instrumento tiene confiabilidad aceptable.

3.5 PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para realizar el estudio de investigación, se envió una solicitud dirigida a la lic. Yrina Maldonado, enfermera jefe del C.S El Álamo el Álamo, solicitando permiso para la aplicación de la encuesta a las madres que asisten al Centro de Salud y evaluar el peso y talla de los niños, adjuntando el resumen del proyecto y los instrumentos de aplicación del presente estudio.

Los cuestionarios fueron reproducidos tomando en cuenta el tamaño de la muestra. Para la aplicación de los instrumentos se tomó en cuenta las consideraciones éticas como: consentimiento informado con la participación libre y voluntaria de las madres, respetando a los que no deseaban participar. También la no maleficencia, es decir, no se causó daño a la población de estudio ni se puso en peligro su estabilidad laboral. Se actuó con justicia, la distribución del instrumento fue equitativa y se brindó absoluta confidencialidad. Con el permiso dado por la madre se aplicó la encuesta, que fue autoadministrada y duró entre 20 - 30 minutos, luego se pesó al niño sin ropa utilizando una balanza de mesa para lactantes, y se talló con un tallímetro para lactantes.

3.6 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

El procesamiento y tabulación de los datos se realizó utilizando el programa Excel y el paquete estadístico SPSS V. 14.

Significancia Estadística:

Para evaluar la asociación de las variables del estudio, se empleó la prueba Chi cuadrado (X^2)

Correlación lineal:

Para hallar el coeficiente de correlación lineal se utilizó la prueba estadística C de Pearson (r)

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETARON RESULTADOS.

TABLA N° 01
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS MADRES ENCUESTADAS
SOBRE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y EL ESTADO NUTRICIONAL
DE SU NIÑO EN EL C.S EL ALAMO
JULIO 2008

II NIVEL SOCIO ECONÓMICO CULTURAL DE LA MADRE	N°	%
Grado de Instrucción	94	100%
Analfabeto	1	1%
Primaria completa	6	6%
Primaria incompleta	5	5%
Secundaria completa	42	45%
Secundaria incompleta	24	26%
Técnico	6	6%
Universitario en estudio	3	3%
Superior	7	7%
Ocupación de la persona que mantiene el hogar:	94	100%
Empleado	31	33%
Negociante	16	17%
Ambulante	4	4%
Subempleo	43	46%
Ingreso Mensual	94	100%
Menos que s/ 550	35	37%
s/ 550 - s/ 1000	43	46%
Mayor que s/1000	16	17%

Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden al centro de Salud El Álamo en el Área de CRED.

En la tabla N° 1 se observar que del 100%(94) de las madres; el 45%(42) tienen secundaria completa, y el 46%(43) de las personas que mantienen el hogar son subempleados.

El 46%(43) ingreso mensual de cada hogar esta entre los 550 soles a 1000 soles.

TABLA N° 02

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS NIÑOS CONSIDERADOS

EN EL ESTUDIO SOBRE EL ESTADO NUTRICIONAL Y HÁBITOS

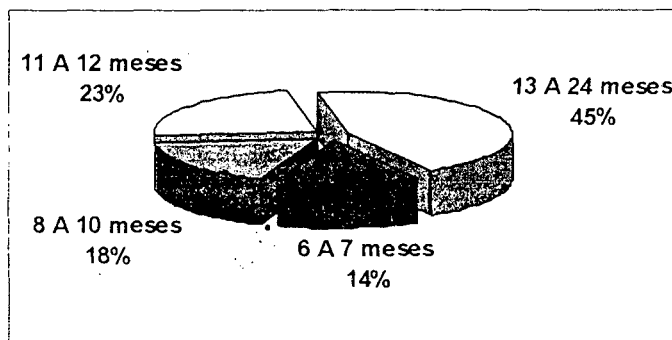
ALIMENTARIOS. C.S EL ALAMO.

JULIO 2008

SEXO DEL NIÑO	94	100%
Femenino	49	52%
Masculino	45	48%

EDAD DEL NIÑO	94	100%
6 A 7 meses	13	14%
8 A 10 meses	17	18%
11 A 12 meses	22	23%
13 A 24 meses	42	45%

GRAFICO N° 1



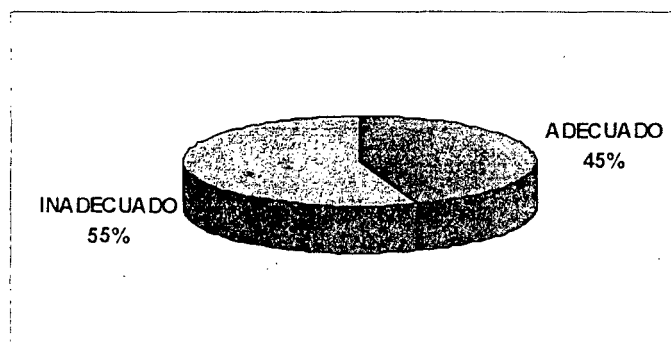
Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden al centro de Salud El Álamo en el Área de CRED.

En la tabla N° 2 se puede observar que del 100%(94) de la población estudiada, el 45%(42) tienen entre 13 a 24 meses de edad, 23%(22) tienen 11 a 12 meses, 18%(17) tienen 8 a 10 meses y la población en menor porcentaje 14%(13) es de 6 a 7 meses de edad.

TABLA N° 3
HÁBITOS ALIMENTARIOS DE MADRES DE LOS NIÑOS
CONSIDERADOS EN EL ESTUDIO C.S EL ALAMO.
JULIO 2008

HÁBITOS ALIMENTARIOS	N	%
ADECUADO	42	45%
INADECUADO	52	55%
TOTAL	94	100%

GRAFICO N° 2



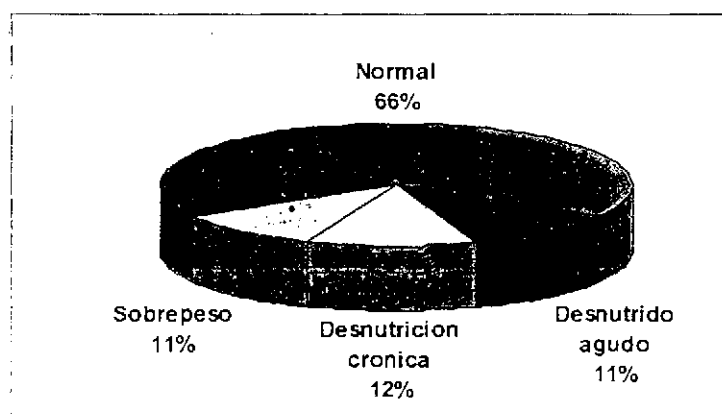
Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden al centro de Salud El Álamo en el Área de CRED.

Se observa en la tabla N° 3 que del total de las madres encuestadas el 55% presentan inadecuados hábitos alimentarios y el 45% adecuado hábitos alimentarios.

TABLA N° 4
ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS QUE ACUDEN
AL CENTRO DE SALUD EL ALAMO
JULIO 2008

ESTADO NUTRICIONAL	N°	%
Normal	63	66%
Desnutrido agudo	10	11%
Desnutricion cronica	11	12%
Sobrepeso	10	11%
TOTAL	94	100%

GRAFICO N° 3



Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden al centro de Salud El Álamo en el Área de CRED.

En la tabla N° 4 se observa, referente al estado nutricional del 100% de los niños estudiados; el 66% son eutróficos, el 12% presentan desnutrición crónica, el 11% desnutrición aguda y el 11% sobrepeso.

TABLA N° 5

**HÁBITOS ALIMENTARIOS DE MADRES vs. ESTADO NUTRICIONAL DE
LOS NIÑOS CONSIDERADOS EN EL ESTUDIO**

C.S EL ALAMO. JULIO 2008

			HÁBITOS ALIMENTARIOS		Total
			Inadecuado	Adecuado	
ESTADO NUTRICIONAL	Desnutrido Cronico	N°	10	1	11
		%	90.9%	9.1%	100.0%
	Desnutrido Agudo	N°	9	1	10
		%	90.0%	10.0%	100.0%
	Sobrepeso	N°	4	6	10
		%	40.0%	60.0%	100.0%
	Normal	N°	29	34	63
		%	46.0%	54.0%	100.0%

Prueba de Chi-Cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13.651	3	.003
N de casos válidos	94		

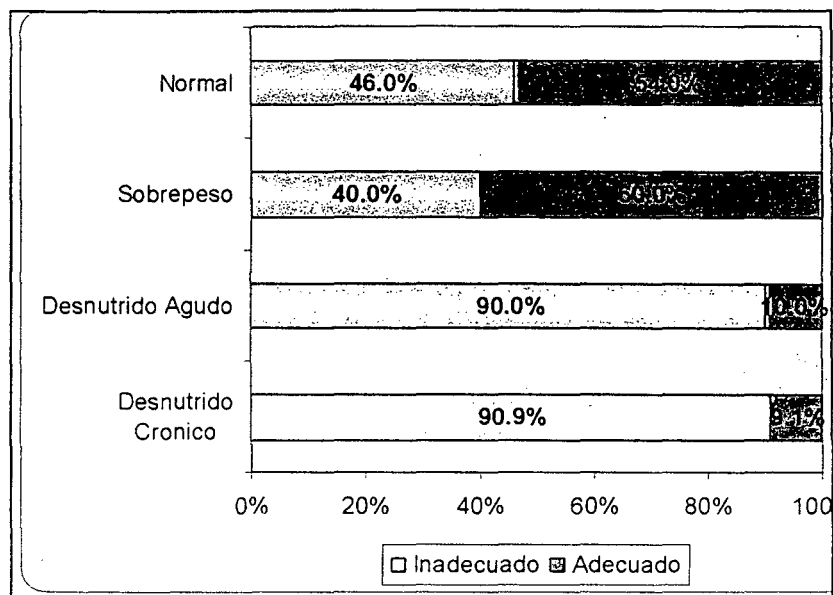
P= 0.003 <0.05 estadísticamente significavo

Coefficiente de Correlacion de Person

	r	p
C de Pearson	0.425	<0.05

r= 0.425 correlación positiva media

GRAFICOS N° 4



Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden al centro de Salud El Álamo en el Área de CRED.

En la tabla N° 5 se puede observar que del total de madres de los niños con desnutrición crónica 90.9% tienen hábitos alimentarios inadecuados; del total de madres de niños con desnutrición aguda, 90% tienen hábitos alimentarios inadecuados.

Del total de madres de niños con sobrepeso 60% tienen hábitos alimentarios adecuados y de las madres de niños eutróficos, 54% presentan hábitos alimentarios adecuados.

Según Chi cuadrado de Pearson (χ^2) la relación entre las variables es estadísticamente significativa ($p=0.003$) y según el C Pearson (r) la correlación lineal entre las variables es positiva en un nivel medio ($r = 0.425$), lo que nos está indicando que a mejores hábitos alimentarios en las madres mejor estado nutricional en los niños.

4.2 DISCUSIÓN

El proceso nutricional de los niños de 6 a 24 meses de edad, está condicionado por una serie de factores, evidenciándose como uno de ellos los hábitos alimentarios de las madres.

En el presente estudio de investigación realizado a 94 madres con niños de 6 a 24 meses de edad a través de una encuesta sobre los hábitos alimentarios de madres y el estado nutricional de sus niños, se encontró que 55% de ellas tienen hábitos alimentarios inadecuados, por lo tanto el consumo diario de alimentos en cantidad, calidad y/o frecuencia no es adecuado. (Tabla N° 3), este resultado es muy parecido a los reportados por la tesis de cuevas Liliana sobre Tendencias de consumo y hábitos alimentarios en niños menores de 2 años en el 2004 realizado en el hospital San Bartolomé de Lima; obteniendo resultados en su estudio que 58% de las madres tenían hábitos alimentarios inadecuados y algunos niños presentaron alteraciones nutricionales.

Los patrones culturales que la madre ha adquirido a través de su vida condiciona la sobre vivencia de sus hijos. Sobre todo aquellas madres que adquieren hábitos alimentarios inadecuados, incrementa en ellos un riesgo de desnutrición que perjudica la salud del infante, inhibiendo su crecimiento y retrasando su desarrollo mental.

El arraigo cultural tan diverso en nuestro país tiene como consecuencia muchas creencias en la población; por lo que es importante conocer

conjunto de costumbres que determina el comportamiento de las madres en relación con los alimentos, dato relevante para el cuidado de enfermería considerando ésta como una disciplina y una profesión transcultural; lo afirma también la Dra Madeleine Lininger en su teoría de cultura de cuidados, donde expresa la importancia de brindar el cuidado, considerando de esta manera a la enfermería como una disciplina y una profesión transcultural;⁴⁶ lo reafirma también la Dra. Nola Pender en su teoría de Promoción de la Salud, permite que cada una de los individuos, las familias, presente una salud óptima, pero para eso debe tener una persona que le oriente sobre como debe ser los cuidados a realizar, ya sabemos que cada persona internaliza y aplica su cuidado según su costumbres, creencias lo cual le ha permitido vivir, conociendo a la persona como ser cultural, podemos tener un mejor cuidado de enfermería⁶⁰

En relación a la lactancia materna entre la población estudiada, se halló que el 66% de niños de 6 a 24 meses seguían con la lactancia materna en la alimentación del niño, resultado importante porque está ampliamente demostrada por las ventajas que esto ofrece para el crecimiento y mantenimiento de su salud. Por ello, la recomendación dada por el ministerio de salud es fomentar la lactancia exclusiva hasta los 6 meses de vida y prolongar el amamantamiento con una adecuada introducción de alimentos sólidos durante los dos primeros años de edad; los resultados son diferentes a los reportados por la tesis de Cuevas Liliana,² obteniendo resultados en cuanto a que la prolongación de la lactancia materna es de 6 a 24 meses en un 41%, por lo que podemos decir que las campañas de difusión (radio, TV,

prensa) sobre la importancia y los beneficios de la lactancia materna que realiza el MINSA sobre lactancia materna han permitido que aumente el porcentaje de lactancia materna exclusiva y prolongada.¹¹

En la investigación se observó que 70% de los niños inician su alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad y el restante 30% iniciaron la alimentación complementaria antes de los 6 meses (Tabla N° 9), por lo que este último dato difiere con las recomendaciones dadas por UNICEF (1999), quien indica que a partir de los 6 meses de edad, además de la leche materna, los niños y las niñas deben comenzar a recibir otros alimentos que les permitan continuar con un adecuado crecimiento e iniciar el aprendizaje de la masticación y deglución de otras consistencias constituyendo éste un periodo clave para la conducta alimentaria.²⁷ Hacerlo más tempranamente, aumenta en el lactante el riesgo de morbilidad por infecciones (sobretudo entéricas). El resultado en niños que inician su alimentación antes de los 6 meses, puede ser por las circunstancias de la madre, como el trabajo fuera del hogar.

El 45% del total de niños con desnutrición crónica, reciben 4 comidas al día, y un porcentaje importante, 60 % de los niños con desnutrición aguda, reciben 2 comidas diarias (Tabla N° 12); estos resultados no se asemejan con la tesis realizada por Lic. Irene Márquez, titulada: "Tipos de desnutrición según hábitos alimentarios en niños de 1 a 5 años que asisten al consultorio de control crecimiento y desarrollo. Hospital de apoyo I. 2005. Tumbes³; los resultados fueron: la frecuencia de comidas durante el día es de tres veces.

en aquellos niños que presentan desnutrición de tipo crónica reagudizada; y los que tienen una frecuencia de comida de cuatro veces al día presentan desnutrición aguda.

El ministerio de la Salud, recomienda que los niños entre 6 meses y 2 años de edad, deben recibir 5 comidas al día, debido a que su estomago es pequeño, en relación con la cantidad de alimentos que requieren.¹⁷

En cuanto a la cantidad de alimentos en relación con la edad, en un 81% de los niños es inadecuado, por lo que no hay concordancia con lo recomendado por los lineamientos nutricionales materno infantiles del Perú (INS, 2004), donde se indica incrementar la cantidad de alimentos que se ofrecen a la niña o niño en cada comida, conforme crece y se desarrolla según su edad. El consumo inadecuado de alimentos en frecuencia y cantidad para su edad, puede estar asociado a los hábitos alimentarios y el grado de instrucción de la madre⁶, y la valoración inadecuada al niño, como lo refiere el modelo de interacción padre - hijo de Kathryn Barnard, quien refiere en una de sus afirmaciones teóricas: "en la valoración de la salud del niño, la meta última es identificar los problemas antes de que se desarrollen".

En relación a la consistencia de los alimentos, los resultados de la presente investigación mostraron que en el 57% del total de niños es adecuada la consistencia del alimento (segundos) (Grafico N° 9). Estos resultados son congruentes con los previamente encontrados, en la investigación titulada: "Nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación balanceada y sus

relación con el estado nutricional de los niños menores de cinco años, Lima ,2007;¹⁹ sus resultados sobre el tipo de alimentación indican que fueron papillas 69.1 %, seguido por las sopas 49.4%, este último no es adecuado según los requerimientos nutricionales del niños.

En relación a este tema la consistencia de los alimentos el MINSA promueve el consumo de papillas a los 6 meses de edad y a partir de los 7 meses el segundo, puesto que las cantidades nutricionales de 5 platos de sopa es igual a un plato de segundo.¹⁸

Sobre el estado nutricional de los niños evaluados, el 66 % corresponde a los niños eutróficos, 12 % con desnutrición crónica, 11% con desnutrición aguda y 11 % con sobrepeso (Tabla N° 4); según lo reportado por la tesis de Cuevas Liliana se concluyo que el 76.9% corresponde a niños eutróficos,10.5% son niños con desnutrición aguda y el 7.7% tiene sobre peso;² se observa en los dos estudios que persiste el problema desnutrición, pero el sobrepeso y la obesidad vienen alcanzando valores considerablemente elevados con proyecciones que van en rápido incremento como lo confirma el estudio realizado por Rosana Tazza sobre “¿obesidad o desnutrición? en Lima” ; en el cual concluye que el sobrepeso y la obesidad en países como el nuestro donde es producto de una serie de factores que de alguna manera se ven resumidas al proceso de transición epidemiológica que se observa en el mundo.²⁵

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- Sí existe relación entre hábitos alimentarios de las madres y el estado nutricional de los niños (significancia estadística de 0.003)
- Se comprobó que la relación entre los hábitos alimentarios de las madres y el estado nutricional de los niños es medianamente positivo (r de Pearson = 0.425), es decir que a mejores hábitos alimentarios en las madres mejor estado nutricional en sus niños, sin embargo esta relación no es determinante sino que también existen otros factores que pueden influir en este estado nutricional, como las prácticas alimentarias, el nivel socioeconómico, los conocimientos de las madres, la educación, la cultura, etc.
- En cuanto a los hábitos alimentarios de las madres el 55% son inadecuados y el 45% son hábitos alimentarios adecuados en la alimentación de los niños de 6 a 24 meses.
- La cantidad de alimentos de los niños de 6 a 24 meses es inadecuado en un 75%, por lo que nos permite identificar las deficiencias que tienen las madres para alimentar a sus hijos.
- De los 94 niños en estudio el 66% de niños son eutróficos, el 12 % con desnutrición crónica y, 11% de niños con sobrepeso.

5.2 RECOMENDACIONES

- Como estrategia, el Centro de Salud debe mejorar la planificación y ejecución de programas de promoción de alimentación saludable que permitan asegurar la nutrición adecuada del niño fundamentalmente en los 2 primeros años de vida y evitar la malnutrición como la desnutrición, sobrepeso y la obesidad.
- Realizar promoción de lactancia materna en la comunidad y reforzar la actitud positiva de las madres hacia la lactancia materna.
- La enfermera como integrante del equipo multidisciplinario del equipo de salud deberá plantear y desarrollar programas educativos dirigidos a las mejorar los hábitos alimentarios y las prácticas alimentarias de los niños de 6 a 24 meses de edad.
- Se recomienda ampliar la investigación sobre prácticas alimentarias orientando hacia densidad energética y consumo proteico para complementar.
- Se requiere que el C.S El Álamo realice promoción del crecimiento y educación a las madres de la comunidad para prevenir la desnutrición y promocionar un crecimiento óptimo del niño.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ann Marriner Toney, Martha Rile, Modelos y Teorías en enfermería, 5ª edición, editorial EDIPE Española, 2003, Pág. 485.
2. Cueva Flores, Liliana; Lozano Cotrina, Jenny Asunciona. Tendencia de consumo, hábitos alimentarios y el estado nutricional de niños de 6 meses a 2 años de edad Tesis para otorgar el grado de licenciada en la UPCH, Lima; 2004.
3. Doria E. Córdova G. e Irene Márquez, Tipos de desnutrición según hábitos alimentarios en niños de 1 a 5 años que asisten al consultorio de control y crecimiento y desarrollo. Hospital de apoyo I Jamo. Tesis para optar el grado de licenciada en Enfermería, Universidad Nacional de tumbes, 2005.
4. Fuente 2003-2007 sistemas de informática del estado nutricional SIEN del 2007.
5. Hugo Amigo, et, Niños Mapuches, crecimiento, nutrición y salud, 1º edición Perú 20001 Pág. 61.
6. INS/Centro Nacional de Alimentos y Nutrición. Lineamiento nutricional materno infantil del Perú. 2004. p. 41.
7. Instituto Nacional de Estadística e informática, Dirección de investigación, Determinantes de la desnutrición aguda en crónica en niños menores de 3 Años, subanálisis ENDES 1992-1999, PRISMA Pág. 7
8. Maldonado V.; Miluska Carrasco, Estudio socioeconómico y de hábitos alimenticios de las madres con niños menores de 3 años en

cinco zonas marginales de la ciudad de Lima, Estudio realizado por el Centro Internacional de la papa, Perú, 2003 Disponible en: <http://www.sian.info.pe/porcinos/eventos/peru/luis.htm>

9. MINSA, Comisión Multisectorial de Alimentación y Nutrición. Lineamientos de política y estrategia nacional de alimentación y nutrición, 3ª ed. Lima; 2001 Pág. 13.
10. Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano, Plan nacional de acción por la infancia y la adolescencia 2002-2010, Lima; PROMUDEH; 2002. Pág. 113.
11. MINSA, Dirección Regional de Salud Loreto, Salud del niño; Manual para el primer nivel de atención 1º edición, Perú, ed. UPCH, 1999 pág. 15.
12. MINSA, INS, CENAN, Tabla de valoración nutricional antropométrica niñas y niños, 1º edición, Lima, Perú ed Biblioteca Nacional, 2007
13. MINSA, Lectura en lactancia materna, ablactancia y vacunación antitetánica, Para Capacitación del Personal de salud. 1º edición, Perú, ed UPCH, 1995, Pág. 75.
14. MINSA, Comisión Multisectorial de Alimentación y Nutrición, Lineamientos de política y estrategia nacional de alimentación y nutrición, Lima 2001 Pág. 13.
15. MINSA, Norma técnica de salud para la atención integral de salud del niño, 2007, Pág. 3
16. MINSA. Situación del problema alimentario nutricional. 2ª ed. Lima-Perú; 2000. p. 83-85.

17. MINSA. Norma técnica para la atención integral de la salud de la niña y niño. 1ª ed. Perú; 2007. p11
18. MINSA, Pautas básicas para la consejería de alimentación infantil (revista en Internet) 2001 (fecha de acceso marzo 2008). disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/archivos/PSNB/71_pautasbas.pdf
19. Orellana Tutaya, Iliana Irma. para la optar el grado de licenciatura en enfermería tesis de la UPCH titulada: **"Nivel de conocimientos de las madres sobre ablactancia y su relación con el estado nutricional del niño de seis meses a dos años de edad. C.S. Ciudad y Campo"**. Lima 1999.
20. PANFAR. Vigilancia nutricional: informe final región Lima 1991-1992, Asociación Benéfica PRISMA. 1ª ed. Perú; 1994, Pág. 22.
21. Perú 2005(INEI informe final. Encuesta Demográficas y de Salud familiar ENDES continúa 2004-2005.
22. Ríos Torbisco, Carmen Rosa; et, para la optar el grado de licenciatura en enfermería tesis en la UPCH titulada: **"Conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria de madres de familia, relacionado al grado de nutrición de sus niños de 6 meses a 2 años. Pueblo joven "Santa Rosa"-Rimac"**. Lima 2000.
23. Sachin Segura, Mirtha, Alimentación y nutrición Modulo III, DIGESA Lima –Perú 2001Pág.31.
24. Segura García, Pobreza y desnutrición infantil, Lima ed. Prisma ONED 2002 Pág. 39

25. Tazza Matta Rosa, *Obesidad o desnutrición Problema Actual de los niños peruanos menores de 5 años*, 1º edición, Lima Perú ed, Kregraf. 2006 Pág. 54.
26. Tornero Reinoso *Nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación balanceada y su relación con el estado nutricional de los niños menores de cinco años*. Tesis para optar el grado de licenciatura en enfermería en la UPCH, Lima 2007.
27. Unicef, Prohaudes. *Iniciativa de nutrición y alimentación infantil Cajamarca - Apurímac* 1ª ed. Lima; 1999 p. 15 -19.
28. Valeria Del Castillo; *pueblos autóctonos vs. Deportistas. Análisis de los factores culturales que rigen sus hábitos alimentarios*. Universidad Nacional de Salta. Revista Digital; *Lecturas: Educación Física y Deportes*. N° 14. Buenos Aires (Argentina), 2001 disponible en: <http://www.efdeportes.com>.

PÁG WEB

29. BBC del mundo noticias(Periódico en Internet),2006 fecha de acceso: abril 2008 disponible en: <http://www.obesidad.net/spanish2002/default.htm>
30. Centro de noticias de la ops/oms, *Mitad de las muertes se deben a la desnutrición en niños* Disponible en: <http://www.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=11537&SE=SN>
31. ENDES, *Desnutrición crónica afectara al 24,1% de niños menores de 5 años (nota de prensa) Mayo 2007 (fecha de acceso: abril 2008)* disponible en: <http://www.inei.gob.pe/web/NotaPrensa/Attach/6318.pdf>
32. Enfermería comunitaria disponible en:

http://www.enfermeriacomunitaria.org/documentos/libros_ponencias/congreso_6/documentos/ponencias/panel_iberioamerica/argentina.pdf.

33. Estrategia Nacional CRECER disponible en
: <http://www.crecer.gob.pe/fases.html>

34. Hábitos alimentarios disponibles en:

<http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/1/plansalud/enca/tomo1/index.htm>

35. Evaluación nutricional del niño y adolescente, congreso de redes científica IV 2004 encuentro disponible en:

<http://www.infomediconline.com/infomedonline/libroelectronicodf>

36. Estrategia Seguridad de Alimentación 2004-2015 (diapositivas en Internet del taller de conclusiones de la estrategia) , 2004 (fecha de acceso 2008) disponible en: http://www.comunidadandina.org/rural/doc_seguridad/estraper2.pdf

37. Evaluación Nutricional del Niño y el Adolescente disponible en: http://www.infomediconline.com/infomedonline/libroelectronicos/html/doc/malnutricion_evaluacion.pdf

38. González-Rivera, Hábitos Alimenticios, Revista digital Panamá, 2007 disponible <http://www.prensa.com/Actualidad/Psicologia/2005/08/10/index.htm>.

39. Hábitos para una vida mejor revista española 2007 disponible en: http://espanol.ucanr.org/documents/Nutricion_y_salud1688.pdf

40. Jiménez Soto, Zulema, Hábitos alimentarios en niños con fallas para progresar, investigación realizada en España; 1992 Disponible en:

[http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis
&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=19
2043&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=192043&indexSearch=ID)

41. Informe Técnico, MONIN 2002, disponible en:

<http://www.ins.gob.pe/gxpsites/hqxpp001.aspx?%202,4,MNU>

42. Instituto nacional de salud, CENAN, Valoración antropométrica de niños menores de 5 años, disponible en:

[www.ins.gob.pe/gxpsites/agxppdwn.aspx?2,4,216,O,S,0,1357%3B%3B
1%3B134.](http://www.ins.gob.pe/gxpsites/agxppdwn.aspx?2,4,216,O,S,0,1357%3B%3B1%3B134)

43. Lactancia materna 2004 disponible en:

<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/lme.pdf>

44. Manual de procedimientos para proyectos de nutrición: ANTROPOMETRI Y NUTRICION ENCUESTA disponible en:

http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/proy_nutricion.pdf

45. Manual de capacitación .Salud y alimentación infantil y

complementario niño menor de 3 años programa de complementación Alimentaria para grupos en mayor riesgoPACFO .MINSa. INS. LIMA – PERU agosto, 1998 disponible en:

[http://www.bvs.ins.gob.pe/insprint/cenan/manual_capacitacion_PACF
O.pdf](http://www.bvs.ins.gob.pe/insprint/cenan/manual_capacitacion_PACFO.pdf)

46. Madeleine Leininger disponible en:

http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcm_vol_7num_3/rhcm14308.htm

47. MINSa, Pautas básicas para la consejería de alimentación infantil 2001, disponible

En http://bvs.minsa.gob.pe/archivos/PSNB/71_pautasbas.pdf

48. MINSa, Lactancia Materna 2008 disponible en:

<http://www.minsa.gob.pe/portal/portal2.asp?Servicios/SuSaludEsPrimero/Nino/>

49. MINSA, Guías para agentes comunitarios en salud 2006, disponible en:<http://www.care.org.pe/pdfs/cinfo/libro/GUIADESESIONESfinal.pdf>
50. MINSA, Nutrición 2007 disponible en:
www.minsa.gob.pe/portal/Especiales/2007/nutricion/lactante_6_24_meses.asp
51. Manuel peña MD, Organización panamericana de la salud. Malnutrición temprana, obesidad y pobreza (revista en Internet). 2007 (fecha de acceso 20 mayo 2008) Disponible en: http://www.per.ops-oms.org/noticias/OB_POB.pdf
52. Nutrición, Pirámide de alimentos Rev.2005 disponible en:
<http://www.bebesymas.com/2005/11/21-piramide-de-alimentos-para-ninos>
53. OPS, Malnutrición temprana obesidad y pobreza, Lima 2007 disponible en: <http://www.per.ops-oms.org/noticias/OB-POB.pdf>
54. Ops/oms Epidemia Humana (Periódico en Internet) ,2006(fecha de acceso: marzo 2008) disponible en:
<http://impreso.elnuevodiario.com.ni/2006/03/13/variedades/14832>.
55. OPS, Malnutrición temprana obesidad y pobreza (Diapositivas en Internet), 2007 fecha de acceso: marzo 2008) disponible en:
<http://www.per.ops-oms.org/noticias/OB-POB.pdf>

56. Peña Manuel. Desnutrición en el Perú.(monografía en Internet) Marzo 2007 (fecha de acceso 25 abril 2008) Disponible en: <http://www.per.ops-oms.org/noticias/Desnutricion-Marzo2007.pdf>
57. Programa crecimiento y desarrollo disponible en: www.icn.minsa.gob.pe/documents/informe
58. Ríos Espinosa, ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Estrategia Seguridad de Alimentación 2004-2015 (Taller de conclusiones del proyecto) 2003 (fecha de acceso : Abril 2008) disponible en: http://www.comunidadandina.org/rural/doc_seguridad/estraper2.pdf
59. Santisteban J, Evaluación del estado nutricional 2004 disponible en: <http://www.upch.edu.pe/ehas/pediatria/nutricion/Clase%20401.htm>
60. Teorías de enfermería disponibles en : <http://enfermeros.org/modelos-teorias.html>.
61. Teorías y Modelos de enfermería disponibles en: <http://atenea.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>
62. Disponible en: INEI 2005 www.inei.gob.pe
63. Disponible en: (<http://www.per.ops-oms.org/noticias/OB.POB.pdf>)
64. Disponible en: <http://www.care.org.pe/infantil.htm>

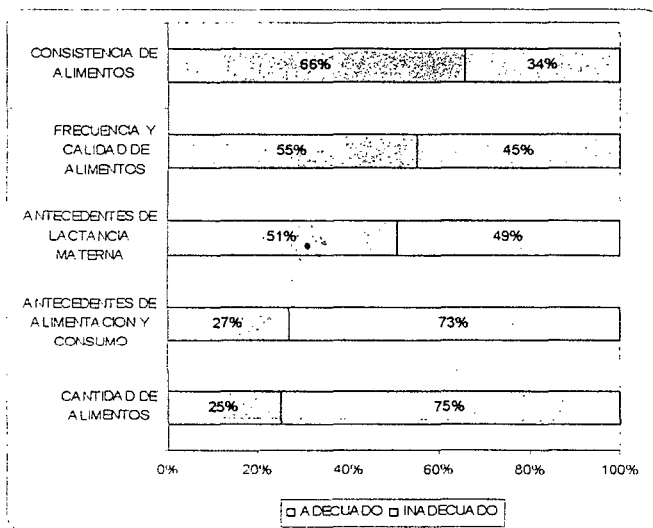
ANEXOS

TABLA N° 6
HÁBITOS ALIMENTARIOS DE MADRES DE LOS NIÑOS
CONSIDERADOS
EN EL ESTUDIO, SEGÚN DIMENSIONES
EN EL C.S EL ALAMO. JULIO 2008

DIMENSIONES	ADECUADO		INADECUADO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
CANTIDAD DE ALIMENTOS	24	25%	71	75%	94	100%
ANTECEDENTES DE ALIMENTACION Y CONSUMO	25	27%	69	73%	94	100%
ANTECEDENTES DE LACTANCIA MATERNA	48	51%	46	49%	94	100%
FRECUENCIA Y CALIDAD DE ALIMENTOS	52	55%	42	45%	94	100%
CONSISTENCIA DE ALIMENTOS	62	66%	32	34%	94	100%

Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden al centro de Salud El Álamo en el Área de CRED.

GRAFICO N° 5



En la tabla N° 5 se puede observar, que del 100% de las dimensiones estudiadas, el 66%(62) la consistencia de alimentos es adecuado, con respecto a la dimensión frecuencia y calidad de alimento el 55%(52) es adecuada y para el antecedente de lactancia materna el 51%(48) es adecuado. Por último los antecedente de alimentación y consumo, y la cantidad de alimentos son adecuados solo un 27%(25) y 25%(24) respectivamente.

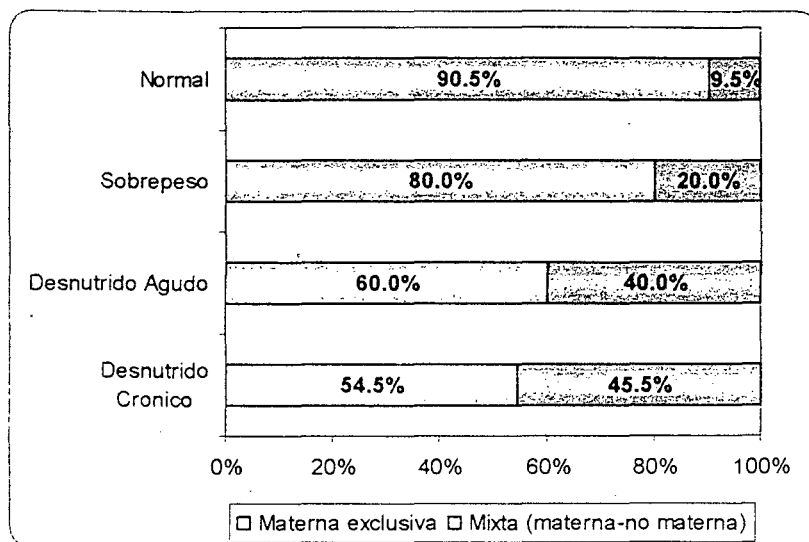
TABLA N° 7
ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN TIPO DE LACTANCIA QUE SE RECIBIÓ
EL NIÑO HASTA LOS 6 MESES DE EDAD QUE SON
ATENDIDOS EN EL C.S EL ALAMO. JULIO 2008

ESTADO NUTRICIONAL	TIPO DE LACTANCIA		TOTAL
	Materna exclusiva	Mixta (materna - no materna)	
Desnutrido crónico N°	6	5	11
%	54.5%	45.5%	100.0%
Desnutrido agudo N°	6	4	10
%	60.0%	40.0%	100.0%
Sobrepeso N°	8	2	10
%	80.0%	20.0%	100.0%
Normal N°	57	6	63
%	90.5%	9.5%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11.946	3	.008
N de casos válidos	94		

GRAFICO N° 6



Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden al centro de Salud El Álamo en el Área de CRED.

En la tabla N° 7 podemos observar que del total de los niños que son atendidos en el C.S El Álamo el 90.5% recibió lactancia materna exclusiva durante los 6 meses de edad, su estado nutricional es normal.

El 80% que recibió lactancia materna exclusiva y el 20% lactancia mixta presentan sobrepeso

El 60% que recibieron lactancia materna exclusiva y 40% lactancia mixta presentan desnutrición aguda.

El 54.5 % que recibieron lactancia materna exclusiva y 45.5% lactancia mixta presentan desnutrición crónica.

TABLA N° 8

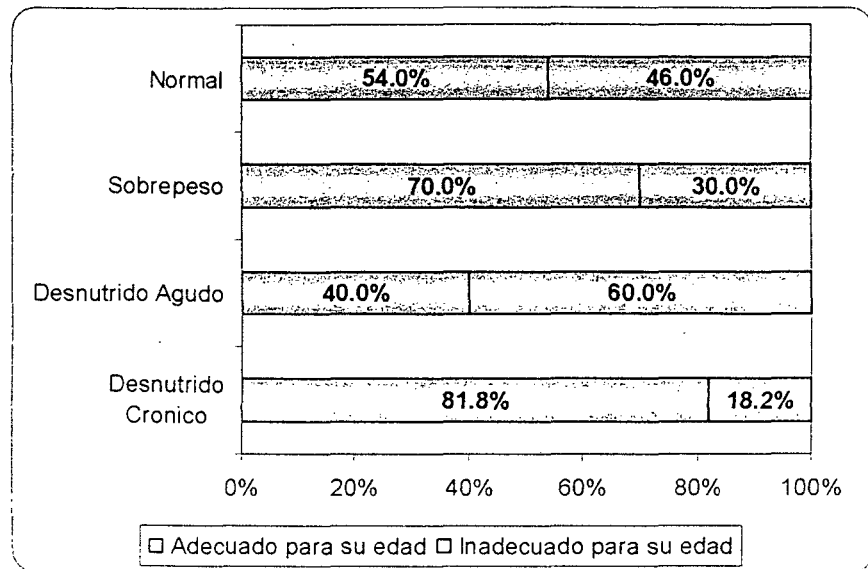
**ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN CONSISTENCIA
DE ALIMENTOS DE ACUERDO A SU EDAD
C.S EL ALAMO. JULIO 2008**

			CONSISTENCIA DEL ALIMENTO		Total
			Adecuado para su edad	Inadecuado para su edad	
ESTADO NUTRICIONAL	Desnutrido Cronico	Nº	9	2	11
		%	81.8%	18.2%	100.0%
	Desnutrido Agudo	Nº	4	6	10
		%	40.0%	60.0%	100.0%
	Sobrepeso	Nº	7	3	10
		%	70.0%	30.0%	100.0%
	Normal	Nº	34	29	63
		%	54.0%	46.0%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.874	3	.181
N de casos válidos	94		

GRAFICOS N° 7



Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden al centro de Salud El Álamo en el Área de CRED.

En la tabla N° 8 podemos observar que del 100% de los niños que presentan desnutrición crónica, el 81.1% la consistencia de sus alimentos para su edad es adecuada, el 18.2% es inadecuada; mientras que el total de los niños con desnutrición aguda, el 60% consistencia de alimentos para su edad es inadecuada y el 40% adecuada.

Del total de los niños con sobrepeso, un 70% es adecuada la consistencia de alimentos para su edad y del total de niños eutróficos es adecuada la consistencia de alimentos para su edad en un 54%.

TABLA N° 09

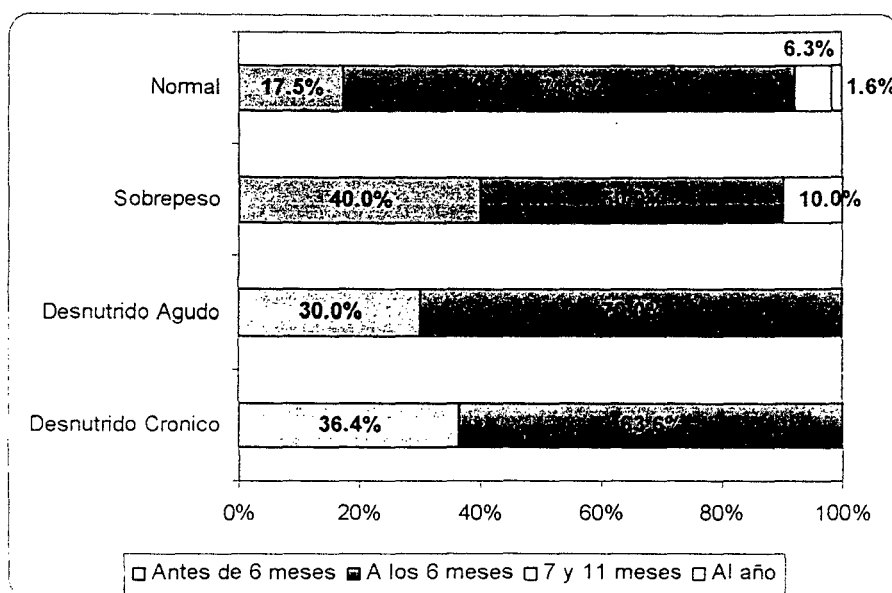
**ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN EDAD DEL NIÑO
QUE INICIO SUS COMIDAS.
C.S EL ALAMO. JULIO 2008**

			EDAD QUE INICIO COMIDAS				Total
			Antes de 6 meses	A los 6 meses	7 y 11 meses	Al año	
ESTADO NUTRICIONAL	Desnutrido Cronico	Nº	4	7	0	0	11
		%	36.4%	63.6%	.0%	.0%	100.0%
	Desnutrido Agudo	Nº	3	7	0	0	10
		%	30.0%	70.0%	.0%	.0%	100.0%
	Sobrepeso	Nº	4	5	1	0	10
		%	40.0%	50.0%	10.0%	.0%	100.0%
	Normal	Nº	11	47	4	1	63
		%	17.5%	74.6%	6.3%	1.6%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6.072	9	.733
N de casos válidos	94		

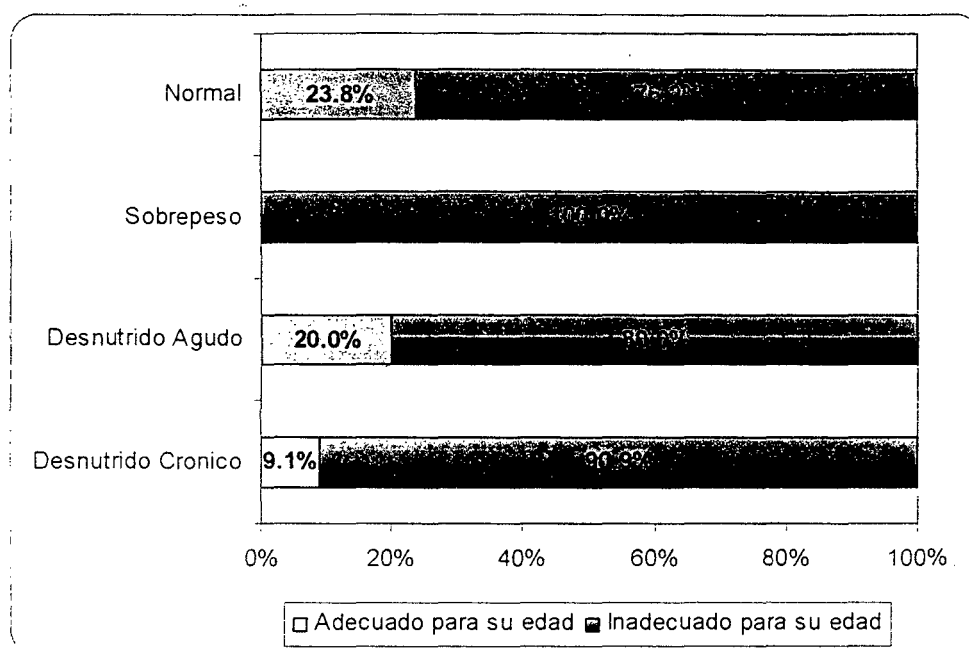
GRAFICOS N° 8



Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden al centro de Salud El Álamo en el Área de CRED.

En la tabla N° 10 podemos observar que del 100% de niños en estudio el 36.4% de los niños con desnutrición crónica, iniciaron su alimentación complementaria antes de los 6 meses de edad, el 63.6%(7) iniciaron a los 6 meses de edad; mientras que el total de niños con la desnutrición aguda, el 30%(3) iniciaron la alimentación complementaria antes de los 6 meses, el 70%(7) iniciaron a los 6 meses de edad; los niños con sobrepeso, el 40%(4) iniciaron su alimentación complementaria antes de los 6 meses de edad y el total de los niños eutróficos el 74.6%(47) a los 6 meses iniciaron su alimentación complementaria.

GRAFICO N° 09



Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden al centro de Salud El Álamo en el Área de CRED.

En la tabla N° 11 puedes observar que el 100% de los niños con sobrepeso recibieron una inadecuada cantidad de alimentos para su edad en relación al 2.8% de los niños con estado nutricional normal recibieron cantidades adecuadas para su edad.

TABLA N° 10

ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN CANTIDAD DE ALIMENTO
QUE RECIBE EL NIÑO DE ACUERDO A SU EDAD

C.S EL ALAMO. JULIO 2008

			CANTIDAD DE ALIMENTO		Total
			Adecuado para su edad	Inadecuado para su edad	
ESTADO NUTRICIONAL	Desnutrido Cronico	N°	1	10	11
		%	9.1%	90.9%	100.0%
	Desnutrido Agudo	N°	2	8	10
		%	20.0%	80.0%	100.0%
	Sobrepeso	N°	0	10	10
		%	.0%	100.0%	100.0%
	Normal	N°	15	48	63
		%	23.8%	76.2%	100.0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3.976	3	.264
N de casos válidos	94		

TABLA N° 11

ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN FRECUENCIA DE COMIDAS EN UN
DÍA.

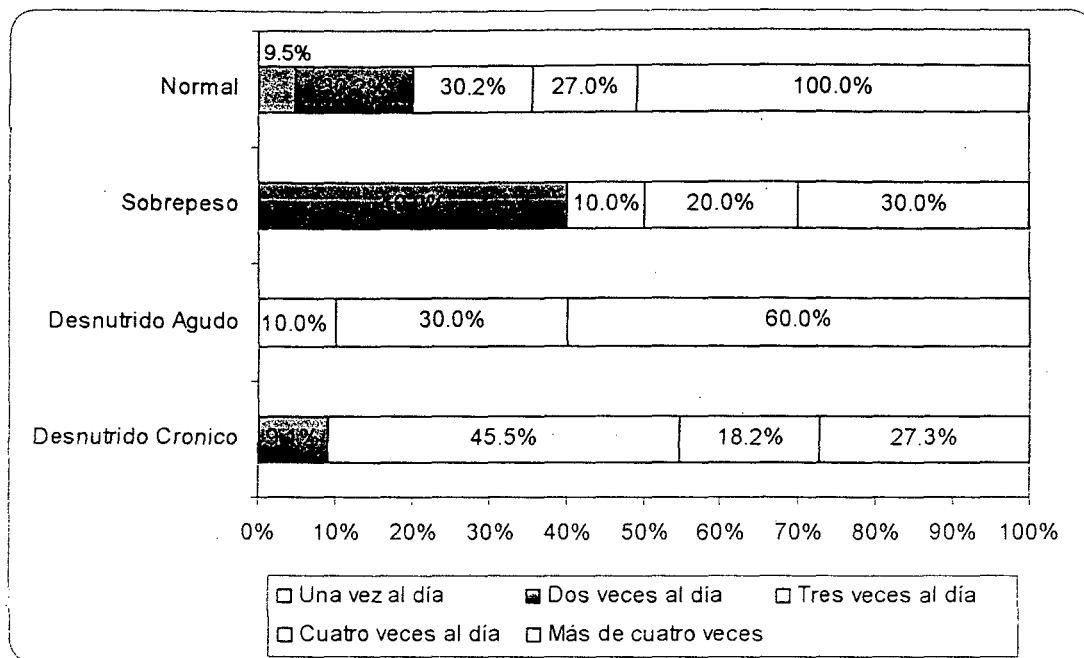
C.S EL ALAMO JULIO 2008

			FRECUENCIA DE COMIDAS					Total
			Una vez al día	Dos veces al día	Tres veces al día	Cuatro veces al día	Más de cuatro veces	
ESTADO NUTRICIONAL	Desnutrido Cronico	N°	0	1	5	2	3	11
		%	.0%	9.1%	45.5%	18.2%	27.3%	100.0%
	Desnutrido Agudo	N°	0	0	1	3	6	10
		%	.0%	.0%	10.0%	30.0%	60.0%	100.0%
	Sobrepeso	N°	0	4	1	2	3	10
		%	.0%	40.0%	10.0%	20.0%	30.0%	100.0%
	Normal	N°	2	6	19	19	17	63
		%	3.2%	9.5%	30.2%	30.2%	27.0%	100.0%
Total	N°	2	11	26	26	29	94	
	%	2.1%	11.7%	27.7%	27.7%	30.9%	100.0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16.812	12	.157
N de casos válidos	94		

GRAFICOS N° 10



Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden al centro de Salud El Álamo en el Área de CRED.

En la tabla N° 12 podemos observar que del 100% (11) de niños que presentan desnutrición crónica, el 45.5% de niños solo reciben comida 3 veces al día, el 18.2% de niños 4 veces al día, más de 4 veces al día un 27.3%; mientras que el total de niños con desnutrición aguda, el 60% más de 4 veces del día, 4 veces al día un 30% y el total de los niños con sobrepeso el 40% solo 2 veces al día, más de 4 veces al día un 30% mientras que del total de los niños eutróficos un 30.2% come 4 veces al día.

TABLA N° 12

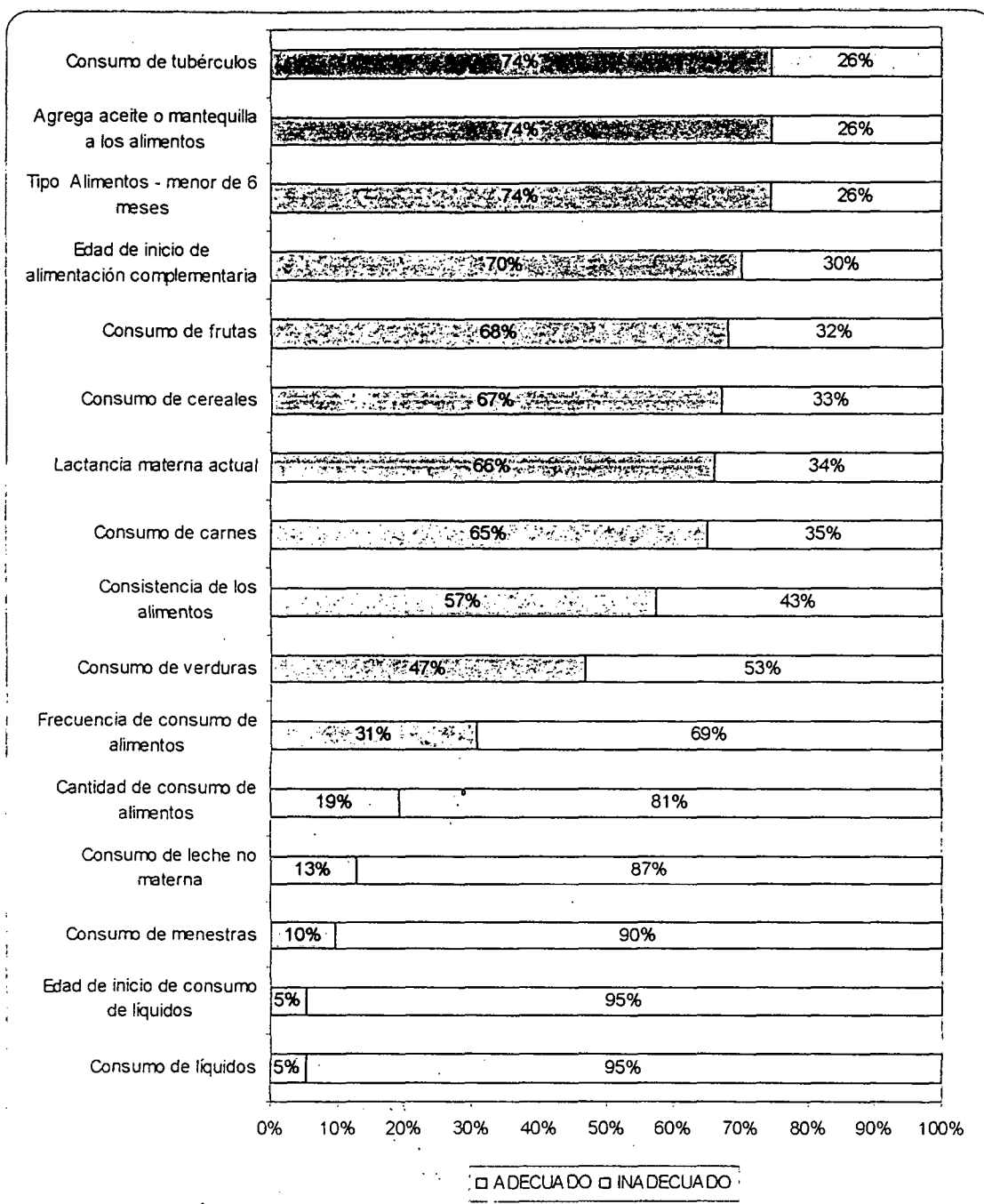
**HÁBITOS ALIMENTARIOS DE MADRES DE LOS NIÑOS
CONSIDERADOS EN EL ESTUDIO, SEGÚN INDICADORES. JULIO 2008**

INDICADOR	ADECUADO		INADECUADO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Tipo Alimentos - menor de 6 meses	70	74%	24	26%	94	100%
Lactancia materna actual	62	66%	32	34%	94	100%
Consumo de leche no materna	12	13%	82	87%	94	100%
Consumo de líquidos	5	5%	89	95%	94	100%
Edad de inicio de consumo de líquidos	5	5%	89	95%	94	100%
Edad de inicio de alimentación complementaria	66	70%	28	30%	94	100%
Consistencia de los alimentos	54	24%	40	76%	94	100%
Agrega aceite o mantequilla a los alimentos	70	74%	24	26%	94	100%
Frecuencia de consumo de alimentos	29	31%	65	69%	94	100%
Cantidad de consumo de alimentos	18	9%	76	91%	94	100%
Consumo de frutas	64	68%	30	32%	94	100%
Consumo de carnes	61	65%	33	35%	94	100%
Consumo de verduras	44	47%	50	53%	94	100%
Consumo de menestras	9	10%	85	90%	94	100%
Consumo de cereales	63	67%	31	33%	94	100%
Consumo de tubérculos	70	74%	24	26%	94	100%

Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden al centro de Salud El Álamo en el Área de CRED.

GRAFICO N° 11

HÁBITOS ALIMENTARIOS DE MADRES DE LOS NIÑOS
CONSIDERADOS EN EL ESTUDIO, SEGÚN INDICADORES. JULIO 2008



Fuente: Encuesta realizada a las madres que acuden al centro de Salud El Álamo en el Área de CRED.

En la tabla N° 11 podemos observar que entre los hábitos adecuados destaca en mayor medida con 74% el consumo de tubérculos y el agregar aceites y otras grasas en sus comidas, y el 66% que mantiene la lactancia materna; en cuanto a los hábitos inadecuados destaca el la edad el inadecuado inicio de consumo de líquidos en los niños con un 95% y 69% con un hábito inadecuado en la frecuencia de alimentación.