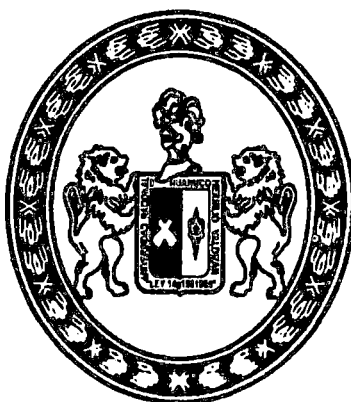


UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE ALIMENTACIÓN
INFANTIL EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS
QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL CENTRO
DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI, 2015**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TESISTAS:

**Melissa del Carmen GÓMEZ ESTEBAN
Verónica GONZALES VELA
Nohely Pilar VALDIVIA BARTOLO**

ASESORA: Dra. Silvia MARTEL Y CHANG

**HUÁNUCO-PERÚ
2015**



"AÑO DE LA DIVERSIFICACIÓN PRODUCTIVA Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACIÓN"
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN
HUANUCO PERU



FACULTAD DE ENFERMERIA

Av. Universitaria Nº 601 - 607 Pabellón 3, 2do.Piso-Cayhuayna -Teléfono 59-1076

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

En la ciudad universitaria de Cayhuayna, a los veinticuatro días del mes de noviembre de 2015, siendo las once y treinta horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en los ambientes del Laboratorio de Enfermería de la UNHEVAL, los miembros integrantes del Jurado Calificador, nombrados mediante la Resolución N° 0608-2015-UNHEVAL-D-FENF, para proceder con la evaluación de la Tesis titulada: **CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE ALIMENTACIÓN INFANTIL EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI, 2015**, de la Bachiller: **Melissa del Carmen GÓMEZ ESTEBAN**

El Jurado Calificador está integrado por las siguientes docentes:

- | | |
|-------------------------------------|--------------------|
| • Dra. María Luz Ortiz Cruz | PRESIDENTA |
| • Dra. Irene Deza y Falcón | SECRETARIA |
| • Mg. Maura Ríos Rojas | VOCAL |
| • Lic. Enf. Eudonia Alvarado Ortega | ACCESITARIA |

Finalizado el acto de sustentación, los miembros del jurado procedieron a deliberar y verificar los calificativos, habiéndose obtenido el resultado siguiente: APROBADO..... por UNANIMIDAD, con el calificativo cuantitativo de 14..... y cualitativo de MUY BUENO, quedando APTO..... para que proceda con los trámites necesarios, con la finalidad de obtener **EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**.

Con lo que se dio por concluido el acto de Sustentación de Tesis, en fe de lo cual firmamos.

.....

PRESIDENTE (A)

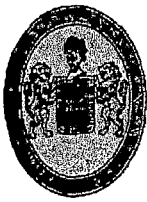
.....

SECRETARIO (A)

.....

VOCAL

Deficiente (11, 12, 13)
 Bueno (14, 15, 16)
 Muy Bueno (17, 18)
 Excelente (19, 20)



"AÑO DE LA DIVERSIFICACIÓN PRODUCTIVA Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACIÓN"
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZAN
HUANUCO PERU



FACULTAD DE ENFERMERIA

Av. Universitaria Nº 601 - 607 Pabellón 3, 2do. Piso-Cayhuayna - Teléfono 59-1076

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL
TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

En la ciudad universitaria de Cayhuayna, a los veinticuatro días del mes de noviembre de 2015, siendo las once y treinta horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en los ambientes del Laboratorio de Enfermería de la UNHEVAL, los miembros integrantes del Jurado Calificador, nombrados mediante la Resolución Nº 0608-2015-UNHEVAL-D-FENF, para proceder con la evaluación de la Tesis titulada: **CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE ALIMENTACIÓN INFANTIL EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI, 2015**, de la Bachiller: **Verónica GONZALES VELA**


El Jurado Calificador está integrado por las siguientes docentes:

- | | |
|-------------------------------------|--------------------|
| • Dra. María Luz Ortiz Cruz | PRESIDENTA |
| • Dra. Irene Deza y Falcón | SECRETARIA |
| • Mg. Maura Ríos Rojas | VOCAL |
| • Lic. Enf. Eudonia Alvarado Ortega | ACCESITARIA |

Finalizado el acto de sustentación, los miembros del jurado procedieron a deliberar y verificar los calificativos, habiéndose obtenido el resultado siguiente: APROBADO por UNANIMIDAD, con el calificativo cuantitativo de M y cualitativo de MUY BUENO, quedando APTO para que proceda con los trámites necesarios, con la finalidad de obtener **EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**.

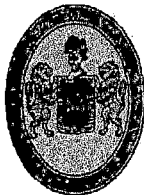
Con lo que se dio por concluido el acto de Sustentación de Tesis, en fe de lo cual firmamos.


.....
PRESIDENTE (A)


.....
SECRETARIO (A)


.....
VOCAL

Deficiente (11, 12, 13)
Bueno (14, 15, 16)
Muy Bueno (17, 18)
Excelente (19, 20)



"AÑO DE LA DIVERSIFICACIÓN PRODUCTIVA Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACIÓN"
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILO VALDIZAN
HUANUCO PERU



FACULTAD DE ENFERMERIA

Av. Universitaria Nº 601 - 607 Pabellón 3, 2da. Piso-Cayhuayna - Teléfono 59-1076

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL
TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

En la ciudad universitaria de Cayhuayna, a los veinticuatro días del mes de noviembre de 2015, siendo las once y treinta horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en los ambientes del Laboratorio de Enfermería de la UNHEVAL, los miembros integrantes del Jurado Calificador, nombrados mediante la Resolución Nº 0608-2015-UNHEVAL-D-FENF, para proceder con la evaluación de la Tesis titulada: **CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE ALIMENTACIÓN INFANTIL EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI, 2015**, de la Bachiller: **Nohely Pilar VALDIVIA BARTOLO**

El Jurado Calificador está integrado por las siguientes docentes:

- | | |
|-------------------------------------|--------------------|
| • Dra. María Luz Ortiz Cruz | PRESIDENTA |
| • Dra. Irene Deza y Falcón | SECRETARIA |
| • Mg. Maura Ríos Rojas | VOCAL |
| • Lic. Enf. Eudonia Alvarado Ortega | ACCESITARIA |

Finalizado el acto de sustentación, los miembros del jurado procedieron a deliberar y verificar los calificativos, habiéndose obtenido el resultado siguiente: APROBADO..... por UNANIMIDAD., con el calificativo cuantitativo de14..... y cualitativo de MUY BUENO., quedando APTO..... para que proceda con los trámites necesarios, con la finalidad de obtener **EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**.

Con lo que se dio por concluido el acto de Sustentación de Tesis, en fe de lo cual firmamos.


.....
PRESIDENTE (A)


.....
SECRETARIO (A)


.....
VOCAL

Deficiente (11, 12, 13)
Bueno (14, 15, 16)
Muy Bueno (17, 18)
Excelente (19, 20)

DEDICATORIA

A nuestros padres, por su comprensión y ayuda en momentos malos y menos malos. Por habernos enseñado a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento. Por impartirnos todo lo que somos como personas; valores, principios, perseverancia y empeño y todo ello con una gran dosis de amor y sin pedir nunca nada a cambio.

Los Autores.

AGRADECIMIENTO.

A Dios por darnos la vida y fortaleza, por ser el sustentador de todo lo que somos, por sus bendiciones en los momentos adversos de nuestras vidas.

A la asesora de tesis, Dra. Silvia Martel Y Chang por su esfuerzo y dedicación; de esta manera permitirnos elaborar el trabajo de investigación.

A los docentes de la facultad de enfermería por compartir sus conocimientos, sus orientaciones, su paciencia y su motivación que han sido fundamentales para nuestra formación como investigadores.

Nuestro profundo agradecimiento al Hospital Carlos Showing Ferrari quien nos abrió las puertas para realizar la investigación, a las enfermeras y al personal en general.

A las madres de familia de los niños que conformaron las unidades de análisis del estudio.

A todos los que de alguna forma contribuyeron a la realización del presente estudio.

Para ellos, Muchas gracias por todo.

Los autores.

RESUMEN.

La responsabilidad en la alimentación de los menores de 3 años recae en los padres o cuidadores, pues son ellos los que proporcionan los alimentos a los niños y les inculcan los hábitos relacionados con su alimentación. Por ello, la Enfermera, en su labor preventiva promocional debe brindar información sobre el estado nutricional y orientar a los padres sobre los requerimientos en esta etapa, entre otros aspectos, para favorecer la adecuada nutrición en nuestra niñez.

En este contexto se realizó el presente estudio titulado: Conocimiento y actitudes sobre alimentación infantil en madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015, que tuvo como objetivo: Determinar el nivel de conocimiento y actitudes sobre alimentación infantil en madres de niños menores de 3 años.

El estudio fue de tipo cuantitativo debido a que los datos obtenidos son susceptibles de ser medidos, nivel aplicativo pues nos va a permitir reorientar y/o modificar la realidad existente, método descriptivo simple de corte transversal ya que permite mostrar la información obtenida tal y como se encuentra en la realidad en un espacio y tiempo determinado.

La población estuvo conformada por 92 madres de niños menores de 3 años. Los resultados fueron que de 92 madres 51 (55,4%) de ellas tienen un nivel de conocimiento medio, seguido por 28 madres (30,4%) que tienen un nivel de conocimiento alto y como puesto final 13 madres (14,2%) que tiene un nivel de conocimiento bajo. En cuanto a las actitudes 64 (69,6%)

madres tienen actitudes adecuadas, mientras 28 (30.4%) presentan actitudes inadecuadas,

Conclusiones: La mayoría de las madres que acuden al centro de salud Carlos showing Ferrari tienen un nivel de conocimiento medio frente a la alimentación en niños menores de 3 años y hay una tendencia de actitudes adecuadas hacia la alimentación infantil.

Palabras Claves: Alimentación complementaria, conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria, prácticas en la alimentación complementaria, lactante.

ABSTRACT

The responsibility for feeding children under 3 years rests with parents or caregivers, it is they who provide food to children and inculcate the habits related to food. Therefore, the nurse in your promotional preventive work should provide information on the nutritional status and counsel parents about the requirements at this stage, among other things, to promote proper nutrition in our childhood.

Knowledge and Attitudes about infant feeding in mothers of children under 3 years attending clinics CRED Health Center Carlos Showing Ferrari, 2015, that aimed: in this context the present study titled was done Determine the level of knowledge and attitudes about infant feeding in mothers of children under 3 years.

The quantitative study was since the data are likely to be measured, as application level will allow us to redirect and / or modify the existing reality, simple descriptive method of cross section and which displays information obtained as It is in reality in space and time.

The population consisted of 92 mothers of children under 3 years.

The results were that 92 mothers of 51 (55.4%) of them have a medium level of knowledge, followed by 28 mothers (30.4%) who have a high level of knowledge and as a final position 13 mothers (14.2 %) having a low level of knowledge. As for attitudes 64 (69.6%) mothers have proper attitudes, while 28 (30.4%) had inappropriate attitudes,

Conclusions: Most of the mothers who come to the health center Carlos showing Ferrari have a medium level of knowledge as opposed to food in

children younger than 3 years and there is a tendency to appropriate infant feeding attitudes.

Keywords: Complementary feeding, knowledge of mothers on complementary feeding, complementary feeding practices, infant.

INDICE

Pag.		
DEDICATORIA.....	ii	
AGRADECIMIENTO.....	iii	
RESUMEN.....	iv	
Abstract.....	vi	
INTRODUCCIÓN	xi	
Fundamentación del problema de investigación.....	14	
Justificación.....	16	
Propósito.....	17	
Formulación de la investigación.....	17	
Objetivos.....	18	
General.....	18	
Específico.....	18	
Hipótesis.....	19	
Variables de estudio.....	21	
Operacionalización de variables.....	22	
CAPÍTULO I		
1. MARCO TEORICO	25	
1.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	25	
1.2. BASES TEORICAS.....	32	
1.3. BASES CONCEPTUALES.....	34	

1.4. DEFINICIÓN DE TERMINOS.....	46
CAPÍTULO II	
2. MARCO METODOLOGICO.	
2.1 Nivel, Tipo y Método de Investigación.....	48
2.2. Ámbito.....	48
2.2. Población.....	50
2.3. Muestra y muestreo.....	52
2.4 Métodos y técnicas de recolección de datos.....	53
CAPITULO III	
RESULTADOS.....	55
DISCUSIÓN.....	67
Conclusiones.....	70
Recomendaciones.....	71
Bibliografía.....	72
Anexos.....	77

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Descripción de la distribución según edad de las madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015.	55
Tabla 2.	Descripción de la distribución según estado civil de las madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015.	57
Tabla 3	Descripción de la distribución según el tipo de ocupación de las en madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015.	58
Tabla 4.	Descripción de la distribución según la procedencia de las en madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015.	60
Tabla 5	Descripción de la distribución según el nivel de conocimiento sobre alimentación infantil de las en madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015.	61
Tabla 6	Descripción de la distribución según la actitud sobre alimentación infantil de las en madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015.	63
Tabla 7	Descripción de la Relación entre el nivel de conocimiento y las Actitudessobre alimentación infantil en madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015.	65
Tabla 8	Descripción de la Relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación infantil y la procedencia en madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015.	66

INTRODUCCIÓN

Una adecuada alimentación durante los primeros años de vida es fundamental para asegurar el crecimiento y mantener la salud durante la etapa adulta^(1,2). A partir de los 6 meses de vida se debe iniciar una etapa conocida como alimentación complementaria, donde se introduce alimentos diferentes a la leche materna de manera gradual y progresiva^(3,4). La alimentación complementaria tiene por objetivo cubrir las necesidades nutricionales del niño, favorecer la interrelación madre-hijo, ayudar a la transición del lactante de una dieta líquida a la del consumo familiar y favorecer el establecimiento de hábitos saludables de alimentación. Para lograr lo anterior es importante que la madre tenga conocimientos y prácticas adecuadas en alimentación. Por otro lado, las actitudes, definidas como estado de disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la experiencia que incita a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones, pueden ser adecuadas o inadecuadas, de rechazo o aceptación respecto a lactancia materna, alimentación habitual del niño menor de 3 años y durante periodos de enfermedad⁽⁵⁾. Asimismo, las percepciones (procesos cognitivos que consisten en el reconocimiento, interpretación y significación para elaborar juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social sobre la alimentación del niño, creencias en relación a lactancia materna, consistencia de las comidas, cantidad, frecuencia y consumo de alimentos de origen animal, influirían en sus actitudes⁽⁶⁾.

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) Continua 2007-2008 revela que 64,3% de niños menores de 3 años consume granos y cereales, 39,3% no consume alimentos de origen animal y más de 70% no

consume menestras⁽⁷⁾. Esto refleja que las madres brindan a sus niños una alimentación basada principalmente en alimentos energéticos y no balanceada, lo cual hace suponer que no tendrían adecuados conocimientos acerca de alimentación.

Actualmente, la información acerca de actitudes y percepciones de las madres con respecto a la alimentación de sus niños durante los 3 primeros años de vida es limitada, por lo que se conoce poco sobre por qué realizan ciertas prácticas y por qué no otras, siendo esta información la que nos ayudaría a darle un enfoque real y útil a las intervenciones educativas nutricionales que se realizan en busca de una mejora del estado de salud y nutrición de los niños⁽⁸⁾

En HUÁNUCO la desnutrición crónica en niños menores de 5 años, que acceden a los EESS de la región muestra una disminución constante en los 4 últimos años (2% por año), con cerca de 3 niños desnutridos crónicos de cada 10 niños. La desnutrición global continúa con una tendencia decreciente y afecta a 1 niño de cada 20.

La desnutrición aguda también muestra una disminución discreta en el periodo, y se presentó en casi 1 de cada 70 niños. El sobrepeso mantiene una tendencia discreta de incremento en el periodo, mientras la obesidad en niños no muestra cambios en los cuatro últimos años, pero aun así más de 1 de cada 13 niños padecen de exceso de peso (sobrepeso y obesidad) en la región⁽⁹⁾.

Con la intervención ergonómica, se pretende aumentar la efectividad y eficiencia de las actividades, con la finalidad de reducir al máximo las posibles consecuencias humanas y económicas, reducción de fatiga, estrés y mejorar la calidad de vida, de igual forma se busca la implementación de

alternativas en el diseño de ambientes de trabajo, que reduzcan el desgaste físico y mental del operador.

CAPITULO I: Se abarca marco teórico acerca de la alimentación en menores de tres años, antecedentes del problema de investigación, bases teóricas y conceptuales..

CAPITULO II: se abarca el marco metodológico del problema de investigación, ámbito de estudio, población, muestra, diseño y metodología, técnicas e instrumentos utilizados y el proceso de investigación.

CAPITULO III: resultados y discusión del problema de investigación, conclusiones y recomendaciones.

FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

Durante el primer año de vida la alimentación de los niños tiene dos componentes, la leche humana o los sucedáneos de la misma, y los alimentos diferentes a la leche materna. Pragmáticamente, la lactancia es el alimento fundamental del primer semestre; los alimentos diferentes a la leche materna líquidos o sólidos lo son del segundo; sin olvidar que el amamantamiento podrá continuar hasta los dos años de edad. Por sus numerosos beneficios a la salud de los niños, se cree que la lactancia materna exclusiva es el alimento óptimo para el niño durante los primeros seis meses de vida⁽¹⁰⁾, considerándose también que la exclusividad por mayor tiempo ya no satisface los requerimientos nutrimentales del niño, siendo ésta la razón principal para introducir después de este lapso, alimentos diferentes a la leche materna⁽¹¹⁾. Esta visión trata de establecer una congruencia entre las formas de alimentación y las necesidades nutrimentales de los niños, para que en el primer semestre no reciban alimentos diferentes a la leche materna sin razones plenamente justificadas; y para que en el segundo semestre reciban una alimentación correcta⁽¹²⁾. En este sentido no hay que olvidar que los niños, particularmente durante el primer año de vida, constituyen una población muy vulnerable, su alimentación depende totalmente de la decisión de los adultos, influenciados por los profesionales de la salud, los medios de comunicación masivos y la industria que procesa alimentos para niños lactantes.⁽¹³⁾

Cuando la leche materna deja de ser suficiente para atender las necesidades nutricionales del lactante hay que añadir alimentos complementarios a su dieta. La transición de la lactancia exclusivamente

materna a la alimentación complementaria abarca generalmente el periodo que va de los 6 a los 18 a 24 meses de edad, y es una fase de gran vulnerabilidad, cuando para muchos niños empieza la malnutrición, y de las que más contribuye a la alta prevalencia de la malnutrición en los menores de 5 años de todo el mundo. La OMS calcula que en los países de ingresos bajos dos de cada cinco niños tienen retraso del crecimiento⁽¹⁴⁾.

La malnutrición infantil sigue siendo un problema común en los países en desarrollo, llegando a abarcar aproximadamente a la tercera parte de los niños menores de cinco años a nivel mundial, en el Perú 18,1% de los niños menores de cinco años es afectado por la desnutrición crónica. Por otro lado, diversas evidencias muestran que entre un tercio y la mitad de la mortalidad infantil puede ser atribuida a la malnutrición. Asimismo, está ampliamente aceptado que las enfermedades infecciosas son parte de las causas inmediatas de la malnutrición, junto con una alimentación inadecuada y la consecuente carencia de energía y nutrientes⁽¹⁵⁾.

La adecuada alimentación y nutrición de los niños durante los tres primeros años de vida, es decir la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria, son esenciales para garantizar un buen desarrollo intelectual y un desenvolvimiento laboral en la vida adulta. La interrupción de la lactancia materna exclusiva es un hecho frecuente en el Perú⁽¹⁶⁾.

El conocimiento de la madre sobre alimentación en niños de menores de 3 años depende de la noción y experiencia, lograda y acumulada por la madre sobre alimentación, que alcanza en el transcurso de vida mediante una buena recolección de datos e información, que ayudará a mantener la salud de sus hijos y prevenir enfermedades⁽¹⁷⁾. El conocimiento depende de

factores, como, el grado de instrucción, experiencias previas en el cuidado de niños y conocimientos que se adquieren del profesional de salud, entre otros⁽¹⁸⁾. También influyen los consejos de la familia que manejan un conjunto de creencias, muchas veces, erróneas, profundamente arraigadas en nuestra cultura⁽¹⁹⁾.

Con frecuencia, el conocimiento y las prácticas inapropiadas sobre alimentación es un factor determinante de la malnutrición, incluso más importante que la falta de alimentos⁽²⁰⁾. Las deficiencias nutricionales durante los primeros dos años de vida, limitan el crecimiento y desarrollo del niño, originando efectos irreversibles⁽²¹⁾.

Justificación.

La alimentación y nutrición en los niños menores de 3 años es importante, ya que en esta etapa desarrollan en un 85% su cerebro, lo cual está relacionado a la capacidad de asimilar conocimientos, interactuar con su entorno, su capacidad motora y de adaptación a nuevos ambientes y personas, así mismo necesitan el aporte de otros micronutrientes que la leche materna no les otorga en la cantidad necesaria según los requerimientos nutricionales.

Una adecuada alimentación complementaria va depender en primera instancia de la madre, si esta no tiene los conocimientos necesarios, se podría originar serias repercusiones en el niño, alguna de las cuales son la desnutrición crónica y el retardo en el crecimiento. Debido a esto se considera trascendental que el personal de enfermería que labora en el

componente de CRED debe orientar a las madres sobre la alimentación complementaria a fin de incrementar los conocimientos y fortalecer las prácticas adecuadas, para así prevenir complicaciones derivadas de la desnutrición en el niño.

Propósito.

Los resultados del estudio permitirán brindar información actualizada al personal de enfermería que labora en el componente de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari a fin de promover y diseñar actividades educativas destinadas a incrementar los conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en las madres orientada a disminuir el riesgo a adquirir enfermedades carenciales y desnutrición.

Formulación del Problema.

Problema general.

¿Cuál es el nivel de conocimiento y actitudes sobre alimentación infantil en madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015?

Problemas específicos.

- ✓ ¿Cuál es nivel de conocimiento sobre alimentación infantil en madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015?

- ✓ ¿Cuáles son las actitudes sobre alimentación infantil en madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015?
- ✓ ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre alimentación infantil en madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015?
- ✓ ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación infantil y la procedencia en madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015?

Objetivos.

Objetivo general.

Determinar el nivel de conocimiento y actitudes sobre alimentación infantil en madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015.

Objetivos específicos.

- ✓ Identificar el nivel de conocimiento sobre alimentación infantil en madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015.

- ✓ Establecer las actitudes sobre alimentación infantil en madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015.
- ✓ Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre alimentación infantil en madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015?
- ✓ Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación infantil y la procedencia en madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015?

Hipótesis

General

Hi: Existe un conocimiento y una actitud adecuada sobre alimentación infantil en las madres de niños menores de 3 años que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015.

H_o: No existe un conocimiento y una actitud adecuada sobre alimentación infantil en las madres de niños menores de 3 años que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015.

Específicos

Hi: Existe un bajo conocimiento sobre alimentación infantil en las madres de niños menores de 3 años que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015.

H_o: Existe un alto conocimiento sobre alimentación infantil en las madres de niños menores de 3 años que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015.

Hi: Existe una actitud adecuada sobre alimentación infantil en las madres de niños menores de 3 años que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015.

H_o: Existe una actitud inadecuada sobre alimentación infantil en las madres de niños menores de 3 años que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015.

Hi: Existe Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre alimentación infantil en madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015?

H_o: No existe Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre alimentación infantil en madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015?

H_o: No existe relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación infantil y la procedencia en madres de niños menores de

3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos
Showing Ferrari, 2015?

Variables.

Variable independiente.

Nivel de conocimiento.

Variable dependiente.

Actitudes sobre alimentación en madres de niños menores de 3 años.

Variable de Intervención.

Datos sociodemográficos

Operacionalización de Variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL.	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE
VARIABLE INDEPENDIENTE					
Nivel de conocimiento sobre alimentación.	Conocimiento sobre las características de la alimentación.	Alimentación. Edad de inicio de alimentos. Tipo de alimentos Consistencia de los alimentos Fuente de lípidos Fuente de carbohidratos Fuente de vitaminas. Fuente de minerales.	Cualitativa.	Nominal	Encuesta
	Conocimiento sobre los beneficios de una adecuada alimentación.	Adecuado desarrollo corporal. Adecuado desarrollo cerebral.	Cualitativa.	Nominal	Encuesta
	Conocimiento sobre las medidas de higiene en la alimentación.	Importancia del lavado de manos. Prevención de diarreas. Cocinar los alimentos.	Cualitativa.	Nominal	Encuesta

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE
VARIABLE DEPENDIENTE					
Actitud sobre alimentación complementaria.	Lavado de manos.	Adecuada Inadecuada	Cualitativa	Nominal	Encuesta.
	Mantener los Alimentos tapados.	Adecuada Inadecuada	Cualitativa	Nominal	Encuesta.
	Conservar los Alimentos en lugares seguros.	Adecuada Inadecuada	Cualitativa	Nominal	Encuesta.
	Utilizar utensilios Limpios para	Adecuada Inadecuada	Cualitativa	Nominal	Encuesta.

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE
VARIABLES INTERVINIENTES					
Variable interviniente.	Procedencia	Rural Urbano	Cualitativa.	Nominal.	Encuesta.
	Religión	Católico Mormón Evangélico Otros.	Cualitativa.	Nominal.	Encuesta.
	Ocupación.	Comerciante Obrero Ama de casa	Cualitativa.	Nominal.	Encuesta.
	Estado civil.	Casada Soltera Divorciada Viuda	Cualitativa.	Nominal.	Encuesta.
	Edad materna.	años	Cuantitativa	Nominal.	Encuesta.
	Grado de instrucción	Primaria Secundaria superior	Cualitativa.	Ordinal.	Encuesta.

CAPÍTULO I

MARCO TEORICO

1. Antecedentes de la Investigación.

1.1 Antecedentes Internacionales.

Dalmau, Jhosehp, Moráis, Andres. Evaluación de la alimentación y consumo de nutrientes en menores de 3 años. Madrid, España; 2014. Objetivo: evaluar el consumo de energía y nutrientes en niños españoles menores de 3 años y comparar los resultados con las recomendaciones actuales, para comprobar si su ingesta era adecuada. Metodología y métodos: Estudio piloto transversal. Las madres completaron un diario dietético sobre el consumo de alimentos de sus hijos, durante 4 días no consecutivos, registrando los productos y las cantidades consumidas. Se calcularon el consumo de nutrientes y los resultados se compararon con las Dietary Reference Intakes para cada grupo de edad. Resultados: Se incluyó a 188 niños (93 niños, 95 niñas) con edades de 0-6 meses (41), 7-12 meses (24), 13-24 meses (57) y 25-36 meses (66). Se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto a las DRI en el consumo de la mayoría de los nutrientes analizados. Destacó el exceso de consumo de proteínas, que alcanza el 37,6% de las DRI en los niños entre 1 y 3 años. El 96% de los niños de 7 a 12 meses, el 88% de los niños de 13 a 24 meses y el 97% de los niños de 25 a 36 meses consumían proteínas por encima del doble de las DRI. Conclusiones: La ingesta de nutrientes

difirió de las DRI, especialmente en lo referido a las proteínas. Se debería evaluar si las desviaciones observadas en el estudio son extensibles a la población nacional de este grupo de edad en un estudio con una muestra representativa y las posibles repercusiones sobre la salud de los niños⁽²²⁾.

Venegas, Rocío; Montes, Patricia; Velasco Benítez, Carlos Alberto; Álvarez, Juliana. Conocimientos, prácticas y actitudes sobre alimentación normal en el primer año de vida, de los estudiantes de medicina de la Universidad del Valle de Cali, Colombia. En Cali, Colombia;2013. Objetivo: Determinar los conocimientos, prácticas y actitudes (CAP) en estudiantes de medicina matriculados en la Universidad del Valle sobre alimentación normal durante el primer año de vida. Metodología: Se realizó un estudio de prevalencia observacional, descriptivo, tipo encuesta que incluyó 105 estudiantes matriculados en el año 2005 en Medicina y Cirugía en la Universidad del Valle (Univalle). Resultados: 46,7% de los estudiantes encuestados posee un conocimiento insuficiente (< 60% de respuestas correctas) sobre alimentación en el primer año de vida, 51,4% posee un nivel aceptable, 1,9% bueno y ninguno muy bueno. Conclusiones: Hay menor nivel de conocimiento significativamente entre los estudiantes de cuarto año, pero no en los del quinto ni sexto año. No se encontró diferencias significativas en los estudiantes de sexto año de la Univalle comparados con otras universidades. Se debe mejorar el conocimiento global sobre alimentación normal en el primer año de vida en los estudiantes debido a la importancia de su formación para suministrar a los padres y/o cuidadores información relacionada con la alimentación del niño⁽²³⁾.

Marna, R; Ortíz, M; Velasco Benítez, Diana. Conocimientos sobre alimentación durante el primer año de vida en médicos generales de cali, colombia. En Cali, Colombia; 2010. Objetivo: Determinar cuáles son los conocimientos de médicos generales, sobre alimentación del niño sano durante el primer año de vida. Materiales y métodos: Estudio observacional descriptivo de corte transversal. N = 78 MD que laboraban en Instituciones de Salud de Cali, Colombia. La encuesta incluyó datos de identificación, preguntas sobre conocimientos en alimentación normal y recomendaciones alimentarias. Base de datos en SPSS. Análisis: Descripción con frecuencias, promedios, desviación estándar y proporciones y análisis bivariado utilizando Chi2 y t de student. Resultados: 82,1% recomienda LM exclusiva; 85,9% suspende LM por infecciones maternas; 38,5% sabe que la LM previene enfermedades crónicas; 12,8% sugiere dieta de eliminación en madre alérgica; 33,3% recomienda fórmula infantil; 98,7% no recomienda leche de vaca (LV) antes del año de edad. 83,3% inicia complementaria en > 6 meses: 57,7% indica frutas, 35,9% cereales, 2,6% carnes y huevo; 73,1% prefiere 1 alimento por vez; el 56,7% ensaya cada 3 a 5 días alimentos nuevos; 73,1% cambia consistencia del alimento en > 6 meses; en > 6 meses 73.1% inicia carne, 15.4% pescado, 69,2% leguminosas y 73,1% tubérculos; 78,3% retira alimentos alergénicos en niños alérgicos. 70,5% no recomienda vitaminas ni el 67,9% suplementos nutricionales. 65,4% adquieren sus conocimientos de sus profesores. No diferencias significativas en cuanto a conocimientos previos, ejercicio profesional, género; pero sí en medico generales solteros, sin hijos, con antecedentes de alergenidad, MD femeninas y LM y MD con 30 y 35 años de edad. Conclusión: El 61,5% de los MD poseen conocimientos

insuficientes sobre alimentación normal durante el primer año de vida, entre lo que se destaca positivamente que la leche de vaca debe indicarse en > 1 año de edad y negativamente sobre dieta de eliminación en la madre alérgica⁽²⁴⁾.

Ángela M. Jiménez-Urrego, Carlos A. Velasco-Benítez, Luz Stella Arango. Conocimientos, prácticas y actitudes de madres de providencia, Colombia sobre alimentación, salud y enfermedad. En Bogotá Colombia; 2010. Objetivo: Describir los CAP de madres de Providencia, Colombia sobre alimentación, salud y enfermedad. Metodología: Se realizaron 89 entrevistas a madres de 152 niños con edad promedio 6 ± 3 años que incluyó datos como edad, género y CAP sobre alimentación, salud y enfermedad. Resultados: El 7% de las madres no lactaron a sus hijos siendo orientadas por profesionales de la salud en el 63%, y ofrecida porque protege de enfermedades en el 62,5% y da bienestar en el 33%. La alimentación complementaria fue iniciada en el 32% con frutas o cereales, respectivamente, siendo orientada por familiares en el 37,5%. Con relación a diarrea, el 55% de las madres piensan que "algo" la ocasiona; en el 59% acude al médico; el 75% ofrece hidratación oral, el 12% da frutas, y 49% retiran la leche. Conclusiones: Es preciso comprender la salud y la enfermedad y como se conciben las prácticas alimentarias en un contexto social particular y los cambios que se presentan a través del tiempo, por lo que hacen parte de la estructuración del constructo social cultural en el cual juegan un papel importante las ideas, los modos de actuar de los sujetos, y los intercambios históricos y culturales, que conllevan a lo que se denomina imaginario social, que concibe el establecimiento de mitos, creencias, actitudes y conocimientos que aportan identidad a la región⁽²⁵⁾.

FUNDACIÓN F. Factores asociados a la iniciación inapropiada de alimentación complementaria en el primer año de vida de infantes de Cali y Manizales. Cali, Colombia; 2009. Objetivo: identificar los factores asociados a la iniciación inapropiada de Alimentación Complementaria en el primer año de vida de infantes en mujeres primíparas de la zona urbana de Cali y Manizales. Metodología: analítico, caso control. Conclusiones: inicio de alimentación complementaria inapropiada es alto en mujeres primíparas de Cali y Manizales. Además encontró que existen deficiencias en conocimientos, percepciones e intenciones y características a intervenir para mejorar la alimentación de los infantes de Cali y Manizales. Así, se observó que es preciso diseñar intervenciones orientadas a modificar los conocimientos frente a lactancia exclusiva, frente a los tiempos de iniciación de los diferentes tipos de alimentos.⁽²⁶⁾

1.2 Antecedentes Nacionales

Zamora Gómez, Yuliana Maribel; Ramírez García, Esther. Conocimiento sobre alimentación infantil y prácticas alimentarias de madres con niños de 1 a 2 años de edad. Trujillo, Perú; 2013. Objetivo: determinar el conocimiento y prácticas alimentarias sobre alimentación infantil y la relación entre ambas variables. Metodología: la Investigación es descriptivo-correlacional de corte transversal, realizado a madres con niños de 1 a 2 años de edad, atendidos en el Centro Materno Infantil Santa Catalina- distrito San Pedro de Lloc. La Libertad-Perú. La muestra estuvo conformada por 49 madres, seleccionadas mediante muestreo aleatorio simple. En la recolección de datos se empleó dos instrumentos: "Encuesta

sobre conocimiento en alimentación infantil” y “Encuesta de prácticas alimentarias” elaboradas por las autoras. Análisis: La información obtenida fue procesada y organizada en tablas simples y doble entrada, para el análisis estadístico se utilizó la prueba estadística Chi Cuadrado. Conclusión: Se concluye que el nivel de conocimiento y prácticas alimentarias de las madres es deficiente en mayor porcentaje, y existe relación altamente significativa entre conocimiento y prácticas alimentarias de las madres en estudio.⁽²⁷⁾

Yuliana M.; Zamora Gómez, Esther; Ramírez García. Conocimiento y prácticas de alimentarias sobre alimentación infantil atendidas en el centro materno infantil santa catalina- distrito san Pedro de Lloc. La Libertad-Perú Trujillo, Perú; 2012. Objetivo: Determinar el conocimiento y prácticas alimentarias sobre alimentación infantil y la relación entre ambas variables. Metodología: Investigación descriptivo-correlacional de corte transversal, realizado a madres con niños de 1 a 2 años de edad, atendidos en el Centro Materno Infantil Santa Catalina- distrito San Pedro de Lloc La Libertad-Perú; con el La muestra estuvo conformada por 49 madres, seleccionadas mediante muestreo aleatorio simple. Análisis: En la recolección de datos se empleó dos instrumentos: “Encuesta sobre conocimiento en alimentación infantil” y “Encuesta de prácticas alimentarias” elaboradas por las autoras. La información obtenida fue procesada y organizada en tablas simples y doble entrada, para el análisis estadístico se utilizó la prueba estadística Chi Cuadrado. Conclusión: el nivel de conocimiento y prácticas alimentarias de las madres es deficiente en mayor porcentaje, y existe relación altamente significativa entre conocimiento y prácticas alimentarias de las madres en estudio.⁽²⁸⁾

Raquel Gamarra Atero, Mayra Porroa Jacobo, Margot Quintana Salinas. Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima. Lima, Perú. 2010.

Objetivo: Identificar conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre alimentación del niño menor de 3 años. Metodología: Estudio observacional descriptivo, cuantitativo. Lugar: Asentamientos Humanos del distrito de Villa María del Triunfo- Lima. Participantes: Madres de niños menores de 3 años. Intervenciones: Previo consentimiento, para la fase cuantitativa se aplicó un cuestionario de 10 preguntas cerradas con respuestas dicotómicas sobre conocimientos y 10 preguntas con categorías de respuesta en escala de Likert sobre actitudes en 161 madres, y para la fase cualitativa se realizó 28 entrevistas a profundidad y 4 grupos focales para identificar percepciones en 68 madres. Principales medidas de resultados: Nivel de conocimientos, tipo de actitudes y percepciones sobre lactancia materna (LM), alimentación complementaria (AC) y alimentación durante una enfermedad. Resultados: 81% de participantes mostró nivel de conocimientos alto, 65% estuvo en total acuerdo con la LM exclusiva durante los 6 primeros meses de vida, 63% estaba de acuerdo con prácticas adecuadas en alimentación complementaria. La mayoría percibía que la LM debía ser hasta dos años, porque ayuda a la formación de órganos y para que el niño crezca sano; la AC se inicia a los seis meses, porque ayuda a la formación del estómago, el niño tiene más apetito y la LM ya no es suficiente; el consumo de alimentos de origen animal, frutas y verduras debía ser diario; durante la diarrea se brindaría abundante líquidos y mayor frecuencia de alimentos y en menor cantidad.

Conclusiones: Las madres presentaron nivel de conocimientos alto (81%) y

actitudes favorables (66,7%) sobre alimentación infantil, y sus percepciones en general coincidían con ello.⁽²⁹⁾

Lourdes Noemí Cárdenas Alfaro. Relación entre el nivel de conocimientos y practicas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 meses a 24 meses que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del niño en el centro de salud materno infantil santa anita 2009. En Lima. 2009. Objetivo: Determinar la relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria enmadres de niños de 6 meses a 24 meses que acuden al consultorio decrecimiento y desarrollo del niño en el centro de salud Materno infantil Santa Anita 2009". Metodología: El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. Resultados: Los resultados más significativos fueron: "Las madres primíparas tiene en su mayoría un nivel de conocimiento medio y realizan prácticas desfavorables sobre alimentación complementaria". Conclusión: Existe relación en mayor porcentaje en la consistencia de los alimentos y la higiene; en menor porcentaje la edad de inicio, el entorno durante la alimentación y la combinación de alimentos. Esta investigación contribuye a identificar como un problema los conocimientos de la madre sobre la alimentación del niño en Lima.⁽³⁰⁾

1.3 BASES TEÓRICAS

TEORIA DEL CONOCIMIENTO:

Se entiende como teoría del conocimiento al intento intelectual de explicar la forma en la que adquirimos el conocimiento del mundo y los

procedimientos por los que es generado ese conocimiento, de tal forma que pueda ser valorado ya como verdadero o como falso. Se distinguen dos elementos básicos en el proceso del conocimiento: el sujeto que conoce (sujeto cognoscente) y el objeto que se conoce (objeto conocido). El primero realiza el acto del conocimiento mediante la captación o aprehensión de las propiedades del otro, sea éste una cosa(material) o ente (cosas materiales y conceptos).

Se plantean tres enfoques científicos del conocimiento: psicológico, sociológico y filosófico. El primero estudia los mecanismos por los que se adquieren y conservan: percepción, inteligencia, memoria, etc. El segundo estudia las condiciones sociales que obstaculizan el avance del conocimiento. Y el último indaga la naturaleza del conocimiento científico, mas no del conocimiento empírico o vulgar. Existen dos formas de conocimiento: empírico y conceptual: el primero es obtenido de los hechos, sucesos, fenómenos, estado de cosas o acontecimientos del mundo real, el segundo es el que adquirimos de objetos conceptuales (no forman parte del mundo material).

TEORIA DE LA ACTITUD:

Se pueden distinguir dos tipos de teorías sobre la formación de actitudes: la Teoría del Aprendizaje y la Teoría de la Consistencia Cognitiva.

Principales Teorías.

a. Teoría del Aprendizaje.

Se basa en que, al aprender, recibimos nuevos conocimientos de los cuales intentamos desarrollar ideas, sentimientos y conductas sociales de

estos aprendizajes. De estas actitudes puede ser reforzado mediante experiencias agradables.

b. Teoría de la Consistencia Cognitiva.

Se plantea que la relación entre pensamientos, creencias, actitudes y conducta puede producir motivación. Esta motivación puede ser considerada como un estado de tensión con características aversivas y con capacidad para activar la conducta de un sujeto, reduciendo la tensión. Representan modelos homeostáticos, en los que la separación de los valores adecuados (desequilibrio, inconsistencia, conflicto) motiva al sujeto para llevar a cabo alguna conducta con la que recuperar el equilibrio y la consistencia.

1.4 BASES CONCEPTUALES

La Nutrición en el Niño menor de 3 años.

Para que el crecimiento del niño se desenvuelva normalmente, es indispensable contar con el aporte de una dieta adecuada en cuanto a la cantidad, calidad y proporción armónica de sus componentes⁽²³⁾.

En la naturaleza existe seis tipos de nutrientes las proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales y agua. Cada uno desempeña una función específica en el organismo.⁽³¹⁾

- ✓ **Función energética:** Provee la energía necesaria para la formación de nuevos tejidos y para el funcionamiento del organismo.

- ✓ **Función estructural:** provee el material para la formación de tejidos y órganos; son los ladrillos con que se construye el cuerpo.
- ✓ **Función reguladora:** Favorece el desarrollo de las funciones estructurales y energéticas.

Nutrientes con función energética: la energía aportada por estos alimentos se expresa en calorías. Por ejemplo: los carbohidratos aportan 4 calorías por cada gramo, las grasas 9 calorías por cada gramo y las proteínas, 4 calorías por cada gramo.

Los carbohidratos constituyen la fuente principal de energía de una dieta habitual alrededor del 60%-80% de todas las calorías ingeridas. Entre ellos tenemos papa, camote, azúcar, miel, fideos entre otros.

Las grasas son una fuente importante de provisión de energía. El organismo utiliza las grasas como reserva natural de energía. Además tienen una función básica en el proceso de crecimiento, especialmente en el desarrollo del sistema nervioso, la síntesis de hormonas entre otras.

Las proteínas constituye una fuente de energía, pero su utilización es compleja y el organismo no las usa como fuente habitual de energía, sino como reserva y estructuración de tejidos.⁽³²⁾

Nutrientes con función estructural: pertenecen a este grupo las proteínas que intervienen en la formación de nuevos tejidos. Las proteínas pueden ser de origen animal, como vegetal. Los alimentos de origen animal son la leche y derivados, carnes y huevos. Las proteínas de origen vegetal, exigen algunas medidas para facilitar su digestibilidad. En términos generales la proporción de proteínas en los diferentes alimentos vegetales

son las siguientes: menos del 10% los vegetales de hoja y cereales (avena, arroz, trigo, maíz) alrededor del 20% las legumbres (menestras) y 30% la soya.⁽³²⁾

Nutrientes con función reguladora: Son aquellos que favorecen la utilización adecuada de las sustancias estructurales y energéticas. Se encuentra presente en las frutas y verduras, además proveen minerales y vitaminas.⁽³²⁾

La Nutrición en el Niño de 6 meses a un año de edad.

El primer año de vida se caracteriza por un rápido crecimiento y cambios en la composición corporal. La alimentación infantil debe cubrir adecuadamente los requerimientos energéticos necesarios y nutricionales en cada una de las etapas, a fin de promover el óptimo crecimiento y desarrollo, favorecer el establecimiento de un patrón de alimentación sana y variada.⁽³³⁾

La alimentación complementaria es la que “complementa” a la leche materna, también es conocida como alimentación durante la lactancia. Es el periodo en que la leche deja de ser el alimento único y predominante en la dieta del niño. Consistiendo en la introducción de alimentos espesos continuando con la lactancia materna esta alimentación comprende de frutas o jugos, verduras, papas, mantequilla cereales carne, hígado, pescado y huevos. Sin embargo este periodo es muy peligroso para el niño, debido a que durante su transcurso aumenta la incidencia de infecciones, particularmente de enfermedades diarreicas, por los cambios que se producen con el tránsito de una dieta caracterizada por una leche en condiciones óptimas (alimentación materna) al consumo de alimentos

preparados, a veces en condiciones no higiénicas. La desnutrición es más frecuente en este periodo.⁽³³⁾

Según las normas de Alimentación del Niño de 0 a 2 años menciona que la alimentación del niño menor de 5 años tiene tres periodos los cuales son:

- Todo niño menor de 6 meses deberá recibir lactancia materna exclusiva.
- Los niños de 6 meses al año deben recibir la alimentación complementaria, donde se introduce nuevos alimentos espesos continuándose con la lactancia materna.
- En los niños de un año a 2 años de vida la lactancia materna continúa siendo importante pero ahora varía la cantidad, frecuencia y se inicia la alimentación de la olla familiar.⁽³⁴⁾

Es importante el conocimiento sobre la lactancia la OPS refiere: "Ningún alimento único proporciona todos los nutrientes que el cuerpo requiere, por esta razón el niño debe comer preparaciones balanceadas combinando diferentes alimentos; ya que éstos proporcionan energía, proteínas, vitaminas y minerales necesarios para el adecuado crecimiento y desarrollo del niño".⁽³⁵⁾

Cantidad necesaria de alimentos

A partir de los 6 meses de edad se empezará con 2 a 3 cucharadas de comida dos veces al día; entre los 7 y 8 meses, se aumentará a ½ taza (100gr ó 3 a 5 cucharadas aproximadamente) tres veces al día y 2 adicionales; entre los 9 y 11 meses, se incrementará a ¼ taza (150gr ó 5 a 7 cucharadas aproximadamente) tres veces al día y 2 adicionales; y,

finalmente entre los 12 y 24 meses 1 taza (200gr ó 7 a 10 cucharadas aproximadamente) tres veces al día y 2 adicionales.⁽³⁶⁾

Frecuencia de la alimentación complementaria

La capacidad del niño(a) es pequeña, por lo que es necesario ofrecer al inicio 3 a 5 comidas al día (6 a 8 meses), luego asegurar 5 al día (a partir de los 9 meses) diferentes a la leche materna.⁽³⁶⁾

Combinación de los alimentos

El niño(a) a partir de los seis meses ya puede empezar a comer progresivamente toda clase de alimentos. Es recomendable favorecer el consumo de alimentos de bajo costo y alto valor nutritivo. Dentro los productos de origen animal tenemos la sangre de animales, hígado de pollo, huevo, pescado, leche. Los cereales que se debe proporcionar son el arroz, quinua trigo, avena, harinas, maíz, cebada, etc.⁽³⁶⁾

Las menestras estarán dadas por los frijoles, lentejas, arvejas verdes partidas, soya, harinas. Dentro de los tubérculo la papa camote, yuca.

Se debe complementar estos alimentos con verduras de color anaranjado y verde oscuro (zanahoria, zapallo, acelga, espinaca).

Agregar en cada preparación una cucharadita de aceite y/o mantequilla lo que hará más suave la comida del bebé. Promover el uso de frutas ricas en vitamina C (naranja, mandarina, papaya, piña, limón, mango, etc.) después de las comidas para favorecer la absorción de hierro.⁽³⁶⁾

Evitar el consumo de infusiones como el té, anís, canela, café, hierva luisa, manzanilla, emoliente, etc. Junto con las comidas, porque interfieren en la absorción de hierro. En lugar de éstas se puede indicar el consumo de

limonada, naranja o refrescos de frutas. Evitar alimentarlo con alimentos licuados, promoviendo el consumo de éstos pero aplastados, al inicio más suave y progresivamente ir aumentando el tamaño en trozos.

Tipo de alimento que debe consumir de acuerdo a la edad

Los alimentos deben ser incluidos gradualmente de acuerdo a la edad, dentición, potencial alergénico del alimento y la capacidad gástrica. Por ejemplo: A los 6 meses de edad se debe incluir, purés, sangrecita y $\frac{1}{4}$ de yema de huevo. A los siete meses, $\frac{1}{2}$ yema de huevo, pollo sancochado. A los 8 meses, continúa con los purés, menestra sin cáscara y $\frac{3}{4}$ de yema de huevo. A los 9 meses se incluyen las carnes rojas. A los 11 meses la clara del huevo y el pescado y a los 12 meses comida de la olla familiar, huevo entero, y los cítricos.⁽³⁷⁾

Alimentación del niño(a) de 12 – 23 meses de edad.

En esta etapa la velocidad de crecimiento disminuye, lo que produce un descenso relativo de las necesidades nutricionales (en relación al peso). El apetito del niño(a) está orientado a satisfacer las necesidades energéticas, así a medida que incrementa la densidad energética y la consistencia de los alimentos, disminuye el volumen ingerido y se produce una disminución fisiológica del apetito. A esta edad el niño(a) se adscribe paulatinamente a los horarios de alimentación del resto de la familia. Un niño(a) con un buen estado nutritivo, debe quedar con 4 horarios definitivos (desayuno, almuerzo, onces y comida). El momento de las comidas debe ser compartido, toda vez que se pueda, con el resto del grupo familiar, con la máxima frecuencia que permitan las actividades del grupo y las necesidades de alimentación y del ciclo sueño-vigilia del menor. La

participación del niño(a) en su propia comida y en la del grupo familiar debe representar, para todos, una experiencia de socialización positiva, que de ninguna manera se asocie a reproches, castigo o imposiciones, pero tampoco a gratificaciones que vayan más allá de la experiencia placentera de alimentarse. La participación del niño(a) en actividades sociales de los adultos, en conjunto con la televisión y otros medios de comunicación, afectan la oferta y consumo de alimentos y contribuye a establecer patrones de vida sedentarios desde la infancia. Existen en el mercado productos de alta densidad calórica, con elevado contenido de grasas, azúcar y/o sal, como golosinas, alimentos fritos, gaseosas y otros, que producen saciedad y llevan al rechazo de las comidas regulares, con inapetencia aparente, que genera angustia en los padres o cuidadores; es deseable evitar este tipo de alimentos y estas situaciones erradas. El consumo habitual de estos alimentos deteriora la calidad de la dieta y favorece el desarrollo de obesidad, caries dentarias y otras enfermedades propias de los tiempos actuales (enfermedades crónicas no transmisibles del adulto). Desde el punto de vista fisiológico, la erupción dentaria continúa y con ella aumenta progresivamente la madurez de las funciones bucales, aparecen los primeros molares, con lo cual el niño(a) está en condiciones de comer una alimentación de mayor consistencia, primero molida con tenedor y luego picada, pero blanda, progresivamente la comida puede contener trozos de alimentos blandos. Solamente cuando el niño(a) tiene todos los molares (mayores de 2 años) está en condiciones de masticar adecuadamente alimentos enteros, blandos, los que siempre deben ser incorporados paulatinamente. Es necesario también, que ejercite los labios para lograr el cierre bucal normal, lo que se facilita permitiéndole

que coma trozos de alimentos blandos manejados con sus propias manos y también enseñarle a beber de un vaso sin que derrame líquido. No olvidar que el niño(a) debe y quiere aprender la mecánica de la alimentación para hacerse autosuficiente con respecto al acto de alimentarse. En esta etapa erupción de los primeros molares y se debe incorporar el uso de cepillo de dientes, sin pasta dental, para el aseo bucal.⁽³⁰⁾

Consideraciones prácticas para alimentar al niño(a) entre 12 a 23 meses de edad: Lactancia Materna o Fórmula láctea

La lactancia materna puede comenzar a ser reemplazada por fórmula láctea (idealmente guiado por el niño(a)), especialmente si el niño(a) experimenta alteraciones en el crecimiento somático o en el desarrollo de la conducta alimentaria, o bien, si la madre ya no desea o no puede amamantar.⁽³⁸⁾

La fórmula láctea a esta edad es sobre la base de leche de vaca en polvo al 26%-18% de materia grasa. Existen numerosas formulaciones disponibles en el mercado. Desde los 18 meses además, se introduce en el Programa Nacional de Alimentación Complementaria, Purita Cereal, fórmula láctea en polvo con base en leche semidescremada, cereales, alta en calcio y fortificada con vitaminas y minerales.⁽³⁸⁾

Estas fórmulas deben ser reconstituidas al 10%, con agregado de sacarosa al 2,5% y cereales al 3%-5% según estado nutricional e indicación por el profesional de salud. Puede usarse también leche fluida con 26% de materia grasa con los mismos agregados. Debe limitarse el azúcar y/o el cereal si hay tendencia al sobrepeso, pero no debe limitarse el aporte de leche.

A esta edad, el niño(a) debe estar tomando leche materna o fórmula láctea al desayuno (7 – 8 h) y once (16 h); se recomienda la suspensión de la leche de la noche a partir de los 12 meses (en aquellos niños(as) cuya situación nutricional es deficitaria o los que reciben aún lactancia materna, puede mantenerse). En el caso de no poder suspender el biberón nocturno, una alternativa es cambiarlo de horario, acercándolo al horario de comida, de modo que no se asocie dormir con el uso del biberón. La asociación entre el uso del biberón y la presencia de caries, está demostrado en varias investigaciones. No es recomendable reemplazar esta leche por agua u otros líquidos nocturnos que puedan interferir con el ciclo de sueño. El volumen de leche debe completar un total de 400 a 500 ml/día, en caso que este volumen no se alcance debe agregarse otro producto lácteo en el día (queso, quesillo, yogurt, etc.) que contribuya a cubrir los requerimientos de calcio.⁽³⁸⁾

Recomendaciones prácticas para la alimentación sólida.

La consistencia de la alimentación sólida debe ser totalmente molida hasta los 12 meses, luego se pueden incorporar algunos alimentos picados según la dentición. Esto va asociado a la salida de los primeros molares y al desarrollo de la masticación y deglución.⁽³⁸⁾

Durante el segundo año de vida (12 a 24 meses) los alimentos se pueden presentar separados en el plato para estimular al lactante con la visión de diferentes colores y formas. Crear el hábito de la ensalada desde los 12 meses, progresivamente (inicialmente tomate, betarraga, zanahoria cocida, palta). Entre los líquidos a aportar es recomendable aportar el agua ad libitum, con un promedio de 200 ml/día. Si se dan jugos de fruta natural

debe ser sin agregado de azúcar. El agua debe ofrecerse hervida en aquellas zonas en que no es potable, sin adición de azúcar, miel u otro saborizante o edulcorante (endulzante), la que puede darse a beber 3 a 4 veces al día. No es recomendable el uso de edulcorantes artificiales. En condiciones especiales su uso debe restringirse a valores limitados por sexo y edad y a indicación médica. Es necesario establecer diariamente dos comidas al día: almuerzo (11 – 12 horas) y cena (19-20 horas). Tanto el almuerzo como la cena no deben ser reemplazadas por una mamada o fórmula láctea. Se recomienda que la duración de la alimentación sólida demore entre 20 y 40 minutos cada vez. No se debe dar colaciones ni alimentos fuera de las horas señaladas para las comidas principales, salvo excepciones justificadas. Si no fuera posible respetar los intervalos de horarios de alimentación (cada 4 horas), el volumen y/o el aporte de nutrientes, o si está instaurado en el jardín y/o sala cuna, podrán administrarse colaciones saludables, las que no reemplazan una alimentación balanceada y deben adecuarse a las necesidades nutricionales del niño(a), siendo de preferencia frutas, verduras, lácteos de bajo contenido graso, cereales y líquidos sin azúcar. Se recomienda incluir a diario frutas y verduras, crudas o cocidas, cereales, aceite de origen vegetal crudo y un alimento proteico, como carnes, una porción de legumbres o un huevo. No es recomendable el aporte extra de sal, en especial el aportado en la mesa.⁽³⁸⁾

Alimentación en el niño(a) mayor de 2 años.

En esta etapa es necesario considerar con más fuerza algunos aspectos psicológicos en relación a la alimentación, ya que el niño(a) adquiere a esta

edad la mayor parte de los hábitos alimentarios y preferencias que determinarán en gran medida el tipo de alimentación futura. El niño(a) irá progresivamente siendo capaz de alimentarse por sí solo, en una situación transitoria entre la absoluta dependencia, en el primer año de vida y la independencia del escolar. Es necesario por ello ir educándolo de modo que avance en el desarrollo, apoyándolo según sus necesidades. El objetivo es que la alimentación cubra los requerimientos para un crecimiento y desarrollo adecuados, haciendo de ésta un momento agradable tanto para el niño(a) como para su entorno. Desde los 24 meses, los niños(as) deberían incorporarse progresivamente a los horarios de alimentación familiar; se sientan en la mesa y reciben una dieta igual a la del resto de la familia, salvo excepciones en que varía la consistencia o algunos ingredientes, pueden recibir líquidos en taza o vaso, supervisados por un adulto para evitar accidentes. Pueden además recibir leche fluida, sugiriéndose que ésta sea baja en contenido de grasa especialmente en niños(as) con malnutrición por exceso o con factores de riesgo de serlo (Norma de Manejo Ambulatorio del Niño(a) Menor de 6 años, con Malnutrición). Debemos considerar que el apetito tiene variaciones individuales y si un niño(a) no come todos los días la misma cantidad, esto puede deberse a múltiples factores no patológicos, debiendo tranquilizar a los padres, toda vez que el estado de salud y nutricional se mantengan normales.⁽³⁸⁾

La alimentación del mayor de 2 años debe estar basada en las Guías Alimentarias para la Población Peruana, las que orientan el adecuado consumo de alimentos, tanto en calidad como en cantidad. Las guías alimentarias son un conjunto de recomendaciones de consumo de

alimentos que pretenden orientar a la población en la adquisición de una dieta saludable que sea capaz de prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles. Son mensajes simples, de fácil comprensión por la población general, que han sido previamente validados en los grupos objetivos.⁽³⁸⁾

Higiene y cuidado de los alimentos

La Organización Mundial de la Salud, difunde la "Reglas para la preparación higiénica de los alimentos, cuya aplicación sistemática reduce considerablemente el riesgo de la enfermedades de origen alimenticio. A continuación presentaremos las reglas⁽³⁹⁾

Consumir alimentos que hayan sido tratados o manipulados higiénicamente. Hay alimentos que sólo son seguros si han sido tratados previamente y conservados a una temperatura adecuada.

Cocinar correctamente los alimentos, pueden estar contaminados por microorganismos pero si se cocinan bien esos microorganismos son destruidos por el calor.⁽³⁹⁾

Consumir los alimentos inmediatamente después de ser cocinados, es la mejor manera de evitar que los gérmenes proliferen. No dejar nunca a temperatura ambiental los alimentos cocidos.⁽³⁹⁾

Un alimento cocinado puede volverse a contaminar por contacto con alimentos crudos o si tiene comunicación con objetos (cuchillos, tablas, trapos, etc. que anteriormente hayan tocado un alimento crudo contaminado.⁽³⁹⁾

Asegurar la correcta higiene de la persona que va manipular los alimentos y una limpieza adecuada en todas las superficies de la cocina. La persona que manipule los alimentos debe realizar estrictas prácticas higiénicas.⁽³⁹⁾

Es importante que tenga las manos siempre lavándolas cada vez que haga falta y siempre que haga uso de los servicios higiénicos. En caso de una pequeña herida, se cubrirá con un apósito impermeable. Si la herida está infectada debe apartarse del contacto de los alimentos.⁽³⁹⁾

Mantener los alimentos fuera del alcance de insectos, roedores y animales de compañía. Los animales son portadores de gérmenes patógenos que originan enfermedades de transmisión alimentaria.⁽³⁹⁾

El agua potable no es solamente imprescindible para beber, sino también para preparar los alimentos. Debe tener exclusivamente uno de estos orígenes agua envasada o provenientes de la red pública de distribución de la población (un ligero sabor a cloro es garantía de potabilidad). En caso de necesidad agregar unas gotas de lejía de uso alimentario.⁽³⁹⁾

1.5 DEFINICIÓN DE TERMINOS OPERACIONALES

Actitudes: predisposición favorable o desfavorable que adopta una madre hacia la alimentación de sus hijos menores de 3 años.

Alimentación complementaria: también llamada "destete" es el momento en el cual los padres comienzan a introducir gradualmente alimentos diferentes a la leche materna en la dieta del bebé. Los alimentos sólidos preparados.

Alimentación infantil: son las actividades para la preparación e ingestión de los alimentos que las madres realizan, con el objetivo de nutrir adecuadamente a sus hijos menores de 3 años.

Conocimientos: conjunto de información o ideas que refieren tener los padres de los niños que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo de niños menores de 3 años sobre alimentación.

Desnutrición infantil: más allá de ser una condición patológica, corresponde a un problema de salud pública. Diversas entidades alrededor del mundo se encargan de combatirla, ya que responde, según la UNICEF, una de estas entidades, a "la principal causa de muerte de lactantes y niños pequeños en países en desarrollo". La organización mundial de la salud (OMS), otra de estas entidades, tiene como prioridad la prevención de esta condición.

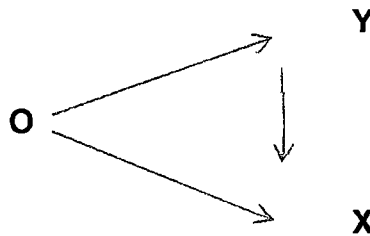
CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1 Tipo, nivel y método de Investigación.

El estudio fue de tipo cuantitativo debido a que los datos obtenidos son susceptibles de ser medidos, nivel aplicativo pues nos va a permitir reorientar y/o modificar la realidad existente, método descriptivo simple de corte transversal ya que permite mostrar la información obtenida tal y como se encuentra en la realidad en un espacio y tiempo determinado.

Diseño.



O: observación.

Y: variable independiente

X: variable dependiente.

2.2 Ámbito de estudio.

El estudio se realizó en los Consultorios de Crecimiento y Desarrollo de Niño Sano en el Centro de Salud "Carlos ShowigFerrai", El servicio de CRED dispone de 3 ambientes ubicados en el segundo nivel, en el cual

laboran 6 profesionales de enfermería. El Centro de salud pertenece a la Microred Amarilis – Red de Salud Huánuco, se encuentra ubicado en el departamento y provincia de Huánuco, en el distrito de Amarilis, en el Jirón Miguel Grau N° 218 que abarca los jirones Enrique Lope de Vega, 9 de Octubre y Julio C. Tello. Dentro de la jurisdicción tenemos a Paucarbamba, San Luis con sus 5 sectores, Paucarbambilla, Zona Cero, Fonavi I y Fonavi IV.

Ubicación Geográfica

Geográficamente el establecimiento de salud se encuentra situado en la parte central sur de la Provincia de Huánuco, perteneciendo íntegramente a la región de la sierra en la cuenca del río Huallaga (margen derecha) que separa físicamente al distrito de Amarilis de la provincia de Huánuco y teniendo como capital del distrito a Paucarbamba, tiene un clima templado seco, comprende regiones de sierra y selva central alta, tiene una temperatura entre los 26 °C en el verano y de 13 °C en el invierno.

LÍMITES:

Por el Norte: Con el distrito de Santa María del Valle

Por el sur: Con el distrito de Concha marca (Provincia de Ambo)

Por el este: Con el distrito de Santa María del Valle y el distrito de Molinos (Pachitea)

Por el oeste: Con el distrito de Huánuco y Pillco Marca

ALTITUD:

El distrito de Amarilis se encuentra a 1912m.s.n.m, pero la zona rural la altitud varía entre 825 a 4400m.s.n.m

LATITUD:

El distrito de Amarilis con relación al Meridiano de Greenwich está a 09°58'30" de Latitud Sur y a 76°14'25" de Longitud Oeste.

CLIMA:

Geográficamente se ubica dentro de la región semi fluvial. El clima en general es variado mostrando adicionalmente una gran variedad de microclimas que posibilitan una agricultura floreciente y ganadería especializada. Su temperatura es diversa: Semi-tropical, templado-cálido; templado, porque presenta sub regiones de yunga, quechua y Suní; de acuerdo a su clasificación de mínimo 1,900 y máximo 3,800 de Altitud m.s.n.m. Es seco, templado con una temperatura superior a los 20° C variando de acuerdo a las estaciones del año; pero generalmente las mañanas son cálidas con bastante sol, por las tardes se presentan fuertes vientos, las noches son preferentemente frescas, y las zonas rurales que se encuentran en las partes altas el clima es frío.

2.3 Población y Muestra.**Población.**

La población estuvo conformada por un total de 120 madres de niños menores de 3 años de edad que acuden al consultorio de crecimiento y

desarrollo del niño (CRED) del Centro de salud Carlos Showing Ferrari. Para determinar la muestra poblacional se efectuó la fórmula estadística del tamaño de muestra para población finita en la cual se calculó 92 madres y se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Madres de niñas(os) menores de 3 años que acuden al consultorios de CRED del Centro de Salud Carlos Shogwin Ferrari y acepten participar en el estudio de investigación.
- Madres de niñas(os) menores de 3 años que sepan leer y escribir.
- Madres que aceptaron el consentimiento informado.
- Madres de niñas(os) menores de 3 años que hablen castellano.

Criterios de exclusión

- Madres que asistan por primera vez al consultorio de CRED.
- Madres de niñas(os) referidos de otros EE.SS.
- Maedres que no aceptaron el consentimiento informado.
- Madres de niñas(os) que requieran de hospitalización.

Muestra.

Para la obtención de la muestra se aplicó la fórmula para muestra de población finita con variables categóricas.

$$n = \frac{N \cdot Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}{e^2(N - 1) + Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}$$

Dónde:

n = El tamaño de la muestra que queremos calcular

N = Tamaño del universo

Z = En función del nivel de confianza que busquemos, usaremos un valor determinado que viene dado por la forma que tiene la distribución de Gauss:

Nivel de confianza 95% -> Z=1,96

e = Es el margen de error máximo que admito (5%)

p = Probabilidad de éxito (0.5)

q = Probabilidad de fracaso (0.5).

$$n = \frac{120 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(120 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 92$$

Por lo tanto la muestra de nuestro estudio fue de 92 madres de niños menores de 3 años.

Tipo de muestreo

Probabilístico aleatorio simple, la selección de la muestra fue a través de la tabla de número aleatorios.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.

La técnica que se utilizó fue la entrevista y el instrumento el cuestionario para medir el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación en niños menores de tres años y así mismo se usó la escala liker para medir las actitudes , los cuales estaban conformados por preguntas cerradas dicotómicas y politómicas con un lenguaje adaptado a las características del respondedor, el mismo que consta de presentación, datos generales,

instrucciones y datos específicos, el cual fue sometido a juicio de expertos, procesándose la información en la Tabla de Concordancia y Prueba Binomial . Luego se realizaron las correcciones del instrumento de acuerdo a las sugerencias de los expertos, se llevó a cabo la prueba piloto a fin de determinar la validez estadística mediante la prueba ítem test correlación de Pearson (Anexo D) y la confiabilidad estadística a través de la prueba kuder de Richarson.

2.4 Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos

Interpretación de datos y resultados.

Revisión de los datos. Se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos de recolección de datos que se utilizarán; asimismo, se realizó el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias.

Codificación de los datos. Se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos de recolección de datos respectivos, según las variables del estudio.

Clasificación de los datos. Se ejecutó de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal.

Presentación de datos. Se presentaron los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio.

Análisis y datos, prueba de hipótesis

Análisis descriptivo:

Se utilizó la estadística descriptiva a través de las tablas de frecuencia, proporciones, gráficos para caracterizar algunas variables.

Análisis inferencial:

Se utilizó estadísticos como medidas de tendencia central y dispersión para analizar las variables en estudio. Y también estadística inferencial utilizando el chi cuadrado. El análisis se realizó con el programa Excel y el software estadístico SPSS versión 20.

Aspectos éticos de la investigación

La presente investigación, se realizó respetando a las personas que en ella colaboren; así como sus conductas, ideas, costumbres, valores y creencias. Se tomaran en cuenta la siguiente pauta:

- a. Principio de beneficencia.
- b. Principio de la no modificación.
- c. Principio de la autonomía.
- d. Principio ético de justicia.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSION

3.1 Resultados Descriptivos.

Tabla N° 01. Grupo de edad de las madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	DE 15-19 A	15	16,3	16,3	16,3
	DE 20-29 A	33	35,9	35,9	52,2
	DE 30-39 A	37	40,2	40,2	92,4
	> 40	7	7,6	7,6	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento aplicado a madres de niño smenores de 3 años, del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari.

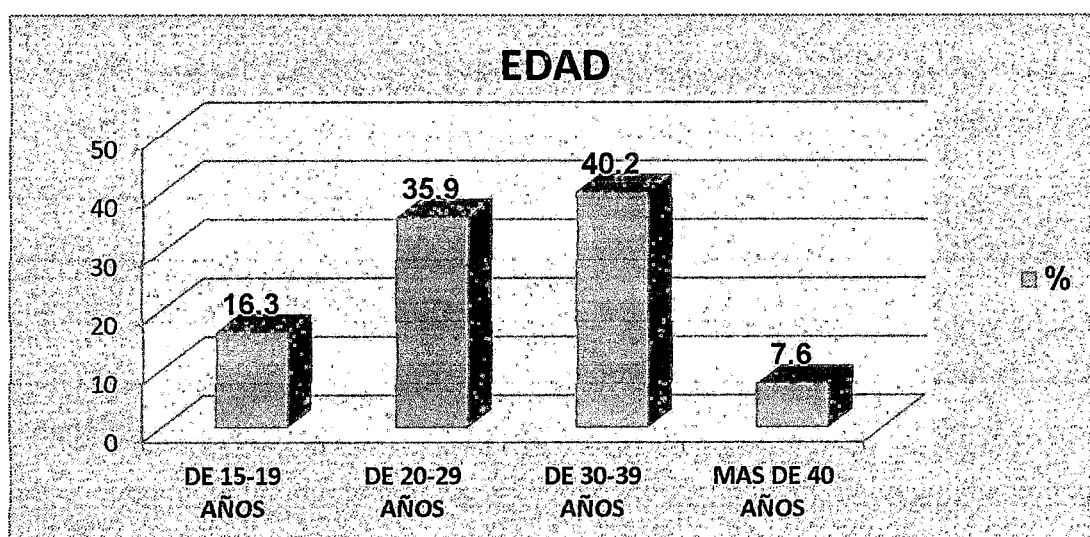


Figura N° 1: porcentaje de madres de niños menores de tres años según edad.

Interpretación:

Como se observa en la tabla y figura el total de muestra fueron 92 madres de niños menores de 3 años. La mayor proporción de madres tienen entre 30 a 39 años de edad (40.2%), seguido por aquellas que tienen entre 20 a 29 años (35.9%), de 15 a 19 años (16.3%) y por ultimo 7 madres que tienen entre 40 años a mas (7.6%).

Tabla N° 02. Estado civil de las madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SOLTERA	20	21,7	21,7	21,7
	CASADA	31	33,7	33,7	55,4
	DIVORCIADA	5	5,4	5,4	60,9
	VIUDA	2	2,2	2,2	63,0
	CONVIVINTE	34	37,0	37,0	100,0
Total		92	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento aplicado a madres de niños menores de 3 años, del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari.

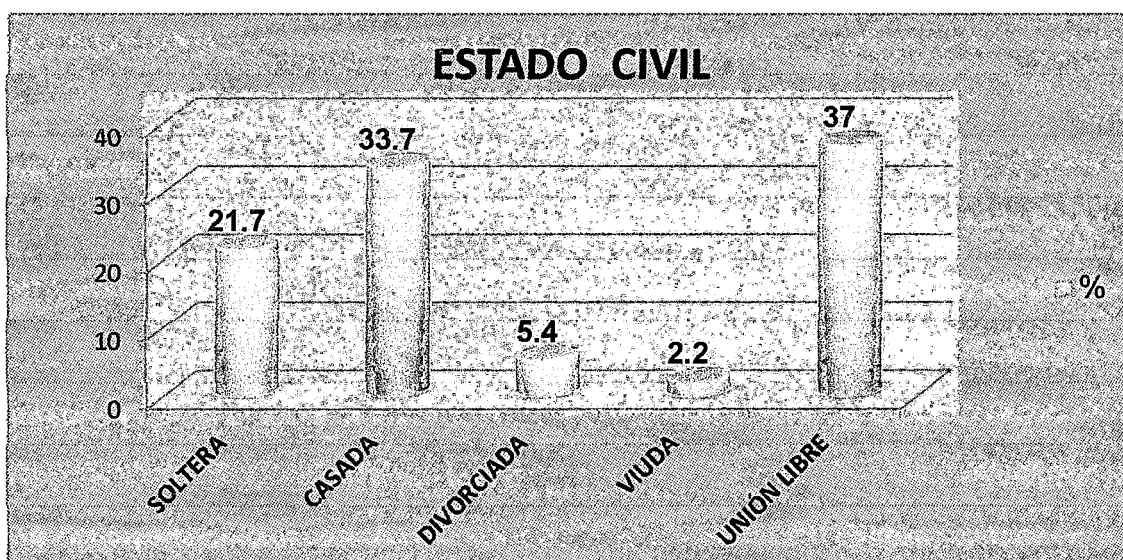


Figura N° 2: porcentaje de madres de niños menores de tres años según estado civil

Interpretación

Del total de madres encuestadas: 34 (37%) de ellas son convivientes, 31 (33.7%) son casadas, 20 (21.7%) son solteras, 5 (5.4%) divorciadas y solo 2 (2.2%) madres son viudas .

Tabla N° 03. Ocupación de las madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	AMA DE CASA	49	53,3	53,3	53,3
	EMPLEADA DEL SECTOR PUBLICO	24	26,0	26,0	79,3
	EMPLEADA DEL SECTOR PRIVADO	19	20,7	20,7	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento aplicado a madres de niños menores de 3 años, del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari.

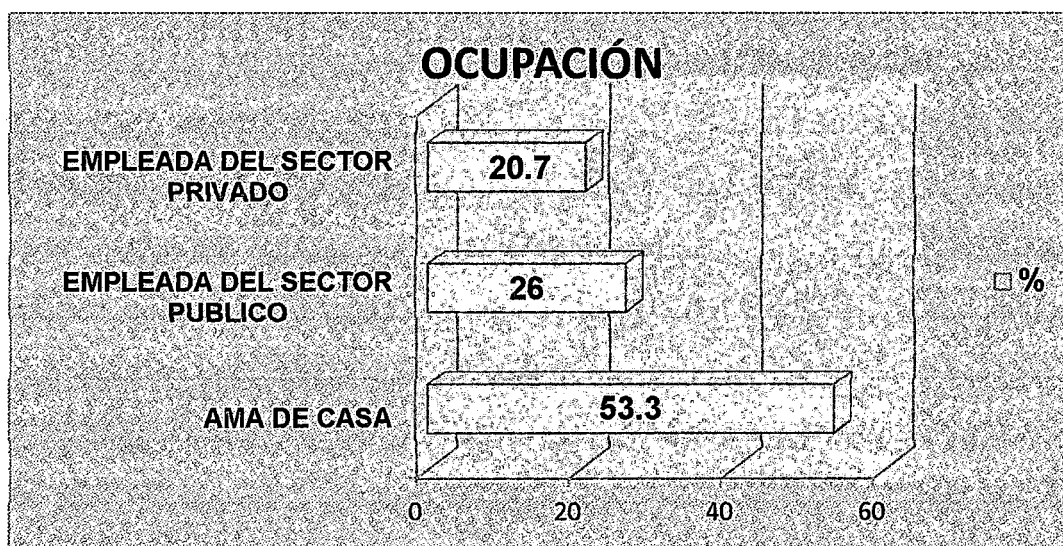


Figura N° 3: porcentaje de madres de niños menores de tres años según ocupación.

Interpretación

Al interpretar el tipo de ocupación de las madres de niños menores de 3 años, podemos observar que del total de 92 madres: 49 (53.3%) son amas de casa, 24 (26%) son empleadas del sector público y 19 (20.7%) son empleadas del sector privado. Con ello podemos asumir que la gran parte de estas madres no generan ingresos propios y solo están dedicadas a los quehaceres domésticos.

Tabla N° 04. Procedencia de las madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	URBANO	71	77,2	77,2	77,2
	RURAL	21	22,8	22,8	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento aplicado a madres de niños menores de 3 años, del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari.

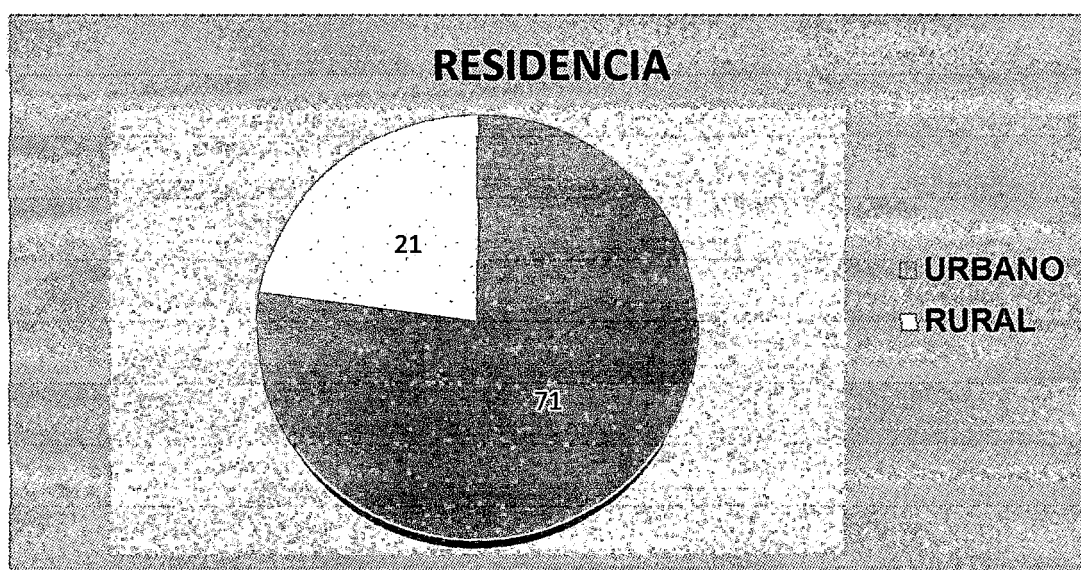


Figura N° 4: porcentaje de madres de niños menores de tres años según ocupación.

Interpretación:

Respecto a la procedencia de las madres podemos notar que 71 (77.2%) madres proceden de una zona urbana y 21 (22.8%) madres proceden de un zona rural haciendo un total de 92 madres.

Tabla N° 05. Descripción de la distribución según el nivel de conocimiento sobre alimentación infantil de las en madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	BAJO	13	14,2	14,2	14,2
	MEDIO	51	55,4	55,4	69,6
	ALTO	28	30,4	30,4	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Fuente: Instrumento aplicado a madres de niños menores de 3 años, del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari.

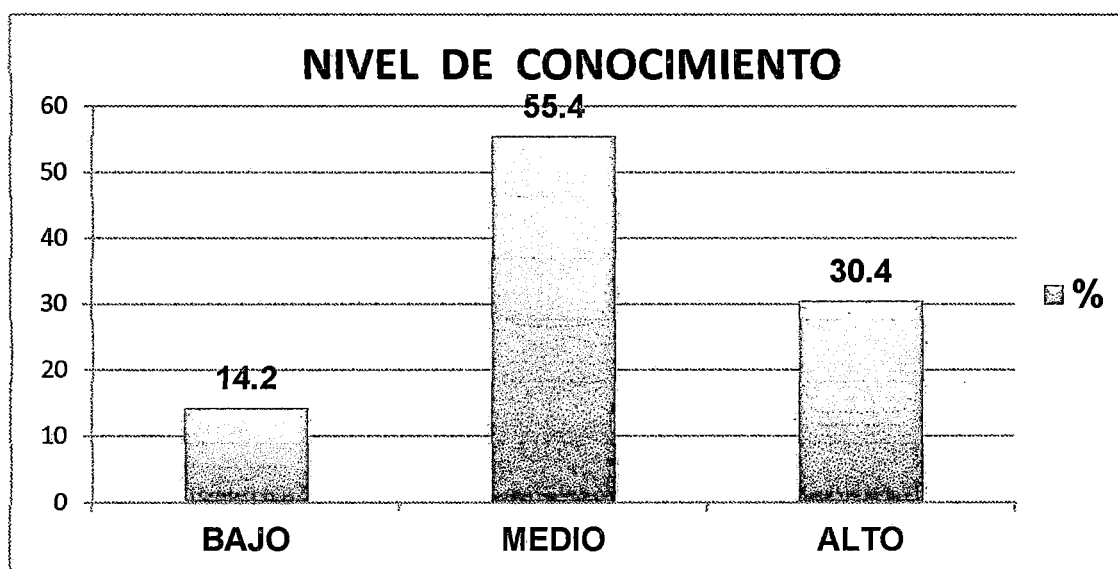


Figura N° 5: porcentaje de madres de niños menores de tres años según nivel de conocimiento.

Interpretación:

Respecto al nivel de conocimiento de las madres de niños menores de 3 años, sobre alimentación infantil en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari podemos apreciar que 51 (55,4%) de ellas tienen un nivel de conocimiento medio, seguido por 28 madres (30,4%) que tienen un nivel de conocimiento alto y como puesto final 13 madres (14,2%) que tiene un nivel de conocimiento bajo.

Tabla N° 06. Descripción de la distribución según la actitudes sobre alimentación infantil de las madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	INADECUADO	28	30,4	30,4	30,4
	ADECUADO	64	69,6	69,6	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Fuente: *Instrumento aplicado a madres de niños menores de 3 años, del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari.*

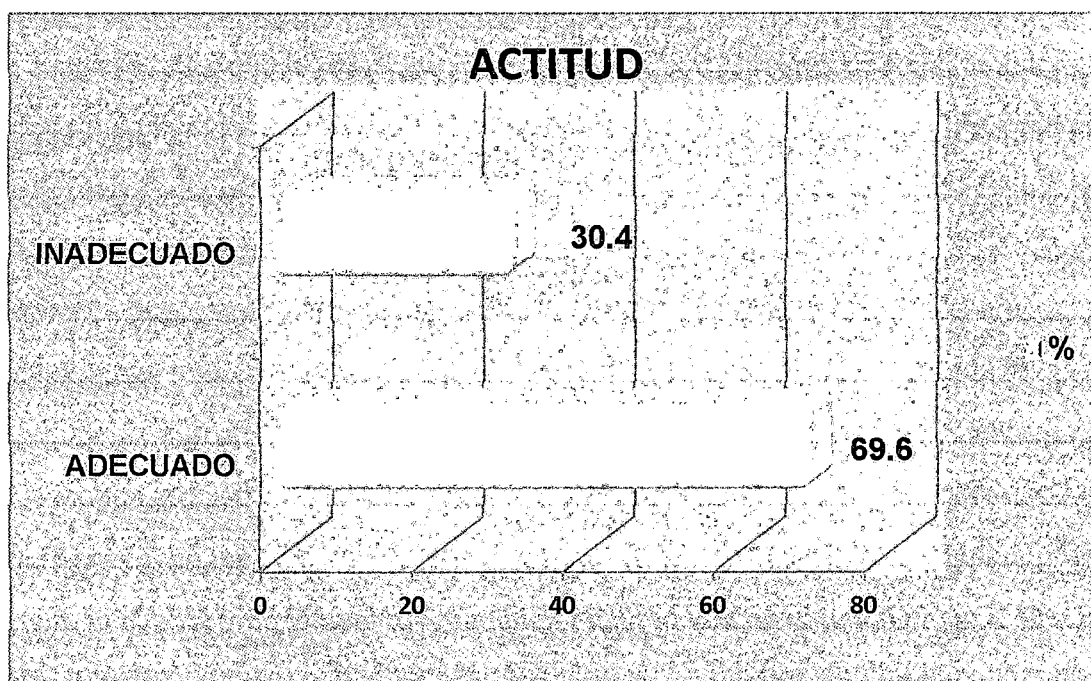


Figura N° 6: porcentaje de madres de niños menores de tres años según actitud.

Interpretación:

Al analizar la actitud de las madres de niños menores de 3 años, sobre alimentación infantil en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, hemos podido encontrar que 64 madres (69.6%) tiene actitudes adecuadas o positivas en relación a la alimentación con sus hijos, mientras 28 madres (30,4%) tienen actitudes negativas o inadecuadas en relación a la alimentación con sus hijos.

3.2 Resultados inferenciales.

Tabla N° 07. Descripción de la Relación entre el nivel de conocimiento y las Actitudes sobre alimentación infantil en madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015.

		Nivel de conocimiento			Total	P	X ²
		Bajo	Medio	Alto			
Actitud	Inadecuado	13	14	1	28	0,52	0,00
	Adecuado	0	37	27	64		
Total		13	51	28	92		

Fuente: Instrumento aplicado a madres de niños menores de 3 años, del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari.

Interpretación:

Como se evidencia los valores esperados son menores que 25%, por ello es adecuada aplicar prueba de chi cuadrado. Al revisar la significancia asintótica bilateral (P) de chi cuadrado este nos da un valor de 0,00 el cual es menor que 0,05 con lo cual se evidencia estadísticamente que existe relación entre nivel de conocimiento y actitudes sobre alimentación infantil en madres de niños menores de 3 años, en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari.

Tabla N° 08. Descripción de la Relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación infantil y la procedencia en madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015.

		Nivel de conocimiento			Total	P	χ^2
		Bajo	Medio	Alto			
Procedencia	Urbana	15	46	18	79	0,586	0,02
	Rural	2	9	2	13		
Total		17	55	20	92		

Fuente: *Instrumento aplicado a madres de niños menores de 3 años, del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari.*

Interpretación:

Como se evidencia los valores esperados son menores que 25%, por ello es adecuada aplicar prueba de chi cuadrado. Al revisar la significancia asintótica bilateral (P) de chi cuadrado este nos da un valor de 0,02 el cual es menor que 0,05 con lo cual se evidencia estadísticamente que existe relación entre nivel de conocimiento sobre alimentación infantil y la Procedencia en madres de niños menores de 3 años, en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari.

DISCUSION

Los conocimientos y prácticas de alimentación infantil son una determinante del estado nutricional del niño, que por razones naturales se adquieren en el seno familiar; generalmente, la mujer es la encargada de enseñar al niño a desarrollar hábitos alimentarios, que le permitan consumir adecuadamente los alimentos y aseguren el crecimiento y desarrollo apropiado evitando, así, deficiencias nutricionales.

Respecto al nivel de conocimiento de las madres de niños menores de 3 años, sobre alimentación infantil en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari podemos apreciar que 55 (59,8%) de ellas tienen un nivel de conocimiento regular, seguido por 20 madres (21,7%) que tienen un nivel de conocimiento malo y como puesto final 17 madres (18,5%) que tiene un nivel de conocimiento bueno. Los resultados son similares a Ramírez y Sifuentes (2009) quienes en su trabajo de investigación: "Conocimiento de las madres sobre nutrición y estado nutricional en el lactante mayor de 1 a 2 años de edad en una comunidad rural de la sierra Liberteña - 2009", reportan que el 67.6 por ciento de madres presentan inadecuado nivel de conocimiento sobre nutrición infantil. Sin embargo difieren con el estudio realizado por Ávila y cols. (2001) "Conocimientos y prácticas sobre nutrición infantil, enfermedades diarreicas y respiratorias", en el que reportan que los conocimientos maternos sobre nutrición infantil en un 87.3 por ciento era adecuada.

Meneghello (2011) refiere que la madre es la principal proveedora de asistencia sanitaria en la familia y es quien debe tener el suficiente conocimiento que le permita estar en mejores condiciones para enfrentar con responsabilidad los cuidados que el niño requiere. Situación que difiere

según los resultados encontrados en la presente investigación. Bove y Cerruti (2010), por su parte, revelan que la malnutrición en países en desarrollo, como el nuestro, no se debe solamente a la mala calidad de los alimentos y a la falta de condiciones de salubridad, sino también a la falta de educación o un bajo nivel de conocimiento de los padres, como lo muestra los resultados del estudio de investigación.

Al analizar la actitud de las madres de niños menores de 3 años, sobre alimentación infantil en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, hemos podido encontrar que 68 madres (73,9%) tienen actitudes positivas en relación a la alimentación de sus hijos, mientras 24 madres (26,1%) tienen actitudes negativas en relación a la alimentación con sus hijos. Resultados que son diferentes a los presentados por Rodríguez (2006) quien en el estudio titulado "Prácticas alimentarias y el estado nutricional del niño de 6 meses a 2 años de edad. Centro de salud Unión - Trujillo, 2005", reporta que las prácticas alimentarias que realizan las madres en un 61,29 por ciento son inadecuadas. Así mismo Cárdenas (2010) en el trabajo de investigación "Relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses, Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita. Lima - Perú", reporta que el 70.9 por ciento de madres realizan prácticas desfavorables sobre alimentación complementaria.

Alarcón y García (2009) refieren que las prácticas de alimentación infantil son una determinante del estado nutricional del niño, que asegura el potencial adecuado en su crecimiento y desarrollo; sin embargo, lo demostrado en el estudio es adecuado, ya que 68 madres (73,9%) tienen

actitudes positivas en relación a la alimentación de sus hijos, mientras 24 madres (26,1%) tienen actitudes negativas en relación a la alimentación con sus hijos. En tal sentido, la madre es responsable de alimentar, incluso de enseñar a los menores las prácticas de alimentación infantil y no arriesgar el estado nutricional de los niños, volviéndolos frágiles frente a enfermedades y sus complicaciones.

Así mismo se demostró que existe relación entre nivel de conocimiento y actitudes sobre alimentación infantil en madres de niños menores de 3 años, en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari. Los resultados son similares a Cárdenas (2010) quien en su trabajo de investigación Relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses. Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita. Lima - Perú, reporta que existe relación significativa entre la consistencia de los alimentos y la higiene con el nivel de conocimiento de la madre.

Ávila y cols. (2010) en el estudio "Conocimientos y prácticas sobre nutrición infantil, enfermedades diarreicas y respiratorias", Lempira - Honduras; reportaron buenos niveles de conocimientos y prácticas en las madres. El conocimiento sobre un determinado tema, se ve influenciado por el contexto y una serie de factores, el mismo que se expresa en la práctica con actividades que se ponen de manifiesto luego que se conoce o se aprende, lo que supone, que a un mayor nivel de conocimientos se realiza prácticas favorables y viceversa.

CONCLUSIONES

1. Respecto al nivel de conocimiento de las madres de niños menores de 3 años, sobre alimentación infantil en el Centro de Salud Carlos ShowingFerrari podemos apreciar que 51 (55,4%) de ellas tienen un nivel de conocimiento medio, seguido por 28 madres (30,4%) que tienen un nivel de conocimiento Alto y como puesto final 13 madres (14,2%) que tiene un nivel de conocimiento bajo.
2. Al analizar la actitud de las madres de niños menores de 3 años, sobre alimentación infantil en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, hemos podido encontrar que 64 madres (69,6%) tienen actitudes positivas o adecuadas en relación a la alimentación de sus hijos, mientras 28 madres (30,14%) tienen actitudes negativas o inadecuadas en relación a la alimentación con sus hijos.
3. Así mismo se demostró que existe relación entre nivel de conocimiento y actitudes sobre alimentación infantil en madres de niños menores de 3 años, en el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari.

RECOMENDACIONES

1. Que el equipo de Enfermería del centro de salud Carlos Showing Ferrari diseñe y/o implemente sesiones educativas dirigidas exclusivamente a las madres o encargadas del cuidado de niños menores de 3 años sobre la alimentación complementaria, con la finalidad de garantizar una alimentación de calidad y evitar problemas nutricionales en el niño.
2. Realizar estudios cuasi-experimentales a fin de verificar la eficacia de las sesiones educativas.
3. Realizar estudios comparativos con otros centros o puestos de salud de la jurisdicción a fin de unificar criterios.
4. Realizar estudios de tipo cualitativo en los diferentes asentamientos humanos de la jurisdicción para conocer diversas costumbres y creencias de las madres.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA

1. ESPGHAN Committee on Nutrition. Complementary feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008;46:99–110. Canada.
2. Gupta A, Dadhich JP, Faridi MMA. Breastfeeding and Complementary Feeding as a Public Health Intervention for Child Survival in India. *Indian J Pediatr* [publicación periódica en línea] 2010. España.
3. Cereceda MP. Dietética de la teoría a la práctica. Alimentación en las diferentes etapas de la vida. 1ra Edición. Fondo Editorial de la UNMSM. Lima. 2008
4. Organización Panamericana de Salud/ Organización Mundial de Salud. Principios de Orientación para la Alimentación Complementaria del Niño Amamantado. Washington DC. 2003.
5. Quesada D. Técnica de investigación cuantitativa. Escala de actitudes tipo Likert. Licenciatura en docencia. Investigación Educativa. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2006.
6. Pineda F, Agudelo CA. Percepciones, actitudes y prácticas en malaria en el Amazonas Colombiano. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2005;7(3):339- 348.
7. INEI. (Internet) Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2007-2008. (Acceso 17 de Diciembre 2009). Tipo de Alimentación Complementaria según meses desde el Nacimiento. Disponible en: <http://desa.inei.gob.pe/endes/endes2007/Publicación%20ENDES.html>
8. Infomidis, MIDIS 2013. Directiva 004-2012-MIDIS. Lineamientos para la gestión articulada intersectorial e intergubernamental. Lima;2013.
9. O.M.S. “Las Condiciones de Salud de las Américas”. Publicación Científica y Técnica N° 578 Washington. DC.2009.
10. Daelmans B, Martínez J, Saadeh R. Conclusions of the global consultation on complementary feeding. *Food and Nutr Bull*. 2008 julio; 24(11).

11. Martínez E, Ramírez A, Díaz C. Ablactación: criterios que usa el personal de salud y las pacientes para su inicio. *NutrClin*. 2009 enero; 345(53).
12. Martínez G, González M. Prácticas de alimentación, estado de nutrición y cuidados a la salud en niños menores de 2 años en México. 2009. Instituto Mexicano del Seguro Social.
13. Flores S, Martínez G. Alimentación complementaria en los niños mayores de seis meses de edad: Bases técnicas. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.*. 2008 abril; 63(2).
14. OMS. Alimentación complementaria. [Online]; 2014 [Citado el 11 de junio del 2015]. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/.
15. MIDIS. DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL. [Online]; 2012 [Citado el 11 de junio del 2015]. Disponible en: http://www.midis.gob.pe/images/direcciones/dgpye/reporte_peru.pdf.
16. Rojas C. Enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias y características de la alimentación de los niños de 12 a 35 meses de edad en el Perú. *Rev. perú. med. exp. saludpublica*. 2012 julio; 21(3): p. 146-156.
17. OPS-OMS. Nutrición en niños [Online]; 2013 [Citado el 11 de junio del 2015]. Disponible en: <http://www.enfabebe.com.pe/articulos/alimentacion/soluciones-nutricionales-reales-para-tu-hijo-etapa-10-12-meses>.
18. León O, Montero I. Métodos de investigación en psicología y educación. 3rd ed. España: McGraw-Hill.; 2009.

- 19.** Pereyra H. Investigaciones Operativas en Salud y nutrición de la niñez en el Perú. In OPS y MINSA ; 2008; Lima-Perú.
- 20.** OMS. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. In Lactante y niño pequeño; 2003; Ginebra: OMS.
- 21.** Alarcón A. Prácticas alimentarias: Relación con el consumo y estado nutricional infantil. Revista Salud Pública y Nutrición – RESPYN. 2009 octubre; 9(2).
- 22.** Prisma. E. alimentación complementaria. 2009. Lima- Perú 2009. Pág. 45.
- 23.** OMS. ¿Hasta qué edad es adecuado alimentar al bebé sólo con leche materna? [Online].; 2014 [cited 2015 mayo 10. Available from: <http://www.who.int/features/qa/21/es/>.
- 24.** Daza W. Alimentación complementaria en el primer año de vida. Precop SCP. 2009 julio; 12(3).
- 25.** MINSA-Chile. Guía de alimentación del niño menor de 2 años. (Citado el 26 de octubre del 2015). Disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Gu%C3%ADa%20de%20Alimentaci%C3%B3n%20del%20Ni%C3%B1o%28a%29%20Menor%20de%202%20a%C3%B1os%20Gu%C3%ADas%20de%20Alimentaci%C3%B3n%20hasta%20la%20Adolescencia%20MINSAL%202005.pdf>.
- 26.** Vileda C. Prácticas alimentarias y su relación con el estado en niños y niñas de 0 a 12 meses de edad. 2012. tesis paramédico.
- 27.** Daelmans B, Martínes J, Saadeh R. Conclusions of the global consultation on complementary feeding.. Food and Nutr Bull.. 2008 julio; 24(11).

- 28.** Martínez E, Ramírez A, Díaz C. Ablactación: criterios que usa el personal de salud y las pacientes para su inicio.. *NutrClin.*. 2009 enero; 345(53).
- 29.** Martínez G, González M. Prácticas de alimentación complementaria. En: Flores HS, Martínez SH, editores. *Prácticas de alimentación, estado de nutrición y cuidados a la salud en niños menores de 2 años en México.* 2009. Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 30.** Flores S, Martínez G. Alimentación complementaria en los niños mayores de seis meses de edad: Bases técnicas.. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.*. 2008 abril; 63(2).
- 31.** OMS. Alimentación complementaria. [Online].; 2014. (Citado el 26 de octubre del 2015). Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/.
- 32.** MIDIS. DESNUTRICIÓN CRONICA INFANTIL. [Online].; 2012. (Citado el 26 de octubre del 2015). Disponible en: http://www.midis.gob.pe/images/direcciones/dgpye/reporte_peru.pdf.
- 33.** Rojas C. Enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias y características de la alimentación de los niños de 12 a 35 meses de edad en el Peru. *Rev. perú. med. exp. Salud pública.* 2012 julio; 21(3): p. 146-156.
- 34.** OPS, OMS. ENFABEBE. [Online].; 2013. (Citado el 26 de octubre del 2015). Disponible en: <http://www.enfabebe.com.pe/articles/alimentacion/soluciones-nutricionales-reales-para-tu-hijo-etapa-10-12-meses>.
- 35.** León O, Montero I. *Métodos de investigación en psicología y educación.* 3rd ed. España: McGraW-Hill.; 2009.

- 36.** Pereyra H. Investigaciones Operativas en Salud y nutrición de la niñez en el Perú. In OPS y MINSA; 2008; Lima-Perú.
- 37.** OMS. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. In Lactante y niño pequeño; 2003; Ginebra: OMS..
- 38.** Alarcón AyGH. Prácticas alimentarias: Relación con el consumo y estado nutricional infantil. Revista Salud Pública y Nutrición – RESPYN. 2009 octubre; 9(2).
- 39.** GOMEZ NARCISO EL. Muestreo Simple Aleatorio. [Online].; 2013. (Citado el 26 de octubre del 2015). Disponible en: <http://reyesestadistica.blogspot.com/2011/07/muestreo-simple-aleatorio.html>.

ANEXOS



ANEXO N° 01

Ficha de análisis documental para evaluación el nivel de conocimiento y actitudes sobre alimentación infantil en madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015.

INSTRUCCIONES. Estimada usuaria: La presente ficha de análisis forma parte de un estudio orientado a obtener información sobre el **conocimiento y actitudes sobre alimentación en madres de niños menores de 3 años**, por lo cual se pide que pueda responder a cada pregunta marcando con una X, la respuesta que usted crea que es correcta.

I. DATOS GENERALES.

1. ¿Cuál es su edad?: años.

2. ¿Cuál es su estado civil?

- a) Soltero ()
- b) Casado ()
- c) Divorciado ()
- d) Viudo ()
- e) Unión Libre ()
- f) Separado ()

3. ¿Cuál es tu ocupación?

- a) Ama de casa ()
- b) Empleada del sector público ()
- c) Empleada del sector privado ()

4. Residencia

- a) Urbana ()
- b) Rural ()

**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN****FACULTAD DE ENFERMERÍA****ANEXO N° 02****NIVEL DE CONOCIMIENTO.****1. La alimentación complementaria consiste en:**

- a) Dar otros tipos de leches (evaporada y/o fórmula) más leche materna.
- b) Dar alimentos semisólidos y blandos en la dieta del niño más leche materna.
- c) Dar de alimentos sólidos a la dieta del niño sin leche materna

2. ¿A qué edad se empieza a comer alimentos, aparte de la leche materna?

- a) A los 5 meses o antes
- b) A los 6 meses
- c) A los 7 meses u 8 meses
- d) A los 9 meses a más

3. ¿Cuáles son los Tipo de alimentos?

- a. Carbohidratos, lípidos, vitaminas.
- b. Grasas, lípidos, vitaminas.
- c. Panes, fideos, carbohidratos
- d. Frutas, verduras, vitaminas.

4. ¿Cómo debe ser la consistencia de los alimentos?

- a. purés, papillas, picados y trocitos.
- b. Sopas, caldos.
- c. Jugos, mates.

5. ¿Cuál es la fuente de lípidos y aceites?

- a. aceite vegetal
- b. panes, fideos, cereales.
- c. frutas.
- d. Vegetales.

6. ¿Cuál es la fuente de energética?

- a. aceite vegetal
- b. panes, fideos, cereales.
- c. frutas.
- d. Vegetales.

7. ¿Cuál es la fuente de vitaminas?

- a. aceite vegetal
- b. panes, fideos, cereales.
- c. Frutas y Vegetales

8. ¿Cuál es la fuente de minerales?

- a. aceite vegetal
- b. panes, fideos, cereales.
- c. Frutas y Vegetales

9. La alimentación complementaria es beneficioso para el niño porque:

- a. Brinda alimentos necesarios para que pueda caminar
- b. Para crecer y ser más sociable
- c. Favorece el desarrollo físico, psicológico y disminuye la probabilidad de contraer enfermedades.
- d. Brinda vitaminas y minerales.

10. ¿Es importante la alimentación complementaria para el adecuado desarrollo corporal del niño?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe

11. ¿Es importante la alimentación complementaria para el Adecuado desarrollo cerebral del niño?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe

12. ¿Es importante el lavado de mano antes de brindar los alimentos a su niño?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe

13. ¿El lavado de mano previene enfermedades diarreicas?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe

14. ¿Es importante cocinar los alimentos?

- a. Si
- b. No
- c. No sabe

**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN****FACULTAD DE ENFERMERÍA****ANEXO N° 03****Código:****Fecha:...../...../.....**

**CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE ALIMENTACIÓN INFANTIL EN
MADRES DE NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS, QUE ACUDEN AL
CONSULTORIO DE CRED DEL CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING
FERRARI, 2015.**

ESCALA TIPO LICKERT

Estimada señora a continuación les vamos a presentar una serie de preguntas que han sido elaborados con la finalidad de determinar las actitudes que tienen las madres de niños menores de 3 años sobre la alimentación infantil. Les pedimos a Uds. que respondan con toda sinceridad. Esta encuesta es anónima, es decir no es necesario que anote su nombre. Anticipadamente les agradezco su valiosa colaboración.

INSTRUCCIONES:

A continuación encontraras una serie de preguntas con tres opciones de respuesta, con la cuales pueden estar en acuerdo o desacuerdo. Coloca un aspa (X) debajo de la columna:

- **A** Acuerdo
- **I** Indeciso.
- **D** Desacuerdo

N°	ACTITUDES	A	I	D
1	Se debe lavar las manos antes y despues de cocinar y de alimentar a su niño.			
2	Para la preparación de jugos se debe utilizar agua hervida.			
3	Los utencilios de cocina se deben de lavar, secar y guardar.			
4	Al momento de la preparación de los alimentos solo lava los alimentos que estan bien sucios			
5	Se debe eliminar los factores que distraigan la atención del niño al momento de la alimentación			
6	Se debe contar con un ambiente que estimule el apetito del niño			
7	La relación con su niño al momento de la alimentación debe imponer lo que debe comer y los horarios de la alimentación.			
8	A los seis meses se puede dar de comer pescado a los niños			
9	Es bueno darle a los niño liquidos entre cucharada y cucharada de comida			
10	Es correcto dar de comer a los 7 meses la clara de huevo			

MATRIZ DE CONSISTENCIA

:CONOCIMIENTO Y ACTITUDES SOBRE ALIMENTACIÓN INFANTIL EN MADRES DE NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS, QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI, 2015.

PROBLEMA DE INVESTIGACION	OBJETIVOS	HIPOTESIS	DISEÑO DE INVESTIGACION	VARIABLES	POBLACION Y MUESTRA	TÉCNICA E INSTRUMENTO
<p>1.1 PROBLEMA GENERAL Cuál es el nivel de conocimiento y actitudes sobre alimentación infantil en madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del</p>	<p>2.1GENERAL: Determinarel nivel de conocimiento y actitudes sobre alimentación infantil en madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015.</p>	<p>3.1GENERAL: Hi: Existe un conocimiento y una actitud adecuada sobre alimentación infantil en las madres de niños menores de 3 años que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015. Ho: No existe un conocimiento y una actitud adecuada sobre alimentación infantil en las madres de niños menores de 3 años que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015.</p>	<p>El estudio fue de tipo cuantitativo debido a que los datos obtenidos son susceptibles de ser medidos, nivel aplicativo pues nos va a permitir reorientar y/o modificar la realidad existente, método descriptivo</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE: Conocimientos de las madres sobre alimentación infantil</p> <p>6.2VARIABLE DEPENDIENTE</p>	<p>La población estuvo conformada por un total de 120 madres de niños menores de 3 años de edad que acuden al consultorio de crecimiento</p>	<p>TÉCNICA Entrevista</p> <p>INSTRUMENTOS Cuestionario</p>

<p>Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015?</p> <p>1.2PROBLEMA ESPECIFICO</p> <p>¿Cuál es nivel de conocimiento sobre alimentación infantil en madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015?</p> <p>¿Cuáles son las actitudes sobre alimentación infantil en madres de niños</p>	<p>2.2 Objetivos Especificos</p> <p>Identificar el nivel de conocimiento sobre alimentación infantil en madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015.</p> <p>Establecer las actitudes sobre alimentación infantil en madres de niños menores de 3 años, que acuden al</p>	<p>2.1ESPECÍFICOS:</p> <p>Hi.Existe un bajo conocimiento sobre alimentación infantil en las madres de niños menores de 3 años que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015.</p> <p>Ho: Existe un alto conocimiento sobre alimentación infantil en las madres de niños menores de 3 años que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015.</p> <p>Hi.Existe una actitud adecuada sobre alimentación infantil en las madres de niños menores de 3 años que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015.</p> <p>Ho.Existe una actitud inadecuada sobre alimentación infantil en las madres de niños menores de 3 años que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015.</p>	<p>simple de corte transversal ya que permite mostrar la información obtenida tal y como se encuentra en la realidad en un espacio y tiempo determinado.</p>	<p>ENTE:</p> <p>Actitudes de las madres sobre alimentación infantil</p> <p>6.3 VARIABLES DE INTERVENCIÓN</p> <p>Edad, ocupación, procedencia, estado civil.</p>	<p>y desarrollo del niño (CRED) del centro de salud carlos showing ferrari.</p> <p>La muestra de nuestro estudio fue de 92 madres de niños menores de 3 años</p>	
---	---	--	--	---	--	--

<p>menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015?</p>	<p>consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015.</p>	<p>Hi: Existe Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre alimentación infantil en madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015?</p>				
<p>¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre alimentación infantil en madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015?</p>	<p>Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre alimentación infantil en madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015?</p>	<p>Ho: No existe Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre alimentación infantil en madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015?</p> <p>Ho: No existe relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación infantil y la procedencia en madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015?</p>				
<p>¿Cuál es la</p>						

<p>relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación infantil y la procedencia en madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015? ?</p>	<p>Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación infantil y la procedencia en madres de niños menores de 3 años, que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Carlos Showing Ferrari, 2015?</p>					
---	---	--	--	--	--	--