



UNAP

FACULTAD DE ENFERMERÍA

TESIS

**CONOCIMIENTO Y ACTITUD MATERNA SOBRE ALIMENTACION
ASOCIADOS AL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 3 A 5
AÑOS, ESTUDIANTE DEL CEI. NIÑO JESUS DE
PRAGA, IQUITOS - 2014**

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

AUTORA :

Bach. Enf. Sheilla Margarita SOTO SORIA

ASESORES:

Dra. Marina GUERRA VÁSQUEZ

Mgr. Eliseo Edgardo ZAPATA VASQUEZ

IQUITOS, PERÚ

2014

**CONOCIMIENTO Y ACTITUD MATERNA SOBRE ALIMENTACION
ASOCIADOS AL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 3 A 5
AÑOS, ESTUDIANTE DEL CEI NIÑO JESUS DE
PRAGA, IQUITOS - 2014**

AUTORA

Bach. Enf. Sheilla Margarita Soto Soria

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar la asociación que existe entre nivel de conocimiento y actitud materna sobre alimentación y el estado nutricional del niño de 3 a 5 años, estudiante del centro educativo inicial Niño Jesús de Praga, Iquitos - 2014. Se empleó el método cuantitativo, diseño no experimental, descriptivo, correlacional. La población estuvo constituida por 400 niños de 3 a 5 años, de ambos sexos y la muestra fue de 195 madres de familia con niños de 3 a 5 años, a quienes se aplicó dos instrumentos: Cuestionario de conocimiento materno sobre alimentación del niño, con 100% de validez y 96,3% de confiabilidad y Escala de actitud materna en la alimentación del niño, con validez de 98,0% y confiabilidad 90,6%, mediante el juicio de expertos para la validez y el coeficiente Alfa de Cronbach para la confiabilidad. En el procesamiento de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 22 para Windows XP. El nivel de confianza fue 95% y nivel de significancia $\alpha = 0,05$ ($p < 0,05$) para aceptar la hipótesis planteada. Se obtuvo los siguientes resultados: respecto al nivel de conocimiento materno, 56,4% tuvo nivel de conocimiento adecuado y 43,6% conocimiento inadecuado; en la actitud materna, 74,4% presentó actitud de rechazo y 25,6% actitud de aceptación; en cuanto al estado nutricional de los niños, 47,7% presentó estado nutricional normal, 31,3% estado de desnutrición y 21,0% sobrepeso u obeso. Al asociar conocimiento y actitud materna sobre alimentación y estado nutricional del niño, se obtuvo que: existe relación estadística significativa entre el conocimiento adecuado de la madre y estado nutricional normal del niño ($p = 0,000$) y entre actitud materna de rechazo y estado nutricional normal ($p = 0,000$).

Palabras claves: conocimiento, actitud, estado nutricional, madres, niño.

**KNOWLEDGE AND MATERNAL ATTITUDE ASSOCIATED WITH BREAST FEEDING ON NUTRITIONAL STATUS OF CHILDREN FROM 3 TO 5 YEARS
STUDENT CEI INFANT JESUS OF PRAGUE. IQUITOS, 2014**

AUTHOR

Bach. Enf. Sheilla Margarita Soto Soria

SUMMARY

The research aimed to determine the association between level of knowledge and maternal attitude about food and nutritional status of children from 3 to 5 years of initial school student Infant Jesus of Prague, Iquitos - 2014. The quantitative method was used, no experimental design, descriptive, correlational. The population consisted of 400 mothers with children of 3 – 5 years, of both sexes and was sample consisted of 195 mothers with children of 3-5 years, who was applied two instruments: Questionnaire maternal knowledge about child feeding, with 100% validity and 96,3% reliability, and Scale of maternal attitude in feeding the child, valid for 98,0% and 90,6% reliability by expert judgment for the validity and Cronbach's alpha coefficient for reliability. SPSS version 22 for Windows XP was used in data processing. The confidence level was 95% and significance level $\alpha = 0.05$ ($p < 0.05$) to accept the hypothesis. The following results were obtained: on the level of maternal knowledge, 56,4% had adequate knowledge level and 43,6% inadequate knowledge; in human attitude; 74,4% with a nutritional status of children, 25,6%; as to, 47,7% had nutritional status normal state 31,3% with malnutrition and 21,0% malnourished and overweight or obese. By associating knowledge and maternal attitude about breast feeding and nutritional status of children, it was found that: There is significant relationship between adequate knowledge of normal mother and child nutritional status ($p = 0.000$) and between the normal attitude of rejection and maternal nutritional status ($p = 0.000$).

Keywords: knowledge, attitude, nutritional status, mothers, children.

TESIS APROBADA EN SUSTENTACIÓN PÚBLICA, EN LA FACULTAD DE
ENFERMERIA DE LA UNAP, EL 06 DE NOVIEMBRE DEL AÑO 2015, ANTE EL
JURADO CALIFICADOR, CONFORMADO POR:

.....
Dra. RUTH VILCHEZ RAMÍREZ
Presidenta

.....
Mgr. JOSEFA CÁRDENAS URBINA
Miembro

.....
Dra. MARINA GUERRA VÁSQUEZ
Miembro - Asesora Metodológica

.....
Mgr. Est. Eliseo Edgardo ZAPATA VASQUEZ
Asesor Estadístico

DEDICATORIA

A mi madre **Margarita Soria Panduro**, por ser el ángel que está presente en mis días, por ese amor incondicional que me dabas mientras vivías, gracias por enseñarme el amor, el cariño y el respeto.

A mi Padre **Pantaleón Soto Rojas**, por haber sido mi guía, mi protector, mi amigo, y mi mejor consejero, gracias por haberme educado así. Estoy orgullosa de cada paso que doy y eso te lo debo a ti. Te quiero papá.

A mis grandes amores, mi esposo **Simón** por su apoyo, ánimo que me brinda y sobre todo por su amor, y a mi hijo **Salvador** por ser mi fuerza, mi motivación y mi razón de seguir.

Sheilla Margarita

RECONOCIMIENTO

Agradezco de manera especial y sincera a todas las personas e instituciones que en forma directa e indirectamente contribuyeron a que este trabajo de investigación se pueda llevar a cabo.

A la Dra. Ruth Vílchez Ramírez, Decana de nuestra prestigiosa Facultad de Enfermería por su disposición en brindarnos todas las facilidades administrativas, para cumplir con las autorizaciones respectivas.

A las docentes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, miembros del Jurado Calificador de la tesis: Dra. Ruth Vílchez Ramírez (Presidenta), Mgr. Josefa Cárdenas Urbina (Miembro) y Dra. Marina Guerra Vásquez (Miembro), por sus valiosas sugerencias y aportes en el desarrollo de la investigación para lograr el objetivo previsto.

A la Lic. en Educación Juana Juliana Vargas Armas, Directora de la institución educativa inicial “Niño Jesús de Praga” y a su personal docente por su disposición e interés en aceptarnos la realización de la investigación y por todas las facilidades brindadas.

A la Dra. Marina Guerra Vásquez, por su gentileza, ayuda constante, en especial por su orientación y por su continuo estímulo durante todo el transcurso de la elaboración de la tesis, en calidad de asesora.

Al Mgr. Eliseo Zapata Vásquez, por su asesoramiento estadístico acertado y guía brindada en el desarrollo de la tesis.

ÍNDICE DE CONTENIDO

CAPÍTULO I: INTRODUCCION Y OBJETIVOS		Página
1.	Introducción	01
2.	Planteamiento del Problema.....	04
3.	Objetivos.....	05
 CAPÍTULO II: MARCO TEORICO		
1.	Marco Teórico.....	05
2.	Definiciones operacionales.....	28
3.	Hipótesis.....	30
 CAPÍTULO III: METODOLOGIA		
1.	Método y Diseño de investigación.....	31
2.	Población y muestra	32
3.	Técnicas e instrumentos.....	34
4.	Procedimiento de recolección de datos.....	36
5.	Análisis de datos.....	36
6.	Limitaciones.....	37
7.	Protección de los derechos humanos.....	37
 CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION		
1.	Resultados	38
2.	Discusión.....	47
3.	Conclusiones.....	49
4.	Recomendaciones.....	50
5.	Referencias bibliográficas.....	51

ANEXOS

INDICE DE CUADROS, TABLAS Y/O GRÁFICOS

N°	TITULO	PÁG.
01	CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE ALIMENTACION DEL NIÑO DE 3 A 5 AÑOS, ESTUDIANTE DEL CEI NIÑO JESUS DE PRAGA, IQUITOS -2014.	38
02	ACTITUD MATERNA EN LA ALIMENTACION DEL NIÑO DE 3 A 5 AÑOS, ESTUDIANTE DEL CEI NIÑO JESUS DE PRAGA, IQUITOS - 2014.	39
03	ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 3 A 5 AÑOS, ESTUDIANTE DEL CEI NIÑO JESUS DE PRAGA, IQUITOS – 2014.	40
04	RESPUESTAS CORRECTAS EN ÍTEMS DE CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE ALIMENTACIÓN DEL NIÑO DE 3 A 5 AÑOS, ESTUDIANTE DEL CEI NIÑO JESÚS DE PRAGA, IQUITOS - 2014.	41
05	RESPUESTAS FAVORABLES A ÍTEMS DE ACTITUD MATERNA EN ALIMENTACIÓN DEL NIÑO DE 3 A 5 AÑOS, ESTUDIANTE DEL CEI NIÑO JESÚS DE PRAGA, IQUITOS - 2014.	43
06	ASOCIACION ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE ALIMENTACIÓN Y ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 3 A 5 AÑOS, ESTUDIANTE DEL CEI NIÑO JESÚS DE PRAGA, IQUITOS - 2014.	45
07	ASOCIACIÓN ENTRE ACTITUD MATERNA EN ALIMENTACIÓN Y ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 3 A 5 AÑOS, ESTUDIANTE DEL CEI NIÑO JESÚS DE PRAGA, IQUITOS – 2014.	46

CAPITULO I

INTRODUCCION

La calidad de vida de la población, requiere de la generación de estilos de vida saludables promocionando el cuidado del niño en un contexto familiar que lo proteja y estimule a alcanzar una adultez plena, feliz y productiva. Ello incluye una adecuada alimentación desde los primeros años de vida que se inicia con la lactancia materna exclusiva desde recién nacido hasta los 6 meses de vida, para asegurar el crecimiento y mantenimiento de la salud, a partir del cual se inicia una etapa de alimentación complementaria (AC) para cubrir las necesidades nutricionales del niño, favorecer la interrelación madre-hijo, estableciendo hábitos saludables de alimentación, utilizando los nutrientes necesarios de manera gradual y progresiva ¹. Para ello, la madre necesita conocimientos adecuados y suficientes para aplicarlos en la práctica con actitud favorable hacia una alimentación balanceada y equilibrada, por ser responsables del cuidado de sus niños. ²

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el año 2013 el 30% (186 millones) de la población mundial menor de 5 años tenía retraso del crecimiento y 18% (115 millones) bajo peso para su talla y 5% (43 millones) con sobrepeso infantil, por alimentación deficiente e infecciones repetidas; aproximadamente 35% de lactantes de 0 a 6 meses reciben lactancia materna exclusiva siendo menos los niños que reciben alimentación complementaria segura y adecuada desde el punto de vista nutricional, que no concuerda con el nuevo Patrón Internacional de Crecimiento Infantil que brinda datos científicos y orientación sobre la forma en que cada niño nacido en cualquier parte del mundo debería crecer (27 de abril de 2006 - Ginebra), recibiendo una atención óptima desde el comienzo de sus vidas, como un potencial para desarrollarse. ³

Por otro lado, en América Latina y el Caribe, existen algunas diferencias individuales entre los niños y la media de crecimiento puede ser normal si se les proporcionan las condiciones necesarias en la primera infancia, como se ha registrado en Brasil; en Bolivia la mortalidad infantil es de 54 por 1000 nacidos vivos, el 55% debido a la

asociación entre infecciones y la desnutrición, pues la prevalencia de desnutrición crónica es de 24,3%, desnutrición grave 5% y desnutrición global 30%; asimismo, la prevalencia de sobrepeso es alta con un 4% que va en aumento en Bolivia, Costa Rica, República Dominicana, Guatemala, Haití, Perú y EE.UU. ³ En Costa Rica más del 50% de madres percibe que los alimentos de origen animal tienen alto valor nutritivo, pero menos del 50% reconoce que los cereales, leguminosas, hortalizas, frutas son nutritivos para el niño y que las comidas grasosas como la carne de cerdo son perjudiciales en la alimentación del niño. ⁴

En cuanto a la actitud materna, definida como el 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, sea de forma favorable o desfavorable, de rechazo o aceptación, respecto a la alimentación habitual del niño menor de 5 años, respecto a la consistencia de las comidas, cantidad, frecuencia y consumo de los tipos de alimentos. Sin embargo, la información acerca de las actitudes de las madres con respecto a la alimentación de los niños menores de 5 años es limitada, que contribuiría a un enfoque real y útil en la intervención educativa nutricional en busca de una mejora del estado de salud y nutrición de los niños. ⁵

En Perú el año 2013, la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años según edad y sexo fue de 36,7% entre 18 a 23 meses, 26,5% entre 48 a 59 meses, 12,6% en menores de 6 meses, 25,8% en el sexo femenino y 29,8% en el sexo masculino; según ubicación geográfica el 16,5% se ubica en área urbana y 44,7% en área rural; 40,6% en la sierra donde Huancavelica es el más afectado con 56,6% y 9,1% en Lima siendo los menos afectados; 64,3% de niños consume granos y cereales, 39,3% no consume alimentos de origen animal y más de 70% no consume menestras, reflejando que las madres no brindan una alimentación balanceada a sus niños, porque no tendrían adecuados conocimientos acerca de su alimentación. ⁶

En la región Loreto, el año 2013 la prevalencia de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años fue de 32,3%, la prevalencia de anemia fue del 49,5% y la lactancia materna exclusiva que comprende desde la primera hora del nacimiento

hasta los seis meses de edad, en la región solamente alcanza en promedio un poco más de cuatro meses y medio, lo que repercute negativamente en el estado nutricional.⁷

Ante esta situación, podemos inferir que la malnutrición en los primeros años de vida es negativa para el desarrollo físico, intelectual y emocional de los niños, y se necesita investigar para evaluar no solo el estado nutricional del niño, sino también a la persona que brinda estos cuidados, es decir a la madre y el vínculo afectivo que sucede en esos cuidados, las actitudes que evidencian hacia sus hijos, los mismos que permanecerán durante el desarrollo de la vida del niño, tanto en su desarrollo normal como en los casos de recuperación nutricional. Asimismo, las intervenciones a nivel escolar constituyen estrategias importantes para enfrentar los problemas nutricionales infantiles, porque la enseñanza básica constituye un período de desarrollo de hábitos adecuados de alimentación, actividad física y la posibilidad de integrar a los profesores con los padres. Por ello, deben integrarse todas las áreas relacionadas con la prevención de la desnutrición en el niño, sea a nivel individual, de la escuela y del entorno, valorando los conocimientos, actitudes, prácticas de alimentación, nutrición y actividad física, para orientar futuras intervenciones educativas y lograr un impacto cuantificable en los factores de riesgo.⁵

Por todo lo mencionado, me he sentido motivada a realizar la presente investigación, planteando la siguiente interrogante: ¿Existe asociación entre conocimiento y actitud materna y estado nutricional de niños de 3 a 5 años, estudiantes del CEI Niño Jesús de Praga, Iquitos - 2014?. Los resultados obtenidos constituyen aportes valiosos para explicar la influencia del conocimiento y actitud de la madre sobre el estado de nutrición de los niños de 3 a 5 años; por otro lado sirven para mejorar la orientación y consejería nutricional a las madres por parte de los profesionales de enfermería teniendo en cuenta las características de la población para mejorar su estado nutricional, disminuir la morbimortalidad infantil y además la información sirve como marco referencial para investigaciones futuras.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe asociación entre conocimiento y actitud materna sobre alimentación y el estado nutricional del niño de 3 a 5 años, estudiante del Centro de Educación Inicial Niño Jesus de Praga. Iquitos, 2014?

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la asociación entre nivel de conocimiento y actitud materna sobre alimentación y el estado nutricional del niño de 3 a 5 años, estudiante del CEI Niño Jesus de Praga, Iquitos – 2014.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación, del niño de 3 a 5 años, estudiante del CEI Niño Jesus de Praga, Iquitos – 2014, mediante el instrumento denominado Cuestionario de Conocimientos Materno sobre la alimentación del niño.
2. Identificar la actitud sobre alimentación, de las madres del niño de 3 a 5 años, estudiante del CEI Niño Jesus de Praga, Iquitos – 2014, mediante el instrumento Escala de Actitud Materna hacia la alimentación del niño.
3. Identificar el estado nutricional del niño de 3 a 5 años, estudiante del CEI Niño Jesus de Praga, Iquitos – 2014, a través de la Ficha de Registro Antropométrico del niño.
4. Asociar el nivel de conocimiento y actitud materna sobre la alimentación y el estado nutricional del niño de 3 a 5 años, estudiante del CEI Niño Jesus de Praga, Iquitos – 2014.

CAPITULO II

1. MARCO TEORICO

1.1. ANTECEDENTES

Ochoa RF, Alvarado JD, Mosquera JE. (Ecuador, 2013), en un estudio realizado sobre prevalencia de dificultades alimentarias y su relación con el estado nutricional en niños de 1 a 5 años en los subcentros urbanos del Ministerio de Salud Pública de Cuenca, entre enero y junio 2013, con una muestra probabilística estratificada, de 274 cuidadores de los niños a quienes aplicaron una entrevista y a los niños les tomaron medidas antropométricas para evaluar el estado nutricional, encontraron que: 33,3% tiene estado nutricional inadecuado, de ellos 81,4% es cuidado por la madre; que son factores de riesgo importantes para desarrollar un estado nutricional inadecuado, las dificultades alimentarias de bajo peso ($p < 0.05$; RP: 38; IC: 9-161) y el grado de instrucción del cuidador ($p < 0,05$; RP 2.03; IC 1.23-3.44).⁸

Parada DA. (Colombia, 2011), en una investigación descriptiva, cuantitativa realizada sobre conocimientos, actitudes y prácticas del cuidador del menor de cinco años, en el municipio de Cúcuta, en una muestra por conveniencia de 339 cuidadores, aplicando el cuestionario de “Prácticas claves” diseñado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en la estrategia Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), encontró que: 75% tiene bajo nivel de conocimientos respecto a la necesidad de introducir micronutrientes en la dieta de los niños y en que alimentos encontrarlos; 75% de cuidadores principales son abuelas seguidos de tíos/as, hermanos/as y padres quienes imparten el cuidado de acuerdo a sus conocimientos y creencias, algunos niños se cuidan en instituciones (guardería) o con vecinas de su barrio; 72% de niños/as tienen adecuado peso para la talla (nivel nutricional ideal), 13% tiene riesgo de bajo peso para la talla (signo de alarma para desnutrición), 11% con sobrepeso, marcador que demuestra que el niño/a requiere ser tratado para

evitar alteraciones posteriores o enfermedades crónicas en la adultez, prevenibles en esta etapa del ciclo vital y 4% con bajo peso para la talla.⁹

Escartín M, Vega G, Torres O, Manjarrez C. (México, 2011), en un estudio comparativo/transversal, para evaluar los factores sociodemográficos y su asociación con el estado nutricional de niños menores de 5 años, en una muestra de 275 niños de madres adolescentes (menores de 20 años) y adultas (de 20 a 35 años) en centros de salud de comunidades rurales del estado de Querétaro, encontraron que: en el estado nutricional según peso/edad, 13,8% tiene desnutrición leve, 79,6% nutrición normal, 5,8% sobrepeso y 0,7% obesidad; en madres adultas, 1,1% tiene desnutrición moderada, 10,5% leve, 75,3% normal, 10,5% con sobrepeso y 2,5% con obesidad. Asimismo, en peso/talla, en adolescentes 0,7% con desnutrición moderada, 4% con desnutrición leve, 71% normal, 22,2% con sobrepeso y 1,8% con obesidad; en madres adultas, 4% desnutrición leve, 70% con nutrición normal, 19% en sobrepeso y 5,8% en obesidad.¹⁰

Londoño A, Mejía S. (Colombia, 2009), en una investigación realizada sobre factores de riesgo para malnutrición relacionados con conocimientos y prácticas de alimentación en preescolares de estrato bajo en Calarcá, encontraron que: 11% de niños presentan malnutrición y 8% presentan bajo peso para la talla, mostrando que se presenta el tipo de desnutrición aguda, originada por una deficiente dieta alimentaria debida a múltiples causas directas e indirectas como desconocimiento de los macro y micronutrientes requeridos por el niño en esta etapa, costumbres o actitudes familiares de negligencia, pobreza, inaccesibilidad geográfica, y otros.¹¹

Sevilla R. (Bolivia, 2008), en una investigación realizada sobre la utilización del ábaco nutricional P/T en la promoción, prevención y recuperación nutricional ambulatoria en menores de 5 años, en los centros de salud de dos zonas periurbanas de Cochabamba, para un total de 6000 niños. Los niños recibieron un platito a colores con alimentos de quinua, cebada, lentejas, leche, micronutrientes o suplementos, obteniendo que: 3,03% tienen desnutrición

aguda, leve y moderada; 61,79% niños y 69,69% de niñas ($p = 0,01$) se recuperaron en ambos centros de salud, mientras que 13,48% y 13,13% respectivamente se mantuvieron estacionados y 4% se complicaron. Las sesiones educativas incidieron en la recuperación nutricional.¹²

Zamora YM, Ramírez E. (Perú, 2013), en una investigación descriptiva, correlacional, transversal, realizada sobre conocimiento en alimentación infantil y prácticas alimentarias de madres con niños de 1 a 2 años de edad, atendidos en el Centro Materno Infantil Santa Catalina, del distrito San Pedro de Lloc en el departamento de La Libertad, en una muestra conformada por 49 madres, a quienes se aplicó dos instrumentos, la encuesta sobre conocimiento en alimentación infantil y encuesta de prácticas alimentarias, concluyendo que: respecto al conocimiento de las madres sobre alimentación infantil, 63,3% tiene conocimiento deficiente y 36,7% tiene conocimiento bueno.¹³

Gamarra R, Porroa M, Quintana M. (Perú, 2010) en un estudio observacional descriptivo, cuantitativo, realizado en 161 madres con el objetivo de identificar conocimientos, actitudes y percepciones sobre la alimentación de niños menores de 3 años, en asentamientos humanos del distrito de Villa María del Triunfo, en la ciudad de Lima, mediante la aplicación de un cuestionario y una escala de Likert sobre actitudes, encontraron que: 81% de madres mostró nivel de conocimientos alto, 66,7% de madres tiene actitud favorable sobre la alimentación infantil, 63% estaba de acuerdo con prácticas adecuadas en alimentación complementaria, indicando que el consumo de alimentos de origen animal, frutas y verduras debía ser diario a partir de los dos años.²

La ONG World Vision International (WVI) (Perú, 2008), cuya zona de intervención son los distritos de Villa María del Triunfo (VMT) y Villa El Salvador, en la ciudad de Lima, en el estudio realizado sobre conocimiento de la alimentación infantil, en una muestra de 158 madres entre 18 a 42 años, encontró que: 81% presenta nivel de conocimientos alto, 17% nivel regular y 2% nivel de conocimientos bajo; 66,7% mostró una actitud favorable hacia las características de la alimentación del niño; 29,8% estuvo indecisa; 63% de madres dijo estar de

acuerdo con las prácticas adecuadas de la alimentación, definidas como brindar preparaciones espesas, agregar grasa (aceite o mantequilla), número de comidas, consumo diario de alimentos de origen animal, frutas y verduras; pero 25% se mostró en desacuerdo con respecto al consumo de estos alimentos. ¹⁴

Ramirez DP. (Perú, 2008), en una investigación cuantitativa, descriptiva y explicativa, realizada sobre la efectividad del programa educativo en el mejoramiento del estado nutricional de niños de 2 a 6 años, del AA.HH. San Juan de Dios, distrito de Independencia, en una muestra conformada por 40 madres con sus respectivos niños, aplicando una ficha de valoración del estado nutricional y una encuesta, obteniendo como resultados: en el pretest, que respecto al estado nutricional, 55% de niños presentaba algún grado de malnutrición y nivel de conocimiento sobre los alimentos de las madres era de medio a bajo; pero después del programa educativo el postest evidencia que 57,5% de niños presentan estado nutricional adecuado/normal y 67,5% de madres tenían conocimiento de bueno a regular; es decir, que la mayoría de madres aumentó sus conocimientos, mejorando el peso de los niños. ¹⁵

1.2. BASES TEORICAS

A. CONOCIMIENTO Y ACTITUD MATERNA SOBRE ALIMENTACION INFANTIL

Generalidades

Una adecuada alimentación durante los primeros años de vida es fundamental para asegurar el crecimiento y desarrollo adecuados, que contribuirá a mantener un buen estado de salud también durante la etapa adulta; se inicia desde el momento mismo del nacimiento con la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida y a partir de ella con la etapa de alimentación complementaria (AC), con la introducción de alimentos diferentes a la leche materna de manera gradual y progresiva, para los requerimientos de energía, proteína y micronutrientes específicos, para el buen funcionamiento del organismo, con el objetivo de cubrir las necesidades nutricionales del niño 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, porque la calidad de la dieta cotidiana constituye un elemento esencial que contribuye al estado de nutrición y salud del individuo, especialmente en los primeros años de vida.¹⁶

La situación de los niños menores de 5 años en el mundo y en particular en América Latina requiere atención especial, porque se observa elevados índices de enfermedades prevalentes como problemas respiratorios agudos, diarreas y desnutrición, los cuales son prevenibles con la adopción de prácticas de alimentación adecuadas durante los primeros cinco años de vida, prácticas saludables de bajo costo y fácil aplicación, la detección precoz del retraso del crecimiento y desnutrición, entre otros, que disminuirían los índices de enfermedades prevalentes en la infancia, específicamente la desnutrición.⁹

Alimentación Infantil

La alimentación, se define como el acto de brindar alimentos indispensables al organismo para que funcione y ejecute sus tareas básicas; mientras que la nutrición es el conjunto de procesos fisiológicos, donde el organismo recibe, transforma y utiliza las sustancias químicas de los alimentos.

La alimentación infantil, se define como el proceso mediante el cual se asegura que el niño de 3 a 5 años reciba los nutrientes necesarios para que su organismo funcione adecuadamente. Incluye: tipo y variedad de alimentos, almacenamiento seguro, la correcta preparación, tamaño de las porciones, consistencia, frecuencia, densidad energética, entre otros. Además, complementariamente se necesitan buenas prácticas de higiene y manejo de los alimentos como: lavado de manos, guardar en forma segura y servir inmediatamente, después de su preparación, utilizar utensilios limpios y evitar biberones porque usualmente es difícil mantener su correcta limpieza.¹⁷

Conocimiento Materno sobre Alimentación Infantil

Las experiencias tempranas del niño con la comida y en especial las prácticas alimentarias de los padres tienen fundamental importancia en los hábitos de

alimentación desarrollados por los individuos. La madre es la responsable de incorporar al niño a las prácticas alimentarias y al contexto social de la familia, ese rol la ejerce con la participación de su entorno familiar, pues desde temprana edad en el primer semestre de la vida, están capacitados para establecer una íntima relación recíproca o relación de apego con la figura primaria que lo cuida y que habitualmente es la madre, la cual es determinante en la adquisición de su conducta alimentaria y de su adecuado desarrollo posterior; si el manejo de la madre es inadecuado ocurren alteraciones, por ello al evaluar el rol materno es necesario estudiar su nivel de conocimientos sobre la alimentación del niño, la actitud materna, trastornos serios de su personalidad (depresiones, problemas de conducta alimentaria, personalidades caóticas) o problemas familiares (violencia intrafamiliar, dificultades conyugales).⁹

El modo de alimentarse, preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el aprendizaje y las experiencias vividas en los primeros 5 años de vida, pues el niño incorpora la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias antes de esa edad. La madre tiene un rol fundamental en la educación y transmisión de pautas alimentarias al hijo, por lo que debe centrarse en ella la entrega de contenidos educativos preventivos.¹⁸

El conocimiento de la madre sobre alimentación infantil, es la noción y experiencia, lograda y acumulada por la madre sobre alimentación, que alcanza en el transcurso de su vida mediante la recolección de datos e información mediante la observación de otras vivencias o de la propia experiencia, que ayudará a mantener o no la salud de sus hijos y prevenir enfermedades.²¹

El conocimiento de la madre, depende de diversos factores como, el grado de instrucción, experiencias previas en el cuidado de niños, conocimientos que se adquieren del profesional de salud, también influyen los consejos de la familia que manejan un conjunto de costumbres, hábitos y creencias, muchas veces erróneas pero profundamente arraigadas en nuestra cultura, que se realizan para satisfacer las necesidades alimentarias del niño desde la selección, compra, conservación, preparación y el consumo propiamente de los alimentos.¹⁸

Puede ser valorado como: a) Adecuado o apropiado, cuando la madre realiza una buena selección, conservación y preparación de los alimentos del niño, b) Inadecuado o inapropiado, cuando la madre no otorga el cuidado alimenticio acorde a los requerimientos y edad durante los primeros años de vida, incluso limita el crecimiento y desarrollo del niño, originando efectos irreversibles.¹⁹

Conocimiento sobre alimentación del niño

El conocimiento es la forma en que el ser humano “procesa” mentalmente la conformación y evaluación de la información, y cómo reacciona ante ella. El ser humano tiene una capacidad resolutive activa y racional de los problemas, por ser un sistema procesador de información cuyos actos son gobernados por el pensamiento racional y la planeación.²⁰

Por ello, el nivel de conocimiento de la madre sobre la alimentación del niño pequeño es fundamental, porque influye en su estado de nutrición y en consecuencia en su estado de salud. Según éste comportamiento, se podrán determinar actividades tendientes a fortalecer sus capacidades cognitivas que al evidenciarse en la práctica diaria, coadyuvarán al mantenimiento de una nutrición saludable y de la prevención de enfermedades propias de la infancia. Según la OMS es importante aprender a prevenir para promocionar las buenas prácticas de alimentación.

Por otro lado, el conocimiento, se puede valorar de diferentes formas, siendo una de ellas la siguiente:

- Conocimiento Adecuado: Cuando en un instrumento específico, el evaluado alcance un puntaje igual o mayor al 60% de respuestas correctas.
- Conocimiento Inadecuado: Cuando en un instrumento específico, el evaluado alcance un puntaje menor al 60% de respuestas correctas.²⁰

Actitud Materna sobre la Alimentación Infantil

La actitud según Gonzales P. (Chile, 2008), se define como un estado o respuesta mental y emocional de predisposición aprendida o adquirida,

relativamente duradera y organizada a través de la propia experiencia que incita a la persona a reaccionar de manera directiva o dinámica a favor o en contra, con aceptación o rechazo, frente a determinados objetos, ideas, personas o situaciones, con una carga afectiva o emocional.²¹

Asimismo Young K. (Colombia, 2009), define la actitud como la tendencia o predisposición positiva o negativa (a favor o en contra), aprendida, más o menos generalizada y duradera, que hacemos sobre las diversas circunstancias que nos presenta la vida, que se almacenan en la memoria para dar una respuesta mental y emocional ante ellas. No son específicamente conductas sino modos o formas de conducta o actuación, que se expresan externamente a través de gestos, movimientos, palabras, gritos, risas, llanto o a veces quietud o apatía, pero responde a estímulos internos, cognoscitivos y afectivos. Ello significa que para tener una posición corporal y/o valorativa que genere sentimientos positivos o negativos sobre determinados objetos o hechos, se necesita tener conocimiento de los mismos.²²

Por otro lado, se ha desarrollado una teoría general del comportamiento llamada teoría de la acción razonada, para explicar la relación entre actitud y comportamiento o conducta, para ello estudiaron un grupo de variables relacionadas con la toma de decisiones a nivel conductual, pues, la actitud se refiere a un sentimiento a favor o en contra de un objeto social, el cual puede ser una persona, un hecho social, o cualquier producto de la actividad humana.²³

Componentes de la Actitud

Las actitudes se estructuran mediante tres tipos de componentes, que son:

- Componente Cognitivo: formado por las percepciones, creencias o por la información que tiene la persona, sobre un evento, un hecho, una situación o un objeto. Para que exista una actitud es necesario que exista también una representación cognitiva del objeto, que puede ser vaga o difusa si el afecto relacionado con el objeto es leve o poco intensa y es errónea cuando no afecta absolutamente a la intensidad del afecto; es decir que los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes.

- Componente Afectivo: conformado por el sentimiento en favor o en contra de un evento, un hecho, una situación o un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes.
- Componente Conductual: es la tendencia a reaccionar o de manifestar los pensamientos y emociones de forma activa, sea a favor o en contra hacia un evento, un hecho, una situación o un objeto social. Es el componente activo de la actitud.²³

Tipos de Actitudes

Las actitudes tienen diversas formas de clasificación, pero todas están orientadas a favor o en contra del objeto ante el cual la persona muestra un determinado comportamiento. Una forma de clasificar la actitud es la siguiente:

- Actitud Positiva o de Aceptación: Cuando la persona muestra opiniones, sentimientos y conductas estables, ante las situaciones que enfrenta cada día. Es una reacción optimista y luchadora ante las adversidades; es decir, es la tendencia general a emitir la misma respuesta ante una persona hecho o situación con el mismo patrón positivo de sentimientos, pensamientos conductuales adecuadas, con los cuales está de acuerdo o a favor.
- Actitud Negativa o de Rechazo: Cuando la persona muestra opiniones, sentimientos y conductas inestables o diferentes según las circunstancias o situaciones que enfrenta. Es una visión angustiada, que puede evidenciar una reacción apática o agresiva; que carece de métodos de protección, en consecuencia no está de acuerdo con ellas.

En consecuencia, la actitud materna hacia la alimentación infantil, evidencia una respuesta mental y emocional que no son específicamente conductas sino modos o formas de conducta o actuación.²⁴

Características de las Actitudes

Las características se determinan en base a la reacción de la persona influenciada por los tres componentes de la actitud. Algunas características de las actitudes son:

- Valencia o dirección: refleja el signo de la actitud, se puede estar a favor o en contra de algo. En principio, estar a favor o en contra de algo viene dado por la valoración emocional, propia del componente afectivo. El componente cognitivo interviene en las razones de apoyo hacia una u otra dirección. El cognitivo adoptará, en congruencia, la dirección ya prevista hacia el acto.
- Intensidad: se refiere a la fuerza con que se impone una determinada dirección. Puede ser más o menos hostil o favorable a algo. La intensidad es el grado con que se manifiesta una actitud determinada.
- Consistencia: se refiere al grado de relación que guardan entre sí los distintos componentes. Si los tres componentes están acordes, la consistencia de la actitud será máxima. Si lo que la persona sabe, siente y hace o, presumiblemente haría, está de acuerdo, la actitud adquiere categoría máxima de consistencia. La suposición básica es que existe una relación entre los motivos, creencias y hábitos que se asocian con un objeto único de actitud.²⁴

Actitud y Alimentación Infantil

La actitud, incita a la madre a reaccionar de una manera característica frente a las necesidades alimentarias o respecto a la alimentación habitual del niño de 3 a 5 años, la misma que puede ser favorable o desfavorable, de rechazo o aceptación, para elaborar juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social sobre la alimentación del niño, como creencias en relación a tipo de alimentos que debe consumir, consistencia de las comidas, cantidad, frecuencia, entre otros aspectos.

La actitud junto con el conocimiento, son los principales factores predisponentes o determinantes comportamentales y sociales de las prácticas de salud, para predisponer, facilitar o reforzar ciertas conductas, porque definen las fuerzas motivacionales e intencionales previas que tienen implicancias reales en la salud y son indispensables para que la madre cuide o no la alimentación del niño de 3 a 5 años.²⁴

Requerimientos Nutricionales en niños de 3 a 5 años

Si la madre reconoce la importancia de una buena nutrición, entonces buscará una mejor alimentación para el niño. Para ello, es imprescindible que la

educación en alimentación y nutrición sea oportuna, adecuada y que tenga en cuenta las características, demandas, hábitos y costumbres de la población objetivo que son las madres de niños de tres a cinco años, para que llegue con efectividad, para facilitar la formación de hábitos alimenticios saludables, que son formas adecuadas de influenciar en la combinación equilibrada de alimentos saludables para el niño, para satisfacer sus necesidades nutritivas y el adecuado crecimiento y desarrollo de capacidades físicas e intelectuales. Algunos hábitos alimenticios saludables en los niños de 3 a 5 años o de edad preescolar, son:

- Considerar los valores de requerimientos de aminoácidos y de proteínas a razón de 1,1 g/kg peso corporal por día.
- Brindar una dieta variada que incluya alimentos de todos los grupos, en cantidades suficientes para cubrir sus necesidades energéticas y nutritivas esenciales para la construcción de tejidos, los cambios morfológicos y funcionales que acompañan el proceso de desarrollo del niño.
- Brindar requerimientos de magnesio, zinc, calcio y vitamina D (en productos lácteos) que mantienen y fortalecen los dientes y huesos, los panes y cereales que proporcionan vitamina B para el crecimiento y para el pleno desarrollo del sistema nervioso.
- Considerar en la dieta a las frutas y verduras que contienen vitamina C y otras vitaminas importantes esenciales para el mantenimiento de las mucosas.
- Consumir carne, pescado y los granos, que proveen hierro y proteínas fundamentales para el organismo en general
- Alimentarse 5 veces/día: desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena.
- Alimentación variada y en combinaciones adecuadas, de preferencia con alimentos naturales de la zona.
- Consumir alimentos de origen animal como carnes, hígado, pescado, sangrecita, huevos leche y queso; productos lácteos (leche) tres veces/día; pescado y legumbres al menos 2 veces/semana; frutas y verduras/día y enriquecer las comidas principales con una cucharadita de aceite.
- La ración de comida adecuada para cada edad y usar el agua como la mejor bebida para acompañar la comida.

- Dar al niño un buen desayuno con leche, pan y en lo posible fruta (favorece su salud y rendimiento escolar). Respetar el horario de cada comida establecida. No picotear.
- No ver televisión mientras se come.
- Descartar la comida rápida porque es hipocalórico y con exceso de grasa, y contribuye a la obesidad infantil.
- Masticar despacio, para triturar bien los alimentos y se realice una buena digestión. Respetar el ritmo de alimentación del niño (no forzarlo a comer).
- La ración adecuada de los niños es: 4 cucharadas de arroz, 2 cucharadas de menestra, 2 charadas de carne (pollo, pescado, res, chanco, etc.), dos rodajas de tomate o pepino.²⁴

B. ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 3 A 5 AÑOS

Nutrición Infantil

El proceso nutritivo comienza con la concepción misma, mediante el recambio materno-fetal de nutrientes, energía, que empieza con una buena alimentación de la madre durante el embarazo, luego recibiendo lactancia materna adecuada y por último una alimentación complementaria de buena calidad y es la garantía fundamental de un crecimiento y desarrollo normal en la etapa prenatal y para el recién nacido en la etapa posnatal. La nutrición es un fenómeno peculiar y activo de los seres vivientes en su constante proceso de intercambio con el medio ambiente. Incluye: la ingestión de alimentos, la liberación de energía, la eliminación de desechos y todos los procesos de síntesis esenciales para el desarrollo normal de las funciones vitales. Mediante el proceso de nutrición los organismos obtienen lo necesario para vivir, crecer y reproducirse, por eso, se puede inferir la importancia de una nutrición adecuada o inadecuada y sus posibles consecuencias.²⁵

Situación nutricional del menor de 3 a 5 años

Para evaluar la situación nutricional del niño/a, se identifica el peso y la talla, después del cual se realiza la clasificación de acuerdo al indicador peso para la talla. De acuerdo con el informe “Progreso para la Infancia: un balance sobre

nutrición” de la ONU, el 27 por ciento de la población infantil de países en desarrollo, tiene peso inferior al normal y es causa de muerte de 5,6 millones de niños al año. Paralelamente, el sobrepeso y obesidad infantil en 79 países en desarrollo, donde vive un 87,8 por ciento de niños menores de cinco años, tienen una tasa de prevalencia general de 3,3 por ciento, la misma, que en 21 de ellos es mayor del 5 por ciento.²⁵

Es importante analizar el problema nutricional del niño de 3 a 5 años, desde una perspectiva multicausal y una respuesta interdisciplinaria, que contenga intervenciones a corto, mediano y largo plazo, enfocadas sobre los determinantes sociales de la desnutrición infantil para lograr un óptimo crecimiento y desarrollo del niño con un impacto positivo a lo largo del curso de la vida. Por otro lado, se necesita evaluar porqué estamos rezagados en el indicador baja talla, para trabajar en ello, iniciando con la medición del indicador desde los servicios de salud y a nivel comunitario.²⁶

En el Perú, un 25 por ciento de niños menores de 5 años de edad, sufren desnutrición crónica a consecuencia del destete inadecuado y prácticas inapropiadas de la alimentación complementaria. La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (2010), revela que la desnutrición crónica infantil, en niños menores de 5 años disminuyó 4,7 puntos porcentuales, al pasar de 22,6 por ciento en el 2007 a 17,9 por ciento en el año 2010, siendo los departamentos con mayor índice de desnutrición Huancavelica (44,7%), Cajamarca (32%), Huánuco (31%), Apurímac (30,9%), Ayacucho (30,3%) y La Libertad (27%).²⁷

Definición del Estado Nutricional

El estado nutricional, es la condición resultante de la ingestión, digestión y utilización de los nutrientes contenidos en los alimentos. El estado nutricional en los niños, se determina mediante la valoración del crecimiento y los cambios en la masa corporal, reflejando diversos grados de bienestar, que en sí mismos, son consecuencias de una compleja interacción entre la dieta, factores relacionados con la salud, el entorno físico, social y económico. En suma, el estado nutricional se define como la situación en la que se encuentra el niño en relación con la

ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes al organismo.²⁸

Factores Determinantes del Estado Nutricional

Existen numerosos factores que influyen en el estado nutricional, así como en la conducta alimentaria, pues son importantes en la decisión de lo que comemos y cómo lo hacemos, generando modelos de consumo alimentario diferentes según países o regiones mundiales. Si definimos la seguridad alimentaria como la situación en la cual todas las personas tienen acceso físico, social y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos que satisfagan sus necesidades y preferencias alimentarias para llevar una vida activa y sana, podemos ver que hay muchos factores que influyen en esta situación:

- Factores Sociodemográficos: influenciado básicamente por el nivel educativo (alfabetización de las mujeres), el conocimiento de la madre sobre alimentación, actitud materna, la publicidad y el marketing, que influyen en la mujer como las principales gestoras de la alimentación en una sociedad. el consumo alimentario se ve
- Factores Económicos: referido a la disponibilidad económica y el ingreso económico familiar, así como la situación económica del país, el transporte, políticas agrarias, inciden en la situación económica de la población.
- Factores Sanitarios: las características geográficas, el clima, el acceso a agua potable segura, desagüe, vivienda saludable, hábitos de higiene, eliminación sanitaria de basuras, entre otros.
- Factores Culturales: que afectan a la elección de los alimentos y pueden condicionar el estado nutricional, como las pautas de crianza, los cuidados y alimentación del niño, los tabúes y la religión en el marco familiar, las preferencias alimentarias, el costumbrismo, es decir los hábitos y costumbres propios de un patrón cultural.²⁹

Valoración del Estado Nutricional del niño

El estado nutricional del niño, se mide utilizando distintos indicadores, pero la Organización Mundial de la Salud – OMS, ha seleccionado al peso como el más

indicado para el seguimiento en los primeros años de vida, pues es la dimensión antropométrica más sensible a los cambios nutricionales.

La valoración nutricional, consiste en la determinación del nivel de salud, estado nutricional del niño, también aporta información sobre su calidad de vida y el bienestar del niño desde el punto de vista de su nutrición, previo examen del grado en que las demandas fisiológicas, bioquímicas y metabólicas, están cubiertas por la ingestión de nutrientes a través de los alimentos. En la mayoría de niños se realiza mediante la anamnesis, exploración clínica y el estudio antropométrico, solamente un número limitado de niños necesita exámenes complementarios o de laboratorio, con lo cual es posible detectar malnutrición o situaciones de riesgo nutricional.

Básicamente, la información se puede obtener en tres niveles:

- a) Nacional: mediante las hojas de balance alimentario, para obtener la disponibilidad de alimentos de un país (disponibilidad no igual a consumo). Es indispensable en la planificación y evaluación de políticas de prevención.
- b) Familiar: con encuestas del presupuesto familiar, los registros, inventarios o dieta familiar diaria, para obtener datos relativos a los factores que condicionan el estado nutricional, hábitos alimentarios, disponibilidad alimentaria, datos socioeconómicos y socioculturales y características del entorno.
- c) Individual: mediante encuestas alimentarias o nutricionales para obtener datos directos del estado nutricional, como:
 - Datos de exploración o estudios clínicos: para valorar el estado nutricional e identificar problemas nutricionales, sus causas y sus consecuencias.
 - Datos antropométricos y biológicos: la antropometría nutricional mide las variaciones del tamaño corporal en función de la edad y del estado nutricional, mediante los datos del peso, talla y pliegues cutáneos (valoran las reservas energéticas y proteicas del organismo). El tamaño corporal o dimensiones del cuerpo, está muy influida por la nutrición, sobre todo en el periodo de crecimiento rápido de la primera infancia, y está más ligado a los factores socioeconómicos (con sus consecuencias sobre la alimentación, el entorno, la higiene) que a la carga genética de un individuo.

- Datos de laboratorio: con exámenes complementarios para valorar la hemoglobina y hematocrito en sangre. ²⁹

Antropometría

Es la medición científica cuantitativa del cuerpo humano, de sus componentes y del esqueleto. Es una palabra compuesta por dos términos, donde antropo se refiere al ser humano u hombre y metrología a la ciencia que trata las unidades de medida. La antropometría es una de las mediciones más simples del estado nutricional y es un indicador del estado de las reservas proteicas y de tejido graso del organismo. Permite evaluar el tamaño, composición y constitución del cuerpo a través de las medidas de longitud y peso. ³⁰

Índices e Indicadores Antropométricos

De acuerdo con la OMS, los indicadores e índices antropométricos son vitales en la evaluación del estado nutricional y su uso se enfoca sobre todo en la identificación de la prevalencia, incidencia y severidad de la desnutrición y la obesidad. Para ello, cuenta con criterios e instrumentos válidos para evaluar a los individuos directamente y comparar sus mediciones con un patrón de referencia aceptado a nivel internacional para identificar el estado de nutrición, diferenciando a los individuos con nutrición normal, desnutridos, con sobre peso y obesidad, también para detectar grupos de riesgos, establecer programas de vigilancia nutricional y de prevención primaria. Los índices antropométricos recomendados para dimensionar el estado nutricional, son:

- a) Peso para la Talla (P/T): es la relación que existe entre el peso obtenido de un individuo de una talla determinada y el valor de referencia para su misma talla y sexo. Refleja el peso corporal en relación con la talla. Es el más específico para el diagnóstico de desnutrición actual en niños de 2 a 10 años. Evalúa la desnutrición aguda o de corta duración; cuando existe bajo peso para la talla se conoce como Desnutrición Aguda.
- b) Talla para la Edad (T/E): es la relación que existe entre la talla de un individuo y el valor de referencia para su misma edad y sexo. Refleja el crecimiento lineal alcanzando (longitud o talla). Se emplea para el diagnóstico de la

Desnutrición Crónica, cuando hay déficit o deficiencias acumulativas de salud y nutrición a largo plazo.

- c) **Peso para la Edad (P/ E):** refleja la relación que existe entre el peso o masa corporal de un individuo y la edad cronológica determinada, y la referencia para su misma edad y sexo. Es útil para predecir el riesgo de morir en menores de 5 años, por ello es de suma utilidad en los programas de vigilancia nutricional. Evalúa la desnutrición aguda y crónica, sin diferenciar la una de la otra. Cuando existe bajo peso para la edad, se conoce como Desnutrición Global.³⁰

Instrumentos de Antropometría

- a) **Balanza o Báscula de Plataforma:** muy utilizado para determinar el peso de los niños en consultorios. Funciona con un sistema de pesas: una pesa grande de 10 kg ubicada con la varilla graduada y una pesa pequeña ubicada en la varilla graduada cada una de 0,1, 0,5 y 1kg hasta 10kg. Sirve para pesar al niño mayor de 2 años, adolescentes y adultos hasta 140 kg. Tiene graduaciones cada 100gr. y permite leer en forma directa el peso. La técnica para pesar es la siguiente:
- Ubicar la balanza en una superficie lisa, sin desniveles.
 - Colocar ambas pesas en “0”, el extremo común de las varillas deben mantenerse sin movimiento en la parte central de la abertura.
 - Pedir a la madre que quite los zapatos y ropa del niño, dejándolo en ropa interior cubierto con una bata de tela muy liviana.
 - Ubicar al niño en el centro de la plataforma de la balanza con los brazos extendidos a lo largo del cuerpo y mover la pesa hasta que el extremo común de ambas varillas no se mueva.
 - Mover la pesa pequeña hasta que el extremo común de ambas varillas se ubique en la parte central de la abertura que lo contiene.
 - Leer el peso del niño en kilogramos y un decimal en voz alta y regístrelo en el debido formato.
- b) **Tallímetro:** instrumento que se emplea para medir la estatura de niños mayores en posición vertical o de pie. Puede ser fijo cuando su diseño es para uso

permanente en el establecimiento de salud, o móvil/portátil, cuando sus piezas se ensamblan para el trabajo en el campo. Se requiere de dos personas: el antropometrista y un asistente o auxiliar.

La técnica para Medir es la siguiente:

- Antropometrista: Ubicar el tallímetro contra una pared, en una superficie plana, asegurándose que quede fijo en la base y en el tablero del mismo.
- Asistente o Auxiliar: Pedir a la madre que quite los zapatos al niño y accesorios de la cabeza que estorben la medición de la talla y llevar al niño hacia el tallímetro. El asistente queda arrodillado sobre ambas rodillas al lado derecho o frente al niño.
- Antropometrista: arrodílese sobre la rodilla derecha y la pierna izquierda semiflexionada, al lado izquierdo del niño.
- Asistente o Auxiliar: Ubicar los pies del niño juntos en el centro del tallímetro, con las piernas rectas, talones y pantorrillas pegados contra la parte posterior del tallímetro. El asistente sujeta con la mano derecha encima de los tobillos y con la mano izquierda sobre las rodillas del niño.
- Antropometrista: Pedir al niño que mire hacia el frente, con los hombros y brazos rectos descansando a cada lado del cuerpo, con la cabeza, omoplatos y nalgas en contacto con el tallímetro. El antropometrista coloca la palma de su mano izquierda sobre el mentón del niño, sin cubrir la boca ni oídos y con la mano derecha baja el tope móvil superior del tallímetro hasta apoyarlo con la cabeza del niño sin presionar.
- Antropometrista y Asistente o Auxiliar: Verificar que la posición del niño sea correcta y leer la medida, después quitar el tope móvil superior del tallímetro de la cabeza del niño y la mano izquierda del mentón, sosteniendo al niño mientras se anota la medida.³⁰

Clasificación del Estado Nutricional

El estado nutricional de los niños, según la estrategia de Atención Integral de Salud (AIS) y la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), del Ministerio de Salud (MINSA), se clasifica en base al valor normal

del peso y talla para el carnet de crecimiento y desarrollo. El estado nutricional se clasifica como:

1. Normal o sin desnutrición, ni riesgo nutricional, ni anemia: cuando el niño no presenta ningún problema de alimentación, su peso y talla se encuentra dentro de los límites normales en el carnet de crecimiento y desarrollo (-2DS a +2DS), la ganancia de peso es adecuada entre 11,3 a 23,9 Kg, la curva de peso para la edad es normal, la tendencia del crecimiento va en ascenso con una ganancia de talla entre 87,4 a 104,2 cm, en los niños de 3 a 5 años, no hay palidez palmar, ni es bajo para la edad.
2. Desnutrición Leve a Moderada o Problemas de Alimentación o Anemia: donde la niña o el niño presenta riesgo nutricional, por el déficit del peso con respecto a la talla (P/T) con una curva de ganancia de peso plana o descendente o que está entre -2DE y + 2DE de acuerdo a la gráfica peso-edad del carnet de crecimiento y desarrollo. Hay tres grandes causas que la generan: una dieta inadecuada o desequilibrada de nutrientes (mala alimentación o falta de ella), infecciones y factores socioculturales. Se evidencia en una tendencia de crecimiento horizontal y palidez palmar leve.
3. Desnutrición Grave (marasmo o kwashiorkor) o Anemia Grave: cuando la tendencia de crecimiento del niño va en descenso, se evidencia palidez palmar intensa (anemia grave), muestra emaciación grave (marasmo) visible, edema en ambos pies (kwashiorkor). Afecta las capacidades fundamentales en el primer ciclo de vida y sus implicancias siguen el resto del ciclo vital, mayor probabilidad de enfermar gravemente, mayor riesgo de desarrollar algún tipo de discapacidad relativa, menor esperanza de vida al nacer, menor rendimiento escolar y menor productividad en la etapa adulta.

Asimismo, se está considerando un cuarto aspecto, relacionado a la malnutrición por exceso, es decir:

4. El Sobrepeso y Obesidad: son signos de una nutrición deficiente, pues encubre deficiencias del consumo de nutrientes, vitaminas y minerales.

El Sobrepeso, es el aumento entre un 10% a 20% del peso ideal del niño, que lo hace crecer más rápido con una pubertad precoz al inicio, pero realmente su estatura será pequeña al terminar su desarrollo y en el futuro puede ser diabético, hipertenso o tener problemas cardiovasculares.

La Obesidad, es el aumento de más del 20% del peso ideal del niño, por el aumento de la grasa corporal que resulta perjudicial para la salud porque el organismo del niño obeso consume un número elevado de calorías, pero no quema lo suficiente.³⁰

Diagnóstico de la desnutrición

La desnutrición energético proteica, es un estado anormal, inespecífico, sistémico y potencialmente reversible, que se origina como resultado de la deficiente utilización de los nutrientes esenciales por las células del organismo, debido a una dieta insuficiente, hábitos alimentarios incorrectos, deficiente absorción de alimentos, anomalías metabólicas o malformaciones congénita, que tiene gran repercusión en el desarrollo físico general del niño porque puede producir retraso mental, parálisis cerebral, retraso en el desarrollo de los centros motores, trastornos en la lectura y el aprendizaje, desfavorable crecimiento/desarrollo craneofacial y constituye un adverso antecedente de diversas secuelas como alteraciones en la calidad y textura de ciertos tejidos (hueso, ligamento periodontal y dientes). El diagnóstico se basa en la valoración de las desviaciones de talla y peso medio, de los pasados ritmos de crecimiento longitudinal y ponderal en la evidencia de deficiencias clínicas específicas.¹²

Causas de la desnutrición en el niño de 3 a 5 años

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el documento desnutrición infantil en las Américas: cumplimiento de los objetivos del Desarrollo del Milenio realizado el año 2008, muchas son las causas que en forma directa e indirecta contribuyen a la existencia de problemas nutricionales en la niñez. Así se pueden indicar:

- Causas Directas: como el consumo de una dieta inadecuada y la presencia de infecciones que interfieren con la utilización adecuada de los nutrientes.

Causas Indirectas: relacionadas estrechamente con el índice de pobreza e incluyen la insuficiente disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad, inequidad en el acceso a los alimentos, conductas desfavorables de los miembros de la familia, en particular los cuidadores del niño que redundan en prácticas inadecuadas de alimentación, falta de acceso y mala calidad de los servicios básicos de salud, falta de información o conocimiento y educación pertinentes.

Recomendaciones para el suministro de nutrientes

El establecimiento del requerimiento diario o la retención de nutrientes dependen fundamentalmente de su capacidad de almacenamiento en el organismo. Así las vitaminas liposolubles y los minerales, se almacenan de manera central en órganos importantes como el hígado, esqueleto óseo y tejido adiposo; mientras que las vitaminas hidrosolubles carecen de un depósito específico de almacenamiento y solo participan como cofactores enzimáticos o metabolitos activos. Las recomendaciones para el suministro de alimentos al ser humano deben reflejar lo más exactamente posible, la necesidad real cuantificada de la cantidad de alimentos a suministrar para cubrir los requerimientos exactos de cada nutriente para el ser humano.

Las recomendaciones nutricionales son las siguientes:

- Considerar una alimentación que cubra requerimientos nutricionales
- Valorar la oferta nutricional en relación con las necesidades fisiológicas
- Revisar el etiquetado de alimentos que contenga la información nutricional.¹²

C. TEORIAS SOBRE LOS FACTORES ASOCIADOS

Existen algunas teorías que fundamentan la influencia de algunos factores propios del ser humano en la probabilidad de la vocación profesional o carrera profesional a elegir. Así:

- Teoría o Modelo de Adaptación: propuesto por Sor Callista Roy (1970), al observar la gran capacidad de recuperación que tenían los niños con algún déficit en su crecimiento, desarrollo o en su salud, es decir en su capacidad para adaptarse a cambios fisiológicos y psicológicos importantes. De ahí surge la idea

de considerarlo como un marco conceptual adecuado para la enfermería. Los principales supuestos del modelo son: a) La adaptación como el proceso o capacidad que tienen las personas como el pensar y sentir conscientemente como individuos o miembros de un grupo, en integración con su entorno; b) La persona, que se define como un sistema holístico y adaptable que funciona como una sola unidad para un propósito concreto, es el receptor de la asistencia. c) La salud, como el estado, el proceso de ser y de convertir a la persona en un ser integrado y complejo.

Es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interrelación de la persona y su entorno. Esta teoría la tomamos como referente de cómo enfermería puede contribuir en el cuidado alimentario del niño previa evaluación no solo del niño, sino también de la persona que lo cuida para mejorar sus conocimientos y actitudes, del ambiente en que se desarrolla y su entorno en general, intervenir para mejorarlo y motivar a la persona a reaccionar para adaptarse.³¹

2. DEFINICIONES OPERACIONALES

2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

CONOCIMIENTO Y ACTITUD MATERNA: definida como aquellas características cognitivas sobre alimentación, así como las reacciones a favor o en contra respecto a la alimentación, que evidencia la madre del niño de 3 a 5 años en estudio, al momento de la entrevista. Fueron medidos mediante los siguientes indicadores:

- a) Conocimiento Materno sobre alimentación del niño: referido al grado de información que evidencia la madre al contestar el cuestionario sobre Conocimiento sobre la alimentación del niño. Fue valorado como:
 - Conocimiento Adecuado: Cuando obtuvo un puntaje de 7 a 10, en base a las respuestas correctas.
 - Conocimiento Inadecuado: Cuando obtuvo un puntaje menor de 7.

- b) Actitud Materna hacia la alimentación del niño: considerado como la reacción de estar a favor o en contra de una adecuada alimentación, que evidencia la madre del niño de 3 a 5 años en estudio, al momento de contestar una escala de valoración de actitud materna ante la alimentación del niño. Será valorado como:
 - Actitud de Aceptación: si obtuvo de 35 a 50 puntos
 - Actitud de Rechazo: si obtuvo menos de 35 puntos

2.2. VARIABLE DEPENDIENTE

ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO: definida como la resultante final del balance entre la ingesta y requerimiento de nutrientes, que evidencia el niño sujeto de estudio, determinado a partir de la evaluación de la relación de los indicadores de peso/talla (P/T) y talla/ edad (T/E), es decir un peso entre 11,3 a 23,9 Kg y una talla entre 87,4 a 104,2 cm, en niños de 3 a 5 años. Fue medido como:

- a) Estado Nutricional Normal: Cuando su peso y talla estuvo adecuada a su edad, evidenciada en un peso entre 11,3 a 23,9 Kg. y una talla entre 87,4 y 104,2 cm.

- b) Estado de Desnutrición: Cuando la ganancia de peso y talla fue menor para su edad, es decir que tenía desnutrición (sea leve a moderada, o grave), considerando los valores normales de peso y talla. La curva de ganancia de peso es plana o descendente y la tendencia de crecimiento es horizontal.

- c) Sobrepeso/Obesidad: Cuando la ganancia de peso y talla fue mayor para su edad, es decir que su peso excede en un 10 a 20% para el sobrepeso o mayor del 20% para la obesidad, considerando los valores normales de peso y talla.

3. HIPÓTESIS

3.1. HIPÓTESIS GENERAL

Existe asociación estadística significativa entre nivel de conocimiento y actitud materna sobre alimentación y el estado nutricional del niño de 3 a 5 años, estudiante del CEI Niño Jesus de Praga, Iquitos - 2014.

3.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

1. Existe asociación estadística significativa entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación y el estado nutricional del niño de 3 a 5 años, estudiante del CEI Niño Jesus de Praga, Iquitos - 2014.
2. Existe asociación estadística significativa entre la actitud de la madre sobre alimentación y el estado nutricional del niño de 3 a 5 años, estudiante del CEI Niño Jesus de Praga, Iquitos - 2014.

CAPITULO III METODOLOGÍA

1. Método y Diseño de investigación

Método

Se empleó el método cuantitativo, porque se ha realizado la medición previa evaluación de las variables para comprobar las hipótesis planteadas.

Diseño

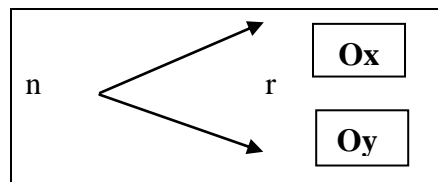
El diseño utilizado fue el no experimental de tipo descriptivo y correlacional.

No Experimental, porque se estudiaron las variables tal y como se comportan en su contexto natural, sin incorporar elementos que varíen su comportamiento.

Descriptivo, porque se realizó la descripción y análisis de cada una de las variables estudiadas.

Correlacional, porque nos permitió establecer la asociación entre la variable independiente (conocimiento y actitud materna) y la variable dependiente (estado nutricional).

El diagrama del diseño fue el siguiente:



Especificaciones

n : Muestra.

O : Observaciones.

XY : Subíndices (observaciones obtenidas en cada una de las variables).

r : Relación entre las variables de estudio.

2. Población y Muestra

Población

Estuvo constituida por 400 niños de 3 a 5 años, de ambos sexos, con sus respectivas madres, distribuidos en 13 aulas (5 de tres años, 4 de cuatro años y 4 de cinco años), procedentes de familias con nivel socioeconómico de bajo a medio, estudiantes del CEI Niño Jesús de Praga, matriculados en el año lectivo 2015.

Muestra

- a) Tamaño de la Muestra: fue determinada aplicando la fórmula estadística para poblaciones finitas, quedando el tamaño de la muestra en 195 niños de 3 a 5 años y sus madres. La fórmula es la siguiente:

$$n_0 = \frac{Z^2 \cdot p_e \cdot q_e}{E^2}$$

Si $n/N > 0,10$, entonces se utilizaría el factor de corrección.

Dónde

n_0 : Cantidad teórica de elementos de la muestra.

n_f : Cantidad real de elementos de la muestra a partir de la población asumida.

N : Número total de elementos que conforman la población.

Z : Valor estandarizado del grado de confiabilidad calculada con un 95% de confiabilidad. El valor estandarizado a asumirse es de 1,96 (dos colas)

E : Error asumido en el cálculo debido a la selección de la muestra

p : Probabilidad de la población que presenta las características del estudio.

q : Probabilidad de la población que no presenta las características del estudio.

n = Muestra; $p_e = 0,50$; $q_e = 0,50$; $E = 0,05\%$

Aplicando la fórmula

$$n = \frac{(1.96)^2(0.50)(0.5)}{(0.05)^2}$$

$$n = 384$$

$$n = 384 / 400 = \mathbf{0,96} > 0,10$$

Como 0,86 es mayor a 0,10, se aplicó el factor de corrección, cuya fórmula es:

$$n_f = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

$$n_f = \frac{384}{1 + \frac{384}{400}} = 195$$

Tipo de Muestreo

Se empleó el muestreo probabilístico simple al azar, eligiendo al sujeto de estudio mediante el método de rifa o lotería, haciendo 400 balotas para extraer de ellas en forma aleatoria los 195 niños sujetos de estudio, en la institución educativa, basándonos en el registro de asistencia del docente tutor de las 16 aulas, considerando los criterios de inclusión determinados.

Para determinar el tamaño muestral de 195, se utilizó la fórmula de Afijación proporcional:

$$n_h = n_x \cdot \frac{N_h}{N} = nW_i$$

Quedando distribuido de la siguiente manera:

AULAS	Nh	Wi= Nh /N	Nh= nWi
DE 3 AÑOS:	159		
Geranios	33	0,0825	15
Claveles	31	0,0775	15
Jazmines	33	0,0825	15
Gladiolos	30	0,075	15
Margaritas	32	0,08	15
DE 4 AÑOS	121		
Conejitos	30	0,075	15
Mariposas	31	0,0775	15
Picaflores	30	0,075	15
Ruiseñores	30	0,075	15

DE 5 AÑOS	120		
Rojo	30	0,075	15
Azul	30	0,075	15
Amarillo	30	0,075	15
Verde	30	0,075	15
TOTAL	400	1,00	195

Criterios de Inclusión

Participaron en la investigación los sujetos de estudio que reunían los siguientes criterios:

- Estar matriculados, en el año académico 2015 en el CEI Niño Jesús de Praga
- Tener de 3 a 5 años
- De ambos sexos
- Consentimiento informado firmado por la madre
- Participación voluntaria de la madre y el niño

3. Técnicas e Instrumentos

Técnica:

En el presente estudio se empleó la técnica de la entrevista para aplicar los instrumentos de medición del conocimiento y de la actitud, y la técnica de medición y registro antropométrico, para obtener información sobre las variables en estudio.

Instrumentos

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

Cuestionario de Conocimientos Materno sobre la alimentación del niño: es un instrumento elaborado por la investigadora, para valorar cuanto conoce la madre sobre la lactancia materna, de manera correcta o incorrecta, constituido por 10 preguntas con respuestas dicotómicas de SI y de No, asignando un punto a cada respuesta Si, que es la correcta. Fue calificado como: Conocimiento Adecuado: cuando obtuvo de 7 a 10 puntos y Conocimiento Inadecuado: cuando obtuvo menos de 14 puntos. Duración: 10 minutos

1. Escala de Actitud Materna hacia la alimentación del niño: es un instrumento elaborado por la investigadora, para valorar la reacción actitudinal de la madre hacia la lactancia materna, consta de 10 aseveraciones evaluadas según la escala de Likert, con cinco alternativas de respuestas con puntajes de 1 a 5 o de 5 a 1 según la orientación positiva o negativa del ítem: Totalmente en Desacuerdo, En Desacuerdo, Indeciso (ni en acuerdo ni en desacuerdo), De Acuerdo y Totalmente de Acuerdo, dando un puntaje total alcanzable de 50 puntos. Fue calificado como: Actitud de Aceptación, cuando obtuvo de 35 a 50 y Actitud de Rechazo, cuando obtuvo menos de 35 puntos. Duración: 10 minutos.
2. Ficha de Registro Antropométrico: elaborado por la investigadora, para registrar los datos de peso y talla del niño de 3 a 5 años. Fue calificado como:
a) Estado Nutricional Normal: Cuando su peso y talla estuvieron entre 11,3 a 23,9 Kg. y entre 87,4 y 104,2 cm., b) Estado de Malnutrición: Cuando la ganancia de peso y talla fue menor para su edad, considerando los valores normales de peso y talla, y c) Sobrepeso/Obesidad: Cuando la ganancia de peso y talla fue mayor para su edad, su peso excedía en 10 a 20% para el sobrepeso o mayor del 20% para la obesidad. Duración: 10 minutos.

Validez y Confiabilidad de los Instrumentos

La prueba de Validez fue efectuada mediante el juicio de expertos con ocho profesionales de la salud que trabajan en el área, obteniendo una validez elevada del 100% para el Cuestionario de conocimiento materno sobre la alimentación del niño y validez elevada de 98% para la Escala de actitud materna en la alimentación del niño.

La prueba de Confiabilidad, se realizó mediante una prueba piloto considerando el 10% de la muestra, en la institución educativa inicial piloto N° 179 ubicado en la calle Bolognesi cuadra 10 en el distrito de Iquitos, que tiene similares características de la muestra en estudio y no forman parte de la muestra, encontrando 98% que equivale a alta confiabilidad en ambos instrumentos, porque brindó la información pertinente.

4. Procedimientos de recolección de Datos

Para la recolección de datos se procedió de la siguiente manera:

- Se solicitó a través de la Decana de la Facultad de Enfermería, la autorización respectiva para realizar la investigación, solicitando autorización a la Dirección del CEI Niño Jesús de Praga.
- Presentación y coordinación con la Directora de la institución educativa, para darle a conocer los objetivos, tiempo y horario de duración de la recolección de los datos de investigación.
- Se procedió a solicitar el registro de los niños de cada aula, con el nombre y dirección de la madre.
- Se solicitó a través del departamento de Orientación y Bienestar del Estudiante la participación de las madres y niños seleccionados previa firma del consentimiento informado por parte de la madre, procediendo a la aplicación de los instrumentos respectivos en un ambiente designado en la misma institución educativa. Duración: un promedio de 30 minutos.
- El procedimiento de recolección de datos fue realizado en el centro educativo inicial, entre el 13 al 17 del mes de julio del año 2015, por la investigadora y la colaboración de una estudiante de enfermería del cuarto nivel previamente capacitada, vistiendo el uniforme de salud pública, en turnos de mañana y tarde (8.00 am a 12 m y de 3 a 6 pm).
- La recolección de datos tuvo una duración de cinco días calendario, para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos a la madre y la medición antropométrica del niño.

5. Análisis de Datos

En el procesamiento de la información, se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 22 en español, para un entorno virtual Windows XP, para realizar el análisis univariado, mediante la estadística descriptiva para las frecuencias absolutas, porcentajes, media y desviación estándar, en tablas unidimensionales. Para el análisis bivariado, se utilizó la estadística inferencial para probar la hipótesis mediante la prueba estadística no paramétrica para variables ordinales

τ -b de Kendall porque las variables son categóricas ordinales y aleatorias. El nivel de confianza fue de 95% y el nivel de significancia de $\alpha = 0,05$.

6. Limitaciones

No se encontraron limitaciones en el desarrollo de la investigación.

7. Protección de los Derechos Humanos

Los derechos humanos y la aplicación de los principios éticos y bioéticos, fueron resguardados en todo el proceso de la investigación, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Firma del consentimiento informado por parte de la madre del niño de 3 a 5 años.
- El instrumento fue anonimizado, para no dañar la integridad física, emocional o moral de los sujetos de estudio.
- Se mostró respeto y protección por la confidencialidad de la información recolectada a través de los instrumentos utilizados, presentando los datos en forma agrupada sin singularizar a ningún sujeto en estudio.
- Los datos obtenidos en la recolección de la información solo fueron utilizados por la investigadora para lograr los fines u objetivos de la investigación, destruyendo posteriormente la información.

CAPITULO IV

1. RESULTADOS

A. ANALISIS UNIVARIADO

TABLA 1
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN EN MADRES DEL
NIÑO DE 3 A 5 AÑOS, ESTUDIANTE DEL C.E.I. NIÑO JESÚS DE PRAGA,
IQUITOS - 2014

Nivel de Conocimiento	Nº	%
Adecuado	110	56,4
Inadecuado	85	43,6
Total	195	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a las madres

$$\bar{x} \pm s = 13,97 \pm 3,26$$

La tabla 1, en cuanto al nivel de conocimiento sobre alimentación en madres de niños de 3 a 5 años, estudiantes del C.E.I. Niño Jesús de Praga del distrito de Iquitos en el 2014, se encontró que del 100% de madres de la muestra en estudio a quienes se les aplicó el cuestionario de conocimiento: 56,4% (110 madres) obtuvieron nivel de conocimiento adecuado y 43,6% (85 madres) nivel de conocimiento inadecuado respectivamente. El promedio del puntaje alcanzado en el cuestionario fue de 13,97 puntos con desviación típica de $\pm 3,26$ puntos, lo que confirma que predomina el nivel de conocimiento adecuado sobre alimentación en las madres.

TABLA 2

ACTITUD MATERNA SOBRE ALIMENTACIÓN DEL NIÑO DE 3 A 5 AÑOS,
ESTUDIANTE DEL C.E.I. NIÑO JESÚS DE PRAGA, IQUITOS - 2014

Actitud Materna	Nº	%
Actitud de Aceptación	50	25,6
Actitud de Rechazo	145	74,4
Total	195	100,0

Fuente: Test de actitud aplicado a las madres

$$\bar{x} \pm s = 30,79 \pm 4,83$$

En la tabla 2, respecto a la actitud sobre alimentación en madres del niño de 3 a 5 años, estudiante del C.E.I. Niño Jesús de Praga del distrito de Iquitos en el 2014, se encontró que del 100% de madres a quienes se les aplicó el instrumento escala de actitud materna en la alimentación del niño: 74,4% (145 madres) presentaron actitud materna de rechazo y 25,6% (50 madres) actitud materna de aceptación.

El promedio del puntaje alcanzado en la escala de actitud fue de 30,79 puntos con desviación típica de $\pm 4,83$ puntos, lo que confirma que la actitud materna en la alimentación del niño es de rechazo.

TABLA 3

ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS, ESTUDIANTE DEL
C.E.I. NIÑO JESÚS DE PRAGA, IQUITOS – 2014

Estado Nutricional	Nº	%
Normal	93	47,7
Desnutrido	61	31,3
Sobrepeso/Obeso	41	21,0
Total	195	100,0

Fuente: Índice de Masa Corporal de los niños

La tabla 3, muestra el estado nutricional de los niños de 3 a 5 años, estudiantes del C.E.I. Niño Jesús de Praga del distrito de Iquitos en el año 2014, evidenciando que del 100% de niños evaluados: 47,7% (93 niños) presentaron estado nutricional normal, 31,3% (61 niños) en estado de desnutrido y 21,0% (41 niños) se encontraba con estado de sobrepeso/obeso.

TABLA 4

RESPUESTAS CORRECTAS EN ITEMS DE CONOCIMIENTO MATERNO
SOBRE ALIMENTACION DEL NIÑO DE 3 A 5 AÑOS, ESTUDIANTE DEL
C.E.I. NIÑO JESÚS DE PRAGA, IQUITOS – 2014

CONOCIMIENTO MATERNO CORRECTO SOBRE ALIMENTACION DEL NIÑO DE 3 A 5 AÑOS		FRECUENCIA DE RESPUESTAS CORRECTAS	
		Nº	%
1.	¿Cómo debe alimentarse un niño de 3 a 5 años ? Se alimenta a libre demanda con por lo menos cinco comidas/día.	59	30,3
2.	¿Necesita incluir en ellas un suplemento alimenticio?	3	1,5
3.	¿Qué alimentos debe ingerir el niño para que obtenga energía, proteínas y vitaminas?	183	93,8
4.	¿Qué preparados considera que no debe consumir su niño, porque son un riesgo para su salud?	122	62,6
5.	¿Qué cuidados tiene en cuenta al brindar la alimentación a su niño?	162	83,1
6.	¿Administra algún tipo de vitaminas a su niño?	39	20,0
7.	¿Cómo debe ser la lonchera diaria de su niño(a)?	185	94,9
8.	¿Qué cuidados debe tener con la lonchera de su niño?	152	77,9
9.	¿Qué beneficios cree que brinda una lonchera saludable?	149	76,4
10.	¿Qué alimentos no debe incluirse en la lonchera del niño?	164	84,1

Fuente: Cuestionario de conocimiento aplicado a las madres

La tabla 4, muestra la frecuencia de respuestas correctas a los ítems de conocimiento sobre alimentación que tienen las madres de los niños de 3 a 5 años, que se

encuentran estudiando en el C.E.I. Niño Jesús de Praga el año 2014, toman como criterio que hayan alcanzado del 50% a más de respuestas correctas, obteniendo: 94,9% en el ítem 7 sobre cómo debe ser la lonchera diaria de su niño(a); 93,8% en el ítem 3 respecto a qué alimentos debe ingerir el niño para que obtenga energía, proteínas y vitaminas; 84,1% en el ítem 10, respecto a que alimentos no debe incluirse en la lonchera del niño; 83,1% en el ítem 5, referente a qué cuidados tiene en cuenta al brindar la alimentación a su niño; 77,9% en el ítem 8, respecto a qué cuidados debe tener con la lonchera de su niño; 76,4% en el ítem 8, en cuanto a qué beneficios cree que brinda una lonchera saludable ; 62,6% en el ítem 4, referido a qué preparados considera que no debe consumir su niño, porque son un riesgo para su salud. Asimismo, se evidencia aquellos ítems que lograron menos del 50% que son: 30,3% en el ítem 1 referido a la forma que debe alimentarse al niño de 3 a 5 años, 1,5% en el ítem 2 respecto a que si necesita incluir un suplemento alimenticio y 20,0% en el ítem 6 referido a que si le administra algún tipo de vitaminas a su niño.

TABLA 5

RESPUESTAS DE ACEPTACION EN ITEMS DE ACTITUD MATERNA SOBRE ALIMENTACION DEL NIÑO DE 3 A 5 AÑOS, ESTUDIANTE DEL C.E.I. NIÑO JESÚS DE PRAGA, IQUITOS - 2014

	ACTITUD MATERNA DE ACEPTACION SOBRE LA ALIMENTACION DEL NIÑO DE 3 A 5 AÑOS	FRECUENCIA DE RESPUESTAS CORRECTAS	
		Nº	%
1.	Se debe tratar con tosquedad y severidad al niño(a), aun ante pequeñas faltas.	104	53,3
2.	Brindar al niño la oportunidad de sentir alegría, tener ventajas o privilegios, a la hora de la comida.	18	9,2
3.	No es muestra de negligencia olvidarse de dar de comer al niño o dejarlo a sus propios recursos.	114	58,5
4.	El niño no debe jugar ni distraerse con juguetes o televisión a la hora de comer.	28	14,4
5.	El niño que no desea comer, debe recibir castigo físico o ser regañado, porque es una provocación.	103	52,8
6.	El niño que recibe control o límites en su conducta por parte de los padres, muestra una mejor convivencia.	10	5,1
7.	El niño que no desea comer, debe recibir castigo físico o ser regañado, porque es una provocación..	100	51,3
8.	El niño debe aprender a comer sin necesidad de distracciones o juegos.	14	7,2
9.	El niño que llora, patalea, hace berrinches o se queja continuamente, trata de fastidiar a sus padres.	41	21,0
10.	El niño aprende a ser independiente a la hora de comer, si los padres no muestran excesiva preocupación por ellos.	33	16,9

Fuente: Test de Actitud aplicado a las madres

La tabla 5, sobre la actitud materna favorable hacia la alimentación en los ítems de actitud materna sobre la alimentación del niño de 3 a 5 años, que se encuentra estudiando en el C.E.I. Niño Jesús de Praga el año 2014, toman como criterio que hayan alcanzado del 50% a más de respuestas correctas en la escala de actitud aplicada a 195 (100,0%) madres, muestra que: 58,5% madres en el ítem 3, respecto a que no es muestra de negligencia olvidarse de dar de comer al niño o dejarlo a sus propios recursos; 53,3% madres en el ítem 1, referido a que se debe tratar con tosquedad y severidad al niño(a), aun ante pequeñas faltas; 52,8% madres en el ítem 5, respecto a que el niño que no desea comer, debe recibir castigo físico o ser regañado, porque es una provocación y 51,3% madres en el ítem 7, esta de acuerdo en que el niño que no desea comer, debe recibir castigo físico o ser regañado, porque es una provocación. Asimismo, muestra que la mayoría de ítems tuvieron respuestas de actitud materna desfavorable, como: 9,2% en el ítem 2, referido a que no se debe brindar al niño la oportunidad de sentir alegría, tener ventajas y privilegios a la hora de comida; 14,4% en el ítem 4, respecto a que el niño no debe jugar ni distraerse con juguetes o televisión a la hora de comer; 5,1% en el ítem 6 respecto a que el niño que recibe control o límites en su conducta por parte de los padres, muestra una mejor convivencia; 7,2% en el ítem 8 respecto a que el niño debe aprender a comer sin necesidad de distracciones o juegos; 21,0% en el ítem 9 referido a que el niño que llora, patalea, hace berrinches o se queja continuamente, trata de fastidiar a sus padres; y 16,9% en el ítem 10 respecto a que el niño aprende a ser independiente a la hora de comer, si los padres no muestran excesiva preocupación por ellos.

B. ANÁLISIS BIVARIADO

TABLA 6

ASOCIACION ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE ALIMENTACION Y EL ESTADO NUTRICIONAL, DEL NIÑO DE 3 A 5 AÑOS, ESTUDIANTE DEL C.E.I. NIÑO JESÚS DE PRAGA, IQUITOS – 2014

NIVEL DE CONOCIMIENTO	ESTADO NUTRICIONAL						TOTAL	
	NORMAL		DESNUTRIDO		SOBREPESO / OBESO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Adecuado	65	69,9	33	54,1	12	29,3	110	56,4
Inadecuado	28	30,1	28	45,9	29	70,7	85	43,6
Total	93	47,7	61	31,3	41	21,0	195	100,0

Fuente: Elaborado por la investigadora

$$\tau\text{-b de Kendall} = 0,290 \quad p = 0,000$$

En la tabla 6, al asociar nivel de conocimiento materno sobre alimentación y el estado nutricional, se aprecia que: de 47,7% niños con estado nutricional normal, 69,9% de madres tienen nivel de conocimiento adecuado sobre alimentación.

Para determinar si existe asociación estadística entre nivel de conocimiento materno sobre alimentación y el estado nutricional del niño de 3 a 5 años, se utilizó la prueba estadística no paramétrica para variables ordinales $\tau\text{-b}$ de Kendall que es la prueba indicada cuando las variables son ordinales, con 95% de nivel de confianza y 0,05 de nivel de significación, cuyos resultados fueron: $\tau\text{-b}$ de Kendall = 0,290, donde $p = 0,000$ ($p < 0,05$), lo que indica que existe asociación positiva y estadísticamente significativa entre ambas variables, la misma que se interpreta como que a medida que el nivel de conocimiento sobre la alimentación materna es adecuado el estado nutricional del niño tiende a ser normal. Con lo que queda demostrada y aceptada la hipótesis específica 1 planteada: “Existe asociación estadística significativa entre el conocimiento de la madre sobre alimentación y el estado nutricional, del niño de 3 a 5 años, estudiante del C.E.I Niño Jesús de Praga, Iquitos – 2014”.

TABLA 7
ASOCIACION ENTRE ACTITUD MATERNA SOBRE ALIMENTACION Y
ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 3 A 5 AÑOS, ESTUDIANTE DEL
C.E.I. NIÑO JESÚS DE PRAGA, IQUITOS – 2014

ACTITUD MATERNA	ESTADO NUTRICIONAL						TOTAL	
	NORMAL		DESNUTRI DO		SOBREPESO/ OBESO		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
De aceptación	36	38,7	9	14,8	5	12,2	50	25,6
De rechazo	57	61,3	52	85,2	36	87,8	145	74,4
Total	93	47,7	61	31,3	41	21,0	95	100,0

Fuente: Elaborado por la investigadora

$$\tau\text{-b de Kendall} = 0,261 \quad p = 0,000$$

En la tabla 7, al asociar actitud materna sobre alimentación y estado nutricional, se observa que: del 47,7% de niños con estado nutricional normal, 61,3% de madres presentaron actitud de rechazo.

Para determinar si existe asociación estadística entre actitud materna sobre alimentación y estado nutricional del niño de 3 a 5 años, se utilizó la prueba estadística no paramétrica para variables ordinales $\tau\text{-b}$ de Kendall, con 95% de nivel de confianza y 0,05 de nivel de significación, cuyos resultados fueron: $\tau\text{-b}$ de Kendall = 0,261, donde $p = 0,000$ ($p < 0,05$), la misma que indica que existe asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, explicando que a medida que la actitud materna hacia la alimentación del niño es de rechazo el estado nutricional del niño tiende a ser de malnutrido y de sobrepeso/obeso; quedando demostrada la hipótesis específica 2 planteada: “Existe asociación estadística significativa entre la actitud de la madre sobre alimentación y el estado nutricional, del niño de 3 a 5 años, estudiante del CEI Niño Jesus de Praga, Iquitos - 2014”.

2. DISCUSION

Al asociar el nivel de conocimiento y actitud materna sobre la alimentación y el estado nutricional del niño de 3 a 5 años, encontramos que existe relación estadística significativa, entre:

- Nivel de conocimiento materno sobre alimentación y estado nutricional del niño (τ -b de Kendall = 0,290; $p = 0,000$; $p < 0,05$), obteniendo que del 47,7% de niños con estado nutricional normal, 69,9% de madres tienen nivel de conocimiento adecuado sobre alimentación. Este resultado, no coincide con los antecedentes encontrados, por lo que se considera un aporte como antecedente científico del comportamiento de las variables estudiadas en nuestra realidad. Este resultado evidencia una relación directa entre el nivel de conocimiento sobre alimentación adecuada de la madre y el estado nutricional del niño de 3 a 5 años, hecho que resalta la importancia de la intervención educativa efectiva de los profesionales de enfermería en los establecimientos de salud o en la comunidad incluyendo la intervención en las instituciones educativas reforzando los programas alimentarios gubernamentales desde el nivel inicial de educación con la finalidad de que las madres que son las directas cuidadoras del niño y las responsables de facilitar y/o limitar este proceso nutricional, reconozca y utilice los alimentos con los mejores nutrientes de forma balanceada en la alimentación diaria de su niño de acuerdo a su edad, para garantizar un crecimiento y desarrollo saludable, la protección del sistema inmunológico, mejorar el coeficiente intelectual, entre otros.
- Actitud materna sobre alimentación y estado nutricional del niño (τ -b de Kendall = 0,261; $p = 0,000$; $p < 0,05$), obteniendo que: del 47,7% de niños con estado nutricional normal, 61,3% de madres tienen actitud de rechazo sobre la alimentación. Este resultado no tiene similitud con ninguno de los antecedentes encontrados, por lo que lo planteamos como un aporte científico del comportamiento de las variables estudiadas en la realidad. En el resultado se evidencia que una actitud materna de rechazo se relaciona con el estado nutricional del niño de 3 a 5 años, puesto que menos del 50% de los niños

estudiados tienen estado nutricional normal, lo que llevaría a pensar que las madres son apoyadas por otras personas (abuelos, empleada doméstica) en la alimentación de sus hijos, lo que de alguna manera protege el estado nutricional del niño, pues la actitud negativa se evidencia en conductas en contra de un hecho o una situación; por ello, creemos necesario trabajar la parte afectiva de las madres que es un componente significativo en la formación de la actitud, para asegurar una calidad de vida que permita el desarrollo y crecimiento sano de los niños, además de concientizarlas en el cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo del menor de 5 años, porque reconocemos que una buena nutrición en los primeros años de vida es favorable para el desarrollo físico, intelectual y emocional de los niños, por ello, es vital también evaluar a la persona que brinda estos cuidados al niño, y la relación afectiva que se da en estos cuidados maternos, las actitudes maternas que evidencian hacia sus hijos y con ellos que tipo de vínculo afectivo se crea a través de su interacción recíproca y cuyo objetivo más inmediato es la búsqueda y mantenimiento de proximidad entre ambos porque proporciona seguridad, cuidados y protección, los mismos que permanecerán en el lapso del desarrollo de la vida del niño.

3. CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos planteados y los resultados obtenidos en la presente investigación, de un total de 195 madres con sus niños de 3 a 5 años, estudiante del C.E.I. Niño Jesús de Praga, del distrito de Iquitos en el año 2014, se concluye lo siguiente:

1. El nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación de niños de 3 a 5 años, es del 56,4% adecuado.
2. La actitud materna sobre la alimentación del niño de 3 a 5 años, es de 74,4% con actitud de rechazo hacia la alimentación.
3. En cuanto al estado nutricional del niño de 3 a 5 años, se evidenció que: 47,7% presentaron estado nutricional normal, 31,3% con estado nutricional de desnutrido y 21,0% se encontraban con estado nutricional de sobrepeso/obeso.
4. Al asociar conocimiento y actitud materna y estado nutricional del niño, se encontró que: Existe asociación estadística significativa entre nivel de conocimiento materno sobre alimentación y estado nutricional del niño ($p = 0,0000$; $p < 0,05$) y entre actitud materna sobre alimentación y estado nutricional del niño ($p = 0,0000$; $p < 0,05$).

4. RECOMENDACIONES

En base a los resultados obtenidos en el estudio de investigación, se propone las siguientes recomendaciones.

1. A LA FACULTAD DE ENFERMERÍA:

- Seguir reforzando los conocimientos sobre alimentación y actitudes que deben tener las madres para proteger el estado nutricional de sus niños, durante la formación profesional en enfermería, durante las prácticas en diversos escenarios, reconociendo que se estará favoreciendo con una población más sana y con mayores potencialidades para enfrentar la vida como ciudadanos productivos, innovadores y exitosos.
- A los investigadores interesados en el tema, para realizar nuevos estudios sobre el tema, considerando otras variables en el grupo poblacional de 3 a 5 años, para confrontar y generalizar los hallazgos de esta investigación a nivel local, nacional e internacional.

2. A LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD – DIRESA:

Continuar realizando actividades de proyección social en coordinación con la Dirección Regional de Educación a través del Programa Plan de Salud Escolar en beneficio de la niñez en edad preescolar, pero complementado con la educación a las madres para reforzar los objetivos del programa, con controles antropométricos periódicos a los niños, que permitirá formar una cultura de salud en relación a los hábitos alimentarios saludables.

3. A LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO:

Autoevaluar la relación afectiva madre-hijo, dado el resultado predominante de actitud de rechazo en las madres sobre la alimentación del niño y el bajo porcentaje del estado nutricional adecuado y las consecuencias negativas que tiene en el desarrollo del niño la falta de una respuesta afectiva adecuada por parte de la madre al no poder brindar los cuidados maternos necesarios.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Panamericana de Salud/ Organización Mundial de Salud. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington DC. 2010.
2. Gamarra R, Porroa M, Quintana M. Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima. *An Fac med.* 2010; 71(3):179-83. UNMSM. Perú. 2010. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v71n3/a07v71n3>. [Revisado: 18/09/2014].
3. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida. Washington DC. EE.UU. 2014.
4. Murillo S, Brenes H. Prácticas y creencias en nutrición y salud de madres rurales costarricenses. Instituto de Investigación en Salud. Universidad de Costa Rica. 2011.
5. Pineda F, Agudelo CA. Percepciones, actitudes y prácticas en malaria en el Amazonas Colombiano. *Rev Salud Pública;* 7(3). Bogotá, Colombia. 2007.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Lima, Perú. Mayo 2014. Disponible en: https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR299/FR_299.pdf [15/0/14]
7. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF. Los niños, niñas y adolescentes de Loreto. Lima, Perú. 2013. Disponible en: <http://www.unicef.org/peru/spanish/loreto.pdf>
8. Ochoa RF, Alvarado JD, Mosquera JE. Prevalencia de dificultades alimentarias y su relación con el estado nutricional en niños de 1-5 años, año 2013. Tesis de Medicina. Universidad de Cuenca. Ecuador. 2014. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/20224>
9. Parada DA. Conocimientos, actitudes y prácticas del cuidador del menor de cinco años. *Revista ciencia y cuidado.* V. 8 n° 1. [Revisado 23/09/14]. Santander, Colombia. 2011.
10. Escartín CM, Vega MG, Torres CO, Manjarrez QC. Factores sociodemográficos y estado nutricional del menor de 5 años de madres adolescentes y adultas.

- Ginecol Obstet Mex 2011; 79(3):131-136. México. 2011. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2011/gom113e>.
11. Londoño A, Mejía S. Factores de riesgo para malnutrición relacionada con conocimientos y prácticas de alimentación en preescolares de Calarcá. Universidad del Quindío. Rev Ger. Polit. Salud. 2009; 8(15). Bogotá. 2009. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/revistas/salud/pdf-revista-15/estudios-2.pdf> [Consultado: 27 Setiembre 2014].
 12. Sevilla R. Utilización del ábaco nutricional P/T en la promoción, prevención y recuperación nutricional ambulatoria en menores de 5 años. Gac. Med. Bol. N° 31. V.1. Cochabamba, Bolivia. 2008. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1012-29662008000100006&script=sc_i_arttext&tlng=pt
 13. Zamora YM, Ramírez E. Conocimiento sobre alimentación infantil y prácticas alimentarias de madres. Rev. Enferm. investig. desarr. vol 11(1). Universidad Nacional de Trujillo. Perú. 2013. Disponible en: <http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/facenf>
 14. World Vision International. Línea de Base del PDA. ONG. Villa El Salvador. Lima, Perú. 2008.
 15. Ramírez DP. Efectividad del programa educativo en el mejoramiento del estado nutricional de niños de 2 a 6 años, AA.HH. San Juan de Dios de Independencia. Perú. 2008. Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/263>
 16. Ministerio de Protección Social, OPS. AIEPI, Libro clínico. 2° Edición. ISBN: 978-958-8472-13-3. Lima, Perú. 2010.
 17. Alianza Mundial Pro Lactancia Materna – WABA. Malasia. 2009. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v9n4/v9n4a11.pdf> [Revisado: 02/10/2010].
 18. Benavente M. Nivel nutricional de la niñez peruana. Perú. 2008. Disponible en: <http://www.gin.org.pe/miyaraymutiricionninez>. [Consultado: 15 octubre, 2014].
 19. Alarcón A, García H. Prácticas alimentarias: Relación con el consumo y estado nutricional infantil. Rev Sal Púb y Nutr - RESPYN. V.9(2). Universidad Nacional Autónoma de México. 2008. Disponible en: <http://respyn.uanl.mx/ix/2/articulos/practicas.htm> [05/06/2011].
 20. Hernández N. Conocimiento y salud. España. 2008. Disponible en: http://www.aniorte-nic.net/apunt_sociolog_salud_5.htm

21. Gonzales P. Educación y creatividad. Las actitudes y sus cambios. Chile. 2008. Disponible en: http://F:\La_Lasactitudesysuscambios.htm.chile11.
- 22 Young K, Flügel JC. Psicología de las Actitudes. Editorial Paidós SA. Colombia. 2009. Disponible en: <http://dr0gas.tripod.com/consumodedrogas.html>
23. Rodríguez, A. Psicología Social. Características de la actitud. Editorial Trillas. ISBN. 9682404339. México. 2010. p. 483-500.
24. Carrasco KA, Corvalán KV. Asociación entre el destete y conocimientos, creencias y actitudes respecto de la lactancia materna exclusiva en madres de niños/as con 6 meses de vida. Tesis de licenciatura en obstetricia y puericultura. Universidad austral de Chile, Facultad de Medicina. Valdivia, Chile. 2008
25. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF. Estado mundial de la infancia. Ginebra. 2008. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowc08/docs/sowc08-sp>. [Revisado: 20/10/2014]
26. Céspedes A. Reunión de los países de Sudamérica sobre alimentación y nutrición del niño pequeño. Programa Mundial de Alimentos. Lima, Perú. 2008.
27. Málaga I. Menos niños sufren hambre: La desnutrición crónica disminuyó. Diario El Comercio. Lima, Perú. 2011. Disponible en: <http://elcomercio.pe/economia/714483/noticia-menos-ninos-sufren-hambre-desnutricion-cronica-disminuyo-21-17> [Revisado: 23/10/2014].
28. López C. Evaluación del estado nutricional. Disponible en: http://www.alimentaciónynutrición.org/es/index.php?mod=content_dd
29. Montoya Sáez P. Alimentación, nutrición y salud. Prosalus. P. 9-11
30. Ministerio de Salud. Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Normas Técnicas N° 087/DGSP.V.01. 16: 132 - 138. Perú. 2007.
31. Phillips K. Modelo de adaptación de Sor Callista Roy. Modelos y teorías en enfermería. Barcelona, España. Editorial Elsevier. 2008.

ANEXOS

Conocimiento y actitud materna sobre alimentación, asociados al estado nutricional del niño de 3 a 5 años, estudiante del CEI Niño Jesús de Praga, Iquitos - 2015

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

Buenos días señora, soy la Bachiller en Enfermería Sheilla Margarita SOTO SORIA, egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, y estoy realizando un estudio de investigación, con el objetivo de recolectar información sobre el Conocimiento y actitud materna, asociados al estado nutricional del niño de 3 - 5 años, estudiante del CEI Niño Jesús de Praga, Iquitos - 2014; para optar el Título Profesional de Licenciada(o) en Enfermería.

Elección de participar en el estudio

Usted ha sido seleccionada para participar en el indicado estudio, para valorar sus conocimientos y actitudes hacia la lactancia materna, con la seguridad de que la información que se obtenga servirá para intervenir mejorando la nutrición de los niños pequeños y evitar complicaciones alimentarias. Por ello, solicito su consentimiento o autorización voluntaria para participar en el estudio, con la seguridad de que no se afectará en absoluto su integridad física, mental ni moral. Le informamos además, que si usted opta por participar en el estudio, toda la información obtenida será manejada de forma confidencial o privada, anónima, de uso exclusivo por las(os) investigadoras(os) y destruidas posteriormente, y si decide no participar no perderá ningún beneficio que le brinda la institución educativa. La aplicación de los instrumentos dura en promedio 30 minutos y si tuviera alguna duda pida aclaración, que gustosa la contestaré.

Contacto con la Investigadora

Si Usted considera que el haber contribuido en el estudio le ha causado inquietud o algún daño, por favor contacte con la Bachiller Sheilla Margarita SOTO SORIA al teléfono: 950676374 o a su domicilio.

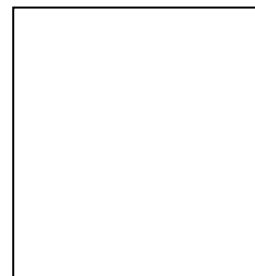
FIRMA DEL CONSENTIMIENTO

He leído la información provista arriba. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas las preguntas han sido contestadas satisfactoriamente y/o no fue necesario hacer preguntas. Estoy de acuerdo en todos los puntos indicados en la copia del consentimiento que se me ha entregado y firmo en señal de conformidad de que participo en forma voluntaria en la investigación que aquí se describe

Yo doy mi consentimiento para participar voluntariamente en el estudio.

.....

Firma del participante



Huella digital

¡Muchas Gracias por su valiosa colaboración!

Conocimiento y actitud materna sobre alimentación, asociados al estado nutricional del niño de 3 a 5 años, estudiante del CEI Niño Jesús de Praga, Iquitos - 2015

ANEXO N° 02
CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE LA
ALIMENTACION DEL NIÑO

Instrucciones

Lea cuidadosamente y responda con sinceridad a cada una de las aseveraciones o ítems que se le presenta, marcando la alternativa que mejor se adapte a su manera de pensar, sentir y actuar. Muchas Gracias. Duración: 10 minutos.

DATOS GENERALES :	
Edad:	Fecha :/...../.....
Grado de instrucción:	Ocupacion:
Ingreso Economico Familiar (Indique el monto mensual):	

CONOCIMIENTO MATERNO	MEDICION	
	SI	NO
1. ¿Cómo debe alimentarse un niño de 3 a 5 años? a) Igual que un adulto normal a partir de un año en adelante b) Con una dieta especial fraccionada (varias veces al día) c) Adicionando en los horarios intermedios con frutas y verduras		
2. El niño de 3 a 5 años se alimenta a libre demanda con por lo menos 5 comidas/día, ¿necesita incluir en ellas un suplemento alimenticio? a) No es necesario b) A veces es necesario c) Si es necesario		
3. ¿Qué alimentos debe ingerir el niño para que obtenga energía, proteínas y vitaminas? a) Puede ingerir cualquier tipo de alimento, lo que esté al alcance de la economía de la familia b) Puede ingerir alimentos que contengan harinas como arroz, frejol, plátano y otros c) Puede ingerir cereales (plátano), tubérculos (papa), leguminosas (menestras) y alimentos de origen animal (carnes), frutas y verduras		
	MEDICION	

CONOCIMIENTO MATERNO	SI	NO
4. ¿Qué preparados considera que no debe consumir su niño, porque son un riesgo para su salud? a) Frituras, pastelillos/dulces y refrescos b) Jugos envasados, hamburguesas y gaseosas c) Ambos son correctos		
5. ¿Qué cuidados tiene en cuenta al brindar la alimentación a su niño? a) Que reciba los alimentos en horarios fijos b) Higiene en la preparación de los alimentos y lavado de manos c) Ambos son correctos		
6. ¿Administra algún tipo de vitaminas a su niño? a) No, no me parece necesario b) No, porque no sabía que era necesario c) Si, hierro y vitamina A, principalmente		
7. ¿Cómo debe ser la lonchera diaria de su niño(a)? a) Debe ser un complemento nutricional para el niño b) Eso no es muy importante c) Basta con que tenga algún tipo de alimento		
8. ¿Qué cuidados debe tener con la lonchera de su niño? a) Que tenga una correcta higiene b) Que los alimentos no contengan sustancias químicas ni tóxicas c) Ambos son correctos		
9. ¿Qué beneficios cree que brinda una lonchera saludable? a) Repone las energías gastadas y mejora la concentración en el estudio b) Mejora su hidratación y recibe nutrientes para mejor crecimiento y desarrollo c) Ambos son correctos		
10. ¿Qué alimentos no debe incluirse en la lonchera del niño? a) Alimentos chatarra (chizitos, papitas, chicle, gomitas, caramelos, chupetes) b) Alimentos con salsa (mayonesa o muy condimentados) porque se fermentan c) Ambos son correctos		
TOTAL:		

OBSERVACIONES :

.....

¡MUCHAS GRACIAS POR SU VALIOSA COLABORACION!

EVALUACIÓN

Fue calificado como:

- Conocimiento Adecuado: cuando obtiene de 14 a 20 puntos
- Conocimiento Inadecuado: cuando obtiene menos de 14 puntos.

Conocimiento y actitud materna sobre alimentación, asociados al estado nutricional del niño de 3 a 5 años, estudiante del CEI Niño Jesús de Praga, Iquitos - 2015

ANEXO N° 03

ESCALA DE ACTITUD MATERNA EN LA ALIMENTACION DEL NIÑO

I. Instrucciones

Lea cuidadosamente y luego responda con veracidad cada una de las aseveraciones que se le presenta, marcando con un aspa (X) solo una de las alternativas en el recuadro correspondiente, según la considere correcta en su opinión o sentimiento, utilizando los siguientes criterios: TA = Totalmente de Acuerdo, A = De Acuerdo, TD = Totalmente en Desacuerdo, D = En Desacuerdo, I = Indeciso (ni de acuerdo ni en desacuerdo). Duración 10 minutos.

II. Contenido

N°	ACTITUD MATERNA	MEDICION				
		TA	A	I	D	TD
01	Se debe tratar con tosquedad y severidad al niño(a), aun ante pequeñas faltas.					
02	Brindar al niño la oportunidad de sentir alegría, tener ventajas o privilegios, a la hora de la comida.					
03	No es muestra de negligencia olvidarse de dar de comer al niño o dejarlo a sus propios recursos.					
04	El niño no debe jugar ni distraerse con juguetes o televisión a la hora de comer.					
05	El niño que no desea comer, debe recibir castigo físico o ser regañado, porque es una provocación.					
06	El niño que recibe control o límites en su conducta por parte de los padres, muestra una mejor convivencia.					
07	Poner sobrenombres o comparar desfavorablemente al niño con otros, a la hora de la comida funciona.					
08	El niño debe aprender a comer sin necesidad de distracciones o juegos.					
09	El niño que llora, patalea, hace berrinches o se queja continuamente, trata de fastidiar a sus padres.					
10	El niño aprende a ser independiente a la hora de comer, si los padres no muestran excesiva preocupación por ellos.					
TOTAL:						

OBSERVACIONES

.....
.....

¡MUCHAS GRACIAS POR SU VALIOSA COLABORACION!

CALIFICACIÓN

Fue calificado como:

- Actitud de Aceptación: si logra de 35 a 50 puntos
- Actitud de Rechazo: si logra menos de 35 puntos

Conocimiento y actitud materna sobre alimentación, asociados al estado nutricional del niño de 3 a 5 años, estudiante del CEI Niño Jesús de Praga. Iquitos, 2015

ANEXO N° 4

FICHA DE REGISTRO ANTROPOMÉTRICO DEL NIÑO

I. DATOS DE IDENTIFICACION DEL NIÑO	
FECHA:/...../.....	
1. Edad:	2. Sexo: M F
2. Nombre del aula:	
II. ESTADO NUTRICIONAL	MEDICION
1. PESO:	a) De 11,3 a 23,9 Kg () b) Ganancia de peso menor que (a) () c) Ganancia de peso de 10 a 20% () d) Ganancia de peso mayor de 20% ()
2. TALLA:	a) De 87,4 a 104,2 cm () b) Ganancia de talla menor que (a) () c) Ganancia de talla de 10 a 20% () d) Ganancia de talla mayor de 20% ()

CALIFICACIÓN

- a) Estado Nutricional Normal: Cuando su peso y talla esten entre 11,3 a 23,9 Kg. y entre 87,4 y 104,2 cm.
- b) Estado de Desnutrición: Cuando la ganancia de peso y talla es menor para su edad, considerando los valores normales de peso y talla.
- c) Sobrepeso/Obesidad: Cuando la ganancia de peso y talla es mayor para su edad, su peso excede en 10 a 20% para el sobrepeso o mayor del 20% para la obesidad.

ANEXO N° 05
MATRIZ OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	PREGUNTAS
VARIABLE INDEPENDIENTE: CONOCIMIENTO Y ACTITUD MATERNA	Definida como aquellas características cognitivas sobre alimentación y reacciones a favor o en contra hacia la alimentación, que evidencia la madre del niño de 3 a 5 años en estudio, al momento de la entrevista. Fue medido mediante los siguientes indicadores:	Conocimiento sobre alimentación	Conocimiento Adecuado: Conocimiento Inadecuado:	- Cuando alcance un puntaje de 7 a 10. - Cuando alcance un puntaje menor de 7.	Nominal	Se utilizó la Ficha de registro de Factores Sociodemográficos Maternos y del Estado Nutricional.
		Actitud sobre alimentación	Actitud de Favorable Actitud Desfavorable	- Si obtiene de 35 a 50 puntos - Si obtiene menor a 35 puntos	Nominal	
VARIABLE DEPENDIENTE ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO	Es la resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes, que evidencia el niño en estudio, al evaluar los indicadores de peso/talla y talla/ edad (peso entre 11.3 a 23.9 Kg y talla entre 87.4 a 104.2 cm. Fue medido como:	Estado Nutricional	Normal	Cuando el peso y talla es adecuada a su edad, evidenciada en un peso entre 11,3 a 23,9 Kg. y una talla entre 87,4 y 104,2 cm	Ordinal	
			Malnutrición	Cuando la ganancia de peso y talla es menor para su edad, es decir tiene desnutrición (leve, moderada, grave), considerando los valores normales de peso y talla.	Ordinal	
			Sobrepeso/Obesidad	Cuando la ganancia de peso y talla es mayor para su edad, es decir que su peso excede en un 10 a 20% para el sobrepeso o mayor del 20% para la obesidad, considerando los valores normales de peso y talla.	Ordinal	

