



1130T

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, ECONÓMICAS Y
CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN INFANTIL DE MADRES QUE
ACUDEN A CENTROS DE SALUD DE PUCALLPA, 2014**

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

Autores:

Bach. Enf. Brenda Gabriela, Conde Soria.
Bach. Enf. Kenia, Mozombite Tananta.
Bach. Enf. Linda Helen, Tuesta Maldonado.

Asesora:

Dra. Eldalaine Torres Vargas

PUCALLPA – PERÚ

2014

Tesis aprobado por los miembros del jurado calificador de la Facultad de Ciencias
de la Salud de la Universidad Nacional de Ucayali

.....
Dra. Teresa de Jesús Eléspuro Najar
Presidente

.....
Mg. Gaby Luz Panduro Salas
Miembro

.....
Mg. Victor Hernández Mendoza
Miembro

.....
Dra. Eldalaine Torres Vargas
Asesora

.....
Bach. Enf. Branda Gabriela Conde Soria
Autora

.....
Bach. Enf. Kenia Mozombite Tananta
Autora

.....
Bach. Enf. Linda Helen Tuesta Maldonado
Autora

DEDICATORIA

Este proyecto está dedicado a Dios en primer lugar en nuestras vidas, por darnos el cuidado, la vida la salud y muchas bendiciones, también a nuestros padres con mucho amor y cariño quienes nos motivaron y condujeron desde nuestra niñez el deseo de superación y el ser profesionales.

AGRADECIMIENTO

A nuestra casa de estudio Universidad Nacional de Ucayali por habernos permitido culminar nuestra carrera y al mismo tiempo nos inculcó a la investigación por lo cual llegamos a culminar este trabajo de Investigación y la ejecución de la tesis.

A la Dra. Eldalaine Torres Vargas, por el asesoramiento durante todo el trascurso del proyecto y en la ejecución de nuestro proyecto de investigación.

A los profesores de la Facultad de Ciencias de la salud – Escuela de Enfermería por guiarnos durante nuestra formación profesional, en especial a los docentes encargados de las asignaturas de Investigación.

A los Gerentes, personal asistencial y administrativo de los Centros de Salud: Nuevo Paraíso, San Fernando. Nueve de Octubre por facilitarnos la aplicación del instrumento de este proyecto.

A los Enfermeros(as) que laboran en el área de niño de los Centros de Salud mencionados, por su apoyo en la validación de instrumento.

A las madres en general que nos permitieron realizar la aplicación del instrumento.

A nuestras familias por el apoyo moral y económico proporcionado en forma constante.

ÍNDICE

	N°Pág.
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice	v
Índice de tablas	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
Introducción	
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1. Formulación del problema	6
1.2. Objetivos generales y específicos	7
II MARCO TEÓRICO	
2.1. Marco teórico referencial	
a) A nivel internacional	8
b) A nivel nacional	10
c) A nivel local	12
2.2. Marco teórico conceptual	
2.2.1 Situación de los hogares en el Perú	13
2.2.1.1. Situación socio-demográfica	14
2.2.1.2. Nivel de escolaridad	15
2.2.1.3. Situación económica	15
2.2.2 Teorías que fundamentan el estudio	16
2.2.2.1. Teorías del funcionalismo estructural	17
2.2.2.2. Teorías del empirismo	18
2.2.3 Alimentación infantil	19
2.2.3.1. Pirámide de la alimentación infantil	20

2.2.3.2. Recomendación del consumo alimentario	22
2.2.3.3. Mitos de la alimentación infantil	23
2.2.4 Conocimiento	25
2.3. Definición de términos básicos	29
III. METODOLOGÍA	
3.1. Método de investigación	30
3.2. Población y muestra	30
3.3. Procedimiento de recolección de datos	32
3.4. Técnica e instrumentos para recolección de datos	32
3.5. Procesamiento de datos	33
3.6. Tratamiento de datos	33
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	34
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 Conclusiones	46
5.2 Recomendaciones	48
BIBLIOGRAFÍA	49
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

	N° Pág.
Tabla 01: Características socio-demográficas de las madres de familia según centro de Salud Pucallpa, 2014	34
Tabla 02: Características económicas de las madres de familia según centro de Salud - Pucallpa, 2014.	41
Tabla 03: Conocimiento sobre alimentación infantil que presentan las madres de familia según centro de Salud - Pucallpa, 2014.	43

RESUMEN

Objetivo, determinar las características socio demográficos, económicos y conocimiento sobre alimentación infantil en madres que acuden al Centro de Salud 9 de Octubre, Centro de Salud San Fernando y Centro de Salud Nuevo paraíso. Metodología, estudio cuantitativo; descriptivo, comparativo, transversal. Diseño que permitió la comparación de hallazgos en tres poblaciones de madres que acuden a los Centros de Salud, tuvo como muestra 484 madres, se usó el formulario semiestructurado y el análisis fue descriptivo.

Conclusiones: las características socio-demográfico de las madres de familia que acuden al Centro de Salud 9 de Octubre, Centro de Salud San Fernando y Centro de Salud Nuevo Paraíso es caracterizado por proceder de zona rural, son adultas jóvenes, casadas, poseen primaria completa y viven en familias compuestas por 3 a 4 miembros (solteras). Las madres de familia que acuden al Centro de Salud 9 de Octubre, Centro de Salud San Fernando y Centro de Salud Nuevo Paraíso se dedican al comercio informal y a realizar trabajos en el hogar percibiendo menos de una salario mínimo (S/. 750.00). Las madres de familia carecen de conocimientos sobre alimentación infantil en lo referente a ablactancia, en la preparación de alimentos adecuados y en como prevenir diarreas en niños que la padecen.

Palabra clave: características socio-demográficas, conocimientos de las madres sobre alimentación infantil.

ABSTRACT

I target, the characteristics determine demographic, economic partners and knowledge on infantile supply in mothers who come to the Center of Health On October 9, Center of Health San Fernando and Center of Health New paradise. Methodology, quantitative study; descriptive, comparative, transverse. Design that allowed the comparison of findings in three populations of mothers who come to the Centers of Health, took 484 mothers as a sample, the semistructured form was used and the analysis was descriptive.

Conclusions: the characteristics demographic partner of the family mothers who come to the Center of Health On October 9, Center of Health San Fernando and Center of Health New Paradise is characterized for coming from rural zone, they are young, married adults, possess primary complete and live in families composed by 3 to 4 members (spinsters). The family mothers who come to the Center of Health On October 9, Center of Health San Fernando and Center of Health New Paradise devote themselves to the informal trade and to realize works in the home perceiving less one minimum wage (S/. 750.00). The family mothers lack knowledge on infantile supply in what concerns ablactancia, in the preparation of suitable food and in since anticipating diarrheas in children who suffer it.

Key word: typical partner demographic, knowledge of the mothers on infantile supply.

INTRODUCCIÓN

Cada grupo poblacional posee su propia historia, única y peculiar, que depende del desarrollo del grupo social y es afectada por las influencias del medio que la integran el ambiente social y familiar, en este contexto, la familia constituye la estructura social básica de convivencia que vela por la satisfacción básica de las necesidades de sus miembros. Dentro de esa unidad funcional, la mujer se establece como un elemento básico y la actriz social imprescindible en la función socio sanitario de las familias.

Algunos estudios recientes sobre alimentación y nutrición infantil revelan la complejidad de los factores comprometidos (genéticos, hereditarios, ambientales, psicosociales, educativos y nutricionales), entre ellos UNICEF en su informe sobre "Estado Mundial de la Infancia" en 2008, reporta que de 150 países, el Perú ocupa el 65 lugar de tasa de mortalidad en menores de cinco años (TMM5) y el tercer lugar en desnutrición dentro de los países de América Latina. (1)

En nuestro país las principales causas de mortalidad y morbilidad en menores de 1 año, para el periodo 2001-2005 son las infecciones respiratorias agudas, septicemias y en tercer lugar deficiente nutrición y anemia. (2)

La desnutrición debilita el sistema inmunológico e incrementa los riesgos a enfermar, siendo la causa del 50% de las muertes de los niños menores de 5 años a nivel mundial. La desnutrición crónica se produce fundamentalmente entre los 6 y 24 meses de edad; es decir los niños están protegidos hasta los seis meses por la lactancia materna. (3)

La prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años en el Perú ha disminuido de un 31% en el año 2007 al 23.2% en el año 2010 y en Lima de un 11.4% a un 8.9% según INEI -ENDES. (4)

De los indicadores de desnutrición para los niños menores de 5 años de edad, se tiene que de una muestra poblacional de 395 lactantes entre 6 a 8 meses, 17.3% tienen desnutrición crónica; 0.9%, desnutrición aguda y 4.2%, desnutrición global; así mismo de una muestra de 447 niños entre 9 a 11 meses tienen 18%, 1%, 3.7% en desnutrición crónica, aguda y global, respectivamente. (5)

En el 2004 el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN) del Instituto Nacional de Salud ha elaborado la Norma Técnica: "Lineamientos de Nutrición Infantil" cuya finalidad es desarrollar las actividades educativas al cambio del comportamiento alimentario y nutricional del niño y la niña menor de 24 meses para contribuir con la recuperación y mantenimiento de su adecuado estado nutricional. (6)

Por tal motivo la alimentación complementaria se inicia a partir de los 6 meses de edad cuando el niño ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renal y la maduración neurológica y necesita cubrir requerimientos nutricionales. (7)

Es en estas circunstancias los profesionales de enfermería cumplen una función importante de tipo preventivo promocional en el componente de crecimiento y desarrollo del paquete de atención integral de salud del niño, ya que brinda una atención integral, asistiendo y educando a la madre sobre la alimentación del niño para que este alcance estándares promedios de peso y talla.

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

alimentación en niños menores de 5 años a fin de incrementar los conocimientos y fortalecer las prácticas adecuadas, para así prevenir complicaciones derivadas de la desnutrición en el niño.

Basado en los resultados de este estudio se podrá diseñar estrategias para tratar el tema de la alimentación infantil considerando las características socioeconómicas, demográficas y conocimiento que poseen las madres sobre el tema, considerando la alimentación y nutrición en los niños menores de 5 años es importante, ya que en esta etapa desarrollan en un 85% su cerebro, lo cual está relacionado a la capacidad de asimilar conocimientos, interactuar con su entorno, su capacidad motora y de adaptación a nuevos ambientes y personas, así mismo necesitan el aporte de otros micronutrientes que la leche materna no les otorga en la cantidad necesaria según los requerimientos nutricionales.

El estudio consta de cinco capítulos, el capítulo I. Introducción, que contiene la problemática del tema, la importancia, el propósito y los objetivos, el Capítulo II comprende el marco teórico, se incluye los antecedentes, teorías, conceptos y definición operacional de términos. Capítulo III. Metodología, se expone el tipo, nivel, y método, área de estudio, población y muestra, técnica e instrumento, proceso de recolección, procesamiento y presentación de datos, proceso de análisis e interpretación de datos. Capítulo IV se presenta los resultados y discusión, culminando con el Capítulo V las Conclusiones y Recomendaciones. Finalmente se presentan las referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En casi todos los países, los factores sociales y culturales tienen una influencia muy grande en el consumo, preparación y prácticas alimentarias de la población. Sin embargo, los hábitos y prácticas alimentarias son rara vez la causa principal, o importante de la malnutrición. Por el contrario, muchas prácticas son específicamente diseñadas para proteger y promover la salud; un ejemplo es suministrar a las mujeres alimentos abundantes, densos en energía, durante los primeros meses después del parto. Es verdad también, que algunas prácticas alimentarias tradicionales y tabúes de ciertas sociedades pueden contribuir a deficiencias nutricionales en grupos de infantes de la población. ⁽⁸⁾

Las decisiones de las madres sobre la alimentación infantil resultan de un proceso complejo en el cual intervienen las recomendaciones del personal de salud para la adopción de prácticas positivas pero también influyen notablemente los consejos de la familia, principalmente madres y suegras, que manejan un conjunto de creencias erróneas, profundamente arraigadas en nuestra cultura, que interfieren negativamente. La introducción temprana de agüitas e infusiones continúa amenazando la exclusividad de la lactancia. La ingestión de abundantes líquidos para favorecer la producción de leche es otra creencia difícil de erradicar. La "preparación de los

pezones” durante el embarazo es percibida por las mujeres y ciertos profesionales de salud como necesaria para facilitar la lactancia. ⁽⁹⁾

A pesar de los avances logrados en los países de América del Sur, la malnutrición del niño pequeño es seria y diversa; las persistentes inequidades sociales en la región y las crisis alimentaria y financiera están agravando la magnitud de los problemas de malnutrición infantil y materna. Los principales problemas son las deficiencias de micronutrientes, en especial la anemia, y el retardo en talla o desnutrición crónica. Los problemas de sobre peso y obesidad también se están incrementando en algunos países. Se reconoce que los problemas nutricionales constituyen un impedimento para alcanzar todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio, requiriendo incidir en los determinantes sociales de la desnutrición y contar con un abordaje multisectorial y multidisciplinario para su logro ⁽¹⁰⁾

La inadecuada alimentación complementaria de los niños mayores de 6 meses es una de las causas principales de la terrible desnutrición crónica infantil, grave problema que afecta el normal crecimiento y desarrollo de los niños y niñas que sólo se puede prevenir y revertir durante los dos primeros años de vida, etapa conocida como “ventana de tiempo crítico” o “ventana de oportunidad”; si no se desarrollan acciones concretas para promover una adecuada alimentación complementaria durante este espacio crítico, los niños menores de 2 años del país, especialmente de las comunidades rurales donde más del 50% carece de una adecuada alimentación, pasarán de potenciales desnutridos crónicos a reales herederos de esta grave pandemia, que en el Perú afecta a poco más de la cuarta parte de la población infantil menor de 5 años ⁽¹¹⁾.

Aunque la actitud y conducta de la madre frente a la alimentación del niño es más positiva que desde hace cinco años, la alimentación inadecuada sigue siendo el problema prioritario de la

alimentación infantil en el Perú, las madres poseen conocimientos sobre la adecuada alimentación complementaria, sin embargo estos no se reflejan en sus prácticas. Saben que lo correcto es iniciar con mazamoras y purés pero deciden empezar con “sopas” para que el niño “no se atore”⁽¹²⁾.

A nivel nacional, 37 de cada 100 niños en la zona rural sufre de desnutrición crónica, mientras que solo 10 de cada 100 la padece en la zona urbana, es presentado en el 20% de familias más pobres, 54 de cada 100 niños con madres sin educación son desnutridos crónicos, mientras que esta proporción baja a 5 niños cuando la madre tiene educación superior⁽¹³⁾.

1.1. FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características socio demográficas, económicas y conocimiento sobre alimentación infantil de las madres que acuden a los Centros de Salud 9 de Octubre, Centro de Salud San Fernando y Centro de Salud Nuevo paraíso?

Problemas Específicos:

1. ¿Qué características socio demográficas presentan, las madres que acuden a los Centros de Salud 9 de Octubre, Centro de Salud San Fernando y Centro de Salud Nuevo paraíso?
2. ¿Qué características económicas presentan las madres que acuden a los Centros de Salud 9 de Octubre, Centro de Salud San Fernando y Centro de Salud Nuevo paraíso?
3. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre la alimentación infantil que tienen las madres que acuden a los Centros de Salud 9 de Octubre, Centro de Salud San Fernando y Centro de Salud Nuevo paraíso?

1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.2.1. Objetivo general

Determinar las características socio demográficas, económicas y conocimiento sobre alimentación infantil en madres que acuden a los Centros de Salud 9 de Octubre, Centro de Salud San Fernando y Centro de Salud Nuevo paraíso.

1.2.2. Objetivos específicos

1. Analizar las características socio demográficas que presentan las madres que acuden a los Centros de Salud 9 de Octubre, Centro de Salud San Fernando y Centro de Salud Nuevo paraíso.
2. Analizar las características económicas que presentan las madres que acuden a los Centros de Salud 9 de Octubre, Centro de Salud San Fernando y Centro de Salud Nuevo paraíso.
3. Identificar el nivel de conocimiento sobre alimentación infantil que poseen las madres que acuden a los Centros de Salud 9 de Octubre, Centro de Salud San Fernando y Centro de Salud Nuevo paraíso.

CAPITULO II

II. MARCO TEORICO REFERENCIAL

2.1. ANTECEDENTES

a) Nivel internacional.

Murillo S. y Brenes H. ⁽¹⁴⁾ estudiaron las prácticas y creencias en nutrición y salud de madres rurales costarricenses, concluyen; el 78% de las 358 mujeres mantenían una relación estable con su esposo o compañero; el 19% eran madres solteras de las cuales el 70% tenía menos de 30 años. Referente a escolaridad, se encontró que el 9% eran analfabetas, los de mayor escolaridad tenían de 20 a 24 años, sólo el 10% de las entrevistadas trabajaba, (84%) en trabajos agrícolas, básicamente en la recolección de las cosechas. No se encontró ninguna relación entre la escolaridad y la condición de trabajo de la madre, el promedio de hijos vivos por madre fue 3,8.

Gamboa D. y colaboradores ⁽¹⁵⁾ investigaron “conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable” del asentamiento las Marías del Municipio de Girón en el año 2005, obtuvieron los resultados: del 78,1% de las participantes, sólo el 13% tenía conocimientos sobre la forma correcta de amamantar. Un 49% no conocía los métodos de conservación de la leche materna. El 69,8% de las participantes tiene actitud de

apoyo cuando ve a una familiar lactando. El tiempo promedio de lactancia materna fue 5,7 meses. El alimento con el que más inician la alimentación complementaria es el caldo (88%). Conclusiones: se presentaron proporciones considerables de mujeres que dieron LM durante menos de seis meses, iniciaron la alimentación complementaria antes de los 6 meses y que suspendieron la LM cuando el hijo lactante sufrió alguna enfermedad.

Rodríguez E. ⁽¹⁶⁾ en su estudio "niños saludables, educación alimentaria y nutricional" a través de tres ministerios; Desarrollo social, educación y salud. La investigación demostró el mejoramiento de la salud nutricional de los niños, las madres y profesoras elevaron el conocimiento sobre alimentación infantil, las interrelaciones intersectoriales tuvieron éxito durante el desarrollo del proyecto, las prácticas educativas fueron aprovechadas por los padres de familia, profesores y alumnos.

Teixeira C. ⁽¹⁷⁾ reporta hallazgos de la investigación "estado nutricional de niños, conocimientos y prácticas de las madres de familia. 2/3 pertenecían a familias con renta per cápita <0,5 salario mínimo y 84,9% estaban inscritas en la unidad de familia, con edad media de 20 años, el total de ellas con segundo grado de escolaridad, el conocimiento y las prácticas sobre la alimentación a los niños fue adquirido en el día a día por la convivencia de cuidar a los hijos, sin embargo, 12% de mujeres fueron capaces de identificar algunos problemas nutricionales en sus hijos, relataron recibir poca información acerca de la forma adecuada de alimentar al niño.

Cabalgante M, Albuquerque M. ⁽¹⁸⁾ estudiaron "Promoción de la salud de niños en alimentación complementaria por medio de la utilización de los alimentos regionales" en madres de niños

con menos de dos años de edad. Las madres refieren que para ser saludable los niños deben alimentarse con leche y sopas acompañado de jugo de frutas, se evidencia que la mayoría de las familias residentes en el distrito rural sobreviven con renta menor de un salario mínimo, las madres no conocían la forma adecuada de alimentar al niño, las características sociales y económicas de las familias, fueron aspectos fundamentales para comprender las actitudes respecto a la alimentación de los niños. El estudio revela que promover la utilización de alimentos regionales por el alto valor nutritivo es fundamental en las poblaciones rurales por el bajo costo y por el alcance de las familias.

b) Nivel nacional

Alcalá M, Tomaylla M S. ⁽¹⁹⁾ determinaron la influencia de la enseñanza del cuidado nutricional de niños menores de 5 años en el nivel de conocimiento de las madres beneficiarias del P.A.N.F.A.R del C.S. "El Progreso", Comas. Se utilizó el método cuasi-experimental. La población total fue de 50 madres de PANFAR. Las cuales conformaron 2 grupos: estudio (25) y control (25); se aplicó un cuestionario que constó de dos partes: Datos generales y conocimientos básicos sobre nutrición y alimentación que fue aplicado antes y después de la intervención educativa; se agruparon las preguntas del cuestionario en 5 áreas. Para verificar la significancia estadística se utilizó la prueba "r" de Pearson, prueba "t" student y la prueba de Fisher. Obteniéndose los siguientes resultados: El nivel de conocimiento bueno (23-34 puntos) del grupo estudio se incrementó de 16 por ciento a 84 por ciento, mientras que el conocimiento deficiente (0-17 puntos) desciende de 32 por ciento a 0 por ciento, después de aplicar el programa educativo. El nivel de conocimiento bueno del grupo control en el pre-test fue de 12 por ciento y en el post-test 24 por ciento. En relación a las variables sociodemográficas de las

madres no se obtuvo significancia estadística; se encontró cambios significativos en las áreas: funciones de los alimentos, alimentos que consumen, alimentación del niño y desnutrición; no encontrándose significancia estadística en el área de conocimientos básicos de nutrición. Se concluye que el programa educativo brindado a las madres del PANFAR influyó en el nivel de conocimientos sobre alimentación y nutrición de niños menores de 5 años.

ENDES⁽²⁰⁾ reporta que la prevalencia de Lactancia Materna Exclusiva en menores de seis meses se incrementó de 52.7% en 2008 a 67.2% en el año 2011, la duración mediana de la Lactancia Materna casi se ha duplicado pasando de 2.15 meses a 4.1 meses en el 2010. La tasa de continuación de la Lactancia Materna al año de edad se ha incrementado del 69 al 79%. El porcentaje de niños de 6 a 9 meses recibieron algún tipo de comida semisólida mejorando en un 62%. Cabe destacar el impacto de las estrategias alimentarias que viene desarrollando el ministerio de salud mediante los programas de alimentación al niño y la educación continuada a las familias respecto a los cuidados de los niños en el hogar sobre todo en poblaciones vulnerables. Sin embargo, es importante acentuar que existen limitaciones en esta información pues la ENDES no especifica la cantidad, frecuencia ni espesor de la comida recibida, y en los párrafos siguientes apreciaremos que las sopas y alimentos diluidos siguen siendo, como en 1992, los preferidos por las madres para ofrecer a sus pequeños hijos.

Gómez, L.⁽²¹⁾ el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria es alto y el inicio se dio cuando el lactante tenía más de 6 meses, entre los alimentos que con mayor frecuencia administran están los lácteos y alimentos que contienen carbohidratos. El nivel de conocimientos de la

madres sobre alimentación complementaria para prevenir la anemia es alto en madres con un grado de instrucción superior 26.5% y regular en las madres que tienen un nivel superior técnico 32.4%.

c) Nivel local

Tavera, Y. et al.⁽²²⁾ investigaron Efectividad de un Programa Educativo en alimentación y nutrición desarrollado a través de 2 métodos en el estado nutricional de niños menores de 3 años del Asentamiento Humano Próceres de la independencia en el año 2005. Concluyeron; 75% madres tienen edades que fluctúan de 19 a 35 años, 52.7% accedieron a estudios de instrucción secundaria, 83.3% desempeñan labor en casa, 58.3% el estado civil es de conviviente, 66.6% tiene ingresos menores de S/450.00 nuevos soles, 55.5% de las familias están constituidas por 5 a 7 miembros, 42.2% los padres

Chávez, A. et al.⁽²³⁾ Evaluaron el efecto de materiales educativos en la práctica de adecuados hábitos alimentarios y ambientales en madres que acuden al Puesto de Salud Micaela Bastidas en la ciudad de Pucallpa en el año 2010-2011. Concluyen que el 57.1% de madres de familia oscilan entre 20 a 26 años y de 13 a 19 años de edad respectivamente. Son amas de casa en el 85%. 71.4% de las madres poseen nivel secundario. Las madres de familia viven con sus parejas. La familia percibe un ingreso económico familiar menor al sueldo mínimo vital. 50 % de madres de familia pertenecen al tipo de familia extensa. Las familias reciben apoyo social alimentario en un 71.4%. El 57.1% de madres mostraron adecuados hábitos alimentarios, posterior a la sesión de aprendizaje.

2.2. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.2.1. Situación de los hogares en el Perú

En el Perú, los hogares han aumentado los niveles de educación de sus miembros, han capitalizado su vivienda; han tenido un mayor acceso a los servicios de agua, electricidad y telefonía; han incrementado su equipamiento con bienes de consumo durable; han aumentado sus ingresos y ha variado el valor y la composición de su gasto familiar. Esta información permite comprender mejor el desempeño de la economía del país y la manera cómo se distribuyen los beneficios del crecimiento entre las familias. Cotejando los resultados de estas dos encuestas se puede evaluarla capitalización de los hogares midiéndola variación de los activos y estimar la mayor prosperidad de las familias, observando el mayor acceso a los servicios públicos, el aumento del ingreso familiar, los cambios absolutos y relativos en las fuentes de ingreso y en la composición del gasto familiar ⁽²⁴⁾.

Los hogares son agentes gravitantes del sistema económico por que su gasto corresponde al consumo macroeconómico, el cual comprende el 67 % de la demanda global. Por otro lado, sus miembros ofrecen sus servicios de trabajo en el mercado laboral y constituyen el capital humano de la economía. Así mismo, debe subrayarse que los hogares son los principales emprendedores y empleadores, ya que la masa crítica del sistema productivo peruano es la empresa familiar y el trabajador independiente no calificado presta una variada gama de servicios en los ámbitos urbanos. También son los inversionistas del sistema, ya que los hogares son los constructores de las viviendas y los dinamizadores de la actividad económica. No debe pasar inadvertido que la construcción de las ciudades es el eje motriz que impulsa el crecimiento de la economía del país. Igualmente importante es la función de los hogares como

procreadores del capital humano y su responsabilidad en el cuidado, el sustento y la educación de sus miembros ⁽²⁵⁾.

Efectivamente, el hogar es una unidad social de producción, en cuyo seno se crea valor produciendo los bienes y servicios finales que están más estrecha y directamente vinculados con la satisfacción diaria de las múltiples necesidades materiales, intelectuales, psíquicas y afectivas de las personas. En este ambiente los miembros de la familia se organizan para desempeñar un conjunto de funciones, tales como la compra, preparación y consumo de los alimentos; el procesamiento de los desechos; el aseo e higiene personal; la crianza y educación de los hijos; el cuidado de los enfermos y ancianos; la confección y limpieza de la indumentaria; el mantenimiento y reparación de la vivienda, del equipamiento y de los servicios de agua y energía; y la vida social y recreativa. Pero también es el espacio íntimo de la vida afectiva y social de la familia y el ambiente de recreación y descanso de sus miembros.

Como en toda empresa, el hogar es una organización social con su centro de comando y una distribución de responsabilidades entre sus miembros, para cumplir las funciones de la vida familiar. Con este propósito las familias, considerando su composición familiar y las expectativas futuras de sus miembros, cuentan con activos fijos – riqueza acumulada obtienen ingresos y realizan sus gastos con el objeto de adquirir los bienes y servicios necesarios para realizar sus funciones y satisfacer sus necesidades ⁽²⁶⁾.

2.2.1.1. Situación Socio – Demográfica

Los miembros del hogar han aumentado el promedio de edad: el jefe de hogar en 4 años, el cónyuge en 5 años y el hijo mayor en 3 años. Es decir, toda la población ha aumentado su edad, lo que indica que la tasa de mortalidad se ha reducido en todos los cohortes de edad,

particularmente, la mortalidad infantil. La educación promedio de los padres de familia se ha duplicado en el número de años de escolaridad. Los jefes del hogar han aumentado de 4 años a 8 años y el cónyuge de 3 años a 7 años. El número promedio de perceptores de ingreso en cada hogar ha aumentado de 1.6 miembros a 2 miembros. Es decir, se ha incrementado la participación de los miembros de la familia en el mercado laboral ⁽²⁷⁾.

2.2.1.2. Nivel de Escolaridad

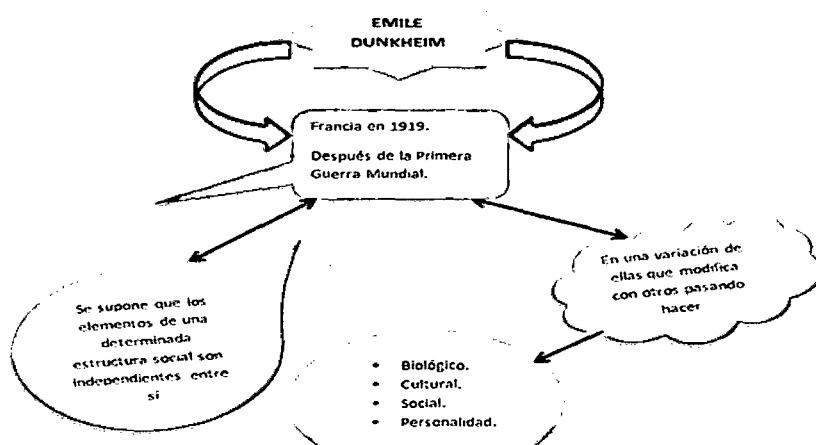
Los miembros de los hogares rurales están claramente rezagados en sus niveles de escolaridad respecto a los hogares que residen en los centros urbanos. Los superan en el doble de años de escolaridad. Los jefes de hogar superan a los cónyuges en todas las áreas de residencia, aunque la diferencia entre ellos es muy pequeña. Los años de escolaridad aumentan en todos los miembros de acuerdo al mayor tamaño de los centros poblados. Los hijos mayores alcanzan una escolaridad similar a la de sus padres, en todas las áreas de residencia. Se debe advertir que en esta encuesta sólo se consigna el número de años de escolaridad. No se midió el número de horas lectivas recibidas por los estudiantes durante el año escolar y tampoco se evaluó la calidad educativa, en relación al grado de comprensión de lectura y a la habilidad de razonamiento verbal y matemático ⁽²⁸⁾.

2.2.1.3. Situación económica

La participación del trabajo como fuente de ingreso se ha reducido del 90% al 67%. La fuente de ingreso como trabajador dependiente ha declinado considerablemente del 57% al 41%. Las otras fuentes, que comprenden las rentas, transferencias y donaciones, han incrementado su

participación del 10% al 33%. Es probable que este cambio se deba en alguna medida a las diferencias en el diseño del formulario y en la aplicación de la metodología para recoger la información en las visitas a los hogares. Sin embargo, es razonable esperar este cambio estructural debido a las sucesivas crisis financieras ocurridas durante este período lo cual ha obligado a los hogares a buscar nuevas fuentes de ingreso. Por otro lado, la transformación del sistema productivo ha promovido la tercerización del empleo y el trabajo como independientes. La globalización ha estimulado la movilización de la fuerza laboral. Se estima que hay aproximadamente dos millones de peruanos que han migrado al extranjero y que remiten alrededor de US \$ 1.300 millones a sus familiares. Ello constituye las transferencias externas. Otras fuentes de ingreso que han surgido en la últimas dos décadas son las donaciones y las transferencias del estado a los grupos más pobres, con el objeto de amortiguar los aumentos de los precios de los bienes y servicios básicos que estaban antiguamente subsidiados, los cuales tuvieron que eliminarse drásticamente en los programas de estabilización económica ⁽²⁹⁾.

2.2.2. Teorías que fundamentan el estudio



2.2.2.1. Teoría del funcionalismo estructural:

Es una de las teorías que fundamentan la investigación según Émile Durkheim. Sustenta que todos los fenómenos sociales y culturales son vistos como funcionales en el sentido de que trabajan juntos, y se considera que efectivamente tienen "vidas" de los suyos. Se analizan en primer lugar en términos de esta función. El individuo es significativo, no en sí y por sí mismo, sino más bien en términos de su estatus, su posición en los patrones de las relaciones sociales y las conductas asociadas a su condición. Por lo tanto, la estructura social es la red de status unidos por roles asociados. Este enfoque se ve tanto en la estructura social como en las funciones sociales. El funcionalismo direcciona a la sociedad en su conjunto en términos de la función de sus elementos constitutivos, a saber: normas, costumbres, tradiciones e instituciones.

El sistema general de acción contiene en su estructura cuatro sub-sistemas: el biológico u orgánico conductual, el cultural, el social y el de personalidad. Los sistemas son un conjunto ordenado de los elementos, interdependientes, que permanecen abiertos a la percepción de variables que pueden modificarlos. Para mantener el equilibrio, realizan diferentes funciones:

- El biológico es la especie tipo organizada, la adaptación es la función que realiza, y es realizada por el sistema económico.
- El cultural es el conjunto de normas, valores, lenguaje y símbolos compartidos, aceptados por la sociedad. Su función es el mantenimiento de las pautas, para que los individuos se ajusten a las expectativas del rol e

interioricen los valores. En la sociedad estas funciones son cumplidas por diversas instituciones, entre ellas podemos nombrar al sistema educativo y los medios masivos de comunicación, quienes son los encargados de la difusión de esas normas, valores, símbolos, etc., que componen la esfera cultural.

- El social está compuesto por las formas en que los individuos interactúan recíprocamente. La función primordial es la integración y supone la aceptación de las metas y las expectativas sociales. Las entidades jurídicas tienen a su cargo esta función, la cual aplicara sanciones. Va a existir una movilidad social de forma horizontal, vertical, ascendente o descendente. De la misma manera habrá cambios sociales e innovaciones.
- El de personalidad metas o fines. Intenta coordinar las motivaciones para alcanzar objetivos sociales. Las unidades que pueden canalizar las aspiraciones de los individuos son las instituciones políticas. Estructural funcionalismo conocido como positivismo ⁽³⁰⁾.

2.2.2.2. Teoría del empirismo: ⁽³⁰⁾ El conocimiento de las madres sobre la alimentación infantil es sustentada por la teoría del Empirismo representada por el filósofo francés Condillac (1715-1780), basado en que la única fuente del conocimiento humano son los sentidos, es decir, la experiencia sensible. Según el empirismo, el espíritu no aporta nada en la elaboración del conocimiento, pues, es una especie de hoja en blanco en la cual es la experiencia la que escribe. Todos los conceptos aún los más generales y abstractos son, por lo tanto, fruto de la experiencia sensible. La experiencia sensible puede ser externa e interna, según las clases de sentidos intervienen en su realización. Existe una forma de empirismo llamada

sensualismo, que admite como única fuente de conocimiento la experiencia de los sentidos externos ⁽³¹⁾.

2.2.3. Alimentación infantil

La alimentación saludable se refiere aquella que presenta valores nutritivos, favoreciendo la salud del organismo. Para el niño menor de 2 años, que está en rápido crecimiento, es necesario que los alimentos contengan la cantidad de energía y otros nutrientes necesarios para garantizar el crecimiento y el desarrollo normal, inclusive del cerebro ⁽³²⁾.

Sobre ese aspecto, la lactancia materna debe ser la primera opción del menú alimenticio durante, por lo menos seis meses de vida. Después de ese periodo el equipo de salud debe estar preparado para orientar la transición de la alimentación con nuevos alimentos, por tratarse de un momento crítico en que los disturbios nutricionales suceden, en contrapartida, son comunes situaciones en las cuales las madres introducen precozmente en la dieta del niño, alimentos que, del punto de vista nutricional, son inadecuados, pues cuando ocurre reducción en la oferta del amamantamiento, hay prejuicios en la absorción de nutrientes, por tanto, aumenta el riesgo de contaminación y reacciones alérgicas ⁽³³⁾.

La complementación de alimentos envuelve factores sociales, económicos y culturales que interfieren en el estado nutricional infantil. Así, la adopción de prácticas alimentarias balanceadas en los primeros años de vida es relevante, pues ese es el periodo en que los hábitos son establecidos y continuaran en la adolescencia y edad adulta ⁽³⁴⁾.

El periodo de la alimentación complementario es fundamental para la prevención de las carencias nutricionales, del sobrepeso y, consecuentemente, de la morbimortalidad. En ese contexto, promover una dieta alimentaria ideal para los niños debe ser componente de estrategia global para la seguridad de la población. Sin embargo, sea la atribución de los profesionales de la salud y de la madre, el éxito final depende de la definición de políticas gubernamentales adecuadas y de la participación y apoyo de la sociedad civil.

El periodo de alimentación complementaria es fundamental, por eso, los programas y esfuerzos de educación alimentario deben ser continuos y multifacéticos. La mejoría en el comportamiento alimenticio de individuos y comunidades es tarea de larga duración y debe ser incentivada, pues se trata de un proceso continuo, permeabilizado por el acceso a la información, comprensión y exteriorización de la información, motivación, capacidad, posibilidad de escoger e estrategia de manutención de cambio ⁽³⁵⁾.

2.2.3.1. Pirámide de la alimentación infantil

Los niños, debido a su gran actividad tanto física como mental, así como su desarrollo, necesitan reforzar su alimentación basándose en la pirámide de los alimentos como pauta genérica. Sobre todo, los niños necesitan una dieta variada y con alimentos frescos y naturales. Esta alimentación compensa el gasto extra del crecimiento y el desarrollo corporal. En esta sección hablaremos sobre la Pirámide infantil, también llamada pirámide nutricional alimenticia infantil o triángulo de la alimentación nutricional infantil.

Los cinco grupos de alimentos que conforman la pirámide deben formar parte de las comidas diarias de los niños de entre 18 meses y 3 años en las siguientes dosis o cantidades:

Granos: 6 a 11 raciones de pan, cereales, arroz y pasta.

1 ración= 1 rebanada de pan, ¼ de tortilla, 2 chdas de pasta o arroz, ¼ taza de cereales.

Vegetales: 3 a 5 raciones.

1 ración= 2 chdas de vegetales cocidos o enlatados, ¼ taza de vegetales crudos.

Frutas: 2 a 4 raciones.

1 ración= 2 chdas de frutas cocidas o enlatadas, ¼ taza de frutas crudas, ½ taza de zumo de frutas.

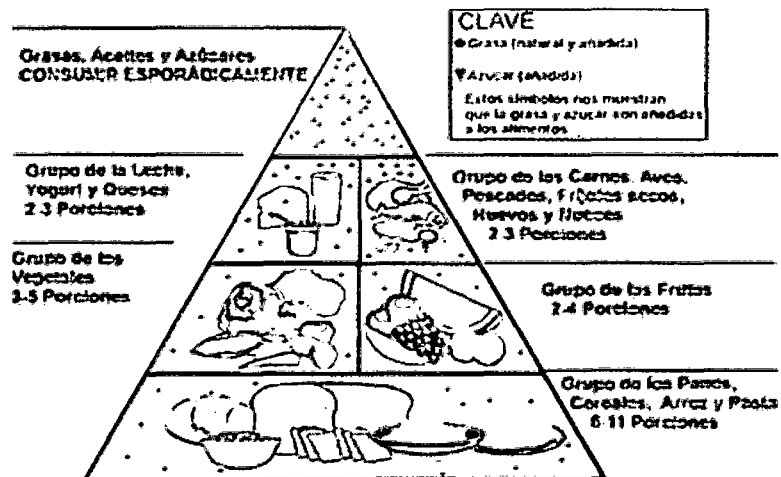
Lacteos: 2 a 3 raciones.

1 ración= ½ taza de leche o yogur o 1 rebanada de queso.

Proteínas: 2 a 3 raciones de carnes, legumbres, huevos.

1 ración= 15 grs de carnes, pescados, aves, ¼ taza de legumbres, ½ huevo.

Grasas y azúcares (salsas, azúcares, caramelos):
esporádicamente y en pocas cantidades ⁽³⁶⁾.



Fuente: Instituto Nacional de Salud, 2005.

Figura 1

2.2.3.2. Recomendación de consumo alimentario

En la fase pre-escolar, el esquema alimenticio debe ser compuesto por cinco o seis comidas diarias, con horarios regulares: desayuno, media mañana, almuerzo, lonche de la tarde y cena. Es importante que desde el primer año de vida, en la introducción de los alimentos complementarios, el niño observe otras personas alimentando. El ambiente en la hora de la comida debe ser tranquilo, sin televisión o cualquier otra distracción como juego. La alimentación equilibrada debe tener variedad de colores, texturas, formas interesantes e colocación en el plato de forma atractiva.

- Considerando las directrices y objetivos establecidos en la guía de alimentación, los alimentos fueron divididos en grupos y para cada uno fue calculado el número de porciones adecuadas para una dieta de 2.000 Kcal.⁽³⁷⁾

Directriz	Orientación
1	Las comidas deben ser preparadas con alimentos de origen vegetal y variadas, coloridos y sabrosos y en cantidades adecuadas. Consumir por lo menos tres comidas por día (desayuno, almuerzo y cena), intercaladas en pequeñas comidas.
2	Arroz, maíz y trigo, alimentos como panes y masas, preferencialmente integral; tubérculos como las batatas; raíces como a mandioca deben ser la más importante fuente de energía y principal componente de mayoría de las comidas.
3	Frutas, legumbres y verduras son ricos en vitaminas, minerales y fibras y la protección a la salud y disminución del riesgo de ocurrencia de varias enfermedades.
4	Las leguminosas, como los frejoles, y las oleaginosas, como las castañas y semillas, son alimentos fundamentales para la salud. La preparación típica frejol con arroz es una combinación alimentaria saludable y completa en proteínas.
	Leche y derivados, principales fuentes de calcio en la alimentación y carnes, aves, pescado y huevos hacen parte de una alimentación nutritiva que

5	contribuye para la salud y para el crecimiento saludable. Los tipos y las cantidades de esos alimentos deben ser adecuados a las diferentes fases del curso de la vida. Leches y derivados deben ser preferencialmente desnatados, para los adultos, e integrales para niños, adolescentes y gestantes.
6	Las grasas y los azúcares son fuentes de energía. El consumo frecuente y en grande cantidad de grasa, azúcar y sal aumenta el riesgo de enfermedad como obesidad, hipertensión arterial, diabetes e dolencias del corazón. Utilizar siempre sal fortificada con yodo.
7	El agua es un alimento indispensable al funcionamiento adecuado del organismo. Toda agua debe ser tratada, filtrada o hervida.
Directriz Especial 1	La alimentación saludable y la actividad física regular son aliadas fundamentales para la manutención del do peso saludable, reducción del riesgo de dolencias y mejora de calidad de vida.
Directriz Especial 2	La garantía de la calidad sanitaria de los alimentos implica la adopción de medidas preventivas y de controle en toda la cadena productiva, desde su origen hasta el consumo de alimento en el domicilio. La manipulación de los alimentos según las buenas prácticas de higiene es esencial para reducción de los riesgos de dolencias transmitidas por los alimentos.

Fuente: Instituto Nacional de Salud, 2005.

2.2.3.3. Mitos de la alimentación infantil

La OPS ⁽³⁸⁾ como resultado de un encuentro realizado con miembros de países latinoamericanos e integrantes de la Comisión Europea de ayuda humanitaria pública:

Las papillas alimentan más que la leche. A muchas madres les dicen que “su leche ya no alimenta” o que “su leche es agua” y el resultado es el que llegan a creer. Las papillas de carne y verduras suelen tener menos calorías que la leche y las de verduras solas y las de fruta todavía menos, y aunque algunas papillas, como las de cereales, tengan bastantes calorías, tienen menos cantidad de proteínas, vitaminas, minerales y otros nutrientes que la leche materna.

El único alimento capaz de satisfacer, por sí solo, todas las necesidades de un ser humano, al menos durante una parte de su vida, es la leche materna.

Un recién nacido está perfectamente alimentado durante seis meses o más sólo con leche materna; pero nadie estaría perfectamente alimentado ni en su infancia ni en ninguna época, si pasase seis meses comiendo solo carne, o sólo pan, o sólo naranjas. Lo que no significa que el pan, la carne o las naranjas “no alimenten”, sino que se han de complementar con otras cosas.

La OMS ⁽³⁹⁾ escribe que las leches de continuación son innecesarias y recomiendan tomar la misma leche durante el primer año. La principal utilidad de las leches de continuación son más baratas. Como la leche artificial es cara, las madres con menos recursos que dan el biberón pueden sentirse tentadas a introducir antes del año la leche entera de vaca, lo que no sería muy conveniente. Una leche que, sin ser tan adaptada, saliese más barata, podría resultar útil.

La leche de vaca tiene un exceso de proteínas, más del triple que la leche materna lo que es uno de sus mayores peligros ya que un bebé no puede metabolizar una cantidad tan grande de proteínas, y puede enfermar gravemente. La fabricación de la leche artificial consta de varios pasos, uno de los cuales es quitar la mayor parte de las proteínas, proceso que no es nada fácil. Si no hay que quitarle tantas, resulta más fácil de fabricar y, por tanto, más barata. No es que la leche de continuación sea mejor para los bebés mayores. Es peor que la leche de inicio, porque está menos adaptada. Pero los bebés mayores tienen una

mayor capacidad para metabolizarla por lo que es más fácil que la puedan tolerar.

La industria láctea intenta darle la vuelta a la tortilla y vender la leche de continuación como “enriquecida en proteínas para cubrir las necesidades en aumento de su hijo”, pero no hay que dejarse engañar. Las necesidades de proteínas de los niños disminuyen a medida que crecen por lo que el exceso de proteínas en la leche de continuación no es ninguna ventaja para los bebés, sino sólo un desecho industrial.

Por supuesto los niños que toman pecho pueden seguir con el pecho pasados los 6 meses hasta que la madre y su hijo deseen.

2.2.4. Conocimiento

El hombre, a lo largo de su existencia, ha sentido curiosidad por conocer el mundo que le rodea y ha pretendido dar explicaciones a una serie de interrogantes, que le han surgido de su contacto directo o indirecto con las cosas, hechos y fenómenos que la naturaleza le presenta. Gran parte de las explicaciones que ha dado se fundan en supuestos, creencias y generalizaciones que son aceptadas por razones de autoridad, experiencia, o de fe, sin crítica o razonamiento que sustente su veracidad.

Definición:

Es el entendimiento, inteligencia, razón natural. Aprehensión intelectual de la realidad o de una relación entre los objetos, facultad con que nos relacionamos con el mundo exterior.

La adquisición del conocimiento está en los medios intelectuales de un hombre (observación, memoria, capacidad de juicio, etc.). A medida que crece el conocimiento se da tanto el cambio

cualitativo por haber en ello un incremento de reorganización del conjunto y de adquisición de los mismos.

Características del conocimiento:

- Su fin es alcanzar una verdad objetiva.
- Es un proceso dialéctico basado en la contemplación viva sensación, percepción y representación.
- Asimila el mundo circulante.

Clasificación del conocimiento.-

Conocimiento vulgar: Llamado conocimiento ingenuo, directo es el modo de conocer, de forma superficial o aparente se adquiere contacto directo con las cosas o personas que nos rodean. Es aquel que el hombre aprende del medio donde se desenvuelve, se transmiten de generación en generación.

Características del conocimiento vulgar:

- **Sensitivo:** Aunque parte de los hechos el conocimiento se estructura con lo aparente, no trata de buscar relación con los hechos.
- **Superficial:** Aunque parte de los hechos el conocimiento se estructura con lo aparente, no tratar de buscar relación con los hechos.
- **Subjetivo:** La descripción y aplicación de los hechos depende del capricho y arbitrariedad de quien los observes.
- **Dogmático:** este sostiene en la aceptación táctica de actitudes corrientes o en nuestra propia suposición irreflexiva se apoya en creencias y supuestos no verificables o no verificados.
- **Estático:** Los procedimientos para lograr los conocimientos se basan en la tenacidad y el principio de autoridad, carecen de continuidad e impide la verificación de los hechos.

- Particular: Agota su esfera de validez en sí mismo, sin ubicar los hechos singulares en esquemas más amplios.
- Asistemático: Porque las apariencias y conocimientos se organizan de manera no sistemática, sin obedecer a un orden lógico.
- Inexacto: Sus descripciones y definiciones son pocas precisas.
- No acumulativo: La aplicación de los hechos es siempre arbitraria, cada cual emite su opinión, sin considerar otras ideas ya formuladas.

Conocimiento científico: Llamado conocimiento crítico, no guarda una diferencia tajante, absoluta, con el conocimiento de la vida cotidiana y su objeto puede ser el mismo. Intenta relacionar de manera sistemática todos los conocimientos adquiridos acerca de un determinado ámbito de la realidad. Es aquel que se obtiene mediante procedimientos con pretensión de validez, utilizando la reflexión, los razonamientos lógicos y respondiendo una búsqueda intencional por la cual se delimita a los objetos y se previenen los métodos de indagación.

Características del Conocimiento Científico

- Racional: No se limita a describir los hechos y fenómenos de la realidad, sino que explica mediante su análisis para la cual elabora conjeturas, fórmulas, enunciados, conceptos, etc.
- Fáctico: Inicializa los hechos, los análisis y luego regresa a éstos
- Objetivo: Los hechos se describen y se presentan cual son, independientemente de su valor emocional y de su modo de pensar y de sentir quien los observa.
- Metódico: Responde a una búsqueda intencionada, obedeciendo a un planteamiento donde se utilizan procedimientos metódicos con pretensión de validez.

- Auto-Correctivo o Progresivo: Es de esta forma porque mediante la confrontación de las conjeturas sobre un hecho con la realidad y el análisis del hecho en sí, que se ajustan y rechazan las conclusiones.
- General: Porque ubica los hechos singulares en puntas generales llamadas "Leyes".
- Sistemático: Ya que el conocimiento está constituido por ideas conectadas entre sí, que forman sistemas.
- Acumulativo: Ya que parte del conocimiento establecido previamente y sirve de base a otro.

Diferencia entre conocimiento vulgar y científico

- **Conocimiento Vulgar**
 Este se adquiere por medio del azar.
 No es verificable ni subjetivo. Está sujeto a nuestra experiencia y modo de sentir.
 Es dogmático porque se apoya en creencias y respuestas no verificables.
 Es inexacto, sin definiciones son pocos precisos.
 Es subjetivo.
 Es vago sin definiciones.
- **Conocimiento Científico**
 Este se adquiere mediante la razón.
 Es verificable, puede estar basado en la experiencia, pero se puede demostrar.
 Es objetivo.
 Es sistemático, se adquiere mediante el conocimiento acumulativo, porque sirve de base para otros entendimientos.
 Es sistemático, porque se adquiere con procedimientos. ⁽⁴⁰⁾

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

Conocimiento:

Es un conjunto de información almacenada o posesión de múltiples datos por las madres de familia sobre alimentación infantil mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección (a priori).

Alimentación.

Proceso mediante el cual los seres vivos consumen diferentes tipos de alimentos con el objetivo de recibir los nutrientes necesarios para sobrevivir.

Clase social.

Es una forma de estratificación social en la cual un grupo de individuos comparten una característica común que los vincula social o económicamente, sea por su función productiva o "social", poder adquisitivo o "económico".

Característica económica.

Relacionado con el dinero, los precios, los impuestos, las empresas, el trabajo, etc.

Alimentación infantil.

Es la ingestión de alimento por parte de los niños para proveerse de sus necesidades alimenticias, fundamentalmente para conseguir energía y desarrollarse.

CAPITULO III

METODOLOGIA

3.1. METODO DE INVESTIGACION

Estudio con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, comparativo, transversal, Hernández, R. y colaboradores⁽⁴¹⁾ sostiene que el método descriptivo permite estudiar los fenómenos en forma natural, en este caso el estudio de las características socio demográficas, económicas y conocimiento en madres que acudieron al Centro de Salud 9 de Octubre, Centro de Salud Nuevo Paraíso y Centro de Salud San Fernando de la ciudad de Pucallpa, provincia de Coronel Portillo, región de Ucayali.

***Diseño:**

M₁ _____ **O₁**

M₂ _____ **O₂**

M₃ _____ **O₃**

Donde; M = muestra O = Observación

3.2. POBLACION Y MUESTRA

a) Población

La población estuvo conformada por 786** madres de familia que acudieron al consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud 9 de octubre, Centro de Salud Nuevo Paraíso y Centro de Salud San Fernando durante el mes de Junio del presente año.

.....

*Citada del libro Hernández Sampieri, Roberto y colaboradores.

**Unidad de estadística de los centros de salud 9 de octubre, Nuevo Paraíso y San Fernando.

b) Muestra

Para determinar la muestra se aplicó la fórmula estadística del tamaño de muestra para población finita en la cual se calculó 484 madres que acudieron al consultorio de Crecimiento y Desarrollo de los Centros de Salud 9 de octubre, Centro de Salud Nuevo Paraíso y Centro de Salud San Fernando. A través de la técnica de muestreo aleatorio simple fue seleccionada las unidades de análisis, siendo constituida la muestra de la siguiente manera:

Estrato	Población	Muestra
C.S. 9 de octubre	294	176
C.S. Nuevo Paraíso	250	158
C.S. San Fernando	242	150
Total	786	484

Fuente. Información poblacional de los centros de salud, Junio 2014.

Se seleccionó los elementos muestrales que cumplieron con los criterios de inclusión:

- Madres que vivan en la jurisdicción del centro de salud en estudio.
- Madres con hijos menores de 5 años de edad.
- Madres que firmen el consentimiento informado

Criterios de Exclusión:

- Madres que no deseen participar en la investigación.
- Madres que tienen alguna enfermedad crónica.
- Madres que padezcan de HIV.

3.3. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

La prueba piloto del instrumento se realizó previamente en 20 madres que acudieron al Centro de Salud Micaela Bastidas, luego que este fuera sometido a la prueba de confiabilidad de Kuder Richardson, se procedió a recolectar los datos previa firma del consentimiento informado.

Se solicitó la autorización a las autoridades de los centros de salud a estudiar con la finalidad de que nos apoyen durante la colecta de datos.

Se coordinó con las enfermeras jefes que laboran en los centros de salud mencionados para que nos faciliten el trabajo.

De las 484 madres de familia se seleccionaron para completar el tamaño de la muestra según los criterios de inclusión.

Antes de la recolección de datos se solicitó la firma del consentimiento informado, basado en principio biótico: beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. Los principios de la declaración de Helsinki: Proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información.

3.4. TECNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Mediante la entrevista directa se aplicó un formulario semi-estructurado conteniendo las variables características socio demográficas compuesta por 7 preguntas, la variable económica estuvo compuesta por 3 preguntas y la variable conocimiento comprendida por 15 preguntas dicotómicas., el mismo que fue aplicado en los Centro de Salud 9 de Octubre, Centro de Salud Nuevo Paraíso y Centro de Salud San Fernando del presente año. La validez de contenido del instrumento fue a través de juicio de expertos por profesionales de la Salud con mucha experiencia en el tema.

El grado de confiabilidad del instrumento fue evaluado por Kuder-Richardson 20 con un margen de error no mayor de 0.5, resultando significativo 0.62. Lawshe 1974. ⁽⁴²⁾

3.5. PROCESAMIENTO DE DATOS

Se solicitó la autorización a las autoridades de los centros de salud a estudiar con la finalidad de que nos apoyen durante la colecta de datos.

Se coordinó con las enfermeras que trabajan en los centros de salud mencionados para que nos faciliten el trabajo.

Se seleccionaron a las madres según los criterios de inclusión.

La prueba piloto del instrumento se realizó previamente, luego que fue validado se procedió a la recolección de datos.

La información colectada se procesó en una base de datos en el programa Excel luego se presentaron los resultados en tablas de una o doble entrada y en cifras absolutas y relativas.

3.6. TRATAMIENTO DE DATOS

La información colectada se procesó en una base de datos en el programa Excel luego se presentan los resultados en tablas de una o doble entrada y en cifras absolutas y relativas. El análisis fue principalmente descriptivo comparativo.

El análisis fue univariable, es decir, se analizó el resultado de las variables de cada centro de salud de estudio y se aplicó la estadística descriptiva de medidas de tendencia central para calcular el promedio: media, moda y mediana y se calculó las medidas de variables: rango, desviación estándar y varianza a fin de realizar la comparación en los Centros de salud de Estudio.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

Tabla 1. Características socio-demográficas de las madres de familia según Centro de Salud Pucallpa, 2014.

VARIABLES	9 DE OCTUBRE N° (176) %		NUEVO PARAISO N° (158) %		SAN FERNANDO N° (150) %		X̄
Procedencia							
Zona urbana	71	40,3	85	53,7	48	32,0	42,0
Zona rural*	105	59,7	73	46,3	102	68,0	58,0
Grupo de edad							
Adolescentes	33	18,7	55	34,8	38	25,3	26,2
Adulta joven	89	50,5	62	39,2	53	35,3	41,6
Adulta madura	54	30,8	41	26,0	59	39,4	32,0
Estado civil							
Solteras (con hijos)	65	36,9	73	46,2	31	20,6	34,5
Casada	59	33,5	54	34,1	83	55,3	40,9
Viuda	13	7,3	10	6,3	11	7,3	6,9
Divorciada	39	22,3	21	13,4	25	16,8	17,5
Grado de instruccion							
Analfabeta	10	5,6	08	5,0	13	8,6	6,4
Primaria completa	58	32,9	29	18,3	21	14,0	21,7
Secundaria incompleta	23	13,0	39	24,6	41	27,3	26,2
Secundaria completa	47	26,7	55	34,8	50	33,3	31,6
Superior incompleta	38	21,8	27	17,3	25	16,8	18,6
N° personas que residen en la vivienda							
1 a 2	53	30,1	59	37,3	73	48,6	38,6
3 a 4	76	43,1	58	36,7	55	36,6	38,8
Más de 4	47	26,8	41	26,0	22	14,8	22,5

Fuente: Formulario semi-estructurado

*proceden de carreta o rio.

La tabla 1 presenta las características socio-demográficas de las madres de familia estudiadas según el Centro de Salud al que acuden para el control de crecimiento y desarrollo de sus hijos.

Referente a procedencia; muestran un alto porcentaje las madres que proceden de zona rural, las madres que acuden al Centro de Salud 9 de Octubre en un 59.7% y las madres que acuden al Centro de Salud San Fernando en el 68.0%, y las madres que acuden al Centro de Salud Nuevo Paraíso muestran un porcentaje menor 46.3%.

Mientras las madres que proceden de zona urbana y acuden al Centro de salud 9 de Octubre es el 40.3%, las madres que acuden al Centro de Salud San Fernando se estima en un 32.0% y las madres que acuden al Centro de Salud Nuevo Paraíso en un 53.7%. Las madres de familia proceden de zona urbano en un promedio de 42,0% y de zona rural el 58,0%.

Por la diversidad geográfica, el acceso a los servicios de salud por poblaciones rurales en el Perú es condicionado por múltiples barreras, algunas de tipo físico o psicológica y otras de carácter administrativo producto de la organización del sistema de salud, sus niveles de atención, sectorización, cobertura y costo. La atención de salud de la población es selectiva y varía según la edad del individuo o de acuerdo a las condiciones de vida. Sin embargo, también se ve influenciado por diversos factores socioeconómicos, entre ellos, el nivel educativo, la situación de pobreza, la condición de asegurado, el ámbito geográfico del que procede, etc.

Estudios reportan resultados que corroboran a lo investigado, MINSA ⁽⁴³⁾ según intragrupos por dominio geográfico, se observa que las macrorregiones que demandan principalmente atención en los establecimientos del Ministerio de Salud son las ubicadas en los ámbitos rurales de la Selva Baja con un 75%, la Sierra Norte con un 71%, Sierra Sur con un 70.6%, la Sierra Centro con un 67.5%, Selva Alta con un 56.8%,

Costa Norte con un 44.1%, Costa Centro con un 38.9% y la Costa Sur con un 36.9%.

Con respecto al grupo de edad; En mayor porcentaje pertenecen al grupo de edad de adultas jóvenes, 50,5% de 176 madres que acuden al centro de salud 9 de Octubre, 39,2% de 158 madres que acuden al centro de salud Nuevo paraíso y 35,3% de 150 madres que acuden al centro de salud San Fernando.

El grupo de edad adultas jóvenes muestra el mayor promedio 41,6% en comparación al grupo de adultas maduras que muestran en promedio 32,0% y las adolescentes el 26,2% en promedio.

La edad de la madres es considerada como un factor de riesgo de desnutrición infantil del niño en zonas rurales, en este ambiente la madre de familia se organiza para desempeñar un conjunto de funciones, tales como la compra, preparación y consumo de los alimentos; el procesamiento de los desechos; el aseo e higiene personal; la crianza y educación de los hijos. De igual modo Baldwin ⁽⁴⁴⁾sostiene que las madres jóvenes y adolescentes no planean su maternidad, encontrando frecuentemente durante la gestación desnutrición e infecciones intercurrentes maternas, condicionando prematuridad y desnutrición in útero. Eso aunado a las malas prácticas de alimentación, como el reemplazo de la lactancia con formulas lácteas negando así a los niños la inmunidad pasiva y si además agregamos la ignorancia en el modo de preparación y malas condiciones de higiene.

En cuanto a salud reproductiva, la actividad sexual y la maternidad en las adolescentes van en ascenso, el 8% de las mujeres entre 12 y 19 años son ya madres. Las madres jóvenes, sobre todo de las zonas rurales, están sometidas a la exposición precoz de la experiencia sexual no protegida y el embarazo no deseado, lo que implica un gran riesgo por tener hijo o buscar aborto ilegal. El matrimonio o la maternidad, con mayor fuerza en las zonas

rurales, pone fin a la educación de la mujer y en esas condiciones, los hijos tienen alto riesgo de enfermar, morir y quedar abandonados. ⁽⁴⁵⁾

Los hallazgos son corroborados a los investigados por Chávez, A. et al. ⁽⁴⁶⁾ quien encontro que de las madres que acuden al P.S. Micaela Bastidas en la ciudad de Pucallpa el 57.1% oscilan entre 20 a 26 años y de 13 a 19 años de edad respectivamente.

Tavera, Y. et al. ⁽⁴⁷⁾ encontró que el 75% de madres con edades que fluctúan entre 19 a 35 años y de niños menores de 3 años del Asentamiento Humano Próceres de la independencia. Por su parte Teixeira C. reporta hallazgos de madres con niños desnutridos presentaban edad media de 20 años .

Con relación al estado civil; las madres de familia que concurren son solteras en un alto porcentaje 36,9 acuden al Centro de Salud 9 de Octubre y 46,2% madres acuden al Centro de Salud Nuevo Paraíso, y las madres que acuden al centro de Salud San Fernando en un 20,6%.

En promedio de 34,5% de mujeres que acuden a los centros de atención de salud son solteras, mientras que el 40,9% mujeres muestran estado civil casadas, seguidas de mujeres divorciadas con 17,5%.

La salud física y mental de los individuos que componen una familia y, especialmente, la de los hijos durante los años de su formación está condicionada por muchas variables que pueden ser de orden médico, social, económico y demográfico. El grupo familiar, constituido por la pareja y los hijos es un factor determinante en la salud de los miembros y la separación de la pareja afecta de alguna manera la función familiar.

Estudios a nivel local, muestran que las madres poseen estado civil conviviente, Tavera, Y. et al., el 50 % de madres de familia pertenecen al tipo de familia extensa y viven con sus parejas. Chávez, A. et al. y de 358

mujeres, 78% de mantenían una relación estable con su esposo o compañero; el 19% eran madres solteras.

Según el grado de instrucción; las madres de familia que acuden al Centro de Salud 9 de Octubre en su mayoría (32,9%) tienen primaria completa, Centros de Salud Nuevo Paraíso 18,3%, y Centro de Salud San Fernando con 14,0%. De las madres que acudieron al Centro de Salud San Fernando en su mayoría muestran secundaria completa en un 33,3%.

En promedio, 31,6% madres de familia estudiaron secundaria completa, seguida del 26,2% que estudiaron secundaria incompleta. El grado de instrucción y el nivel educativo alcanzado por la población se considera como uno de los factores que podría influir sobre la capacidad de las personas de reconocer síntomas e identificarse como enfermos.

Para Pérez⁽⁴⁸⁾ en aquellas personas analfabetas el autorreporte de enfermedad fue menor que entre las personas que saben leer y escribir (82.7%vs. 85.7%), similar comportamiento se observó al analizar esta condición en los jefes de hogar (85.4%vs. 88.2%). Al evaluar el grado de instrucción, no se encontró mayor diferencia entre las personas que poseen el grado de educación superior en comparación a las que tienen secundaria, primaria o sin nivel.

Desde el punto de vista del desarrollo nacional, la mujer sin educación implica una pobre contribución a la economía de los países; la sociedad no alcanza el beneficio de la inversión en educación. La maternidad precoz con la paridad alta en toda la vida reproductiva de la mujer condiciona el alto crecimiento poblacional que resulta un freno para el desarrollo.⁽⁴⁹⁾

Estudios reportan que el 9% de madres eran analfabetas, Son amas de casa en el 85%. 71.4% de las madres poseen nivel secundario y tienen segundo grado de escolaridad (nivel medio), el nivel de conocimientos de la madres sobre alimentación complementaria para prevenir la anemia es alto

en madres con un grado de instrucción superior 26.5% y regular en las madres que tienen un nivel superior técnico 32.4%. Murillo S y Brenes H. ⁽⁵⁰⁾, Chávez, A. et al. ⁽⁵¹⁾, Teixeira C., Gómez, L. ⁽⁵²⁾.

En cuanto a las personas que viven en la vivienda, las madres de familia que acuden al Centro de salud 9 de Octubre en un alto porcentaje 43,1 viven en familias de 3 a 4 miembros, en el Centro de Salud Nuevo Paraíso 37,3% de madres viven en familias de 1 a 2 miembros, y en el Centro de Salud San Fernando 48,6% de madres viven en familias de 1 a 2 miembros.

En promedio, 38,8% madres de familia habitan en familias compuestas de 3 a 4 miembros.

En las poblaciones rurales, los hogares se están haciendo cada vez más pequeños, la reducción de la proporción general de familias extensas se refleja en el correspondiente aumento de la proporción de familias nucleares.

El tamaño es otro factor a tener presente al estudiar la familia. Así existen familias clasificadas como grandes (7 y más miembros), medianas (4-6 miembros) y pequeñas (1, 2 y 3 miembros). Conocer el tamaño de la familia resulta útil ya que, entre otros aspectos, mediante esta variable podemos hallar el índice de hacinamiento, ingreso per cápita, etcétera. Es de significar que el tamaño y la composición familiar pueden ser indicadores de salud de gran importancia a la hora de estudiar a la familia de riesgo, y especialmente a aquellas que no cumplen adecuadamente el desempeño de sus funciones en tanto pueden generar disfunciones hacia su interior.

En estudio realizado por Revilla ⁽⁵³⁾ se expone una nueva clasificación de la familia haciendo referencia a la familia nuclear con parientes próximos o sin parientes próximos (se refiere a parientes o no en su localidad); familia nuclear numerosa formada por padres y más de 4 hijos, y familia nuclear ampliada (cuando en el hogar conviven otras personas como parientes y/o

agregados). La familia binuclear se constituye cuando después de un divorcio uno de los cónyuges se ha vuelto a casar y conviven en el hogar hijos de distintos progenitores.

Por su parte Chávez, A. et al. ⁽⁵⁴⁾ estudiaron 143 madres, de ellas 50 % pertenecen al tipo de familia extensa.

Tabla 2. Características económicas de las madres de familia según Centro de Salud - Pucallpa, 2014

VARIABLES	9 DE OCTUBRE		NUEVO PARAISO		SAN FERNANDO		X̄
	N°	(176)%	N°	(158) %	N°	(150) %	
Ocupación							
Ama de casa	73	41,4	93	58,8	61	40,6	46,9
Comerciante	76	43,1	32	20,2	76	50,6	37,9
Empleada del estado	27	15,5	33	21,0	13	8,8	15,1
Ingreso mensual *							
Menos de un salario mínimo	76	43,1	81	51,2	72	48,0	47,4
1 salario mínimo	65	36,9	41	25,9	60	40,0	34,2
Más de 1 salario mínimo	35	20,0	36	22,9	18	12,0	18,3

Fuente: Formulario semiestructurado

*Salario mínimo S/. 750.00

La tabla 02 revela el perfil económico de las madres de familia según el centro de salud que acuden al control de crecimiento y desarrollo de sus hijos.

Referente a la ocupación; en su mayoría las madres de familia que viven en 9 de Octubre y San Fernando se dedican al comercio informal mientras las madres que habitan en Nuevo Paraíso en mayoría son amas de casa.

En promedio las madres de familia son amas de casa con el 46,9%.

Al observar el ingreso mensual; perciben las madres de familia menos de una salario mínimo (S/. 750.00), las que viven en 9 de Octubre con el 43.1%, en Nuevo Paraíso 51,2% y en San Fernando 48,0%.

En promedio de las madres de familia perciben ingreso mensual en un 47,4%.

Para Molina, ⁽⁵⁵⁾ el nivel de salud no está asociado exclusivamente con la disponibilidad de los servicios de salud, pues ésta es un proceso complejo al cual afectan significativamente la disponibilidad de otros elementos como la alimentación, la vivienda y el ingreso de las familias. Sin embargo, una

elevación del nivel de desarrollo económico significaría tener mayores recursos para elevar los niveles de salud, así como una mayor disponibilidad de bienes y servicios para elevar la calidad de la vida.

Horwitz ⁽⁵⁶⁾ afirma El número promedio de perceptores de ingreso en cada hogar ha aumentado de 1.6 miembros a 2 miembros. Es decir, se ha incrementado la participación de los miembros de la familia en el mercado laboral.

Según MINSA ⁽⁵⁷⁾ la participación del trabajo como fuente de ingreso se ha reducido del 90% al 67% en los últimos 5 años en la Selva, la fuente de ingreso como trabajador dependiente ha declinado considerablemente del 57% al 41%. Este cambio estructural debido a las sucesivas crisis financieras ocurridas durante este período lo cual ha obligado a los miembros de los hogares a buscar nuevas fuentes de ingreso.

En estudios recientes de Cabalgante M, Albuquerque M. ⁽⁵⁸⁾ se evidencia que la mayoría de las familias residentes en el distrito rural sobreviven con renta menor de un salario mínimo, las características sociales y económicas de las familias, fueron aspectos fundamentales para comprender las actitudes respecto a la alimentación de los niños. Teixeira C. 2/3 pertenecían a familias con renta percapita < 0,5 salario mínimo y 84,9% estaban inscritas en la unidad de familia,

Tabla 3. Conocimiento sobre alimentación infantil que poseen las madres de familia según centro de Salud - Pucallpa, 2014

VARIABLES	9 DE OCTUBRE		NUEVO PARAISO		SAN FERNANDO		\bar{X}
	N°	(176) %	N°	(158) %	N°	(150) %	
Carece de conocimientos	69	39,2	85	53,7	53	35,3	42,7
Posee conocimientos Superficiales	65	36,9	46	29,1	56	37,3	34,4
Posee conocimientos Aceptables	42	23,9	27	17,2	41	27,2	22,7

Fuente: Formulario semiestructurado

En la tabla 3 se ilustra el conocimiento sobre alimentación infantil que poseen las madres de familia; en un porcentaje mayor las madres carecen de conocimientos con el 39,2% en 9 de Octubre y el 53,7% en Nuevo Paraíso mientras que en San Fernando el mayor porcentaje 37,3% conocimientos. Las madres de familia carecen de conocimientos sobre alimentación infantil en promedio del 42,7%.

La alimentación y nutrición en los niños menores de 5 años es importante, ya que en esta etapa desarrollan en un 85% su cerebro, lo cual está relacionado a la capacidad de asimilar conocimientos, interactuar con su entorno, su capacidad motora y de adaptación a nuevos ambientes y personas, así mismo necesitan el aporte de otros micronutrientes que la leche materna no les otorga en la cantidad necesaria según los requerimientos nutricionales.

Una adecuada alimentación va a depender en primera instancia de la madre, si esta no tiene los conocimientos necesarios, se podría originar serias repercusiones en el niño, algunas de las cuales son la desnutrición crónica y el retardo en el crecimiento.

Estudios recientes publican que a pesar de los esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud aún los niños padecen de enfermedades provocadas por una alimentación inadecuada; así; Cabalgante M, Albuquerque M. ⁽⁵⁹⁾ las

madres refieren que para ser saludable el niños debe alimentarse con leche y sopas, las madres no conocían la forma adecuada de alimentar al niño.

Teixeira C. ⁽⁶⁰⁾ las madres poseen segundo grado de escolaridad, el conocimiento y las prácticas sobre la alimentación a los niños fue adquirido en el día a día por la convivencia de cuidar a los hijos, sin embargo, 12% de mujeres fueron capaces de identificar algunos problemas nutricionales en sus hijos, relataron recibir poca información acerca de la forma adecuada de alimentar al niño.

Gamboa D. y colaboradores ⁽⁶¹⁾ del 78,1% de las participantes, sólo el 13% tenía conocimientos sobre la forma correcta de amamantar. Un 49% no conocía los métodos de conservación de la leche materna. El 69,8% de las participantes tiene actitud de apoyo cuando ve a una familiar lactando. El tiempo promedio de lactancia materna fue 5,7 meses. El alimento con el que más inician la alimentación complementaria es el caldo (88%). Entonces se presentaron proporciones considerables de mujeres que dieron Lactancia Materna durante menos de seis meses, iniciaron la alimentación complementaria antes de los 6 meses y que suspendieron la Lactancia Materna cuando el hijo lactante sufrió alguna enfermedad.

Entre tanto, Alcalá M, Tomaylla M S ⁽⁶²⁾ muestran que el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación es bueno (23-34 puntos) del grupo estudio se incrementó de 16 por ciento a 84 por ciento, mientras que el conocimiento deficiente (0-17 puntos) desciende de 32 por ciento a 0 por ciento, después de aplicar el programa educativo. El nivel de conocimiento bueno del grupo control en el pre-test fue de 12 por ciento y en el post-test 24 por ciento; se encontró cambios significativos en las áreas: funciones de los alimentos, alimentos que consumen, alimentación del niño y desnutrición; no encontrándose significancia estadística en el área de conocimientos básicos de nutrición. Se concluye que el programa educativo brindado a las madres del PANFAR influenció en el nivel de conocimientos sobre alimentación y nutrición de niños menores de 5 años.

Gómez, L. ⁽⁶³⁾ el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria es alto y el inicio se dio cuando el lactante tenía más de 6 meses, entre los alimentos que con mayor frecuencia administran están los lácteos y alimentos que contienen carbohidratos. El nivel de conocimientos de la madres sobre alimentación complementaria para prevenir la anemia es alto en madres con un grado de instrucción superior 26.5% y regular en las madres que tienen un nivel superior técnico 32.4%.

Galindo, ⁽⁶⁴⁾ del 100% (40), 55% (22) de las madres encuestadas conocen sobre la alimentación complementaria; 45% (18) desconocen en cuanto a las prácticas 61 % (25) tienen prácticas adecuadas; mientras que 39% (15) tienen prácticas inadecuadas.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Las conclusiones derivadas del estudio son:

1. Las características socio-demográficas de las madres de familia que acuden al Centro de Salud 9 de Octubre, San Fernando y Nuevo Paraíso es caracterizado por proceder de zona rural, que en su mayoría son adultas jóvenes y convivientes debido a esta característica encontrada nos podemos dar cuenta que las madres no llegaron a concluir sus estudios secundario, encontrándose una debilidad en el proceso de aprendizaje.
2. Según el grupo etareo de las madres (adulto joven) que acudieron a los Centros de Salud 9 de Octubre, Centro de Salud Nuevo paraíso y Centro de Salud San fernando es predominante con el 50,5%; 32,2% y 35.3% respectivamente. Coincidento con Chavez A. y sus colaboradores que encontraron que las madres en el Centro de Salud Micaela Bastidas las edades oscilan entre 13 a 19 y 20 a 26 años . Por esto debido a las multiples funciones que tienen en esta edad las madres no le dan la debida importancia a la calidad de alimentos que deben recibir sus niños.

3. Las madres de familia carecen de conocimientos en diversos temas de la alimentacion de sus niños tales como: la importancia de la leche materna en el recién nacido y lactante, la tecnica de amantamiento y tambien en los tipos de alimentos con el cual deben empezar la alimentacion complementaria, esto se demuestra por antecedentes relevantes que se encontraron mediante el instrumento utilizado en el estudio. Tambien teniendo en cuenta los estudios incompletos, madres solteras jóvenes y un ingreso mensual menor que el salario mínimo.

RECOMENDACIONES

En base a los conclusiones obtenidas del presente estudio, se recomienda lo siguiente:

A los hospitales y centros de Salud:

- Organizar actividades multidisciplinarias dirigidas a las madres en cuanto a la alimentacion infantil enfatizando la importancia lactancia materna, tecnica de la lactancia materna y los tipos de alimentos que deben consumir los niños para iniciar la alimentacion complementaria.

A los Profesionales de Salud:

- Organizar e implementar programas educativos para reforzar los conocimientos adquiridos sobre la alimentacion de sus niños en los establecimientos de salud y realizar retroalimentacion de los temas expuesto cada vez sea necesario.

A las autoridades municipales y regionales:

- Involucrar la intervencion de las municipalidades, ONGs, y otras entidades a facilitar talleres practicos y creativos donde se expongan ideas de trabajos laborales independientes para las madres, los cuales puedan ayudar a desenvolverse y enfrentar las necesiddes economicas familiares, asi de esta manera beneficiar a sus niños tanto que la madre contara con mas tiempo para ocuparse en los aspectos de la nutricion y alimentacion de ellos.
- A los programas sociales de asitencia alimentaria (PRONAA, ADRA, QALIWARMA, etc, consideren entre sus objetivos principales programas de educacion en materia de alimentacion y nutricion, utilizando metodologia de aprendizaje que requiere la participacion de la comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Estado Nutricional de la niñez en el Perú Panfar Sistema e Información del Panfar. 2008.
2. Estado Nutricional de la niñez en el Perú Panfar Sistema de Información del Panfar. 2011.
3. Documento técnico “Modelo de abordaje de Promoción de la Salud. Acciones a desarrollar en el eje temático de la Alimentación y Nutrición Saludable. Dirección general de Promoción de la Salud. 2006.
4. Ministerio de Salud [en línea]. Perú: Ministerio de Salud; 2010 [accesado 20 Nov 2011] Estadísticas. Disponible en <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/indicadoresSalud/socioeconomicos/desnutricion/DESMacros.asp>.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática [en línea]. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES Continua 2010. [accesado 20 Nov 2011] INEI. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/endes2010/resultados/obj10.pdf>
6. (Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria Nutricional, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, Instituto Nacional de Salud. MINSA. Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú. 2009.
7. Hernández Aguilar MT. Alimentación complementaria. AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones. 2010.
8. Rodríguez Martínez G, Fuertes Fernández-Espinar J, Samper Villagrasa MP, Broto Cosculluela P. Programas de intervención para promocionar la lactancia materna. Proyecto PALMA. Acta Pediatra Esp. 2008;66(11):564-8.
9. UNICEF. Por una niñez bien nutrida: Comunicación para la Acción. Bogotá: 2010.
10. INEI. Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDES. Lima: 2012.

11. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá: 2009.
12. Baldwin M. Modelo Mc Master de evaluación familiar. Editorial Gedesa, Buenos Aires, 2004.
13. Muñoz M, Reyes B. Chile en familia. Un análisis sociodemográfico. 1 ed. Ed. C. Médicas. Unicef. Santiago de Chile:2009.
14. Murillo Sandra, Brenes HaydeeBrenes. Prácticas y creencias en nutrición y saluden madres rurales costarricenses Instituto de Investigación en Salud (INISA), universidad de Costa Rica, 2008.
15. Gamboa Edna, López Nair, Prada Gloria, Gallo Kelly. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable” RevChilNutr Vol. 35, N°1 Concepción, marzo, 2008.
16. Rodríguez Erika. Niños saludables, educación alimentaria y nutricional. Tesis de la universidad estadual de Campinas, facultad de educación UNICAMP 2010.
17. Teixeira Claudia. Estado nutricional de niños, conocimientos y prácticas de las madres de familia. Disertación, Escuela de enfermería de Sao Paulo, 2005.
18. Cabalgante Mariana, Albuquerque, Mirna. Realizaron un estudio cualitativo sobre “Promoción de la salud de niños en alimentación complementaria por medio de la utilización de los alimentos regionales” disertación maestría en salud colectiva. Universidad de Fortaleza, 2007.
19. Alcalá Negrón, Milagros Janet; Tomaylla Sáenz, María Silvia. Influencia de la enseñanza del cuidado nutricional de niños menores de 5 años en el nivel de conocimientos de las madres beneficiarias del PANFARCS: El Progreso Comas, Enero – Marzo Lima, 2005.
20. Encuesta Nacional de Salud. Lima-Perú, 2012.
21. Gómez, B. Nivel de conocimiento que tienen las madres de lactantes hospitalizados en el servicio de pediatría sobre la alimentación complementaria, para prevenir la anemia. Tesis para

- optar el título de licenciada en Enfermería. Juliaca. Universidad Nacional del Altiplano, 2011, 124 p.
22. Tavera, Y., Elespuro T., Llaja E., Panduro G. Efectividad de un Programa Educativo en alimentación y nutrición desarrollado a través de 2 métodos en el estado nutricional de niños menores de 3 años del Asentamiento Humano Próceres de la independencia en el año 2005. Rev. Investigación universitaria vol. 3, 2007 n 2 .
 23. Chávez, A., Ramírez, I., Tafur N., Mori J A., Huamán, A. Eefecto de materiales educativos en la práctica de adecuados hábitos alimentarios y ambientales en madres que acuden al P.S. Micaela Bastidas en la ciudad de Pucallpa en el año 2010-2011. Universidad Nacional de Ucayali. Pucallpa, Perú. 2012.
 24. *Programa educativo en Salud Nutricional* 2009, citado el 20 de junio 2014. www.facebook.com/events/414395615301762/
 25. Ob cit. (8).
 26. Ob cit. (2).
 27. Rauda, J. Vigilancia Ambiental e Indicadores de Salud, Vigilancia Ambiental-nutricional en México, 2007.
 28. CIDE (centro de investigación y desarrollo). Características socio económicas de los hogares. Lima Perú 2011.
 29. Monte CMG, Muniz HF, DantasFilho S, SáMLB,Hill AA, Valentine S, et al. Os Dez passos para alimentação saudável de crianças menores de 2 anos:orientaçõespráticas para as mães. Vitória; 2004.
 30. Muñoz M, Reyes B. Chile en familia. Un análisis sociodemográfico. 1 ed. Ed. C. Médicas. Unicef. Santiago de Chile:2001.
 31. Von BertalanffyI. Teoría general de los sistemas. Ed. Méjico, DF: Fondos de Cultura Económica, 1996.
 32. Ministério da Saúde (BR). Agenda de compromisos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasilia: Ministerio da Saúde; 2005.

33. Saldiva SRDM, Escuder MM, Mondini L, Levy RB, Venâncio SI. Prácticas alimentares de crianças de 6 a 12 meses e fatores maternos associados. J Pediatr. 2007;83(1):53-8.
34. OPS. Universidad de Antioquia. Serie Salud y desplazamiento en Colombia: Comparación de la situación de salud entre población en situación de desplazamiento y receptora, en seis ciudades 2002-2003. Modulo 1.
35. ICBF, Profamilia. Instituto Nacional de Salud, Universidad de Antioquia, OPS. Encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia. Bogotá, 2005.
36. OPS. Comisión Europea de Ayuda Humanitaria. Estado nutricional, de alimentación y condiciones de salud de la población desplazada por la violencia en seis subregiones de Colombia. Unión Temporal de Econometría SA. SEI SA. Bogotá, 2005.
37. Principios bióticos 2010, citado el 16 de julio del 2014. <http://es.slideshare.net/liliyarleque/principios-bioticos>.
38. Declaración de Helsinki de la Asociación Medica Mundial 2008, citado el 16 de Julio del 2014. http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf
39. Ob cit. (36).
40. Extraído de <http://www.monografias.com/trabajos12/marcono/marcono.shtml>
41. Hernández Sampieri, Roberto y colaboradores Metodología de la investigación. Quinta edición 2010. Editorial MC Graw Hill.
42. Extraído de <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/19380/25/Tema%206-Validez.pdf>
43. MINSA Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú. 2004.
44. Baldwin M. Modelo Mc Master de evaluación familiar. Editorial Gedesa, Buenos Aires, 2005.
45. Castro Laura, Sandra, "Conocimientos Y Prácticas que tienen las madres de los niños de 6 meses a 2 años sobre el inicio de la ablactancia en el consultorio de CRED del HNGDM". [Tesis Lic. En

- Enfermería] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2004.
46. Ob cit. (23).
 47. Ob cit. (22).
 48. Pérez Rojo N, Carmona Gutiérrez A. La familia y el nivel de salud de la comunidad. Aspectos conceptuales y Metodológicos. Rev Cubana Adm Salud 2006;8(3):224-41.
 49. Ares Muzio P. La familia como objeto de estudio psicosocial. Mi familia es así. La Habana: Editorial Ciencias Sociales, 2008.
 50. Ob cit. (14).
 51. Ob cit. (23).
 52. Ob cit. (17).
 53. Revilla L. Una nueva clasificación demográfica de la familia para su uso en atención primaria Revista Internacional Vol. 8 No 2 1991 pp40-108.
 54. Ob cit. (23).
 55. Molina R, Palencia M. La crisis económica y su repercusión en el sector salud. Iztapalapa 2009.
 56. Horwitz Campos N. Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. Bol Of Sanit Panam 2008(2):20-35.
 57. Ob cit. (42).
 58. Ob cit. (18).
 59. Ob cit. (18).
 60. Ob cit. (17).
 61. Ob cit. (15).
 62. Ob cit. (19).
 63. Ob cit. (21).
 64. Galindo, D. Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el centro de salud "nueva esperanza" [Tesis Lic.. En Enfermería] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2011.

ANEXOS

ANEXO A

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Tipo de variable
Socio demográfica	<p>a) Procedencia zona urbana zona rural</p> <p>b) Grupo de edad Adolescente (13-18 años) Adulta joven (19-30 años) Adulta madura (31-45 años)</p> <p>c) Estado civil Soltera Casada Viuda Divorciada</p> <p>d) Grado de escolaridad Analfabeta Sabe leer y escribir Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Superior completa Superior incompleta</p> <p>e) N° de personas que viven en la vivienda 1 a 2 3 a 4 Más de 4</p>	<p>Categórica dicotómica</p> <p>Categórica ordinal</p> <p>Categórica ordinal</p> <p>Categórica politómica</p> <p>Categórica ordinal</p>
Económica	<p>a) Ocupación Ama de casa Comerciante Empleada del estado</p> <p>b) Ingreso Mensual Menos de un salario mínimo 1 salario mínimo Más de un salario mínimo</p>	<p>Categórica ordinal</p> <p>Categórica ordinal</p>
Conocimiento sobre alimentación infantil	<p>a. Carece de conocimientos Menos de 3 puntos del test</p> <p>b. Posee conocimientos superficiales 2 a 10 puntos del test</p> <p>c. Posee conocimientos aceptables 11 a 15 puntos del test</p>	<p>Categórica ordinal</p> <p>Categórica ordinal</p>

ANEXO B



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



FORMULARIO SEMI-ESTRUCTURADO

Presentación: Señora muy buenos días, soy la Bach. Enf. ... en esta oportunidad estamos realizando un proyecto de investigación para lo cual necesitamos que nos apoye respondiendo un cuestionario, pero antes de ello queremos su participación voluntaria y si usted está de acuerdo procederemos a entregarle el consentimiento informado, reiterándole una vez mas que es todo esto es confidencial y le agradecemos su apoyo .

Instrucciones: señora yo le leeré unas preguntas y le pedimos a usted que nos responda lo más preciso a la realidad posible.

I. Identificación

- 1.1. Edad:
- 1.2. Centro de salud:

II. Características socio-demográficas

<p>A. Procedencia <input type="checkbox"/> zona urbana <input type="checkbox"/> zona rural Especifique:-----</p> <p>B. Estado civil actual <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada Otros.....</p> <p>C. Número de hijos Especifique.....</p> <p>D. Número de hijos menores de 5 años <input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Tres</p>	<p>E. Edad de los hijos menores de cinco años Hijo1 Hijo 2 Hijo 3</p> <p>F. Grado de escolaridad <input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Superior completa <input type="checkbox"/> Superior incompleta</p> <p>G. Nº de personas que viven en la vivienda <input type="checkbox"/> 1 a 2 <input type="checkbox"/> más de 4 <input type="checkbox"/> 3 a 4</p>
--	---

III. Características Económicas

A. Ocupación de la madre
<input type="checkbox"/> Ama de casa
<input type="checkbox"/> Comerciante
<input type="checkbox"/> Empleada del estado
<input type="checkbox"/> Otros
B. Ingreso mensual:
<input type="checkbox"/> Menos de un salario mínimo (-750 soles)
<input type="checkbox"/> 1 salario mínimo (750 soles)
<input type="checkbox"/> Más de un salario mínimo (+ 750 soles)
Especifique: S/.....
C. En que invierte más dinero:
<input type="checkbox"/> agua y luz
<input type="checkbox"/> alimentación
<input type="checkbox"/> salud
<input type="checkbox"/> Educación
<input type="checkbox"/> vestimenta
Especifique.....

IV. Conocimientos sobre alimentación infantil

4.1. Señora, ¿cuando el niño nace a las 6 horas se debe dar de lactar?
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Explique.....
4.2. Señora, ¿Cuándo el niño nace se debe dar de lactar la primera hora?
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Explique.....
4.3. Señora, ¿considera que la primera leche que la mujer produce es dañina para el niño?
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Explique.....
4.4. Señora, ¿considera que la primera leche llamada calostro protege al niño contra enfermedades?
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Explique.....
4.5. Señora, considera que el niño debe lactar 6 meses de forma exclusiva?
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Explique.....
4.6. Señora, El niño debe lactar solo 20 minutos cada 6 horas?
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Explique.....
4.7. Señora, ¿Debemos complementar su nutrición con otras leches al niño antes de los 6 meses?
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Explique.....

4.8. Señora, ¿considera que las papillas se debe dar a los 6 meses?
() Si () No

4.9. Señora, ¿Considera que las sopas ayudan a su crecimiento del niño?
() Si () No
Explique.....

4.10. Señora, ¿considera que el huevo, cítricos, pescado se deben dar antes del año?
() Si () No
Explique.....

4.11. Señora, ¿el niño al año debe comer lo que consume la familia?
() Si () No
Explique.....

4.12. Señora, ¿cuando el niño está enfermo no se debe alimentar?
() Si () No
Explique.....
() Si () No

Explique.....

4.13. Señora, ¿las madres antes de alimentar al niño deben lavarse las manos?
() Si () No
Explique.....

4.14. Señora, ¿antes que el niño coma se le debe lavar las manos?
() Si () No
Explique.....

4.15. Señora, ¿el niño mayor de 6 meses y menor de un año debe comer 3 veces al día?
() Si () No
Explique.....

ANEXO C

FORMULA PARA POBLACIÓN FINITA

$$n = \frac{p(1-p)}{\frac{\sigma^2}{Z^2} + \frac{p(1-p)}{N}}$$

Donde:

p= proporción 0.5

$\sigma^2 = 0.05^2$

$Z^2 = 1.96^2$

n = muestra

N = población

C.S. 9 de Octubre

$$n = \frac{0.5(0.5)}{\frac{0.05^2}{1.96^2} + \frac{0.5(0.5)}{294}} = 177$$

C.S. Nuevo Paraíso

$$n = \frac{0.5(0.5)}{\frac{0.05^2}{1.96^2} + \frac{0.5(0.5)}{250}} = 158$$

C.S. San Fernando

$$n = \frac{0.5(0.5)}{\frac{0.05^2}{1.96^2} + \frac{0.5(0.5)}{242}} = 150$$

ANEXO D

PRUEBA DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO CALCULO DEL COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD KUDER RICHARSON

$$V_{K-R} = \frac{K}{K-1} \left[\frac{\sum S^2_i}{S^2_t} \right]$$

V_{K-R} = Confiabilidad de Kuder Richardson.

K = Numero de Items.

S^2_i = Varianza de cada Items.

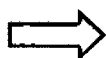
S^2_t = Varianza Total.

Reemplazando los datos: Variable conocimientos.

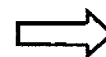
$$P_{KR20} = 15 / (15 - 1) (1 - 1.4)$$

Kuder-Richardson Formula 20

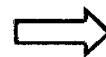
$$P_{KR20} = k / (k - 1) (1 - \frac{\sum x^2}{N \cdot \bar{x}^2})$$



$$P_{KR20} = 15 / 14 (1 - 0.42)$$



$$P_{KR20} = 1.07 (0.58)$$



$$P_{KR20} = 0.62$$

p es la proporción de estudiantes que pasan por un punto dado

q es el porcentaje de estudiantes que aprueban un elemento determinado ($1-p$)

σ^2 es la varianza de la puntuación total en esta evaluación

\bar{x} es la media de la puntuación;

$\sum x^2$ los cuadrados de las medias se suman ($\sum x^2$);

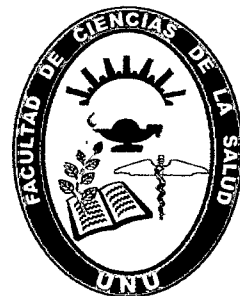
Los cuadrados sumados se dividen por el número de estudiantes menos 1 ($N-1$)

k es el número de elementos de la prueba.



ANEXO E

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al firmar este documento doy mi consentimiento para participar en la encuesta de este proyecto de investigación Características sociodemográficas, económicas y conocimiento sobre alimentación infantil de madres que acuden a Centros de Salud de Pucallpa, 2014. Se me notifica que es de todo voluntaria y que se me aplique una encuesta; y después de iniciada puedo rehusarme a no brindar información y mis respuestas no serán reveladas a nadie y que en ningún informe se me identificará; en caso que tenga alguna pregunta puedo buscar a la investigadora y me proporcionara la información que necesito.

Firma de encuestada

Fecha:

Pucallpa de Junio de 2014.

FOTOS

Leyendo el consentimiento informado



Realizando encuesta en el centro de salud 9 de octubre



Recopilando datos del CC. SS. San Fernando



Señoras colaborando con la entrevista





1130T