



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

“CONDUCTA ALIMENTARIA MATERNA Y ESTADO

NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 1 A 2 AÑOS

CENTRO DE SALUD ERMITAÑO ALTO

INDEPENDENCIA 2016”

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTOR:

EDWIN DAVID HUANAMBAL EDQUEN

ASESOR:

MG: AQUILINA MARCILLA FÉLIX

LÍNEA DE INVESTIGACION

PROMOCIÓN Y COMUNICACIÓN EN SALUD

LIMA-PERU

2017

ESCUELA ACÁDEMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**CONDUCTA ALIMENTARIA MATERNA Y ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS
DE 1 A 2 AÑOS CENTRO DE SALUD ERMITAÑO ALTO INDEPENDENCIA 2016**

JURADO CALIFICADOR

PRESIDENTE

SECRETARIO

VOCAL

DEDICATORIA:

A Dios, mis padres por su respaldo ilimitado, constante y su aliento para así poder culminar el presente estudio.

AGRADECIMIENTO

A todas aquellas personas, cuya voz y presencia fueron de gran ayuda en el largo proceso investigativo, leyendo, opinando, teniendo paciencia, dando ánimo y acompañando en todo momento.

A mi asesora Aquilina Marcilla Félix, por la dirección, paciencia, opinión y cooperación en el progreso de la presente tesis y a la Universidad César Vallejo, por promover en los estudiantes una cultura investigativa que contribuyen en nuestro desarrollo profesional. Así como a mis compañeros de estudio que me apoyaron.

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Edwin David Huanambal Edquen con DNI N°46146323, con la finalidad de cumplir con los preceptos vigentes considerados en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela Académico Profesional de Enfermería, proclamo bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se publican en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Lima, 19 Octubre del 2016

EDWIN DAVID HUANAMBAL EDQUEN

ÍNDICE

RESUMEN	I
ABSTRACT	II
CAPÍTULO I. INTRODUCCION	3
1.1. Situación Problemática	3
1.2. Trabajos previos	6
1.3. Teorías relacionadas al tema	8
1.4. Formulación del problema	20
1.5. Justificación del problema	20
1.6. Hipótesis	21
1.7. Objetivos	21
Objetivos Generales	21
Objetivos Específicos	21
CAPÍTULO II. METODO	22
2.1. Diseño de investigación	22
2.2. Operacionalización de la variable	22
2.3. Población y muestra de estudio	25
2.4. Criterios de selección	25
Criterios de inclusión	
Criterios de exclusión	
2.5. Técnica e Instrumento de recolección de datos	25
2.6. Análisis de datos	26
3.1. Consideraciones Éticas	27
CAPÍTULO III. RESULTADOS	28
CAPITULO IV. DISCUSIÓN	31
CAPITULO V. CONCLUSIONES	36
CAPITULO VI. RECOMENDACIONES	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
ANEXOS	43-58

RESUMEN

En la actualidad uno de los principales problemas en los niños de 1 a 2 años es su estado nutricional, pues a nivel mundial se tiene altos índices de desnutrición sobre todo en países en vías de desarrollo, a su vez es alarmante la conducta alimentaria que manifiestan las madres o cuidadores las cuales son transmitidas a sus hijos. Objetivo. Determinar la relación de la conducta alimentaria materna y el estado nutricional en niños de 1 a 2 años del centro de salud ermitaño alto, 2016. Metodología. Estudio descriptivo correlacional, de tipo no experimental, se aplicó un cuestionario que consta de 30 preguntas a 92 madres. Resultados. La Correlación de Spearman evidencia que existe un valor de 0,625 y un valor de $P = 0,030$ ($P < 0,05$) lo que demuestra una correlación moderada entre ambas variables medidas. Conclusiones La conducta alimentaria materna es inadecuada en todas sus dimensiones y el Estado Nutricional es Normal con tendencia a Bajo Peso para la edad.

Palabras clave: Conducta materna, alimentación saludable, estado nutricional, desnutrición

ABSTRACT

At present one of the main problems in the children from 1 to 2 years is their nutritional status, since at the global level one has high rates of malnutrition especially in developing countries, in turn is alarming the alimentary conduct that they manifest The mothers or caregivers which are transmitted to their children. Objective. To determine the relation of maternal alimentary behavior and the nutritional status in children from 1 to 2 years of the hermitage high health center, 2016. Methodology. Descriptive correlational study, of non-experimental type, was applied a questionnaire that consists of 30 questions to 92 mothers. Results. The Spearman Correlation shows that there is a value of 0.625 and a value of $P = 0.030$ ($P < 0.05$) which shows a moderate correlation between both measured variables. Conclusions Maternal feeding behavior is inadequate in all its dimensions and the nutritional status is normal with a tendency to low weight for age.

Keys words: *Maternal Behavior, Healthy Eating, Nutritional Status, Body Mass Index, Malnutrition*

I. INTRODUCCIÓN

1.1 REALIDAD PROBLEMÁTICA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta que la alimentación del niño pequeño es esencial para aumentar la longevidad y promover un crecimiento y progreso infantil saludable. Así mismo refiere que en los dos primeros años de la vida del niño son de vital importancia, debido a que una nutrición estupenda con llevada en este periodo disminuye las enfermedades y el índice de muerte infantil, como también el riesgo de padecer enfermedades crónicas, y prosperar el desarrollo general¹.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) refiere que la buena nutrición puede modificar esencialmente la vida de los niños, arreglar su progreso físico y mental, cuidar su salud y servir de base para su futura capacidad reproductiva².

En la actualidad uno de los principales problemas en los niños es su estado nutricional, pues a nivel mundial se tiene altos índices de desnutrición; especialmente en países en vías de desarrollo, este tipo de modificaciones produce el aplazamiento crónico del crecimiento, repercutiendo en el futuro y en la clase de vida de las personas.

En ese aspecto la realidad es que la malnutrición en todas sus formas (desnutrición, deficiencia de micronutrientes y obesidad), continúa afectando al mundo con diferentes magnitudes y focalizadas en distintos grupos, afectando principalmente a los más vulnerables. Según Unicef, la situación nutricional en América Latina y el Caribe reporta una prevalencia de 12,4% (6,8 millones) de

niños menores de 5 años con desnutrición crónica³. La carencia de micronutrientes más comunes son las relativas al yodo, la vitamina A, el zinc, el ácido fólico y el hierro, y afectan principalmente a los niños menores de dos años, a los escolares y a las mujeres en edad reproductiva (FAO, 2013)⁴. Los 38,5% de los niños/as menores de 5 años de la región de América Latina y el Caribe sufren de anemia, liderando las cifras los países de Sudamérica con 42,5%, luego el Caribe con 41,3% y Centroamérica registra 29,6%. Paralelo a esto, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la región es una de las más altas en el mundo afectando el 7,1% (3,8 millones) de niños < 5 años en América Latina y el Caribe sufre de sobrepeso y obesidad⁴.

No cabe duda que la pobreza y el nivel educativo de los progenitores son factores fuertemente asociados a la mal nutrición en los niños; pero también tenemos que entender que en las personas, las maneras de alimentarse, las predilecciones y repudios hacia algunos alimentos están influenciados por las conducta alimentaria de los padres, por las enseñanzas y los hábitos vividos en los 5 primeros años de vida. Por lo consiguiente, el niño copia la mayoría de las costumbres y hábitos alimentarios de su comunidad. En ese sentido la madre cumple un rol fundamental en la educación y transmisión de pautas alimentarias al hijo, considerándose que las entregas de contenidos educativos preventivos a las madres permitirán afrontar anticipadamente las enfermedades vinculadas con hábitos alimentarios alterados⁵.

La mamá brinda una alimentación a su niño conforme a sus convicciones, suposiciones, tradiciones, siglas, simbología sobre los alimentos y elaboraciones alimentarias. Es posible que las ideologías que tiene ella sobre el cuerpo ideal de su niño puedan corresponder al de un niño obeso o delgado y por lo consiguiente su forma de alimentación idónea irá en concordancia a tal pensamiento, las cantidades de alimentos serán mayores o menores que las que son ideales.

En el Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del 2014, muestra que en nuestro país la desnutrición crónica atañe el 14,6% de niñas y niños menores de 5 años; en los infantes de 6 a 8 meses fue de 10,6% y va aumentando según la edad, alcanzando el más alto porcentaje los niños de 18 a 23 meses de edad con el 19,1%.⁶

Por otro lado el Ministerio de Salud (MINSA), los lineamientos de alimentación infantil que engloba el abordaje para la supresión de la desnutrición infantil y la reducción de la morbilidad y mortalidad del niño menor de 2 años inmerso en la Norma Técnica de salud para la atención integral de la niña y el niño implanta la estrategia de Protección y Promoción de la alimentación saludable y balanceada promoviendo alimentos ideales para el crecimiento y desarrollo de los niños así como la incorporación de multimicronutrientes en su alimentación.⁷

Según Valencia, la permanencia de la desnutrición aguda de acuerdo a la clasificación de Waterlow-OPS fue de 10%, según Waterlow ha variado de 7.5% y según OMS-MINSA de 5%. La predominación de la población eutrófica de acuerdo a la clasificación de Waterlow-OPS es de 55%, según Waterlow variado de 40% y según OMS-MINSA de 82.5%.

En cuanto a la realidad local, se observó en el Centro de Salud Ermitaño Alto, un número importante de niños con bajo peso, con sobrepeso y algunos de ellos con anemia que llegan a los consultorios de Crecimiento y Desarrollo (CRED), y son derivados a pediatría. A la entrevista con algunas madres, manifiestan desconocer cómo brindar una buena alimentación sus niños, son permisivas y aceptan cambios en la alimentación según voluntad del niño, por lo que refieren, “a mi niño no le gusta el hígado ni la sangrecita”, “le doy gaseosa para que no se quede con las ganas al vernos a nosotros tomar”, entre otras

situaciones que describen que hay un inadecuado comportamiento de la madre. Siendo esta la edad en que se debe proporcionar una alimentación balanceada y nutritiva que potencialice el desarrollo del niño de 1 a 2 años muchas madres desconocen la importancia de los alimentos y por lo tanto no asumen una adecuada conducta cuando de alimentar a su niño se trata.

1.2 TRABAJOS PREVIOS

El presente trabajo tiene como antecedentes diferentes estudios, encontramos a Jácome P. en el 2013 en Ecuador realizó la investigación titulada "Relación entre las Prácticas de Alimentación Complementaria y el Estado Nutricional de Niñas y Niños de 6 a 24 meses de edad que asisten al centro de salud n°10 Rumiñahui, Quito Abril del 2013. Realizó un trabajo observacional metódico de tipo transversal en el que cooperaron 204 niños y niñas de 6 a 24 meses que acuden al centro de Salud N°10 Rumiñahui de la zona norte de Quito, Abril 2013. Generando como resultados que el estado nutricional de los infantes fue en su mayoría Normal; en cuanto al índice Longitud/Edad el 10,5% presentó Desnutrición Crónica, en lo referente al índice IMC/Edad el 4% presenta Sobrepeso y el 0,5% Obesidad. Lo que muestra que los valores de malnutrición en dicho centro de salud son menores a las estadísticas de la provincia y nacionales⁹.

González E, Aguilar M, García C. et al en el 2012, realizó un estudio sobre la Influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad en una población de escolares en Granada, España, que tuvo como objetivos verificar la existencia de una asociación significativa entre el nivel educativo de los padres y el estado nutricional de sus hijos, comprobar si existe una relación directa entre el estado nutricional de los hijos y quién es la persona que elabora el menú familiar y determinar el posible vínculo entre el estado nutricional de los hijos y el tiempo que éstos dedican a la práctica del ocio sedentario. La población de estudio estuvo constituida por 718 niños. Se trata de un estudio descriptivo,

transversal y multicéntrico en el que se llevó a cabo una valoración del estado nutricional de toda la población de alumnos correspondientes a trece centros educativos. Mediante el uso de técnicas de antropometría se valoraron las variables peso, talla y, con ello, el índice de masa corporal¹⁰.

A nivel nacional encontramos a Castro K. en el 2016, realizó una investigación titulada "Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa CRED de un C.S S.J.M 2015" se llegó a decidir la afinidad que existe entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el aspecto nutricional del niño menor de 2 años que asiste al consultorio de CRED. Finalmente tenemos a las madres cuyo conocimiento sobre alimentación complementaria es bajo y que representan el 40% de los cuales tenemos que el 2% de estas madres tienen niños con estado nutricional normal; el 26% representan a madres con niños con desnutrición y el 12 % madres de niños con sobrepeso¹¹.

Delgado H. en el 2015, desarrollo la investigación titulada Factores maternos asociados al riesgo de desnutrición en niños de menores de 3 años del centro de salud Morona Cocha I-4, de la cual determinó los factores maternos (edad, trabajo, nivel educativo, ingresos económicos, espacio inter genésico) asociados al riesgo de desnutrición en niños < 3 años acogidos en el consultorio del nivel cuantitativo, proyecto no experimental, transversal, correlacional. La muestra fue conformada por 123 madres con menores de 3 años que acuden al centro de salud Morona Cocha I-4 de la cual el producto de la investigación se determinó a través de los resultados obteniendo lo siguiente: del 100% (123) el 93.5% es decir 115 presentan riesgo de desnutrición mientras que el 6.5% no presentan riesgo de desnutrición. Se logró determinar que existe relación estadísticamente significativa entre el riesgo de desnutrición y las variables trabajo $p = 0.001$, $< \alpha = 0.05$, ingresos económicos $p = 0.018$, $< \alpha = 0.05$ y espacio inter genésico $p = 0.038$, $< \alpha = 0.05$; al mismo tiempo se logró determinar que no existe relación estadísticamente significativa entre el riesgo de

desnutrición y las variables edad $p = 0.140$, $> \alpha = 0.05$ y nivel educativo $p = 0.071$, $> \alpha = 0.05$ ¹².

1.3 TEORÍAS RELACIONADAS AL TEMA

El hábito alimentario es una sucesión en el que colaboran elementos fisiológicos de moderación del consumo alimentario, del crecimiento y peso corporal; constituyente psicológico del niño, de los padres y de la familia y demás elementos culturales y sociales. Osorio E, define el hábito como la conducta normal vinculado con: las costumbres de alimentación, las prioridades de alimentos que se consume, las elaboraciones culinarias y las raciones consumidas de ellos, señala también que las personas y las maneras de alimentarse en las primacías y repudios hacia específicos alimentos están intensamente relacionado por la enseñanza y las experiencias vividas en los primeros 5 años de vida.¹⁵ En tal sentido la valoración, convicción, estilo, emblema, imágenes sobre los alimentos y la elaboración alimentaria son consideradas por la madre en el momento de brindar la alimentación a su niño¹³.

A lo largo del tiempo la familia ha sido el centro de la enseñanza de las costumbres alimentarias, hoy en día las prácticas de alimentación está definido por muchos factores, algunos de ellos no se vinculan directamente con los alimentos: sociales, económicos, publicitarios, culturales, etc. Acontecimiento que nos revela la importancia de adicionar a los servicios de reparación colectiva y a medios de comunicación en el desarrollo de la formación nutricional de la sociedad, brindando una alimentación equilibrada fuera del hogar y otorgando información actualizada sobre los distintos alimentos que se muestran en estos medios. Una adecuada educación nutricional puede conseguir implantar en la humanidad actual de idóneas prácticas alimentarias que puede conducir a prevenir enfermedades cardiovasculares, obesidad, diabetes o varias clases de cáncer de ascendencia alimentaria, entre otras, muy vista en la actualidad¹⁴.

Los dos primeros años de vida simbolizan una era de contienda especial para la nutrición y salud de los niños debido a su tasa metabólica indefinidamente elevada y la acelerada agilidad de crecimiento obliga una demanda nutricional relativamente alta. Además, la prematuridad del tracto gastrointestinal, de la organización neuromuscular y de la función inmunológica del lactante impide que las clases de alimentos que consume y lo expongan a un peligro elevado de infección transferida por los alimentos y a alergias alimentarias¹⁵.

Por estos motivos, se recomienda para con llevar una alimentación saludable del niño debe estimarse los requerimientos nutritivos esenciales conforme su edad concreta los alimentos indicados, origen de estos nutrientes, y las formas adecuadas para elaborarlos.

En cuanto a la alimentación saludable, según la Organización Mundial de la Salud la OMS aconseja la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, la incorporación de alimentos idóneos para su edad y fiables a partir de ahora, y el sostenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más. La apropiada incorporación de alimentos con arreglos a las características de las madres y del niño en su entorno sociocultural contribuye al desarrollo de una adecuada conducta alimentaria¹⁶.

Torrejón S, Osorio J, Vildoso F. et al, refieren que la alimentación durante los dos años de vida debe considerar aun la lactancia materna, el azúcar y el cereal deben restringirse al niño que está con sobrepeso u obesidad, paulatinamente se deberán ir adicionando a la alimentación del niño la comida familiar que se da en casa, es aconsejable adicionar leguminosas 1 a 2 veces por semana, carnes (vacuno, pollo, pavo o cerdo) 3 veces por semana, huevo 2 veces por semanal incluyendo la yema ya que es una fuente de grasa esencial, de hierro y de vitaminas lipo soluble y la clara contiene proteínas de alto valor biológico y pescado 2 veces por semana, dos raciones de verduras al día y 2 a 3 frutas

diarias. En 4 horarios de alimentación (desayuno, almuerzo, media tarde y comida). Los aperitivos a media mañana no son indispensables y si se otorgan deben ser frutas¹⁷.

La característica de los alimentos que recibe el lactante mayor debe ser triturada a partir de los 12 meses y picados desde los 18 meses. Es recomendable en esta edad incluir el consumo verduras crudas e inducir la ingesta de vegetales¹⁸.

Así mismo en el Consumo de alimentos saludables se incluye la ingesta de alimentos que contenga Hierro en niños de 1 a 2 años como la sangrecita, hígado, entre otros. El Consumo de aceite vegetal debe ser de 1 a 3 cucharaditas, los vegetales deben ser suaves, cortados en trozos pequeños y bien cocinados para evitar el atragantamiento, para decidir la frecuencia de alimentación en niños de 1 a 2 años va dependiendo de la edad, tamaño y nivel de actividad, los niños pequeños requieren aproximadamente de 1.000 a 1.400 calorías diarias¹⁸.

Por el contrario un consumo de alimentos no saludables se caracteriza por la presencia de frituras, margarina y alimentos con grasas hidrogenadas, siendo la margarina uno de los productos hidrogenación, tiene un alto contenido de grasas trans artificial como el aceite, conservantes y colorantes, además contiene altas cantidades de sal, el cual es perjudicial para las personas que sufren de problemas relacionados al corazón y accidentes cerebro y cardiovasculares¹⁹.

Las bebidas gasificadas son agua con colorante, persegantes y con alto nivel de azúcar, su alto consumo incrementa el porcentaje a que las personas estén obesas e incrementa la posibilidad de contraer diabetes a edades tempranas. Es importante recalcar que las demasías de azúcar en nuestro cuerpo se

transforman en grasas, favoreciendo así que ésta se acumule en las arterias pudiendo ocasionar accidentes vasculares e infartos precoces ¹⁹.

En cuanto a su preparación de los alimentos se debe tener en cuenta la edad de los niños. Como bien se sabe la alimentación complementaria se inicia a partir de los 6 meses, donde se debe cumplir las demandas nutricionales y lograr un apropiado progreso de la función digestiva, renal y desarrollo neurológico. Los niños pueden conservar un elevado peso normal y tener a la vez una carencia de vitaminas y minerales no mostrando manifestaciones clínicas; es necesario introducir alimentos que proporcione todo lo que el niño de uno a dos años requiera puesto que la leche materna a después de los seis meses ya no brinda todos los nutrientes²⁰.

Para instruir a las madres durante la evolución del niño se debe tener en cuenta el deseo de alimentación planteado por la OMS: Otorgar cantidades necesarias de alimentos de apropiada calidad (incluyendo el aseo de estos) para llenar los requerimientos nutricionales que se piden, usar alimentos que inciten a la aspiración de las vías aéreas y enseñar a alimentarse conforme la disposición ocupacional del niño, principalmente lo vinculado con la formación del sistema gastrointestinal y los riñones²⁰.

García J., manifiesta que, se han descrito que los niños prefieren el sabor dulce, para incrementar la gama de sapidez no es aconsejable adicionar azúcar a ninguna clase de alimentos para los niños. No se debe modificar el sabor de los alimentos, respetar su naturaleza o la manera que la familia prepara el alimento para que el niño pueda así diferenciar los sabores y a probar los alimentos. Por lo consiguiente, no hay existe justificación para que el niño acceda al alimento tenga que endulzarse; al contrario, los gustillos cultivados en este periodo de vida, son la base que va a permanecer durante toda su vida²¹.

Fernández L.²², propone la 'Teoría de la división de responsabilidades en la alimentación', donde sostiene que previo el soporte adecuado en cuanto a la alimentación que los adultos brindan a sus hijos, los niños en conjunto poseen la disposición innata para consumir, de manera que no solo se alimentaran, sino que tienen conocimiento cuánto deben comer. En estas circunstancias, con la evolución adecuada del comportamiento los niños aprenderán a aceptar la mayoría de alimentos y se desarrollaran según su capacidad hereditaria. Por lo tanto la responsabilidad de los padres será contestar por el grado de alimentación que van a otorgar, el tiempo indicado a dar, el lugar donde realizarlo y cómo ofrecerlo, tomando una particularidad al cuidado para así evitar algún accidente como es un sofocación. Así mismo los padres deben incluir la alimentación del niño en forma progresiva, programando un horario de familia, planificado de tal manera que aparezca hambriento; también se debe elegir y elaborar los alimentos, estructurar cronogramas regulares para la alimentación, incrementar paulatinamente la diversidad de alimentos e invitarle a que participe de las restricciones y perspectivas sociales del comedor familiar.

La introducción de los diferentes sabores influirá en la aceptación de los alimentos. Se recomienda una introducción de alimentos nuevos en forma paulatina, Una vez introducido un alimento, la repetición de la exposición al mismo, contribuye a su aceptación. Las preferencias de los niños por sabores dulces o salados, y la mayor sensibilidad por sabores amargos. El desarrollo del sentido del gusto tiene una base genética, influenciada por experiencias muy tempranas en la vida, estas experiencias sensoriales pueden afectar las preferencias o los rechazos por determinados alimentos en etapas posteriores de la infancia²².

En cuanto a la alimentación perceptiva según Machado K. (2015), manifiesta que este término se refiere a principios de cuidado psicosocial que deben emplearse al alimentar al niño pues es la parte principal del crecimiento del

reglamento autónomo interno de la alimentación del niño que sucede a principios de vida, por eso se tiene que aprender a vigilar la percepción de hambre y repleción. La comunicación que se da entre los padres y el niño ayudara a que esto suceda sin ninguna dificultad. Debe desarrollarse un sistema de comunicación entre niño y adulto, que permita al inicio de demostraciones de hambre-saciedad del niño, empiece una solución idónea del adulto. Estas situaciones pudieran generar pequeñas dificultades que pueden generar patrones alterados de alimentación.²³

La alimentación perceptiva toma en cuenta que al momento de alimentar al niño este debe estar sin sueño, con apetito, no enfadado ni encolerizado, ubicado en su silla junto a la mesa y la madre o los padres deben comer conjuntamente con el niño y toda su familia con una postura serena y de aprecio, no restrictivo, no premiar ni castigar la actitud del niño debe ser tolerante ante el desorden propio de la edad. En cuanto al ambiente este debe ser tranquilo no debe haber distractores como juguetes, TV.²³

Según Black M, Creed H., durante los primeros años, los niños y sus cuidadores instauran un vínculo entre ambos que identifican y descifran los símbolos de comunicación tanto oral como no oral. Esta evolución mutua establece una base para un enlace emocional de estima entre el niño y su cuidador que es el eje principal para una marcha social de bienestar. La ruptura de su comunicación, particularizada por una relación involuntaria, no-responsable, puede debilitar el vínculo, lo que con lleva a una falta de credibilidad y confianza, ocasionando que la alimentación pueda llegar a ser conflictiva e ineficaz para consumir su comida.²⁴

La segunda variable de este estudio es el Etapa Nutricional, el cual resulta de la oscilación entre el consumo, absorción, utilización de los alimentos en concordancia con las necesidades para un adecuado mantenimiento y desarrollo de las funciones del organismo. Posición en que se halla una persona vinculado

con el consumo de alimentos y adecuación funcional tras la entrada de nutrientes. La OMS puede conceptualizar a la valoración del aspecto nutricional como el aspecto de un testimonio obtenido de una formación bioquímica antropométrica y otros.²⁴

La antropometría estudia las medidas del cuerpo humano, la cual se utiliza para evaluar el estado nutricional del individuo. Este saber concede determinar extensiones, amplitudes, espesores, periferias, dimensiones, núcleos de gravitación y volúmenes de variedades porciones del cuerpo, las cuales tienen varias ornamentaciones. El término antropometría procede del griego anthropos (hombre) y metrikos (medida).²⁵

El peso que es una medida muy sensible que muestra el estado actual de nutrición, con variaciones muy rápidas e importantes, la medición del peso es un método de control más frecuente y más conocido, el peso es un excelente indicador del estado de salud y desnutrición, lo que proporcionará la mayor cantidad de información, no es el peso en un momento determinado sino la evolución del peso en el tiempo. Para la medida de niños, el peso debe determinarse en ropa ligera y descalzo, para ello se utiliza básculas, vigilando que estén bien calibradas.

La talla es una medida estable del crecimiento de una persona debido a que solo va en aumento. Esta, refleja la historia nutricional anterior del individuo ya que cuando se produce algún grado de desnutrición su incremento se hace más lento o se detiene. Este efecto es lógicamente, más marcado en edades más tempranas cuando la velocidad de crecimiento es mayor, esta medida siempre debe referirse a la edad.²⁵

Según García V, López S, la importante elevación de peso del niño aparece en el inicio de vida, a los 6 primeros meses el niño incrementa 650g mensuales y redobla su peso cuando nace por tal motivo a esta edad habitualmente llega a pesar unos 7kg, en el 2do semestre la adquisición de peso es bien tardío; al año el niño puede llegar a pesar entre 9.5 a 10kg, a los 15 meses un aproximado de 11,1 kg, a los 18 meses 11,8 kg y a los 2 años un promedio de 12,9 kg. Por otro lado la talla es la dimensión que mide la longitud de todo el cuerpo. La talla de los menores de 2 años incrementa a razón de 2.5 cm al mes, por lo tanto su altura media de los < 2 años va a hacer de 67 cm y el 2do semestre el crecimiento de la talla es mínima es así que cuando cumpla un año el niño mide aproximadamente 77cm, a los 15 meses un aproximado de 79 cm, a los 18 meses 82,5cm y a los 2 años un promedio de 88 cm.²⁶

Los indicadores antropométricos indican el estado de nutrición de un individuo y sirve para comparar una población o un individuo consigo mismo en diferentes momentos, por lo general se presentan los datos comparados con valores internacionales de referencia por el Centro Nacional de Estadística Sanitaria de los Estados Unidos de América²⁷.

Peso para la edad (P/E): Concierno a él vínculo entre el peso real y su peso teórico del niño normal mencionado en porcentaje. Este indicativo evalúa mezcladamente desnutrición aguda y crónica.

La talla para la edad es un indicador de crecimiento lineal; puede mostrarnos el retraso del crecimiento en longitud (talla) que resulta de un proceso crónico de malnutrición. El peso para la talla nos señala el beneficio o la carencia de tegumento y compuesto grasa en confrontación a lo deseado en niños de idéntica longitud (talla); puede enseñarnos procedimientos acentuados de malnutrición que producen una falta en el beneficio sucesivo de peso o un

extravió contemporáneo de peso obtenido, como son, por infecciones u otros procedimientos agudos.

Peso para la talla (P/T): Excelente indicativo del grado nutricional contemporáneo y admite otra vez ubicar en la agrupación de frecuentes a los niños que aun cuando su peso y talla estén bajos para su edad cronológica, tienen una vinculación Peso/Talla normal. Este acontecimiento muestra una estabilización entre las dos cantidades y con frecuencia a veces el producto de una desnutrición nivelada pero que ha ocasionado como secuela una talla disminuida o enanismo nutricional.²⁸

El indicador P/T viene a ser el indicador más sensible y un indicativo de la condición nutricional actual. Una carencia de peso en correlación con lo deseado para la talla enflaquecimiento o emaciación, en otras palabras evalúa las consecuencias de una malnutrición aguda o severa.²⁹

El crecimiento de la niña o niño estimando la preferencia se cataloga en: Crecimiento adecuado que bien a ser el estado en que la niña o niño demuestra beneficio de peso e aumento de longitud o talla conforme a la jerarquía de normalidad deseado para su edad (2 DE). La preferencia de la curva es semejante a las curvas de crecimiento del reglamento de referencia actual y el crecimiento inadecuado es la situación que la niña o niño muestra, no beneficio (decaimiento de la curva), o beneficio mínimo de longitud o talla, y en el acontecimiento del peso comprende el extravió o beneficio diminuto o excesivo; por lo consiguiente, la preferencia de la curva no es equidistante a las curvas del molde en mención actual, aun cuando los indicativos P/E o T/E se localizan adentro de las marcas de corte de normalidad (2 DE)³⁰.

La Clasificación del estado nutricional en niñas y niños de 29 días a menores de 5 años. Se realiza en base a la comparación de indicadores: P/E, T/E y P/T con los valores de los Patrones de Referencia vigentes.

Puntos de corte	Peso para Edad	Peso para Talla	Talla para Edad
Desviación Estándar	Clasificación	Clasificación	Clasificación
> + 3		Obesidad	
> + 2	Sobrepeso	Sobrepeso	Alto
+ 2 a - 2	Normal	Normal	Normal
< - 2 a - 3	Desnutrición	Desnutrición Aguda	Talla baja
< - 3		Desnutrición severa	

Fuente: Adaptado de World Health Organization (2006).

Fuente: Norma Técnica de Salud para el Control de crecimiento y desarrollo de niños menores de 5 años. (OMS)

Según la OMS, el índice de masa corporal para la edad (IMC/E), evidencia el peso concerniente con la talla para determinada edad; con apropiada relación con la grasa orgánica. Se evalúa dividiendo el peso sobre la talla² o también más efectivamente dividiendo el peso por la talla, luego se divide por la talla, su explicación es semejante a lo citado para el peso talla, pero con mucha más exactitud³¹.

Dentro de la clasificación encontramos a la subnutrición o Desnutrición la cual se clasifica en desnutrición crónica, es el estado en que las niñas o niños tienen una talla menor a lo esperado para su edad, que puede ser por la Ingesta inadecuada de alimentos y nutrientes y episodios repetidos de enfermedades, y se mide como una deficiencia de (T/E). La Desnutrición aguda refleja el estado nutricional actual, se presenta con una delgadez extrema, masa muscular y grasa corporal se encuentran disminuidos, producido por una merma de peso coligados con épocas actuales de hambruna o enfermedad que se va incrementando muy velozmente y es restringida en el tiempo; se cuantifica como una insuficiencia de (P/T)³².

Según Carrascosa A, et al, la clasificación del índice de masa corporal se realizara mediante los percentiles, así tenemos que un estado nutricional es normal cuando está en el percentil 15(P15) al P85; una subnutrición o desnutrición cuando está en el P3 o por debajo de este y sobre nutrición que tiene tres niveles, el nivel Leve o sobrepeso cuando está entre $> P85$ y $< P97$, Obesidad cuando esta $> P97$ y Obesidad intensa cuando presenta $z > +3$ ³³.

El trabajo de la enfermera comunitaria en el ámbito de la enseñanza nutricional tiene como fin conseguir intervenir en el mejoría de las costumbres alimentarias en la familia, especialmente en los niños otorgando las consecuencias inmediatas en la salud del niño y los mediatas en cuanto que restringe o perjudica el desarrollo de una población.

La enfermera comunitaria por su sapiencia y responsabilidad con las obligaciones de salud y su pericia en maniobras de salud gremial resultado ser el capital humano idóneo para guiar y enseñar a la madre en salud y nutrición con el objetivo que ella desempeñe un liderazgo que observe no solo hábitos alimentarios antiguos sino mezcle las distintas conveniencias que están para progresar la alimentación de sus hijos.

Este conocimiento puede ser utilizado como punto de partida de futuras investigaciones. La significancia de las situaciones nutricionales de los niños reside especialmente en las peligrosas consecuencias sobre el crecimiento de las personas en su edad precoz, si no la apropiada, los probables perjuicios acontecidos por una pésima nutrición desarrollado en los primeros años de vida pueden ser irreparables. También puede ser utilizado para que la enfermera considere estas relaciones durante la intervención en el área de crecimiento y desarrollo y establezca una adecuada relación con las madres de familia³⁴.

Los resultados del estudio proveerán información al profesional de enfermería para mejorar las sesiones de consultoría en el área de crecimiento y desarrollo, educando a la madre acerca de las conductas alimentarias maternas saludables para un niño de 1 a 2 años.

La base teórica que da soporte al trabajo es la teoría de Madeleine Leininger, ella, nos habla de la ciencia de la antropología y de enfermería a quien la define como el profesional que se debe centrarse en el aprendizaje comparativo y en el estudio de las distintas culturas y subculturas del mundo en relación a estos valores sobre las atenciones que brinda. El propósito de la enfermera se basa en procrear un entendimiento investigador y humanístico de la comunidad es necesario conocer la expresión, los hábitos y las doctrinas de bienestar y enfermedad, y el prototipo de comportamiento que siguen las persona para que facilite una costumbre de atenciones de enfermería determinados para una educación y hábitos de cuidados de enfermería internacionales de cultura. Sus enfrentamientos serán indispensable para guiar las determinaciones y las actuaciones de las enfermeras y así lograr desenlaces buenos y eficientes³⁵.

Leininger M, instauró la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales de enfermería, que tienen sus orígenes en el convencimiento, que los seres humanos de distintas culturas permiten anunciar y dirigir a los capacitados y de esta manera, se podrán obtener los cuidados que necesiten. La teoría está dirigida para que descubran las enfermeras y consigan la sapiencia acerca del mundo de las personas, familia y comunidad y para que así ejecuten y usen sus puntos de enfoques internos, sus competencias y habilidades, todo con educación, con atención a los detalles, ayudando, asistiendo, con escucha activa y estar allí físicamente y por ultimo entender las creencias culturales, valores y maneras de vivir de las personas³⁵.

Así mismo valora que las enfermeras deben laborar de tal manera que se demuestre el empleo de las atenciones y representaciones, y así las atenciones

culturales, intereses, dogmas y maneras de vida puedan permitir cimientos confiables y precisos para programar y abastecer eficientemente los cuidados concretos de formación³⁶.

"El cuidado, refiere Leinenger M, es "La esencia de la enfermería, tiene un gran poder significativo para explicar la salud y el bienestar de la gente en su cultura"

1.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre la conducta alimentaria materna y el estado nutricional de niños menores de 1 a 2 años centro de salud Ermitaño alto, en el 2016?.

1.5 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se justifica porque permitirá conocer la relación entre la conducta alimentaria materna y el estado nutricional de niños de 1 a 2 años en el C.S. Ermitaño Alto.

El asunto vinculado con el establecimiento de costumbres alimentarios y hábitos alimentarios tiene enorme importancia, principalmente si consideramos en cuenta que sus derivaciones podría causar condiciones excesivas: por un lado, carencia nutricional, y por el otro, el aumento de peso corporal y una excesiva acumulación de grasa, son actuales causas de intranquilidad, como bien se sabemos explicarían una gran variedad de condiciones patológicas que se podrían presentar en el futuro. Entonces es evidente, que la mejor alimentación y la constitución de costumbres alimentarias sanas en esta etapa de vida poseen un enorme impacto con consecuencias dirigidas al futuro,

Los resultados sirven para que la enfermera aplique estrategias educativas destinadas a mejorar el estado nutricional del niño y a modificar la conducta alimentaria en las madres y su valor científico radica en motivar a la realización de futuras y nuevas investigaciones donde sean realizados a más profundidad contribuyendo a su desarrollo y la adquisición de conductas alimentarias saludables.

1.6 HIPÓTESIS

La conducta alimentaria materna está relacionada directamente con la condición nutricional de los niños de 1 a 2 años en el centro de salud Ermitaño alto, 2016.

1.7. OBJETIVOS

Objetivo General:

- ✓ Determinar la relación de la conducta alimentaria materna y el estado nutricional en niños de 1 a 2 años del centro de salud ermitaño alto, 2016

Objetivos específicos:

- ✓ Identificar la conducta alimentaria materna en niños menores de 1 a 2 años del centro de salud ermitaño alto, según la alimentación saludable, alimentación no saludable, alimentación perceptiva y prácticas de higiene.
- ✓ Identificar el estado nutricional en niños menores de 1 a 2 años del centro de salud ermitaño alto, según los indicadores antropométricos de peso y talla.

II METODOLOGIA

2.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño del estudio es no experimental, por lo que no se manipulara las variables de estudio, es de alcance descriptivo correlacional, debido a que tiene el deseo de evaluar el vinculo que existe entre dos variables y de corte transversal, se llevara a cabo en un momento dado.

Los estudios de enfoque cuantitativos simbolizan una aglomeración de sucesos sistemáticos, concretos y delicados de la investigación e incluye la recogida y el estudio de referencias cuantitativas mediante un determinado programa estadístico.

2.2. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

- 1. CONDUCTAS ALIMENTARIAS**
- 2. ESTADO NUTRICIONAL**

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones / indicadores	Escala final
<p>CONDUCTAS ALIMENTARIAS MATERNAS</p>	<p>Comportamiento normal relacionado con: los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos. La conducta alimentaria se va formando a lo largo de las experiencias del niño con la comida y su interacción con el medio. En esta etapa el rol de la madre o del cuidador "marcan" la conducta alimentaria.</p>	<p>Disposición que tiene la madre para brindar la alimentación a los niños teniendo en cuenta sus costumbres sus hábitos alimentarios en niños de 1a 2 años, medida a través de un instrumento de 30 preguntas con respuestas según escala Likert y la categoría final de la variable fue: conducta adecuada e inadecuada.</p>	<p>Alimentos brindados por la madre -Frecuencia de alimentos ricos en proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales Preguntas (1-13) Preparación -Alimentos fritos -Variedad de sabores -Limpieza - Conservación de los alimentos Preguntas (14; 15; 16; 19; 24; 27 ; 28, 29; 30) Alimentación Perceptiva - Integración familiar - Lugar y Horario - Paciencia y Tolerancia Preguntas (17; 18; 20; 21; 22, 23, 25; 26)</p>	<p>Nominal</p>

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES /INDICADORES	ESCALA
ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS DE 1 A 2 AÑOS	Es la condición del organismo que resulta de la absorción y utilización de los alimentos ingeridos y de los factores de índole biopsicosocial, que intervienen como condicionantes en ese estado, cuya valoración se hace en forma directa mediante el uso de indicadores antropométricos (peso, talla, edad)	El estado nutricional de niños menores de 1 a 2 años siempre se va evidenciar en el crecimiento y el desarrollo. Para efectos de esta investigación se consideró solo el valor antropométrico de Peso/Talla, ya que se considera como un parámetro con más sensibilidad y la categoría final fue: -Bajo peso -Estado nutricional normal -Sobre peso -Obesidad	Medidas Antropométricas Peso (kg) Talla (mts)	Ordinal

2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población estaba formada por 50 madres y niños de 1 a 2 años que acudieron al centro de Salud Ermitaño Alto-Independencia durante el mes de diciembre. La técnica del muestreo fue no probabilista y por conveniencia.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios Inclusión:

- ✓ Madres de niños de 1 a 2 años que acuden al centro de Salud Ermitaño Alto-Independencia.
- ✓ Madres mayores de 18 años.
- ✓ Madres que firmaron el permiso anunciado para colaborar en la investigación

Criterios Exclusión:

- ✓ Cuidadores de niños de 1 a 2 años que asistieron al examen de crecimiento y desarrollo en el centro de Salud Ermitaño Alto-Independencia.

2.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

En el presente trabajo de investigación la técnica que se empleo fue la encuesta y el instrumento fue un cuestionario de 30 items, con respuestas según escala Likert elaborado por el investigador.

Este instrumento consta de 4 dimensiones: alimentación saludable, alimentación no saludable, alimentación perceptiva y hábitos de higiene y conservación de alimentos.

La validación se realizó por medio de la evaluación de 3 jueces de expertos obteniendo un valor de $P = 0,0009$. Una vez aceptado la autenticidad

del instrumento por el juicio de expertos se impuso el cuestionario a un examen piloto que figuro la colaboración de 30 madres, obteniéndose una confiabilidad según Alfa de Crombach igual de 0.871, siendo su confiabilidad alta.

Para la variable estado nutricional se empleó la técnica de medidas antropométricas, para la determinación del peso se utilizó una balanza electrónica modelo (881) recomendada por ENDES (ANEXO 4) en el Manual del Antropometrista. Este material soporta un peso hasta de 150kg y se colocó en una superficie lisa y nivelada. Para la determinación de la estatura de utilizó la técnica para medir la estatura del niño mediante un tallímetro móvil, según ENDES, se utiliza este instrumento para niñas y niños > 5 años.

Para hallar el parámetro del indicativo Peso/Talla se utilizó la Tabla de Valoración Antropométrica para niños menores de 5 años (Ver Anexo 4) aconsejado por la Organización Mundial de la Salud.

La recolección de datos se llevó a cabo durante el mes de diciembre. Para la variable conducta alimentaria maternas se entregó a las madres el consentimiento informado una vez firmado se procedió a entregarles el cuestionario, al momento que llegaban al centro de salud Ermitaño alto. Se les explicó el objetivo de la investigación para su colaboración. El tiempo que tomo aplicar cada cuestionario fue de 20 a 30 minutos en promedio, y la evaluación a cada niño se realizó en 30 minutos adicionales.

2.5. ANÁLISIS DE DATOS

Para el presente estudio se utilizó la estadística descriptiva. Obtenida la indagación se confeccionó una soporte de datos en forma estadística mediante el programa SPSS 21v (StatisticalPackage Off SocialScience), en el que se digitaron lo datos recolectados para el análisis de los hallazgos y los resultados se presentaron en tablas y gráficos para su análisis e interpretación.

2.6. ASPECTOS ÉTICOS

Este trabajo de investigación ha cumplido con los criterios establecidos por el diseño de investigación cuantitativa de la Universidad César Vallejo, el cual sugiere a través de su formato el camino a seguir en el proceso de investigación. Asimismo, se ha cumplido con respetar la autoría de la información bibliográfica, por ello se hace referencia de los autores con sus respectivos datos de ensayo y la pieza ética que éste otorga.

Las interpretaciones de las citas corresponden al autor de la tesis, teniendo en cuenta la concepción de autoría y las normas reales para designar a una persona “autora” de una crónica científica. Así mismo se debe precisar la autoría de los instrumentos diseñados para el recojo de información, así como el proceso de revisión por juicio de expertos para validar instrumentos de investigación, por lo cual atraviesan absolutamente las investigaciones para su aprobación anticipadamente que sea aplicada

III. RESULTADOS

TABLA1

CONDUCTA ALIMENTARIA MATERNA SEGÚN DIMENSIONES EN NIÑOS DE 1 A 2 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD ERMITAÑO ALTO 2016

ALIMENTACION QUE LA MADRE BRINDA		PREPARACION	ALIMENTACION PERCEPTIVA
INADECUADA	70%	57 %	58,6 %
ADECUADA	30%	42 %	41,4 %

Fuente: Elaboración por Edwin Huanambal Edquen

En la tabla N° 1 se observa que el 70% (49) de las madres tiene una conducta alimentaria inadecuada en cuanto a la alimentación que le brinda al niño; un 58,6% (41) tienen una conducta alimentaria materna inadecuada en cuanto a la dimensión alimentación perceptiva; un 57.% (40) tiene una conducta alimentaria inadecuada en cuanto a la dimensión preparación de los alimentos de los alimentos; un 58,6 % (41)

TABLA 2**ESTADO NUTRICIONAL SEGUN DIMENSIONES EN NIÑOS DE 1 A 2 AÑOS
DEL CENTRO DE SALUD ERMITAÑO ALTO 2016**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
BAJO PESO	12	17,1	17,1	17,1
NORMAL	50	71,4	71,4	88,6
SOBREPESO	7	10,0	10,0	98,6
OBESIDAD	1	1,4	1,4	100,0
Total	70	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración por Edwin Huanambal Edquen

En la tabla 2, se encontró que el 71,4% (50) de los niños de 1 a 2 años muestra un Estado Nutricional normal, seguido por el 17,1% (12) que muestra Bajo Peso para su edad, el 10,0% (7) presenta Sobrepeso y por último el 1,4% (1) de los niños tienen Obesidad.

TABLA 3

CONDUCTA ALIMENTARIA MATERNA Y ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 1 A 2 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD ERMITAÑO ALTO 2016

		CONDUCTA ALIMENTARIA	ESTADO NUTRICIONAL
Rho de Spearman	Coeficiente de correlación	1,000	,625
	CONDUCTA ALIMENTARIA Sig. (bilateral) P	.	,030
	N	70	70
	Coeficiente de correlación	,625	1,000
	ESTADO NUTRICIONAL Sig. (bilateral) P	,030	.
	N	70	70

Fuente: Elaboración por Edwin Huanambal Edquen

En la tabla 3 según la correlación de Spearman se evidencia * existe un valor de 0,625y un valor de P = 0,030 ($P < 0,05$) lo que demuestra que existe una correlación moderada entre ambas variables. Aceptado la hipótesis que existe una correlación directa pero muy débil entre la Conducta Alimentaria Materna y el Estado Nutricional en niños de uno a dos años

IV. DISCUSIÓN

La conducta materna está definida como un conjunto de actividades relacionadas a la alimentación influenciada por fases socioeconómicas y culturales de la madre que se realizan para satisfacer necesidades alimentarias del niño, esto significa un orden, desde la elaboración hasta la ingesta de alimentos que consta en la distribución, elección, adquisición, protección y elaboración de los mismos¹⁷.

En el vigente trabajo de investigación tenía como objetivo determinar la vinculación de la conducta alimentaria materna y el estado nutricional en niños de 1 a 2 años del centro de salud Ermitaño Alto en el 2016.

En este estudio, existe una correlación moderada entre el comportamiento alimentaria materna y el aspecto nutricional en niños de uno a dos años. Estos resultados se asemejan a un estudio realizado por González, Aguilar y García, en una investigación que tenía como objetivo determinar si existía una correlación evidente entre la condición nutricional de sus hijos y personas que preparan el menú, los efectos mostraron la existencia de una coalición estadísticamente importante ($p < 0,001$) entre ambas variables. El modelo de ejemplos en los que las madres preparaban la comida primordial, las valoraciones en el índice de la masa corporal de sus hijos eran muy bajos.

Es importante destacar que en las personas las maneras de alimentarse, predilección y rehusar hacia algunos alimentos están firmemente estipulados por la educación y los hábitos vividos en los primeros 5 años de vida. En la totalidad, el niño adiciona la totalidad de costumbres y habilidades alimentarias de la familia o comunidad anteriormente a esa edad. En general los niños no pueden seleccionar el ambiente en el que viven y más aun, los alimentos que comer, por tal motivo el niño cultiva para alimentarse especialmente de la mamá, que a su vez ha obtenido de manera oral

categorías y criterios de alimentación infantil fundamentalmente de la mamá (abuela del niño), que va a deslindar una difusión formativa por senda materna.

Así mismo los primeros dos años de la vida de un niño representa todo un gran desafío especialmente para la nutrición y su salubridad, por tal motivo su tasa metabólica indeterminadamente incrementada y la acelerada rapidez de crecimiento exige demandas nutricionales esenciales que pueda otorgarle todo lo que su organismo necesita.

Como se puede ver el estilo de alimentación y estilo de crianza, como se ve en esta investigación, puede causar a los niños a comer de cierta manera y desarrollar posiblemente inadecuado hábitos alimenticios. En ese sentido las madres tiene un rol fundamental en el momento de dar la alimentación en sus niños y para eso se debe tener los conocimientos necesarios para que puedan asumir una conducta alimentaria adecuada teniendo en cuenta las necesidades que el niño tiene de acuerdo a su estado nutricional así mismo necesitan entender que la salud es importante, y cómo alimentar a sus hijos puede influir en cómo crecen, su estado de peso futuro, y por lo tanto su salud en general¹⁵.

En el gráfico N° 1 se observa que el 58,6% de madres de niños de 1 a 2 años del Centro de salud Ermitaño Alto, presentan una conducta alimentaria materna adecuada, seguido por el 41,4% presentan una conducta alimentaria inadecuada. Al querer comparar los resultados de este trabajo no se encontraron estudios similares que pudieran haberse contrastado y hacer más interesante el trabajo; sin embargo se pudo encontrar que el 70 % de las madres tienen una conducta adecuada en cuanto a la dimensión alimentación saludable. Al respecto la OMS enfatizó que la alimentación adecuada en los primeros años de vida es de vital importancia para poder establecer un crecimiento y desarrollo favorecedor. Así mismo se observa que los buenos hábitos de lactancia materna podrían prevenir el 13% de fallecimientos de niños menores de 5 años en nuestro planeta y una apropiada alimentación podría brindar un favorecimiento añadido de 6% en la disminución de la tasa de muertes en este grupo etario³⁴.

En cuanto a la alimentación brindada por la madre el 41.4 % de las madres tuvieron una conducta alimentaria inadecuada. Un estudio realizado por Rojas N.³⁶ sobre prácticas alimentarias maternas encontró que estas eran inadecuadas en un 84.7% y adecuadas en un 15.3%. Al respecto el niño, se instruye a comer especialmente de su mamá, pues es ella es la que va a brindar la alimentación a su hijo de acuerdo a los valores que le fueron inculcados conforme a su cultura, doctrinas, hábitos, símbolo, representaciones sobre los alimentos y las elaboraciones de los alimentos. Un ejemplo tenemos las ideologías que tiene las madres sobre el cuerpo saludable que debe tener su hijo pueden corresponder a la de un niño obeso, haciendo un comparativo con la de un niño delgado y/o flaco la cual la catalogan como enfermo; imponiendo ahí un régimen de alimentación.

Por estas deducciones, las sugerencias para la ideal nutrición del niño deben estimarse las demandas de los nutrientes esenciales para su edad precisa, los alimentos adecuados, origen de estos nutrimentos, y los modos idóneos para prepararlos¹⁹. En ese contexto el número de nutrientes brindada por la madre debe ser apropiada a la necesidad, evitando así la carencia y la demasía, ocasionando un apropiado crecimiento y desarrollo, y protegiéndole de muchas patologías propias del niño. La necesaria dosis de energía, proteínas y calidad apropiada de ácidos grasos con otorgación de micronutrientes (hierro, zinc, yodo, calcio y vitaminas) dará al niño una vida saludable; por lo tanto la madre asumirá un protagonismo principal en la educación y emisión de modelos alimentarios a su hijo, por lo que el rol de la enfermera debe enfocarse en ella para hacerle el ofrecimiento de volúmenes educativos de prevención, que admitan confrontar prematuramente las enfermedades vinculadas con cambios de comportamiento alimentario tales como repudios alimentarios, obesidad, diabetes, dislipidemias, anorexia nerviosa³⁵.

Con estas evidencias es necesario que la enfermera implemente estrategias para determinar las conductas alimentarias maternas y ejecute intervenciones concisas obedeciendo de la naturaleza los desbarajustes de alimentación. Las estrategias de educación alimentaria nutricional deben considerar los factores económicos, sociales y culturales de la familia. Pues los inicios de años de vida son esenciales en la amplificación

de los hábitos alimentarios, de las cuales varios autores han indagado los aspectos del comportamiento, con el fin de descubrir qué comportamientos en la madre y en el niño se vinculan a la obesidad y/o desórdenes alimentarios³⁷.

En cuanto al estado nutricional, el 71,4% muestra un Estado Nutricional Normal, seguido por el 17,1% que muestra Bajo Peso para su edad, el 10,0% presenta Sobrepeso y por último el 1,4% tienen Obesidad. Según los perfiles epidemiológicos esta es la realidad que viven muchos países en vías de desarrollo, así tenemos a Jácome P. en el 2013 en Ecuador realizó la investigación titulada “Relación entre las Prácticas de alimentación complementaria y el estado nutricional donde se generó como resultados que el estado nutricional de los infantes fue en su mayoría normal; en cuanto al índice longitud/edad el 10,5% presentó Desnutrición Crónica, en lo referente al índice IMC/Edad el 4% presenta Sobrepeso y el 0,5% Obesidad.⁹

Lo que indica que aún existe un porcentaje de predominio de desnutrición de niños en niños de 1 a 2 años en zonas urbanas, y así mismo alerta la nueva enfermedad del siglo XXI que podría atacar a los niños en la etapa de mayor desarrollo: el sobrepeso y la obesidad.

El interés de la antropometría nutricional en salud pública reside, entre otras en que es una herramienta de tamizaje de la población, de uso fácil y de bajo costo. Además, sirve para caracterizar el estado nutricional, en los niños y a partir de ahí tomar las decisiones para corregir estas deficiencias. Estimar participaciones, examinar tendencias en el tiempo, orientar labores de promoción y designar recursos. Son las actividades inherente a enfermería; es por eso que la OMS a partir del año 2006 establece los nuevos estándares con un replanteamiento de las políticas de salud pública y normativas de examen del crecimiento del niño y la niña durante los inicios de años de vida hacia un patrón que incorpora: La fomentación de la lactancia materna, presentación adecuada de alimentos complementarios luego del sexto mes de vida, asesoría nutricional, identificación temprana y la conducción adecuada de la desnutrición, sobrepeso y obesidad así como la

supervisión de la eficacia de las intervenciones sanitarias asignadas a impedir y manejar los problemas de crecimiento y desarrollo³³.

Disponer de un patrón de referencia de crecimiento de los niños en general permitirá darle seguimiento de cómo están creciendo los niños; pues es de gran importancia dado los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), aceptados internacionalmente y entre los derechos indiscutibles del niño y la niña esta su salud y cada país debe tener la responsabilidad de proveer los recursos para garantizarlos.

El cuidado de enfermería en ese sentido tiene una trascendencia social pues las intervenciones va ir enfocado a los problemas de salud y obligaciones de este, acatando continuamente sus valores sociales, culturales y creencias; El propósito de la enfermera según Leininger M., consiste en idear un conocimiento científico y humanístico de la comunidad es necesario conocer la expresión, los hábitos y doctrinas de bienestar y padecimiento, y la clase de comportamiento que siguen las persona para que otorguen una destreza de cuidados enfermería determinados, por su instrucción y un trabajo de atenciones de enfermería universales de la educación. Sus disputas serán indispensables para guiar los dictámenes y las actuaciones de la enfermería y así conseguir desenlaces virtuosos y eficaces³³.

La eliminación de la desnutrición, obesidad o sobrepeso va a ocasionar rendimientos para toda la humanidad y no exclusivamente para los destinatarios directos de los fondos y servicios de los proyectos que se despliegan en un país o región. Visiblemente, combatir contra los desequilibrios alimenticios genera beneficios para toda la sociedad.

V.CONCLUSIONES

1. Existe una correlación moderada significativa entre las variables conducta alimentario materna y el estado nutricional.
2. La conducta alimentaria materna de los niños de 1 a 2 años del Centro de Salud Ermitaño es inadecuada en todas sus dimensiones.
3. El condición nutricional de los niños de 1 a 2 años del centro de Salud Ermitaño es Normal, seguido niños que presenta bajo peso para su edad, sobrepeso y por último y en menor porcentaje presentan obesidad.

VI. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al Centro de Salud Ermitaño brindar campañas de salud donde se aborden temas acerca de nutrición e informar a los padres de familia lo importante que es acudir a los controles periódicos para mejorar el bienestar de sus hijos.
2. Las Enfermeras deben brindar sesiones educativas o consejería nutricional a las madres de niños de uno a dos años sobre la alimentación saludable considerando la teoría de Madeleine Leininger
3. Se recomienda realizar investigaciones con enfoque cualitativo de tal forma que se pueda profundizar más el tema de las conductas alimentarias maternas en los diferentes establecimientos de salud.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS. Alimentación del lactante y del niño pequeño. (en línea) Ginebra; 2016 (fecha de acceso 3 de noviembre 2016) disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>
2. González A, Vila J, Guerra C, et al. Estado nutricional en niños escolares. Valoración clínica, antropométrica y alimentaria. Medisur, 2010, 8(2), 15-22.
3. Park HS, Yim KS, Cho S. Gender differences in familial aggregation of obesity related phenotypes and dietary intake patterns in Korean families. Ann Epidemiol 2004; 14: 486-491.
4. Martínez R, Palma A, Atalah E. et al. Inseguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile; 2009 [Citado el 06 de Junio del 2016]. Disponible en: http://es.wfp.org/sites/default/files/Inseguridad_Alimentaria_ALC.pdf
5. Guerra C, Vila J, Apolinaire J. et al. Factores de riesgo asociados a sobrepeso y obesidad en adolescentes. Medisur, 7(2), 25-34. 2009
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú, Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES [Internet]. Lima, Perú, 2010 [Citado el 06 de Julio del 2016] Disponible en: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR242/FR242.pdf>
7. Ministerio de Salud – N.T.Nº 040 – MINSAL/ DGSP-Norma Técnica de Salud para la atención integral de la niña y el niño. Perú; 2011 [Citado el 06 de Julio del 2016]. Disponible en: http://www.midis.gob.pe/dgsye/data1/files/enic/eje2/estudio-investigacion/NT_CRED_MINSAL2011.pdf
8. De León D. Determinación del estado nutricional de niños menores de 2 años y prácticas alimentarias de niños con desnutrición aguda en el municipio de San

Pedro Soloma, Huehuetenango, Guatemala de Abril a Junio 2014. Guatemala; 2014 [Citado 04 Noviembre 2016]: 29 (3). Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/09/15/De%20Leon-Diana.pdf>.

9. Jácome P. "Relación entre las Prácticas de Alimentación Complementaria y el Estado Nutricional de Niñas y Niños de 6 a 24 meses 2013. Ecuador; 2013 [Citado el 04 Noviembre del 2016]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4699/1/Castro_sk.pdf.
10. González E, Aguilar M, García C. et al Influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad en una población de escolares de Granada (España). 2012. *Nutrición Hospitalaria*, 27(1), 177-184.
11. Castro K. Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa CRED de un C.S S.J.M 2015. Perú; 2015 [Citado el 04 Noviembre del 2016] Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4699/1/Castro_sk.pdf
12. Delgado H. Factores maternos asociados al riesgo de desnutrición en niños de menores de 3 años del centro de salud Morona Cocha i-4, Loreto. Perú; 2015 [Citado 04 Noviembre del 2016]. Disponible en <http://dspace.unapiquitos.edu.pe/handle/unapiquitos/310>
13. Osorio E, Weisstaub N, Castillo D. Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista chilena de nutrición*, 29(3), 280-285. 2002
14. Valenzuela J, Caldera E, Ham E. Prevalencia y factores biosociales asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Pediatría de México*, 2011, 13(2), 47-56.

15. Brown K. Breastfeeding and complementary feeding of children up to 2 years of age. NestleNutr Workshop SerPediaterProgram; 2007; 60: 1 -10.
16. Devaney B, Kalb L, Briefel R, et al. Feeding infants and toddlers study: overview of the study design. J Am Diet Assoc. 2004; 104: 8-13.
17. Torrejón S, Osorio J, Vildoso F. et al. Alimentación del niño menor de 2 años: Recomendaciones de la Rama de Nutrición de la Sociedad Chilena de Pediatría. Rev. Chilena de. pediatra. [Internet]. 2005 Ene [citado 2017 Feb 16]; 76(1): 91-97. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037041062005000100013&lng=eshttp://dx.doi.org/10.4067/S037041062005000100013.
18. Marín C, Gutiérrez M, Martos M, Peña M, Rodríguez J, Sánchez B. Guía de Lactancia materna de Granada. España; 2015. [citado 2017 Feb 16]'. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/guia_lactancia.pdf
19. OPS/OMS. La alimentación del lactante y del niño pequeño – Capitulo modelo para libros de textos dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Estados Unidos; 2010 [citado 2017 Feb 16]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/IYCF_model_SP_web.pdf
20. Ministerio de la Protección Social de la Republica de Colombia. Manual para la extracción, conservación, transporte y suministro de la leche materna. Colombia, 2010 [citado 23 Noviembre 2016]. Disponible en: http://huila.gov.co/documentos/2012/Salud/ManualLactancia_2010_lito.pdf
21. García J. Papel de los cereales en la alimentación de ablactación, nutrición del lactante y preescolar. Acta Pediatra. México, 2008; 19: SI 7–21.

22. Fernández L. Conducta alimentaria, hábitos alimentarios y puericultura de la alimentación. Precop SCP CCAP. 7 (4): 28-50 [revista virtual]. (fecha de acceso 23 de noviembre 2017) en: <https://scp.com.co/descargascrianza/Conducta%20alimentaria,%20h%C3%A1bitos%20alimentarios%20y%20puericultura%20de%20la%20alimentaci%C3%B3n.pdf>
23. Olivares C, Bustos Z, Moreno H. et al. Actitudes y prácticas sobre alimentación y actividad física en niños obesos y sus madres en Santiago, Chile. Revista chilena de nutrición, 33(2), 170-179. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000200006&lng=en.<http://dx.doi.org/10.4067/S017-75182006000200006>.
24. Black M. y Creed H. ¿Cómo alimentar a los niños?: La práctica de conductas alimentarias saludables desde la infancia. Rev. perú. med. exp. salud pública, Lima, v. 29, n. 3, jul. 2012. Disponible en <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342012000300013&lng=es&nrm=iso>. accedido en 16 feb. 2017.
25. Needman R. Crecimiento y Desarrollo. En: Behrman R ,Kliegman RB. Jonson H. Ed. Nelson Tratado de Pediatría17ª . Madrid España Sevier España SA- 2004: vol1. 58 – 61. 3.
26. García V, López S. Conocimiento que tienen las madres sobre crecimiento y desarrollo de los niños menores de 2 años que acuden al Centro de Salud Materno Infantil Francisco Jácome en el último trimestre del año 2013 (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería). 2014.

27. Orden A, Torres M, Luis M. et al. Evaluación del estado nutricional en escolares de bajos recursos socioeconómicos en el contexto de la transición nutricional. *Archivo Argentino Pediatría* 2005; vol103:3
28. Organización Mundial de la Salud. Curso de Capacitación sobre la Evaluación del Crecimiento del Niño. Versión 1 Noviembre 2006. Ginebra, OMS, 2006.
29. Osorio E, Weisstaub N, Castillo D. DEVELOPMENT OF FEEDING BEHAVIOR IN CHILDHOOD AND ITS ALTERATIONS. *Rev. chil. nutr.* [Internet]. 2002 Dic [citado 2017 Ene 11] ; 29(3): 280-285. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002000300002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S071775182002000300002>.
30. Mendoza G. Proyecto de Investigación de enfermería. 2013 de la Salud M. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño; 2003. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/gi_infant_feeding_spa.pdf
31. Lancho C, Toledo B. Alimentación y educación nutricional en la adolescencia. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 6, 600-634; 2007
32. Carrascosa A, Fernández J, Fernández C, et al. Estudio transversal español de crecimiento 2008. Parte II: valores de talla, peso e índice de masa corporal desde el nacimiento a la talla adulta. *Anual Pediatría (Barcelona)* 2008; 68: 552-69.
33. Rojas N. Concordancia entre la percepción materna y el estado nutricional real de niños preescolares que asisten a la consulta de pediatría general. *Pediatría (Asunción)*; Paraguay; 2013, 40(3), 235-240.

34. Tello L. Coeficiente intelectual y Su influencia con la Aparición de trastornos de conducta alimentaria en los estudiantes de danza clásica y contemporánea Del Cantón Ambato En Edad De 13 A 20 Años (Bachelor's thesis); 2015. Disponible en: <http://redi.uta.edu.ec/handle/123456789/8694>
35. Tomey A. *Guía de gestión y dirección de enfermería, 8th Ed. España 2009* [citado 23 Noviembre 2016]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/books/guia-de-gestion-y-direccion-de-enfermeria-incluye-evolve/marriner-tomey/978-84-8086-443-5>

ANEXOS

ANEXO N° 1



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DECIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

INSTRUMENTO PARA MEDIR

CONDUCTA ALIMENTARIA MATERNA Y ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑOS de 1 A 2 AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD ERMITAÑO ALTO

Buenos días mi nombre es Edwin Huanambal Edquen, estudiante de enfermería de la Universidad Cesar Vallejo, estoy realizando una encuesta a las madres de familia de niños de 1 a 2 años con el objetivo de conocer la relación entre la conducta alimentaria materna y el estado nutricional

La información será de carácter confidencial; no significa ningún compromiso para usted, por lo cual se le agradece su gentil colaboración esperando que responda con sinceridad a las siguientes preguntas.

Instrucciones: El primer cuestionario contiene 30 preguntas. Conteste MARCANDO CON UNA X en la casilla correspondiente la respuesta que considere.

DATOS GENERALES:

1. Edad de la madre
 - a) 18-25
 - b) 26-35
 - c) 35-40
 - d) 41 a más
2. Grado de instrucción
 - a) Primaria incompleta
 - b) Primaria completa
 - c) Secundaria incompleta
 - d) Secundaria completa
 - e) Estudios técnicos
 - f) Estudios universitarios
3. Lugar de procedencia
 - a) Costa
 - b) Sierra
 - c) Selva
4. Ocupación
 - a) Dependiente
 - b) Independiente
 - c) Ama de casa
5. Número de hijos:
7. Edad del niño:.....

DATOS ESPECIFICOS

1. ¿Brinda lactancia materna en algún momento del día?
 - a. Frecuentemente
 - b. A veces
 - c. Muy poco
 - d. No recibe
2. ¿Cuántos productos lácteos como leche, queso, yogurt, ingiere su niño por día?
 - a. 3 veces al día
 - b. 2 veces al día
 - c. 1 vez al día
 - d. No consume
3. ¿Con que frecuencia considera usted en la alimentación de su niño una ración de pollo, carne o pescado?
 - a. En forma diaria
 - b. Solo tres veces por semana
 - c. Solo 2 veces por semana
 - d. No lo considero aun dentro de su alimentación
4. ¿Cuántas veces por semana su niño consume una ración de pescado?
 - a. 2 veces por semana
 - b. 1 vez por semana
 - c. 1 vez cada 15 días
 - d. No consume.
5. ¿Con que frecuencia su niña (o) consume: raciones de arroz, puré, fideos o cereales integrales.
 - a. Todos los días consume dos raciones
 - b. Todos los días consume 1 ración
 - c. Consume en forma interdiaria 2 raciones
 - d. Consume en forma interdiaria 1 ración.
6. ¿Con qué frecuencia su niña (o) consume huevo (clara y yema)?
 - a. 2 veces por semana
 - b. 1 vez por semana
 - c. Solo le doy la clara 2 veces por semana
 - d. Solo le doy la clara 1 vez por semana
7. ¿Con qué frecuencia le da alimentos a su niña (o) que contienen hierro (sangrecita, hígado, espinaca, menestras)?
 - a) 3 veces por semana
 - b) 2 veces por semana
 - c) 1 vez por semana
 - d) No le doy.
8. ¿Cuántas porciones de frutas consume la niña(o) incluyendo los jugos naturales?
 - a) 3 porciones diarias
 - b) 2 porciones diarias
 - c) 1 porción diaria
 - d) No le gusta/ aun no le doy
9. ¿Cuántas porciones de verduras, (ensaladas, crema de verduras) le brinda usted a su niño diariamente?
 - a. 2 raciones diarias
 - e) 1 ración diaria
 - f) 1 ración quincenal
 - g) No le gusta/ aun no le doy
10. Cuántas cucharaditas de aceite le pone en la comida de su niño(a)?
 - a. 2 a 3 cucharaditas
 - b. 1-2 cucharaditas
 - c. 1 cucharadita

- d. Ninguna
- 11. ¿Cuántas veces a la semana incluye usted en el menú de su niño el consumo de menestras como: (lentejas, arvejas, garbanzos)?
 - a. 2 veces por semana
 - b. 1 vez por semana
 - c. Cada 15 días
 - d. 1 cada 30 días.
- 12. ¿Agrega usted a la alimentación de su niña (o) el sobre en polvo de Multimicronutrientes que le brinda el Ministerio de Salud?
 - a. Si todos los días
 - b. Le doy en forma interdiaria
 - c. Solo cuando me acuerdo
 - d. No le doy
- 13. ¿Cuántos alimentos principales consume la niña (O) durante el día?
 - a. 3 veces
 - b. 2 veces
 - c. 1 vez
 - d. No consume
- 14. ¿Con qué frecuencia su niño consume alimentos fritos Como: (papas frita, camotes frito o pollo frito) a su niño(a)?
 - a. 1 vez a la semana
 - b. 2 veces por semana
 - c. 3 veces por semana
 - d. 4 veces por semana
- 15. ¿Con qué frecuencia le da golosinas como; chocolates, helados, caramelos a su niña (o)?
 - a. No le doy
 - b. 1 vez por semana
 - c. 2 veces por semana
 - d. 3 a más veces por semana
- 16. ¿ Con que frecuencia prepara un mismo alimento de distinta manera para su niño
 - a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. A veces
 - d. Nunca
- 17. ¿Con qué frecuencia su niño mira la televisión durante las comidas?
 - a. Nunca
 - b. Muy pocas veces
 - c. Casi siempre
 - d. siempre
- 18. ¿Con qué frecuencia su niño comparte la mesa familiar?
 - a) Siempre
 - b) Casi siempre
 - c) A veces
 - d) Nunca
- 19. ¿Considera importante tener en cuenta el peso dela niña (o) para servirle una cantidad adecuada de comida?
 - a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. A veces
 - d. Nunca
- 20. ¿Usted acompaña a su niña(o) durante las comidas?
 - a. Siempre
 - b. Casi siempre

- c. A veces
 - d. Nunca
21. ¿Con qué frecuencia su niño(a) come sus alimentos en su hogar?
- a) Siempre
 - b) Casi siempre
 - c) A veces
 - d) Nunca, mi niño es muy inquieto
22. ¿Con qué frecuencia su niña (o) come sus alimentos en los mismos horarios?
- a) Siempre
 - b) Casi siempre
 - c) A veces
 - d) Nunca
23. ¿Enseña a su hijo a comer con amor, paciencia y buen humor?
- a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. A veces
 - d. Nunca
24. ¿Usted experimenta diversos sabores y texturas en la alimentación de Su niña (o)?
- a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. A veces
 - d. Nunca
25. ¿Cuándo su niña (o) no quiere comer. Ud. Usted le fuerza a comer? a. Siempre
- b. Casi siempre
 - c. A veces
 - d. Nunca
26. ¿Considera que los momentos de la alimentación son instantes de aprendizaje y de amor para usted y su niña (o)?
- a. Totalmente de acuerdo
 - b. De acuerdo
 - c. En desacuerdo
 - d. Muy en desacuerdo
27. ¿Con qué frecuencia se realiza el lavado de manos antes de la Preparación de los alimentos?
- a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. A veces
 - d. Nunca
28. ¿Los utensilios de cocina de usos frecuentes (platos y cubiertos del niño) ud:
- a. Lo lava, lo seca y lo guarda
 - b. Lo lava espera que solo se seque y luego los guarda
 - c. Los lavas, lo seca; pero no lo guarda
 - d. Solo lo lava y lo deja en la mesa
29. ¿Le brinda líquidos a su niña (o) previamente hervida?
- a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. A veces
 - d. Nunca
30. Los alimentos que le brinda usted a su niña (o) son cocinados en el mismo día?
- a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. A veces
 - d. Nunca

ANEXO N°2
VIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

ITEMS	JUEZ1			JUEZ2			JUEZ3			P VALOR
	CLARIDAD	PERTINENCIA	RELEVANCIA	CLARIDAD	PERTINENCIA	RELEVANCIA	CLARIDAD	PERTINENCIA	RELEVANCIA	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000905
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000905
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000905
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000905
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000905
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000905
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000905
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000905
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000905
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000905
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000905
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000905
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000905
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000905
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000905
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000905
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000905
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000905
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000905
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000905
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000905
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000905
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000905
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000905
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000905

T.a= 225

T.d= 0

Ta = N° total de acuerdos

Td = N° total de desacuerdos

b = Grado de concordancia entre jueces

$$b = \frac{Ta}{Ta + Td}$$

$$b = \frac{225}{225 + 0}$$

$$b = 1$$

**ANEXO 3:
CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

VARIABLES	Alfa de Cronbach	N de encuestados
Practicas sobre alimentación	,805	31
Estado <i>nutricional</i>	,848	31

Confiabilidad y validez de la escala.

El principio de confiabilidad del instrumento, se decide en la presente investigación, por el coeficiente de Alfa Cronbach, plasmado por J. L. Cronbach, solicita de una sola gestión del instrumento de medición y ocasiona valoraciones que van entre uno y cero. Es adaptable a medidas de muchos valores presentes, por lo que podría ser usado para decretar la fiabilidad en graduación cuyos ítems tienen como solución más de disyuntivas. Su formulación decreta el grado de resistencia y exigencia; la medida de valores que decide la fiabilidad está otorgada por los siguientes valores:

Criterio de confiabilidad valores: No es confiable -1 a 0

Baja confiabilidad 0.01 a 0. 49 Moderada confiabilidad 0.5 a 0.75

Fuerte confiabilidad 0.76 a 0.89 Alta confiabilidad 0.9 a 1

Frecuencias del Análisis de fiabilidad de la prueba de Alpha de Crombach.

Fuente: Elaboración propia en base al cuestionario aplicado a la muestra piloto del estudio.

El instrumento que mide la información sobre las prácticas sobre la alimentación presenta una fuerte confiabilidad con un valor del estadígrafo de 0.871y con un instrumento que consta de 15 preguntas.

La herramienta que evalúa el estado nutricional muestra una firme confiabilidad con un valor del estadígrafo de 0.848 y con un instrumento que figura 10 preguntas. Como las herramientas muestran una fuerte

confiabilidad en sus concernientes interpretaciones, podemos afirmar que hayamos racionalidad suficiente para señalar que los instrumentos son adaptables.

ESCALA DE VALORACIÓN DEL INSTRUMENTO CONDUCTA ALIMENTARIA

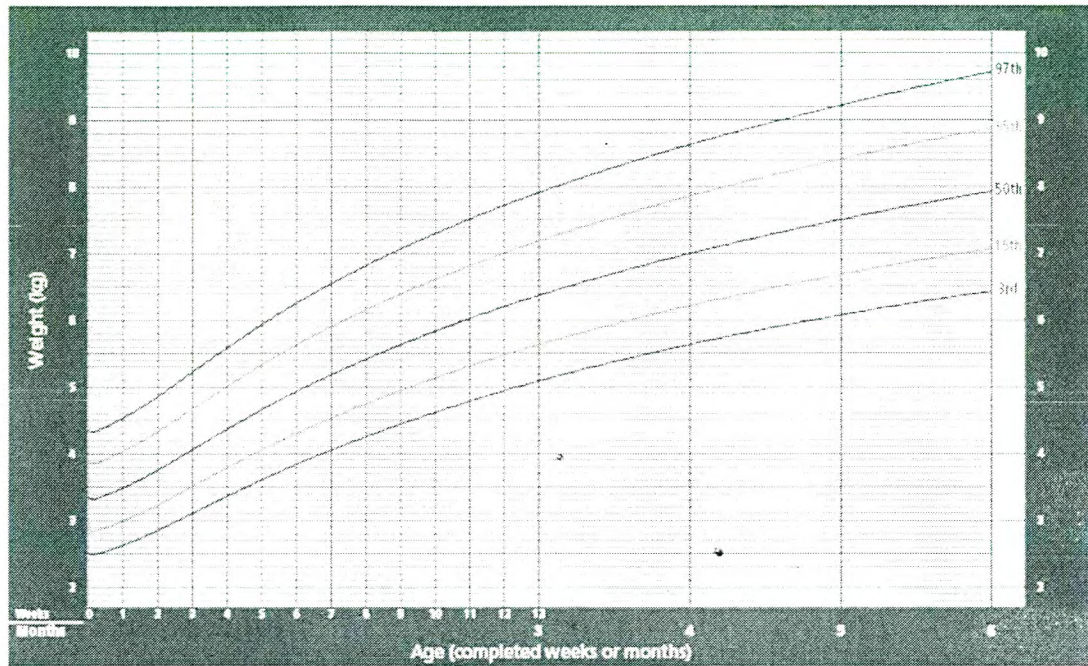
	ALIMENTACION SALUDABLE	ALIMENTACION NO SALUDABLE	INTERES EN LA ALIMENTACION	INTERACCION AFECTIVA	CONDUCTA ALIMENTARIA
MINIMO	31	3	13	15	62
MAXIMO	48	8	28	29	107
MEDIANA	39	6	23	24	92

	INADECUADO	ADECUADO
GENERAL	62 - 92	93 - 107
ALIMENTACION SALUDABLE	31 - 39	40 - 48
ALIMENTACION NO SALUDABLES	3 - 6	7 - 8
INTERES EN LA ALIMENTACION	13 - 23	24 - 28
INTERACCION AFECTIVA	15 - 24	25 - 29

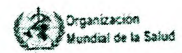
ANEXO Nº 4

Weight-for-age BOYS

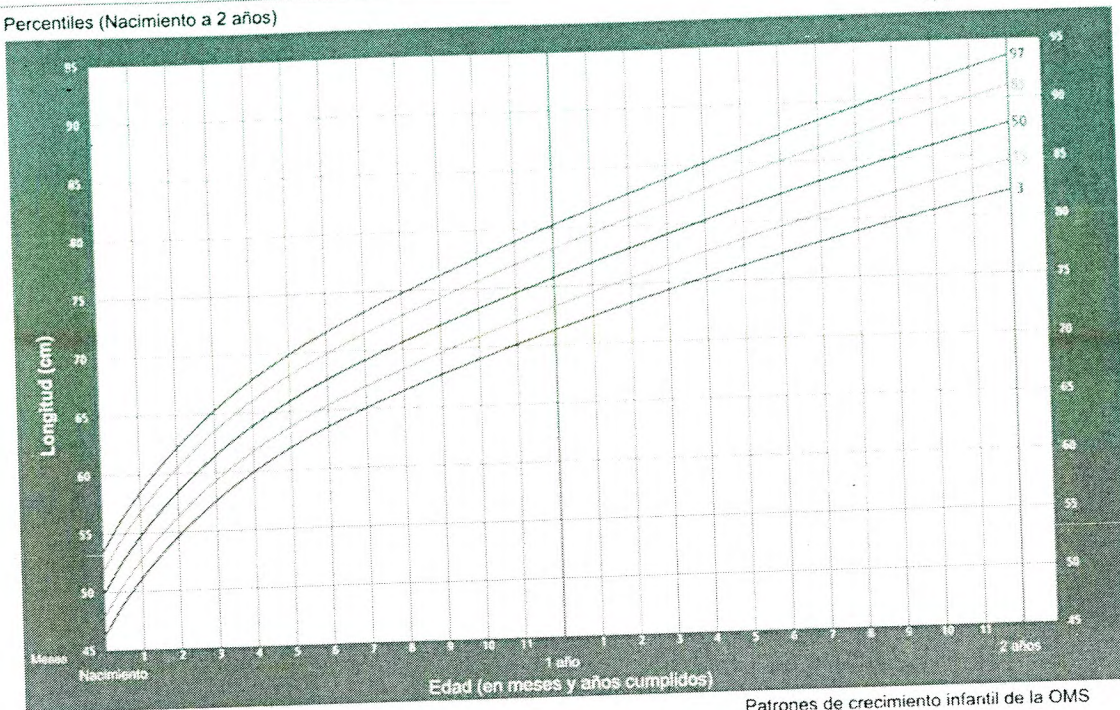
Birth to 6 months (percentiles)



Longitud para la edad Niños



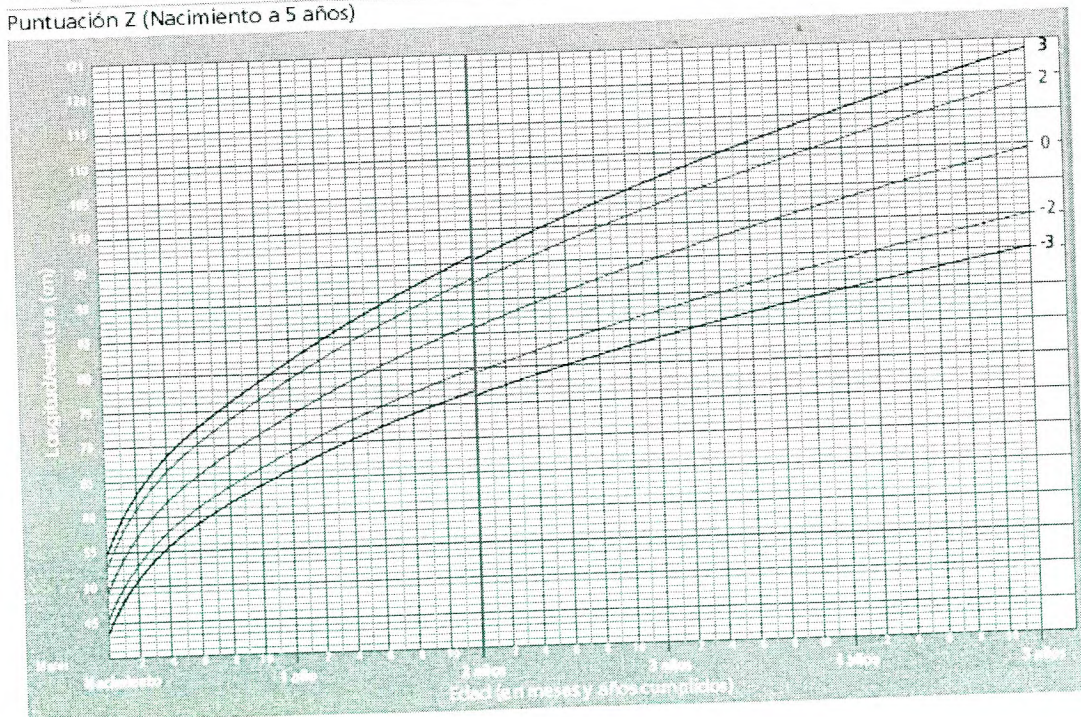
Percentiles (Nacimiento a 2 años)



Longitud/estatura para las Niñas

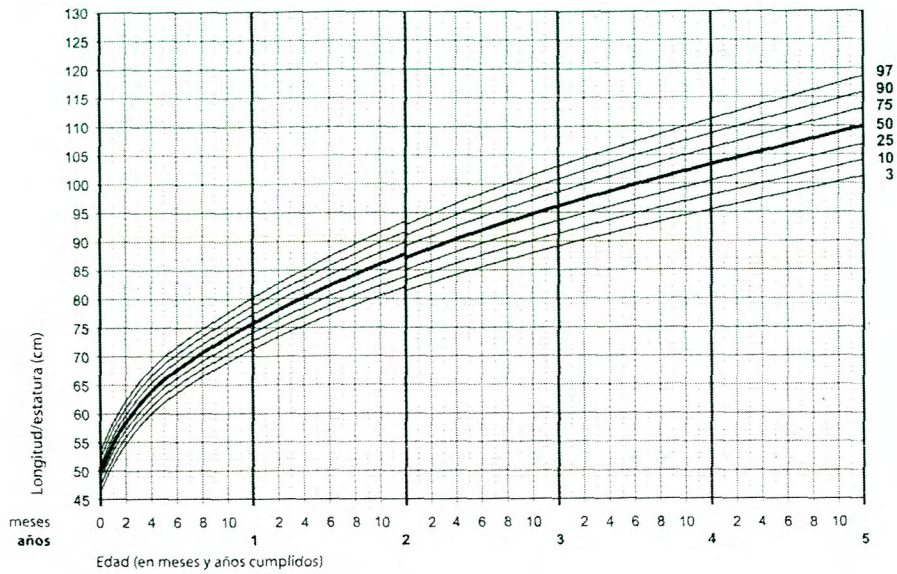


Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Longitud / Estatura para la Edad de NIÑOS

Percentilos (0 a 5 años)



Organización Mundial de la Salud. Patrón de crecimiento. 2006

TABLAS DE RESULTADOS

TABLA N° 4

Edad de la madre (años)	18	40	24
Número de hijos	1	5	3
	Primaria completa	Secundaria completa	Estudios superiores
Grado de instrucción	25,8%	73,1 %	5,1%
	Costa	Sierra	Selva
Lugar de procedencia	45,5%	23,5%	22,0%
	Dependiente	Independiente	Ama de casa
Ocupación	22,6%	24,1%	53,3%

En la tabla 1 se observa que las madres del Centro de Salud Ermitaño tienen en edad promedio de 24 años y un número de hijos en promedio de 3, se observó también que en su mayoría cuentan con la secundaria completa con un 73,1%, proceden principalmente de la Costa con un 45,5% y en su Ocupación el mayor porcentaje es ama de casa con un 53,3%

TABLA N° 5

RELACION DE CONDUCTAS ALIMENTARIA MATERNA Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 1 A 2 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD ERMITAÑO ALTO, 2016

		ESTADO NUTRICIONAL				Total	
		BAJ O PES O	NORMA L	SOBREPES O	OBESIDA D		
CONDUCTA ALIMENTARIA	INADECUADA	Recuento	12	9	7	1	29
		% del total	17,1 %	12,9%	10,0%	1,4%	41,4%
	ADECUADA	Recuento	0	41	0	0	41
		% del total	0,0%	58,6%	0,0%	0,0%	58,6%
Total		Recuento	12	50	7	1	70
		% del total	17,1 %	71,4%	10,0%	1,4%	100,0 %

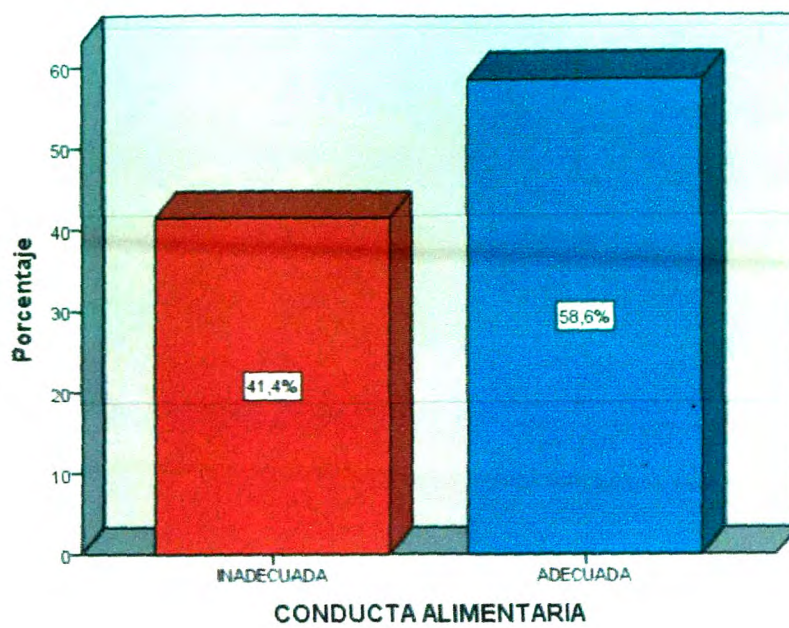
TABLA N° 6

CONDUCTA ALIMENTARIA MATERNA EN NIÑOS DE 1 A 2 AÑOS DEL
CENTRO DE SALUD ERMITAÑO ALTO, 2016

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
INADECUADA	29	41,4	41,4	41,4
ADECUADA	41	58,6	58,6	100,0
Total	70	100,0	100,0	

GRAFICOS

CONDUCTA ALIMENTARIA



Acta de Aprobación de Originalidad de Tesis

Yo Mg Aquilina Marcilla Félix asesor del curso de Desarrollo de Proyecto de Tesis de Investigación, y revisor de la tesis del estudiante Chávez Armas Elizabeth del Carmen titulada es **“CONDUCTA ALIMENTARIA MATERNA Y ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 1 A DOS AÑOS CENTRO DE SALUD ERMITAÑO ALTO.** Constató que la misma tiene un índice de similitud de 243% verificable en el reporte de originalidad del programa de turnitin.

El suscrito analizo dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Lima 05 de octubre del 2017



Mg. Aquilina Marcilla Félix
Docente asesor de tesis
DNI: 5983050