

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



MAESTRÍA EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

TESIS

**Conocimientos y actitudes de las madres sobre alimentación infantil
antes y después de la intervención del proyecto: Bases Productivas para
la Seguridad Alimentaria en el caserío Montesorco, provincia San Marcos
– Cajamarca 2010 - 2012**

**Para optar el Grado Académico de
MAESTRO EN CIENCIAS**

**Presentado por:
GISSELA JANETH SILVA CHILENO**

**Asesora:
Dra. SANTOS ANGÉLICA MORÁN DIOSES**

Cajamarca, Perú

2018

COPYRIGHT © 2018 by
GISSELA JANETH SILVA CHILENO
Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



MAESTRÍA EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

TESIS APROBADA

Conocimientos y actitudes de las madres sobre alimentación infantil antes y después de la intervención del proyecto: Bases Productivas para la Seguridad Alimentaria en el caserío Montesorco, provincia San Marcos – Cajamarca 2010 - 2012

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

Presentado por:

GISSELA JANETH SILVA CHILENO

Comité Científico

Dra. Santos Angélica Morán Dioses
Asesora

Dra. Margarita Del Pilar Cerna Barba
Miembro del Comité Científico

Dra. Mercedes Marleni Bardales Silva
Miembro del Comité Científico

M.Cs. guido Aurelio De La Quintana Giraldo
Miembro del Comité Científico

Cajamarca, Perú

2018



Universidad Nacional de Cajamarca

Escuela de Posgrado


PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS


Siendo las ^{4 pm}... de la tarde del día 22 de noviembre de Dos Mil Dieciocho, reunidos en el Auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. MARGARITA DEL PILAR CERNA BARBA**, como Miembro del Jurado Evaluador, **Dra. SANTOS ANGÉLICA MORÁN DIOSES** en calidad de Asesora, **Dra. MERCEDES MARLENI BARDALES SILVA, M.Cs. GUIDO AURELIO DE LA QUINTANA GIRALDO**, como integrantes del Jurado Evaluador. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno y el Reglamento de Tesis de Maestría de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se dio inicio a la Sustentación de la Tesis titulada **“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN INFANTIL ANTES Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN DEL PROYECTO: BASES PRODUCTIVAS PARA LA SEGURIDAD ALIMENTARIA EN EL CASERÍO MONTESORCO, PROVINCIA SAN MARCOS – CAJAMARCA 2010-2012.”**, presentada por la **Bach. en Enfermería GISSELA JANETH SILVA CHILENO**, con la finalidad de optar el Grado Académico de **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**.

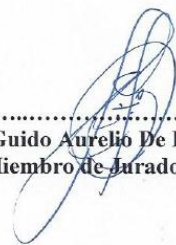
Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó... ^{1.8 (Dieciocho - excelente)}... con la calificación de ^{1.8 (Dieciocho - excelente)}... la mencionada Tesis; en tal virtud, la **Bach. en Enfermería GISSELA JANETH SILVA CHILENO**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que lo acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**.

Siendo las ^{5 pm}... horas del mismo día, se dio por concluido el acto.


.....
Dra. Margarita Del Pilar Cerna Barba
Miembro de Jurado Evaluador


.....
Dra. Santos Angélica Morán Dioses
Asesora


.....
Dra. Mercedes Marleni Bardales Silva
Miembro de Jurado Evaluador


.....
M.Cs. Guido Aurelio De La Quintana Giraldo
Miembro de Jurado Evaluador

A:

Dios por guiarme con voluntad y sabiduría hacia la culminación una meta más.
Mi esposo por su amor, comprensión y confianza, demostrado en los momentos más
difíciles.

Mis hijos que con su ternura y cariño motivó lo que hoy cristalizó. A mis padres y
familiares

A ellos los amo.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesora Dra. Angélica Morán Dioses, por su apoyo brindado en todo momento.

Allí donde el arte de la medicina es cultivado, también se ama a la humanidad

Hipócrates

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
Agradecimientos	viii
Índice general	viii
lista de tablas	x
lista de cuadros	x
índice o lista de figuras	xii
lista de abreviaturas y siglas	xiii
glosario	xivxi
resumen	xvi
abstract	xvii
INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.1.1. Contextualización.	1
1.1.2. Descripción del problema.	3
1.1.3. Formulación del problema.	7
1.2. Justificación e importancia de la investigación	8
1.2.1. Justificación científica.	8
1.2.2. Justificación técnica práctica	9
1.2.3. Justificación institucional y personal	9
1.3. Delimitación de la investigación	10
1.4. Objetivos	17
MARCO TEÓRICO.....	18
2.1. Antecedentes de la investigación o marco referencial.....	18
2.2. Marco doctrinal de las teorías particulares en el campo de la ciencia en la que se ubica el objeto de estudio (Bases Teóricas).....	23
2.3. Marco Conceptual.....	35
2.4. Definición de términos básicos	55

PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS Y VARIABLES	59
3.1. Hipótesis.....	59
3.1.1. Hipótesis general	59
3.2. Variables.....	59
3.3. Operacionalización/categorización de los componentes de las hipótesis	61
 MARCO METODOLÓGICO	 63
4.1. Ubicación geográfica	63
4.2. Diseño de la investigación	66
4.3. Métodos de investigación.....	67
4.4. Población, muestra, unidad de análisis y unidades de observación.....	76
4.5. Técnicas e instrumentos de recopilación de información	68
4.6. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información	71
4.7. Equipos y materiales	72
4.8. Matriz de consistencia metodológica.....	72
 RESULTADOS Y DISCUSIÓN	 75
5.1. Presentación de resultados	75
5.2. Análisis, interpretación y discusión de resultados	76
 CONCLUSIONES	 113
 RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS	 114
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 116
 APÉNDICE/ANEXOS	 127

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1.	Características socioeconómicos de las madres del caserío Montesorco 2010 - 2012.....	76
Tabla 2.	Variedad de cultivos que consumen las madres del caserío Montesorco 2010-2012.....	81
Tabla 3.	Crianza y consumo de animales en las familias del caserío Montesorco 2010-2012.....	82
Tabla 4.	Actividades productivas impulsadas por el Proyecto en las madres del caserío Montesorco.....	83
Tabla 5.	Cultivo doméstico en las madres de familia del caserío Montesorco 2010-2012.....	83
Tabla 6.	Problemas de acceso a los alimentos en las madres del caserío Montesorco 2010-2012.....	84
Tabla 7.	Conocimiento de las madres del caserío Montesorco sobre alimentación infantil antes y después del proyecto. 2010-2012.....	90
Tabla 8.	Conocimientos de las madres del caserío Montesorco sobre leche materna exclusiva antes y después del proyecto. 2010-2012.....	92
Tabla 9.	Conocimiento de las madres del caserío Montesorco sobre alimentación complementaria antes y después del proyecto. 2010-2012.....	94
Tabla 10.	Conocimientos de las madres del caserío Montesorco sobre alimentación del niño(a) de 2 a 5 años antes y después del proyecto. 2010-2012.....	96
Tabla 11.	Conocimientos de las madres del caserío Montesorco sobre aspectos de higiene antes y después del proyecto. 2010-2012.....	99
Tabla 12.	Actitud de las madres familia del caserío Montesorco sobre alimentación infantil antes y después del proyecto. 2010-2012.....	100

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Operacionalización/categorización de los componentes de las hipótesis. ...	61
Cuadro 2. Matriz de consistencia metodológica.....	73
Cuadro 3: Guía de observación.....	93
Cuadro 4. Actitudes frente a la alimentación de las madres con niños menores de 5 años en del Caserío Montesorco antes de la intervención del Proyecto	102
Cuadro 5. Actitudes frente a la alimentación de las madres con niños menores de 5 años en del caserío Montesorco después de la intervención del Proyecto .	103

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Zona de aceptación y zona de rechazo de la prueba de hipótesis de dos colas.	144
Figura 2. Proporción muestral de hipótesis de la variable, nivel de conocimientos de las madres, en la prueba de hipótesis de dos colas.	146
Figura 3. Proporción muestral de hipótesis de la variable, actitud de las madres, en la prueba de hipótesis de dos colas.....	146

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

ADIAR	: Asociación para el Desarrollo Integral Alternativo regional.
CAP	: Conocimiento-actitud-práctica.
CENAN	: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
CEPREN	: Red Peruana de lactancia Materna.
CRED	: Crecimiento y Desarrollo.
DIRESA	: Dirección Regional de Salud.
ENDES	: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.
FAO	: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
IEC	: Información Educación y Comunicación.
INEI	: Instituto Nacional de Estadística e Informática.
MIDIS	: Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.
MINAGRI	: Ministerio de Agricultura y Riego.
OMS	: Organización Mundial de la Salud.
ONG	: Organismo No Gubernamental.
OPS	: Organización Panamericana de Salud.
SINASAN	: Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.
UNICEF	: El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
UNMSM	: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

GLOSARIO

Antropometría: Se ocupa en analizar los aspectos genéticos y biológicos del ser humano, bien sea grupos, razas.

Alimentación complementaria: proceso que comienza cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante, y por tanto se necesitan otros alimentos y líquidos, además de la leche materna.

Asistencia social: Asociada a un servicio que se prestara para solucionar el problema de las madres en cuanto al escaso conocimiento de alimentación, u otra índole con el fin de mejorar las condiciones de vida de las familias.

Deglución: Este verbo menciona el paso de los alimentos o de otras sustancias por la boca para llegar al estómago, las madres deberán conocer términos ejemplificados para poder entender la importancia del proceso alimenticio de sus niños menores.

Desarrollo psicobiológico: Estudia la conducta humana de las madres, saber y entender porque actúan así con sus niños menores de cinco años.

Desnutrición crónica: Es el resultado de desequilibrios nutricionales sostenidos en el tiempo y se refleja en la relación entre la talla del niño o niña y su edad.

Enfermedades crónicas: Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta, estas pueden hacer que la salud de los niños y niñas menores de edad sean más vulnerables.

Epidemiológico: Es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud.

Interculturalidad: Es el proceso de comunicación entre diferentes grupos humanos, con diferentes costumbres, de allí que cada madre compartan diversos conceptos con respecto a la alimentación de los menores de cinco años.

Intrafamiliares: Son las decisiones que se toman dentro del seno de un hogar de allí que se decida los tipos de alimento que se tomaran durante el día.

Retrospectiva: Se toma en cuenta, la información pasada, que respecta al estudio de la investigación.

Sistema inmunológico: Es la defensa natural del cuerpo contra las infecciones, como las bacterias y los virus.

Sociocultural: Conjunto de ideas que se hacen innatas de acuerdo al contexto social que les rodea.

RESUMEN

La investigación se realizó antes y después del proyecto “Bases productivas para la Seguridad Alimentaria en el caserío Montesorco, provincia de San Marcos - Cajamarca 2010- 2012”, tuvo como objetivo determinar y analizar la importancia del nivel de conocimientos y actitudes sobre alimentación infantil mediante el fomento de actividades agropecuarias en la zona, enfocando el estudio en 30 madres de familia del caserío Montesorco con niños y niñas menores de 5 años de edad. El estudio cuali-cuantitativo corresponde a una investigación descriptiva, transversal, retrospectiva y analítica, realizándose un análisis previo de la situación actual y un estudio posterior, recalcando la importancia del tipo de información recopilada y contribuyendo a la investigación con técnicas como encuestas (con escala tipo Likert, estadígrafo alfa de CRONBACH), Grupo Focal y Guía de observación. La información obtenida ayudó a realizar un contraste con las hipótesis planteadas sobre la variación que tienen las madres antes y después del proyecto, con respecto a los conocimientos y actitudes frente a una adecuada alimentación, acceso a alimentos en cantidad y calidad, adopción de prácticas nutricionales higiénicas y saludables, observando que de 30 madres de familia 8 tenían buen conocimiento sobre alimentación infantil antes del proyecto, sin embargo después del proyecto se obtuvo como resultado a 15 madres con buen conocimiento sobre alimentación infantil. Del mismo modo se identificó que antes del proyecto 10 madres tenían actitud favorable sobre la alimentación infantil, no obstante después del proyecto se observó como resultado a 17 madres con actitudes positivas en cuanto a la alimentación infantil. Los hallazgos de la investigación dieron como resultado la aceptación de las hipótesis alternativas del problema de investigación. Por lo tanto se determinó que el proyecto sí contribuyó pero no en la magnitud esperada con la intervención del proyecto.

Palabras clave: Alimentación infantil, madres de familia, conocimientos, actitudes y niños(as).

ABSTRACT

The research made through this project “Bases productivas para la Seguridad Alimentaria en el caserío Montesorco, provincia de San Marcos- Cajamarca 2010-2012”, helped to determine and analyze the importance of the knowledge’s level and attitudes about infant feeding through the improvement of agricultural activities in the area, focusing in the investigation of thirty housewives of the group of country houses of Montesorco with children less than five years old. This study belongs to a descriptive investigation, analytical and retrospective transversal, It was also done a previous analysis of the present situation and post-study, highlighting the importance of the type of information collected contributing to the investigation through diverse techniques like survey, the scale type Likert, alpha statistician of CRONBACH, Focal Group, and statistic software SPSS. The information obtained helped to contrast with the hypothesis established about the variation of the housewives before and after the project with respect of the level of knowledge and attitudes against an adequate alimentation, food access in enough quantity and quality, the adaptation of nutritional practices, healthy and hygienic, observing that of thirty housewives eight had good knowledge about infant feeding before this project, nevertheless after this project the results obtained were of fifteen housewives had good knowledge about infant feeding. In the same way, before this project, there were only ten housewives with a favorable attitude about the alimentation of their children, however, after this project the result observed seventeen housewives with positive attitudes regarding infant feeding. The conclusions of the present investigation resulted in the acceptance of alternatives hypothesis of the investigation’s problema. Therefore, it was determined that the project did help housewives, but not in the expected magnitude with the intervention of the project.

Keywords: infant feeding, housewives, knowledges, attitudes and children

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del Problema

1.1.1. Contextualización.

La alimentación del niño y/o niña hasta los 5 años de vida, tiene una repercusión importante en la salud durante la adolescencia y adultez, las pautas alimentarias y hábitos adecuados, contribuirán a garantizar la salud de los mismos¹. El aprendizaje de los hábitos alimentarios está condicionado por numerosas influencias procedentes, sobre todo, de la familia (factores sociales, económicos y culturales), y de la publicidad ².

Algunos estudios epidemiológicos muestran que aunque en ocasiones la población está informada y conoce los conceptos básicos de una dieta saludable, estos conocimientos no se traducen en consumos reales de alimentos que formen parte de una dieta ³. El conocimiento de las madres sobre alimentación infantil es sumamente importante porque determina los hábitos de consumo alimentario dirigido hacia sus niños(as) ⁴. La adquisición de conocimientos se considera positiva, en la medida que repercute y refuerza la práctica alimentaria correcta mediante la creación de buenas actitudes hacia la alimentación saludable. Sin embargo, no es suficiente que la información sea correcta, es necesario dar una mirada a la capacidad de adquirir la cantidad y calidad de alimentos necesarios para las familias, lo cual se ve afectado por la situación de pobreza y extrema pobreza que limita el acceso a los servicios de educación, salud y saneamiento, contribuyendo al mantenimiento del ciclo de pobreza ². Esto debido a que el

Perú es uno de los países con menores avances en materia de soberanía y seguridad alimentaria.

Para enfrentar la pobreza y la desnutrición en el Perú, los sucesivos gobiernos desarrollaron programas asistenciales, destinados a mejorar las prácticas alimentarias de la población con menores recursos, sobre todo dirigidos a la población rural. En los tres últimos períodos de gobiernos nacionales, las acciones en el tema de alimentación se convirtieron en un instrumento de política para disminuir los efectos de la crisis económica nacional, luego se estableció como política de Estado, especialmente diseñada para las personas empobrecidas. Sin embargo los mismos no han tenido un adecuado planeamiento, organización ni dirección, por lo que antes de solucionar los problemas, en algunos casos no han contribuido a mejorarlo ⁵.

Desde ese momento hasta la actualidad nuestro país no ha adoptado políticas públicas agresivas orientadas a garantizar el derecho a la alimentación de la población, cabe mencionar que en el año 2013 se denominó oficialmente “Año de la Inversión para el Desarrollo Rural y la Seguridad Alimentaria”, a fines del mismo año se aprobó la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria (D.S. N°021-2013-MINAGRI) ⁶. Pese a ello se sigue evidenciando la escasa voluntad del Gobierno y del Congreso de la República para avanzar hacia una legislación que instituya expresamente el derecho humano a una alimentación adecuada, especialmente a la población infantil que es la más vulnerable. Sin embargo a principios del año 2015 la Comisión de Inclusión Social del Congreso de la República aprobó por unanimidad el proyecto de ley N° 3981, que propuso la creación del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SINASAN) teniendo como propósito garantizar el derecho a una adecuada

alimentación para lo cual tiene el deber de desarrollar una educación con hábitos alimenticios saludables ⁷.

En el gobierno del ex presidente Ollanta Humala, la frase “Incluir para Crecer” se convirtió en el eje de la política del gobierno, con once programas sociales focalizados en las zonas rurales de mayor pobreza ⁵. Bajo este propósito se creó el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), con la finalidad de lograr una mayor articulación, en base a la Estrategia Nacional Incluir para Crecer y la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria, cuya finalidad es la reducción de la desnutrición crónica infantil, desarrollo infantil temprano, políticas a favor de los niños y adolescentes, inclusión productiva y atención a adultos mayores. Estos documentos, son los que rigen la política social del país en el corto, mediano y largo plazo. Sin embargo, en los mismos no existen objetivos y metas precisas, con el propósito de incrementar los niveles de alimentación que conlleven a reducir los niveles de pobreza existentes en el país, con énfasis en los grupos de mayor vulnerabilidad ⁸.

1.1.2. Descripción del problema.

Las prácticas inadecuadas en alimentación infantil están determinadas en su mayoría por inadecuados conocimientos en alimentación y sobre todo por barreras culturales predominantes en las sociedades y familias. En lugares donde existe disponibilidad de alimentos de alta calidad, las familias prefieren venderlos en lugar de consumirlos y casi siempre no se brinda a los niños(as) más pequeños ⁹.

La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (2016) ¹⁰, menciona que por lo menos 156 millones de niños(as) menores de

cinco años sufren retraso del crecimiento debido a la desnutrición crónica y 50 millones de niños(as) están en peligro por desnutrición aguda, a causa de escasez de alimentos, dieta pobre en vitaminas y minerales, cuidado infantil inadecuado y enfermedades. En el año 2015 la desnutrición crónica afectó al 23,2% de niños(as) (casi uno de cada cuatro) en el mundo. Refiere que la malnutrición se da por causas muy diversas: comer muy poco, comer mucho, combinar incorrectamente los alimentos, ingerir alimentos con poco o ningún valor nutricional, o alimentos contaminados. En tal sentido la inadecuada alimentación infantil es una problemática tratada a nivel mundial que aqueja principalmente a los niños (as) de las zonas más vulnerables, que no tienen acceso a una adecuada alimentación por escasos recursos económicos, debido a su estructura social y cultural, lamentablemente esta situación persiste en mayor medida en algunas sociedades, pese a las políticas y acciones tomadas por sus respectivos gobiernos.

De acuerdo al Banco Mundial (2015) ¹¹, más de 7 millones de niños (as) menores de cinco años sufren desnutrición crónica en América Latina. La desnutrición infantil trae consecuencias negativas que conllevan a una tasa mayor de mortalidad, bajo desempeño durante la etapa de aprendizaje de habilidades cognitivas, sociales y emocionales, bajo desempeño escolar y limitada productividad laboral en la edad adulta. Este proceso tiene una relación directa con la transmisión intergeneracional de la pobreza y la desigualdad en las familias de escasos recursos.

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (2016) ¹², refiere que Perú ha alcanzado significativos avances consiguiendo reducir malnutrición por defecto como lo muestra la tasa de desnutrición crónica en los niños(as) menores de

cinco años de 28.5% a 13.1% entre el 2006 y el 2016, así también, Cajamarca disminuyó de 46.6% a 26%. El mismo año, la tasa de anemia niños(as) en menores de 36 meses de edad, a nivel nacional disminuyó de 56.8% a 43.6% respectivamente, al mismo tiempo en Cajamarca también se redujo de 54.2% a 30.3% correspondientemente. Sin embargo aún no existen acciones concretas que ayuden a erradicar esta problemática que afecta a un número importante de niños(as) en situación de pobreza y pobreza extrema, que no tienen acceso a una alimentación saludable.

Una adecuada alimentación durante los primeros años de vida es fundamental para asegurar el crecimiento y mantener la salud durante la etapa adulta ¹. Conocemos que en los primeros meses de vida, la lactancia materna exclusiva es fundamental y a partir de los 6 meses se debe iniciar una etapa conocida como alimentación complementaria, donde se introduce alimentos diferentes a la leche materna de manera gradual y progresiva, y tiene por objetivo cubrir las necesidades nutricionales del niño(a), favorecer la interrelación madre-hijo, ayudar a la transición del lactante de una dieta líquida a la del consumo familiar, así como favorecer hábitos saludables de alimentación del niño(a) durante los primeros 5 años de edad ¹³. Para lograr todo ello es importante que la madre tenga conocimientos adecuados en alimentación infantil y pueda practicarlos en su vida diaria. Las actitudes como estados de disposición psicológica, son adquiridas y organizadas a través de la experiencia que incita a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones, es así que estas pueden ser favorables o desfavorables, de rechazo o aceptación, lo que determina adecuadas actitudes frente a la alimentación infantil¹⁴.

ENDES (2016) ¹² menciona que las madres con menor nivel educativo tuvieron una mayor proporción de niños(as) con desnutrición global en relación a las de mayor educación, esto refleja que las madres por tener desconocimiento o inadecuada información sobre que alimentos darle a sus niños(as), les brindan una alimentación basada mayormente en alimentos energéticos y no saludables, lo cual hace suponer que no tendrían adecuado conocimiento en alimentación infantil.

Las inadecuadas prácticas en manipulación y conservación de los alimentos durante la cadena alimentaria (producción, almacenamiento, procesamiento y distribución) producen importantes pérdidas que no están siendo valoradas. Estas prácticas inadecuadas se deben al desconocimiento y/o a la insuficiente importancia que se da a estos aspectos. Asimismo están directamente relacionado con las precarias condiciones de higiene, con los limitados servicios de saneamiento básico de agua, desagüe y con la carencia en el equipamiento básico de cocina y de conservación de alimentos que se observa en numerosas familias, especialmente en áreas rurales de la sierra y selva ¹⁵.

En la provincia de San Marcos la situación fue similar, para el año 2016 el 32.7 % de niños(as) menores de 5 años de edad padecieron desnutrición crónica, porcentaje menor al año anterior (35.7%), al mismo tiempo un 37.8% de niños(as) tenían anemia. Esto se debió al insuficiente acceso de las familias campesinas a los servicios de salud, educación, saneamiento e inadecuados hábitos en alimentación, en sus estilos de vida, y la escasa capacitación para el desarrollo de sus actividades productivas ¹⁶.

No obstante, la provincia de San Marcos cuenta con diferentes instituciones y organismos no gubernamentales que realizan diversas acciones para combatir

problemas de malnutrición en poblaciones vulnerables como mujeres gestantes, niñas(as) menores de 5 años. En este sentido, el organismo no gubernamental ADIAR (Asociación para el Desarrollo Integral Alternativo Regional) ¹⁷ , implementó el proyecto “Bases Productivas para la Seguridad Alimentaria en las familias del caserío Montesorco, Provincia San Marcos-Cajamarca”, con el afán de combatir problemas de salud y malnutrición.

La intervención estuvo enmarcada centralmente en la seguridad alimentaria, saneamiento y acceso a agua potable. En efecto también intervino en la diversificación de cultivos con la finalidad de mejorar los niveles de producción agropecuaria, con lo cual podrían las familias garantizar el autoconsumo, reforzando las prácticas adecuadas en alimentación y abriendo la posibilidad de generar excedentes para permitir la adquisición de alimentos no disponibles en la zona ¹⁷.

Sobre las bases de las ideas expuestas el estudio se centró en comprender y evaluar los conocimientos y actitudes sobre alimentación infantil de las madres de niños(as) menores de 5 años, antes y después de la intervención del proyecto, siendo de gran interés para el investigador como Profesional de Enfermería, con el propósito de conocer las causas que generan el éxito o fracaso de las intervenciones y así incrementar la efectividad e impacto del proyecto, en efecto llegar a un análisis integral de los objetivos y metodologías propuestas.

1.1.3. Formulación del problema.

El problema que da origen a la presente investigación es el siguiente:

¿Cuáles son los conocimientos de las madres sobre alimentación infantil, antes y después de la intervención del proyecto “Bases productivas para la Seguridad

Alimentaria en el caserío Montesorco, provincia de San Marcos- Cajamarca 2010- 2012”?

¿Cuáles son las actitudes de las madres sobre alimentación infantil, antes y después de la intervención del proyecto “Bases productivas para la Seguridad Alimentaria en el caserío Montesorco, provincia de San Marcos- Cajamarca 2010- 2012”?

1.2. Justificación e importancia de la investigación

1.2.1. Justificación científica.

En los últimos años se han incrementado en el Perú la presencia de organismos no gubernamentales (ONGs), los cuales han realizado un sin número de intervenciones en educación alimentaria, sin embargo muchas de estas intervenciones no han generado los resultados de impacto deseados.

La finalidad es lograr una mayor eficacia en las intervenciones realizadas en el tema de alimentación infantil, tanto en la madre como en el niño(a), teniendo en cuenta que es difícil modificar actitudes en las personas pero no imposible poder lograr que tomen conciencia de lo beneficioso que es para la salud desarrollar determinadas conductas y actitudes, pues se considera una inversión a largo plazo que tiene beneficios no solo para el individuo, sino también para la sociedad. Al mismo tiempo el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) ¹⁸, mencionan que a menudo, los niños(as) más desfavorecidos son los que menos posibilidades tienen de acceder a los elementos esenciales para un desarrollo saludable y una adecuada alimentación infantil, esto conlleva a que el niño(a) crezca en un ambiente de estrés tóxico, debido a la indisponibilidad de alimentos, servicios básicos y problemas en el entorno

familiar, que a largo plazo puede acarrear problemas físicos, mentales y conductuales del niño(a) en la edad adulta. Al respecto se considera que las acciones realizadas en este nivel son las de mayor costo beneficio en países en vías de desarrollo.

Es pertinente y de suma importancia el presente estudio a fin de obtener resultados en conocimientos y actitudes que poseen las madres sobre alimentación infantil, que permitan incorporar al conocimiento científico, acciones a seguir en cuanto a educación en alimentación saludable en niños(as) menores de 5 años.

1.2.2. Justificación técnica práctica

Siendo conocedores que los conocimientos y actitudes de las madres tienen causas múltiples y se ven reflejados muchas veces en la malnutrición infantil, según la OMS ¹⁹ un 45% (2,7 millones de niños y niñas) de defunciones en niños(as) se relaciona directamente a la malnutrición. Es por ello que los hallazgos de la investigación contribuyen a un enfoque real y útil de la sociedad, asimismo aporta nuevos conocimientos en el campo de la salud pública y dará curso a mejores intervenciones educativas sobre alimentación infantil, incentivando a la enfermera, específicamente al área de Crecimiento y Desarrollo (CRED) a brindar un mejor servicio de salud, permitiendo replantear estrategias que promuevan la salud del individuo, familia y comunidad en beneficio de los niños(as)

1.2.3. Justificación institucional y personal.

El estudio servirá como base a las autoridades locales para generar una gestión articulada y activa en cuanto al fomento de acciones y/o actividades que

contribuyan a una adecuada alimentación infantil en la comunidad, facilitando el logro de metas propuestas. Al mismo tiempo se puedan gestionar mayores recursos económicos necesarios para trabajar el tema de nutrición infantil en madres con niños y/o niñas menores de 5 años de edad en la comunidad, contribuyendo a la reducción de los indicadores en temas de desnutrición y enfermedades de riesgo. Asimismo servirá de apoyo en futuras intervenciones a otras instituciones públicas y privadas (ONGs) a partir de los resultados obtenidos.

Desde esta perspectiva, la enfermería como profesión contribuirá con el desarrollo de nuevos conocimientos y prácticas que se reflejarán en los servicios brindados en los Centros de Salud, en temas de alimentación infantil, buenas prácticas saludables y prevenciones de enfermedades. De esta manera adquiriendo nuevas capacidades profesionales que contribuyan a aplicar el sentido y el valor de las normas éticas y jurídicas de la profesión, así como formar juicios sobre la realidad que la conduzca a actuar con pleno conocimiento y realizar investigaciones de proyección social en otros ámbitos.

1.3. Delimitación de la investigación

La investigación se realizó antes y después de la implementación del proyecto: **“Bases Productivas para la Seguridad Alimentaria, en las familias del caserío Montesorco, Provincia San Marcos-Cajamarca”**. El cual tuvo como propósito mejorar la producción alimentaria incentivando la agricultura familiar y comunitaria, utilizando prácticas que respeten y protejan el medio ambiente de forma en que la población cuente con producción suficiente para asegurar el autoconsumo y contar con excedentes para la comercialización. Por consecuencia incremente la renta familiar y mediante la capacitación brindada,

finalmente mejoren los hábitos alimenticios y de higiene en las poblaciones vulnerables como son niños(as) menores de 5 años, mujeres en edad fértil, madres gestantes y madres lactantes, con el fin de disminuir y prevenir la malnutrición ¹⁷.

El proyecto persiguió tres objetivos principales:

- Acceso a alimentos en cantidad y calidad suficiente mediante la diversificación agropecuaria promoviendo acceso y gestión sostenible de recursos naturales productivos. Para promover el acceso a alimentos que posibiliten una mejora de hábitos alimenticios de la población, con el fin de disminuir y prevenir la desnutrición, impulsando el desarrollo agropecuario, diversificando y mejorando la producción. Algunas de las líneas concretas de acción fueron: acceso a agua para riego y consumo animal, asistencia técnica y capacitación para el mejoramiento de suelos, la instalación de huertas de hortalizas y frutales, mejora de cultivos tradicionales, mejora de producción pecuaria.
- Promoción y prevención de salud familiar y comunitaria con mejoras en el acceso a agua para consumo humano y concienciando sobre hábitos alimenticios y de higiene saludables, priorizando el consumo de alimentos tradicionales locales con potencial nutritivo.
- Fortalecimiento de las organizaciones campesinas e indígenas a nivel comunal, distrital y municipal, con participación activa de varones y mujeres, lo que redundará en el fortalecimiento de la gobernabilidad local, el respeto de los derechos fundamentales a través de una participación real y efectiva, consolidando el ejercicio de la ciudadanía.

La población beneficiaria del proyecto fueron las familias campesinas que habitaban en caseríos altos andinos en situación de pobreza y extrema pobreza. Como consecuencia fue población altamente vulnerable sin acceso a servicios básicos y que presenta alta tasa de desnutrición crónica, enfermedades y en general grave menoscabo de su calidad de vida. La estrategia de la intervención se basó en el incremento de la producción de los cultivos tradicionales andinos y la diversificación y mejora de los niveles de producción agropecuaria, con el fin de conseguir un autoconsumo nutricionalmente equilibrado y la comercialización local de los excedentes agropecuarios. De esta manera las familias incrementan sus ingresos económicos para satisfacer otras necesidades como la salud, educación, vestido, etc. Finalmente se educará a las familias campesinas en “el buen vivir”, para ello se desarrollarán actividades de capacitación en educación sanitaria y se fortalecerán las Juntas Administrativas de Servicio de Saneamiento (JASS). El desarrollo de las actividades se efectuaron con respecto y cuidado del medio ambiente y fomentando la equidad de género ¹⁷.

El proyecto buscó mejorar las condiciones de seguridad alimentaria (eje productivo), salud (eje sanitario) y medio ambiente (eje ambiental) en las familias de las comunidades que constituyen el ámbito del proyecto. Asimismo se intervino en la diversificación y mejora de los niveles de producción agropecuaria y en el aumento de la capacidad para la explotación adecuada de las parcelas. Garantizando el autoconsumo, reforzando la dieta alimentaria y abriendo la posibilidad para permitir la adquisición de otros alimentos que no se den en la zona. Para tal fin la intervención se dividió en los siguientes componentes ¹⁷:

- 1) **Fomento de actividades agropecuarias:** este componente propició el desarrollo de cultivos autóctonos con alto valor proteico, la diversificación de la producción y el desarrollo de crianza de animales de raza mejorada para obtener productos de origen animal, así como a producción de alimentos equilibrados.
- 2) **Realización de actividades de formación y capacitación:** este componente propició la capacitación a la población en Nutrición y Alimentación, Educación Sanitaria y capacitación integral a cargo de la profesional en Enfermería.
- 3) **Mejora de infraestructuras:** este componente favoreció la construir infraestructuras de riego tecnificado, cocinas mejoradas y módulos sanitarios.
- 4) **Forestación de parcelas:** este componente favoreció el desarrollo de actividades de forestación para evitar la erosión de los suelos y contribuir a mejorar el medio ambiente.

De las afirmaciones anteriores, para la presente investigación, se tomó en cuenta únicamente el componente de ***“Realización de actividades de formación y capacitación”***, el cual consistió específicamente en sensibilizar en torno al tema de nutrición, alimentación y el mejoramiento de los patrones alimenticios, así también de los cambios de conducta en los cuidados higiénicos, en el mismo sentido se realizaron capacitaciones a los beneficiarios brindando herramientas para darle continuidad a esta iniciativa. En efecto, el componente 2 estuvo presente en la totalidad de las actividades programadas, tanto las productivas como las sanitarias o medioambientales, desarrollando eventos, cursos y talleres dirigidos a las familias y a los promotores sociales de cada comunidad con el

objetivo de fortalecer las organizaciones comunales para consolidar la gestión participativa de la política de seguridad alimentaria. En este sentido a través de la capacitación brindada a los beneficiarios del proyecto, se promovió las mejoras de los indicadores nutricionales, de salud y educación sanitaria, especialmente en niños(as) menores de 5 años, mujeres en edad fértil, madres gestantes y madres lactantes, de acuerdo a ello se facilitará la investigación en el tema de alimentación infantil ¹⁷.

PRIORIDADES DEL PROYECTO

a) Equidad y género. La igualdad de género fue fundamental en la estrategia del proyecto y esencial para alcanzar los demás objetivos de la propuesta. Las iniciativas encaminadas a superar el problema central giraron en torno al papel que debe desempeñar la mujer en el desarrollo de las actividades.

El proyecto, buscó contribuir a la consolidación de mecanismos de participación y prácticas socioculturales que promuevan los derechos de las mujeres y las niñas y fomenten la equidad y la igualdad entre géneros. Una de las actividades consistió en capacitar y educar a los esposos que consideren a sus esposas con los mismo derechos, las mismas oportunidades y la misma capacidad que ellos. Promovió la equidad de género a través de la transversalización de la perspectiva de género, el cual se apoyó en lo siguiente:

- Generación de capacidad, dirigido a los hombres y mujeres para integrar los desafíos en materia de igualdad de género en toda la convivencia familiar, así como en sus comunidades.

- Incidencia y asesoramiento sobre políticas públicas a dictarse por los gobiernos locales que promuevan la equidad de género y el empoderamiento de las mujeres.
- Apoyo a intervenciones específicas que beneficien a las mujeres como talleres, organizaciones, etc.

b) Protección del medio ambiente y su generación sostenible. Se promovió aprovechar los recursos naturales sin causar daño alguno en la naturaleza. Se planteó un modelo que considerara su ciclo de recuperación y una organización del trabajo humano que garantice un progreso sostenido en el tiempo, en armonía con la conservación del medio ambiente y con el bienestar de todas las personas. Se apoyó en los siguientes pilares:

- Protección de la capa de ozono
- Protección de las aguas
- Protección de la biodiversidad
- Adaptación al impacto del cambio climático
- Conservación de los suelos

c) Fomento de la diversidad cultural. Fue la fuerza motriz del desarrollo de las comunidades campesinas, en lo que respecta al crecimiento económico, como medio para una vida cultural, afectiva, moral y espiritual más enriquecedora.

El fomento de la diversidad cultural constituyó un reto para ADIAR y se situó en el núcleo de la intervención. La estrategia fue respetar las expresiones culturales e interculturalidad de los caseríos donde se desarrolla el proyecto, entre estas, están sus costumbres, historia, lenguas-dialectos,

folklore, religión etc. La diversidad cultural fue una oportunidad aprovechable para el logro del propósito. Se tomó en cuenta lo siguiente:

- En la construcción de la identidad: tensión entre la homogeneización cultural y el respeto a las diferencias.
- En la construcción de la convivencia: tensión entre la intolerancia y la valoración del otro.
- En la construcción de la equidad: tensión entre la exclusión y la inclusión.

En bases a las ideas expuestas, la investigación se realizó en madres de familia con niños y/o niñas menores de 5 años de edad. El estudio se centró en determinar y analizar los conocimientos y actitudes de las madres de familia en el tema de la alimentación infantil, que son quienes tienen la principal responsabilidad del cuidado del lactante y tienen la potestad de decidir qué alimentos ofrecer al niño(a).

El estudio se llevó a cabo en el periodo de marzo del 2010 a octubre del 2012, trabajando con una población de 30 madres con niños(as) menores de 5 años, residentes en el caserío Montesorco-San Marcos. Para realizar la investigación se consideraron las condiciones sociales, económicas y educativas, que ayudaron a analizar el problema de investigación. Asimismo se tomó en cuenta la importancia de las características socioculturales, costumbres, roles y actitudes establecidas por el entorno social de las madres de familia del caserío Montesorco, ya que determinaron la adaptación y la convivencia en su comunidad.

1.4. Objetivos

a) Objetivo General.

Analizar los conocimientos y actitudes de las madres de familia sobre alimentación infantil, antes y después de la intervención del proyecto “Bases Productivas para la Seguridad Alimentaria en el caserío Montesorco, provincia de San Marcos-Cajamarca 2010 - 2012.

b) Objetivos específicos.

Determinar las características socioeconómicas de las madres con niños y niñas menores de 5 años del caserío Montesorco.

Determinar el conocimiento de las madres de familia sobre alimentación infantil, antes y después de la intervención del proyecto “Bases Productivas para la Seguridad Alimentaria en el caserío Montesorco, provincia de San Marcos - Cajamarca 2010 – 2012”.

Describir la actitud de las madres sobre alimentación infantil, antes y después de la intervención del Proyecto “Bases Productivas para la Seguridad Alimentaria en el caserío Montesorco, provincia de San Marcos - Cajamarca 2010 – 2012”.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación o marco referencial

A Nivel Internacional.

Carchi, M. y Chuquin, M. (Ecuador, 2015). En su estudio sobre “Prácticas de lactancia materna y de alimentación complementaria en los niños y niñas de 0 a 23 meses de edad, en el hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca”, realizaron un de análisis descriptivo sobre las prácticas de lactancia materna y de alimentación complementaria en los niños(as) de 0 a 23 meses de edad. El estudio reveló que la mayoría de niños recibieron leche materna alguna vez, con el 95,1% de los casos, también se encontró que en 13,4% de las madres introduce precoz e inadecuadamente los alimentos complementarios antes de los 6 meses de edad, además se observó que a partir de los 6 meses de edad, apenas el 11% todavía mantiene esta práctica. Esto evidencia se persiste la necesidad de medidas necesarias para el mejoramiento de las prácticas alimenticias en niños menores de dos años ²⁰.

Barrera, L. et al. (Colombia, 2014). En su estudio denominado “Intervención educativa para modificación de conocimientos, actitudes y prácticas sobre nutrición en Boyacá, Colombia”, se planeó un programa con enfoque metodológico que se basaba en el aprendizaje a través de actividades teórico - prácticas de participación comunitaria, aplicado a 18 madres. El Programa favoreció de manera significativa a los cambios sobre conocimientos en nutrición, actitudes y prácticas, con el aumento del consumo del grupo de proteínas. Concluyendo que existe un impacto favorable reflejado en las

modificaciones cuantitativas en los conocimientos, actitudes y prácticas se traducen en el grado de aceptación del programa por las madres participantes ²¹.

Benjumea, M. et al. (Colombia, 2013). Investigó “Conocimientos y prácticas de gestantes y cuidadores sobre lactancia materna en cinco municipios Caldenses – Colombia”. En su estudio descriptivo transversal con abordaje cualitativo y cuantitativo tuvo como objetivo identificar conocimientos y prácticas de gestantes y cuidadores sobre lactancia materna. El resultado fue que los participantes coincidieron en la importancia del valor y los beneficios de la lactancia materna tanto para el bebé como para la madre. Las mayores distorsiones entre conocimientos y prácticas se encontraron en el tiempo adecuado para amamantar exclusivamente al bebé, en las técnicas de amamantamiento, en el proceso de destete y en los alimentos que según ellos ayudan a bajar la leche. Plantearon también que se debe amamantar durante seis meses sin incluir otros alimentos. Los hallazgos de este estudio respaldan el papel clave que juegan el personal de salud y las instituciones de atención del parto para promover la lactancia materna exclusiva mediante la educación sobre técnicas exitosas de amamantamiento ²².

Galindo, L. (Guatemala, 2013). En su investigación “Conocimientos Actitudes Prácticas Lactancia Materna en Escuintla, Guatemala”, tuvo como objetivo identificar los conocimientos, actitudes y prácticas que interfieren en el inicio, duración, intensidad y tipo de la lactancia materna. Los resultados obtenidos fueron que el 100% de las madres coinciden en que la lactancia materna es el mejor alimento para sus hijos; 41.03% de ellas, creen que es importante darla de forma exclusiva por seis meses y solo 13% considera

que no hay diferencia entre utilizar los productos similares a la leche o la leche materna en sí²³.

A Nivel Nacional.

Carrascal, M. y Pineda, G. (Trujillo, 2016). Realizaron una investigación titulada, “Efectividad de un programa educativo en nivel de conocimiento materno sobre nutrición en preescolares”, investigación de tipo cuantitativa, pre-experimental, aplicada a 30 madres de preescolares de 3 años. Donde menciona que antes de la aplicación del programa educativo un 6.8% de madres presentaron nivel de conocimiento alto, un 53.2% de nivel medio, y un 40% de nivel bajo. Después de la aplicación del programa educativo los resultados fueron que 43.3% de madres obtuvieron un nivel de conocimiento nivel alto, 50.1% de nivel medio, y un 6.6% de nivel bajo. Concluyendo que el programa educativo fue altamente significativo al incrementar más del 40% en el nivel de conocimiento materno sobre nutrición de preescolares²⁴.

León, R. (Juliaca, 2016). Presentó un estudio denominado “Conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud de Revolución, Juliaca – 2015”, con una muestra de 63 madres de niños de 6 a 24 meses. Los resultados evidencian que el 28.6% de madres presentan un conocimiento bajo, seguido por un 54% que presentan un conocimiento medio y por último el 17.5% que presentan un conocimiento alto en el tema de alimentación complementaria. Con respecto a las prácticas en alimentación complementaria, el 74.6% presentan prácticas desfavorables, seguido del 25.4% presentan prácticas favorables, evidenciando que existe una correlación directa y significativa entre las variables de estudio.

Donde se concluye que existe relación significativa entre conocimientos y prácticas ²⁵.

Fernández, G R. et al (Lima, 2015). En el estudio titulado, “Nivel de conocimiento sobre prevención de obesidad infantil en madres de preescolares de la institución educativa Inicial Luis Enrique XIII, Comas - 2015”, realizado con una población conformada por 60 madres de niños preescolares de dicha institución. Se obtuvo que el 42% de las madres alcanzaron un nivel de conocimiento medio sobre prevención de la obesidad infantil, mientras que el 25% alcanzó un nivel de conocimiento bajo. En relación a las dimensiones, todas alcanzaron en su mayoría un nivel de conocimiento medio, generalidades de obesidad infantil (65%), alimentación saludable (40%) y actividad física (59%). Concluyendo que la mayor parte de madres en estudio tienen un nivel de conocimiento medio sobre prevención de obesidad infantil ²⁶.

Zavaleta, S. (Tacna, 2013). En su investigación “Conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses que asisten al consultorio CRED, en el P.S. Cono Norte”, con una muestra de 100 madres, se obtuvo como resultados que las madres poseen un nivel bueno de conocimientos sobre alimentación complementaria. Por otro lado el mayor porcentaje de niños lactantes menores tiene un estado nutricional de normal o eutrófico. Concluyendo que si existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses de edad que asiste al consultorio de CRED²⁷.

Durand D. (Lima, 2010). En su estudio realizado titulado, “Relación entre el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación infantil y el

estado nutricional de los escolares de la Institución Educativa Inicial - N° 111, Callao-Lima”, obtuvo como resultados que del 100%, 30 de madres evaluadas, 67% (20 madres) presentó un nivel de conocimientos de medio a bajo sobre alimentación saludable. En cuanto al estado nutricional de preescolares, el 34% (11 preescolares) presentó algún tipo de desnutrición y 20% (6 preescolares) presentó obesidad. La conclusión a la que llegó fue que la mayoría de las madres presentó un nivel de conocimientos de medio a bajo y sus hijos presentaron algún tipo de alteración nutricional ¹⁵.

A Nivel Regional.

CENAN (2013). Presentó el informe final del proyecto PREDECI, ejecutado en 28 distritos y 761 centros poblados principalmente rurales de Cajamarca, con la finalidad de reducir la Desnutrición Crónica Infantil en Cajamarca. De los resultados, se encontró lo siguiente: mostraron efectos positivos en algunos indicadores de conocimientos y prácticas en alimentación y nutrición como lactancia materna exclusiva. En cuanto a la alimentación complementaria adecuada en niños de 6 a 11 meses, se observa un aumento de 14 % (de 22.5% a 36.4%), en comparación a los datos de la línea basal. También se halló que después del proyecto, el 81.2% de las gestantes se lavan las manos después de ir al baño, 80% antes de preparar los alimentos, 50.6% antes de servir los alimentos, 24,4% antes de comer y el 8.2% después de cambiar el pañal. Mientras que el 2.4% se lavan las manos en los cuatro momentos priorizados por el Proyecto. En el caso de la práctica de lavado de manos en madres se dan efectos positivos, en el aumento de la proporción de las madres que se lavan las manos en los cuatro momentos críticos, así como en los momentos específicos: después de ir al baño y después de cambiar pañales ²⁸.

Por otro lado, el 53% de las municipalidades del ámbito iniciaron con la formulación de planes de desarrollo incluyendo proyectos productivos orientados al autoconsumo. Para las madres dentro de los logros del proyecto, destacan el cambio de actitud para brindar tiempo y cuidado al niño, incorporación de conocimientos y prácticas saludables sobre todo las más factibles de adoptar, y los beneficios directos de evitar la aparición de desnutrición ²⁸.

2.2. Marco doctrinal de las teorías particulares en el campo de la ciencia en la que se ubica el objeto de estudio (Bases Teóricas)

TEORÍA DE NOLA PENDER “MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD”

La Teoría de Nola Pender llamada “Modelo de Promoción de la Salud”, identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, teniendo como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando exista una pauta para la acción. En otras palabras explica como las características y experiencias individuales así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en actitudes de salud. En efecto, la teoría sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud basándose en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable ²⁹.

Nola Pender planteó que promover un estado óptimo de salud era un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas, es decir existen factores que influyen en la toma de decisiones de los individuos, los cuales pueden ser claves

para prevenir la enfermedad, en tanto, la modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud ²⁹.

La teoría de Modelo de Promoción de la Salud se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura, la primer teoría es: la Acción Razonada, originalmente basada en Ajzen y Fishben, explica que el mayor determinante de la conducta del individuo, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo; la segunda es la Teoría Social-Cognitiva, de Albert Bandura la cual plantea que la auto-eficacia (definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad) es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano; y por último la Acción Planteada, la cual menciona que la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas ³⁰.

Nola Pender integra esta perspectiva para identificar una actitud promotora de la salud, relacionando:

- **Características y experiencias individuales de las personas (actitud previa relacionada y factores personales).** Son experiencias vividas que pueden tener efectos directos e indirectos para adoptar conductas y actitudes de promoción de la salud, tomando en cuenta factores biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales son observables en una cierta conducta o actitud ²⁹.
- **Cogniciones y afectos relativos a la conducta (sentimientos, emociones y creencias).** Toman en cuenta aspectos como: la percepción de beneficios positivos frente a la actitud en salud; las apreciaciones negativas o desventajas que pueden obstaculizar un compromiso con los objetivos de mejora en salud; la

autoeficacia percibida para ejecutar una actitud positiva la cual aumenta la probabilidad de un compromiso de acción en salud específica; las emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos frente a una actitud; la influencia interpersonal (familia, pareja, normas, modelos, etc.) en la importancia del compromiso de la persona para adoptar actitudes de promoción de salud con ayuda y/o apoyo de los individuos importantes cercanos a ellos; y por último las influencias situacionales del entorno las cuales también influyen en la participación de la actitud promotora de la salud.

Estos elementos están determinados por las características y experiencias individuales e influye de manera directa en el resultado conductual de la persona, que finalmente conduce a la actitud promotora de la salud.

La teoría se utiliza en la investigación para reflejar las interrelaciones que existen entre los factores cognitivos perceptivos y los factores modificantes que influyen en las conductas y actitudes favorecedoras de la salud. La teoría sirve de base para el estudio de cómo las personas toman decisiones, sobre su propio cuidado en salud, y de las personas que tienen a su cargo, en este caso, sus niños(as).

Los factores personales se relacionaron con las características que poseen las madres, entre ellos los biológicos, que está referido a la identidad sexual que las mujeres como tal poseen, los rasgos físicos que las diferencia del sexo masculino, su definición corporal, lo cual les permite tener hijos y poder darle de amamantar, así como también el rol que asumen como madres y esposas en el hogar. Asimismo las características socioculturales, las cuales se diferencian de acuerdo al tipo de sociedad y cultura en la que se desenvuelven, desempeñando diversos roles y conductas establecidas por su entorno social, es así que desde el

seno de la familia se constituye el primer espacio de socialización que se rige de acuerdo a valores y normas con las cuales determinan su adaptación y convivencia en sus comunidades ³¹.

Los beneficios percibidos por las madres a cerca de los resultados positivos sobre los conocimientos en alimentación infantil con la intervención del proyecto, llevarán al crecimiento y desarrollo óptimo del niño o niña. Además la actitud favorable, permitirá a la madre mejorar los hábitos alimentarios del niño o niña, los cuales se verán reflejados en la salud de los mismos.

Dado que la teoría de Nola Pender, muestra que las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de salud; además, tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva en la que el facilitador forma parte de su entorno interpersonal ejerciendo influencia a lo largo de sus vidas. En este sentido el rol educativo en el campo de la Enfermería, desempeña un papel importante en la promoción de la salud a través de una educación expresada en actividades diseñadas para cada tipo de usuario según sus características personales. Así permitirá que la madre pueda estar capacitada para realizar una autoevaluación sobre su estado de salud y alimentación ²⁹.

Por lo tanto la estrategia desde el campo de la enfermería debe centrarse en fortalecer el trabajo interinstitucional que promueva el cuidado de la salud, incentivando la participación de la familia y proporcionándoles educación en alimentación, necesarias para poder brindar una alimentación saludable y nutritiva de su niño y/o niña menor de cinco años.

TEORÍA DEL AUTOCUIDADO (DOROTHEA ELIZABETH OREM)

Fernández ³² hace referencia a la teoría de Orem, para explicar cómo las personas cuidan de sí mismas, refiriendo que todo individuo está en capacidad de poder satisfacer su autocuidado. De esta manera define el concepto de autocuidado como la práctica de actividades que realizan las personas por sí mismas, durante determinados períodos de tiempo, estas acciones intencionales se realizan para controlar factores internos y externos que comprometen la vida y el desarrollo de cada persona, con el interés de cuidar o mejorar su salud, manteniendo el funcionamiento sano del individuo, que contribuya con el desarrollo personal y el bienestar. Fernández ³² menciona tres objetivos o resultados que se deben alcanzar con la práctica del autocuidado, definidos como actividades que una persona debe realizar para cuidar de sí mismo, llamados, según Orem, Requisitos de autocuidado, estos son:

- **Requisitos de autocuidado universal:** permiten el funcionamiento humano, como la alimentación, conservación del aire, agua, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de peligros y el bienestar humano.
 - **Requisitos de autocuidado del desarrollo:** promover condiciones de maduración previniendo situaciones adversas en los diferentes momentos del ciclo de vida).
 - **Requisitos de autocuidado de desviación de la salud:** se presentan cuando hay presencia de una enfermedad o lesión, y deben realizarse tratamiento adecuado.
- Estas actividades se consideran necesarias para regular los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano de forma constante y en condiciones específicas de la persona.

La mencionada teoría se utiliza en la investigación para explicar el concepto del autocuidado de las madres de familia, definiendo el autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia salud, como por ejemplo la actitud y práctica de hábitos alimentarios presentes en las etapas del ciclo de la vida, los cuales tienen la finalidad de regular los factores que afecten su propio desarrollo, de acuerdo a ello en la investigación se analizan los hábitos alimenticios y las actitudes ante buenas prácticas higiénicas y saludables de las madres de familia que trascenderá en el desarrollo del niño(a) desde sus primeros años de vida ³².

Tener el conocimiento adecuado sobre alimentación infantil y hábitos alimentarios contribuye a un cambio de conducta pero no lo asegura, es por ello que se utiliza la Teoría de Orem, para explicar que la persona es capaz de decidir y realizar su propio autocuidado con el apoyo dado por el campo de la enfermería, por lo tanto es imprescindible incorporar intervenciones destinadas a guiar a las madres en la toma de decisiones para el cambio de conductas y asegurar así un autocuidado adecuado en alimentación infantil que contribuya a mantener y mejorar la calidad de vida de sus hijos e hijas.

Por otra parte, a través de la experiencia surge el desafío de la búsqueda de nuevas estrategias o buscar y consolidar las ya utilizadas, para guiar a las madres de manera más eficaz en la toma de decisiones, es decir, que las madres tengan el conocimiento sobre alimentación infantil, reconozcan su importancia y lo incorporen en sus conductas y actitudes, este sigue siendo el principal desafío para enfermería "lograr el cambio de conducta" para que ejerzan un adecuado autocuidado como lo propone Orem y lograr así contribuir en la mantención de la salud y de una mejor calidad de vida.

ENFOQUE FUNCIONALISTA - ESTRUCTURAL DE LA CULTURA

Este enfoque fundamenta que el sistema cultural está formado con elementos culturales y sus interrelaciones teniendo como base los hechos biológicos ya que los seres humanos están sujetos a condiciones elementales que deben ser cumplidas para poder sobrevivir y subsistir, en tanto la satisfacción de necesidades básicas representan una serie de condiciones impuestas, en un ambiente llamado cultura, el cual debe ser reproducido conservado y administrado, esto conlleva a un nuevo nivel de vida, en el cual aparecen nuevas necesidades impuestas en la conducta humana, esta tradición cultural es transmitida de generación en generación con métodos y mecanismos de carácter educativo, en consecuencia son indispensables las formas de organización en la sociedad. En efecto, las organizaciones son las que se establecen para satisfacer necesidades culturales de una sociedad en sus tres niveles o unidades de análisis e investigación: biológicos (alimentación defensa, etc.); derivados (economía, educación, normatividad y la política) y sintético (conocimiento, artes, religión y la magia) ³³.

Limpiao ³⁴ menciona a Malinowski para explicar el análisis sistémico con el que él estudiaba a la organización, considerando las interrelaciones de los elementos culturales y su medio ambiente. El objetivo es la función que la institución cumple dentro del sistema social. La institución es la unidad mínima de la realidad cultural y expresa la asociación de los tres aparatos que componen la cultura: humano, material y espíritu. Toda cultura constituye un todo funcional integrado y coherente, semejante a un organismo vivo. Cada parte de la cultura se entiende por el modo en que influye y es influido por otros aspectos del sistema sociocultural.

La vida cultural depende del funcionamiento de las instituciones y de sus relaciones. Es decir, resaltaba la contribución de los elementos culturales al bienestar biológico y psicológico de los individuos. Por su parte, Radcliffe-Brown se enfoca en los elementos de la cultura en su relación con los sistemas sociales. El ser humano ejecuta las formas culturales movido por las estructuras de una sociedad determinada. En este enfoque teórico de la cultura, quedan comprendidos los análisis sobre los efectos culturales que resultan de los cambios económicos, políticos y sociales. En efecto, los elementos de cualquier sistema estructural de una sociedad, como los roles, posiciones, relaciones, ocupaciones, etc., son en sí mismos manifestaciones de pautas culturales. Limpiao ³⁴ hace referencia a Bejar, para explicar que cada estrato posición de clase, tiene sus propias formas de actuar que conciernen a la relación del individuo con la cultura, y este a su vez, reacciona de acuerdo con las pautas culturales aprendidas, bajo este supuesto, Mead sostiene que la cultura es un conjunto de formas de comportamiento adquiridas, que ponen de manifiesto juicios de valor sobre las condiciones de vida y que un grupo humano transmite mediante procedimientos simbólicos (lenguaje, mito, saber) de generación en generación. La dimensión cultural atraviesa las instituciones creadas por los pueblos, dando como resultado que la cultura sea el sujeto mismo y no la persona que la produce. Por su parte, Kluckhohm sostiene que en general, las pautas específicas de conducta, en la medida en que están influenciadas por factores culturales, son las expresiones concretas que reflejan los sentidos o valores generalizados, y en la medida en que la personalidad individual es un producto de la educación es determinada tradición cultural, también se encuentran diferencias significativas en el plano del valor social generalizado.

TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO (JEAN WATSON)

Rivera, L y Triana, A. ³⁵ hacen referencia a Watson, quien menciona el cuidado de enfermería desde un enfoque filosófico (existencial – fenomenológico) y con base espiritual, y explica el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, es decir, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos, siendo relacional, transpersonal e intersubjetivo.

Watson explica que el cuidado se basa principalmente en el ser, y a su vez este ser está en relación a otro, el cual es la base del cuidado en general y, que resulta en el cuidado profesional propio de la enfermería. Este cuidado está destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud ³⁶.

Lo anterior permitió a Watson la articulación de sus 3 premisas teóricas, conjuntamente con las premisas básicas de la ciencia de la enfermería, las cuales fueron ³⁵:

- 1) “El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades”. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes.
- 2) “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda,

donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.

- 3) “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.

Estas premisas son básicas y reflejan los aspectos interpersonales, transpersonales y espirituales de su teoría, expresando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana y proporcionan el fundamento para el desarrollo de su teoría.

Elementos del cuidado de Jean Watson

Jean Watson se basa en la práctica de 10 factores de cuidados o factores caritativos de cuidados, que tiene un componente fenomenológico implicado en la relación que abarca la enfermería ³⁶:

- 1. Formación humanista-altruista en un sistema de valores.** Definido como la evolución del desarrollo moral del enfermero(a), partiendo de una reflexión de la propia experiencia y del desarrollo a lograr individualmente.
- 2. Incorporación de la fe – esperanza.** Explica la importancia de la fe y la esperanza para el cuidado y la sanación. En efecto ayuda a mantener la fe en sí mismos y contribuirá a la sanación o mantención de la salud.
- 3. El cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros.** Reconocer los sentimientos propios conduce a lograr entender la sensibilidad de los demás. Asimismo el desarrollo de la sensibilidad forma parte de un ser auténtico y honesto, que no teme develar su rostro ante la vulnerabilidad y el dolor.

- 4. El desarrollo de una relación de ayuda y confianza.** Describe una relación transpersonal en la cual se establece un vínculo especial de cuidado humano, la cercanía con otra persona, de una manera respetuosa.
- 5. La aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos.** Es la relación de ayuda y de confianza. La libre expresión de estos sentimientos permite no elaborar sentimientos defensivos, de negación o aumentar el estrés en el ser que se cuida.
- 6. El uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial.** La sistematización de los procesos no debe ser un impedimento para investigar, estudiar y desarrollar habilidades, enfrentando situaciones nuevas. Para cumplir la misión de brindar cuidados efectivos es indispensable adquirir autoconfianza y ejercer más autonomía.
- 7. La promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal.** La educación en salud, persigue un cambio positivo y proactivo en el usuario, de ahí que la información es un componente de la educación, pero no el todo. Asimismo la educación en salud incentiva al usuario a ser partícipe activo del estado de su propia salud y a tomar las decisiones en pos de mantenerla, recuperarla, mejorarla, o en otros casos a prepararse para determinados eventos.
- 8. La creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural.** En este aspecto se dan dos ambientes: interno (autorrealización, comunicación, etc.) y externo (seguridad, confort, abrigo), ambos son interdependientes y de los cuales surgen necesidades que se deben satisfacer para aliviar, disminuir angustia., dolor, o mejora el sentido de adecuación y bienestar del paciente.

9. La asistencia con la gratificación de necesidades humanas. Las necesidades humanas están estratificadas en niveles, desde las necesidades más básicas como la nutrición, eliminación y respiración, hasta las de nivel más elevado como la necesidad de realización del sí mismo o tendientes a la búsqueda de crecimiento personal. En efecto los factores socioculturales afectan las necesidades en todos los niveles. Por tanto, el trabajo profesional está destinado a la satisfacción de necesidades humanas en el ámbito de la salud de un individuo, comunidad o población, como también integrativo y holístico, porque abarca los diferentes estratos de necesidades.

10. El reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales. Esta orientación ayuda a reconciliar o mediar la incongruencia de los diferentes puntos de vista de la persona en forma holística y al mismo tiempo, atender al orden jerárquico de sus necesidades.

Sobre la base de las ideas expuestas, estos factores contribuyen a delimitar lo que es el cuidado profesional, ya que si bien una enfermera(o), puede ayudar al otro a resolver problemas y promover a restaurar su salud, no puede crearle ni restaurarle la salud ³⁶.

La teoría atribuye elementos que apoyarán la investigación y brindarán una mirada holística acerca de la labor del profesional en enfermería en entorno a la atención brindada en relación la madre y al niño(a), y sus implicancias en cuanto a estilos de vida, educación en salud, y prácticas saludables en alimentación infantil.

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. Conocimiento.

Es un conjunto de datos que organizados constituyen un determinado mensaje sobre un fenómeno, la información también constituyen datos que son procesados y tienen un significado claro y definido. Los datos pueden ser números, palabras, sonidos o imágenes que no necesariamente están organizados³⁷. Asimismo el conocimiento transforma todo el material sensible que se recibe del entorno, modificándolo, almacenándolo y recuperándolo en posteriores actitudes y comportamientos adaptativos³⁸.

Según Mario Bunge³⁹ el conocimiento representa un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser precisos, ordenados e inexactos, acorde a ello se tipifica al conocimiento en: conocimiento científico y conocimiento vulgar. El primero lo identifica como un contenido racional, analítico, objetivo, sistemático y verificable que se da a través de la experiencia, y al conocimiento vulgar como un conocimiento vago, inexacto y limitado a la observación. Es necesario hacer uso de los sentidos para que el ser humano ponga en práctica los conocimientos ya sea científico o vulgar. No cabe duda que Mario Bunge resaltó su experiencia en la búsqueda y adquisición del conocimiento, ya que cuando hace referencia al conocimiento científico, menciona que una de sus características es que tiene la facultad de ser verificable en la experiencia y que solo ella puede decirnos si una hipótesis relativa a cierto grupo de hechos materiales es adecuada o no.

a) Tipos de conocimientos.

Conocimiento Vulgar: Los conocimientos se adquieren con los impulsos más elementales del hombre, sus intereses y sentimientos por lo general se refieren a los problemas inmediatos que la vida plantea.

Conocimiento Científico: Este conocimiento se caracteriza por ser selectivo, metódico, sistemático y ordenado con el objetivo de establecer, describir, explicar e interpretar, los fenómenos y procesos. Tanto naturales como sociales y psicológicos. Lo cual le da un carácter rigurosos y objetivo y hace que el, sin perder su esencia teórica sea un eficaz instrumento de dominio de la realidad ⁴⁰.

b) Características del conocimiento.

El conocimiento es personal, en el sentido que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia. Sirve de guía para la acción de la personas, en el sentido de decidir que hace en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos (incluso cambiándolos si es posible) ⁴¹.

c) Proceso del Conocimiento.

El proceso del conocimiento humano tiene tres etapas, las cuales presentan las fases por las cuales el ser humano reacciona a sus impulsos de investigación demostrando que la realidad es todo lo que existe. La primera etapa del conocimiento inicia al entrar en contacto con los órganos de los sentidos con el mundo exterior, esto quiere decir que desde el momento en que nos relacionamos y percibimos nuestro entorno iniciamos el conocimiento y descubrimiento del mismo. La segunda etapa es el conocimiento común cotidiano, también conocido como empírico - espontáneo, se obtiene a través de

la práctica que el hombre realiza diariamente. Cada madre de familia comienza su etapa del conocimiento cotidiano, con las diferentes experiencias y vivencias diarias que sufre, en un proceso de prueba y error. Por último, el conocimiento científico que es adquirido en una actividad conjunta de los órganos sensoriales y del pensamiento, apoyándose en la reflexión teórica y guiada por principios y reglas lo cual implica conocer las causas por las cuales éstos surgen, se desarrollan y modifican, estos son los conocimientos de la naturaleza y sociedad.

La ciencia tiene el propósito de poder explicar y predecir los fenómenos naturales y sociales, con el único fin de dominarlos y transformarlos para poder aplicarlos en su beneficio. Al paso de la ciencia, esta se hace cada vez más fuerte y tiene la necesidad de conocer e investigar el universo y no quedarse únicamente con el medio que nos rodea.

En el caso de las madres de familia, durante las compras, la madre que conoce poco o nada de los valores nutritivos de los alimentos, se basa en el precio y las preferencias culturales o familiares, ajustándose a un presupuesto restringido, lo que hace necesario que ella reciba información sobre los valores nutricionales en cuanto a su relación con el costo de cada ración en los productos individuales.

Las madres que pertenecen a los grupos socioeconómicos menos favorecidos tienen mayores probabilidades de tener niños o niñas con bajo peso. Se puede concluir que el conocimiento de las necesidades alimentarias constituye la base teórica indispensable para determinar la alimentación ideal de un individuo en cualquier período de la vida y en diferentes condiciones ambientales. La medición del Conocimiento se determina de la siguiente manera: Alto: de 14 a 20 puntos; Regular: de 7 a 13 puntos y Bajo: de 0 a 6 puntos.

2.3.2. Actitud.

Sentimiento duradero positivo o negativo de un individuo, acerca de algún objeto (persona, objeto o problema). Las actitudes adquieren una especial relevancia como predisposición para la conducta ⁴². Esta la realización de una intención o propósito conduce a reaccionar preferentemente de una manera determinada. Las actitudes no son innatas, sino que se forman a lo largo de la vida. Éstas no son directamente observables, así que han de ser inferidas a partir de la conducta y actitud verbal o no verbal del sujeto. De esta manera se distinguen 4 tipos de funciones cumplidas por las actitudes, haciendo referencia a la teoría de las actitudes de Katz ⁴²:

- **Funciones de las Actitudes.**

Función instrumental, adaptativa o utilitaria: el ser humano desarrolla actitudes que le ayudan a maximizar las recompensas y a minimizar penalidades. Se refiere a las respuestas favorables que la persona obtiene de sus semejantes al manifestar actitudes positivas. Estas respuestas favorables producen recompensas o gratificaciones sociales o facilitan el logro de metas tales como aprobación de los demás, seguridad, éxito, lealtad hacia el grupo, etc.

Función de defensa del yo: algunas actitudes operan a manera de mecanismos de defensa, evitando padecer un dolor intenso debido a los sentimientos negativos hacia sí mismos o hacia el propio grupo. Estas actitudes sirven para protegernos de reconocer aspectos de nosotros mismos y de la realidad de la vida. Permite a las personas eludir el reconocimiento de sus propias deficiencias y así conseguir preservar la integridad del

concepto que tienen de sí mismas. Por ejemplo, las actitudes de prejuicio ayudan a mantener un sentimiento de superioridad entre otros.

Función cognoscitiva: se busca aprender los conocimientos que nos afectan y conferirles un sentido. Las actitudes nos ayudan a suministrar patrones de evaluación, a través del cual se expresan valores de verdad que proporcionan a la percepción del mundo del individuo coherencia, estabilidad y dirección, facilitando ajustar de modo predictivo el comportamiento a las expectativas de los demás y a situaciones futuras.

Función expresiva de valores: permite a las personas auto expresarse en términos de aquellos valores que más estima, con actitudes que constituyan la expresión de los aspectos más positivos de su concepto de sí mismo y en consecuencia de su identidad personal.

Es necesario recalcar las dificultades que representa modificar actitudes en los individuos, sin embargo esto resulta posible en el sentido de lograr que se tome conciencia de lo importante y beneficioso que es para la salud desarrollar determinadas conductas y actitudes, esto representa una inversión a largo plazo con beneficios no solo para el individuo, sino también para la sociedad. Es en este sentido que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁴³, considera que para que exista un cambio de conducta, es importante entender las razones que fundamentan esa conducta y los factores socioculturales que la influyen, y es a partir de esa información, que se podrá desarrollar un programa educativo que haga que la gente quiera estar saludable y sepa cómo hacerlo, considerando que las acciones realizadas en este nivel son las de mayor costo beneficio en países en vías de desarrollo como el Perú.

2.3.3. Alimentación Infantil.

La alimentación infantil es un objetivo prioritario en salud pública por el creciente número de niños(as) que padecen malnutrición y por el impacto negativo que tienen sobre la salud, ya que están relacionados con la aparición de ciertas patologías a esta edad y/o en la edad adulta. La OMS considera que las carencias nutricionales en la primera infancia causan retraso del crecimiento, que afecta a casi un cuarto de todos los niños menores de 5 años ⁴³.

Según UNICEF ⁴³ la infancia se da durante los primeros cinco años de vida en donde se construyen las bases físicas, emocionales y sociales requeridas para el pleno ejercicio de nuestros derechos. En esta etapa, la familia cumple un rol fundamental brindando protección, atención, estímulo y afecto, de modo que si en esta etapa, las niñas y niños reciben “buena alimentación y atención, tienen más probabilidades de sobrevivir, de crecer en buen estado de salud, de sufrir menos enfermedades y de adquirir aptitudes y conocimientos relacionados con el pensamiento, el lenguaje, las emociones y las relaciones sociales”.

Alimentación del lactante y niño pequeño se basa en:

a) Lactancia Materna Exclusiva.

Según la OMS ⁴⁴ es la lactancia natural exclusiva durante los primeros 6 meses. Aporta toda la energía y los nutrientes que el niño o niña necesita en sus primeros meses de vida, reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, tales como la diarrea o la neumonía, y ayuda a una recuperación más rápida de las enfermedades.

b) Alimentación Complementaria.

Cuando la leche materna deja de ser suficiente para atender las necesidades nutricionales del lactante hay que añadir alimentos complementarios a su alimentación. La transición de la lactancia exclusivamente materna a la alimentación complementaria abarca generalmente el periodo que va de los 6 a los 18 a 24 meses de edad, y es una fase de vulnerabilidad, cuando para muchos niños empieza la malnutrición, y de las que más contribuye a la alta prevalencia de la malnutrición en los menores de 5 años de todo el mundo.

De acuerdo a los Lineamientos de Nutrición Materno - Infantil, a partir de los 6 meses el niño debe iniciar la alimentación complementaria, incluyendo alimentos semisólidos (papillas, mazamorras, purés) e ir modificándolos ofreciendo alimentos aplastados, triturados y luego picados hasta que se incorpore en la alimentación familiar. También es recomendable adicionar una cucharadita de aceite, mantequilla u otro tipo de grasa en algunas comidas del niño, pues de esta manera se está aportando ácidos grasos y se está incrementando la necesidad energética de las comidas del niño ⁴⁵.

La madre es la principal responsable del cuidado del lactante y es quien con frecuencia decide qué alimentos, de qué manera, qué cantidad y en qué momento ofrecer el alimento a su hijo. En esta decisión intervienen diversos factores que van desde la experiencia personal hasta las recomendaciones de personas cercanas (familiares, amigos) o del equipo de salud. En la mayoría de los casos la madre decide por sí misma, y el médico y la abuela materna son los consejeros principales ⁴⁶.

- **Características de la Alimentación Complementaria.**

La alimentación complementaria debe introducirse en el momento adecuado, lo cual significa que todos los niños(as) deben empezar a recibir otros alimentos, además de la leche materna, a partir de los 6 meses de edad, debe ser suficiente, lo cual significa que los alimentos deben tener una consistencia y variedad adecuadas, y administrarse en cantidades apropiadas y con una frecuencia adecuada, que permita cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento, sin abandonar la lactancia materna.

Frecuencia: el número apropiado de comidas que se ofrecen al lactante durante el día depende de la densidad energética de los alimentos y las cantidades consumidas en cada comida, la frecuencia diaria de comidas ha sido estimada en función a la energía requerida que debe ser cubierta por los alimentos complementarios, asumiendo una capacidad gástrica de 30 g/kg de peso corporal y una densidad energética mínima de 0,8 kcal/g de alimento. Si la densidad energética o la cantidad de comida administrada es baja, o se le suspende la lactancia materna, requerirá de un mayor número de comidas para satisfacer sus necesidades nutricionales.

La alimentación complementaria deberá distribuirse en varios tiempos de comida, que se irán incrementando gradualmente conforme crece y desarrolla el lactante según su edad, sin descuidar la lactancia materna. De esta manera también se logrará que poco a poco se vaya integrando y participando del horario de comidas tradicional de su entorno familiar. A los 6 meses, se empezará con dos comidas al día y lactancia materna frecuente; entre los 7 y 8 meses, se aumentará a tres comidas diarias y lactancia materna frecuente; entre los 9 y 11 meses, además de las tres comidas principales deberán recibir una

entre comida adicional y su leche materna; y finalmente entre los 12 y 24 meses, la alimentación quedará establecida en tres comidas principales y dos entre comidas adicionales, además de lactar, a fin de fomentar la lactancia materna hasta los 2 años o más.

Cantidad: durante los 6 a 9 meses de edad el lactante debe consumir 18 g. de proteínas y 500 calorías. Esto alcanza con 100 g. de papilla de frutas, 300g. de papilla de verduras y 30 g. de carne de pollo. Entre los 10 y 12 meses se debe proporcionar 19,6 g. de proteínas y 650 calorías. Esto se alcanza con 100gr de papilla de fruta, 300g. de papilla de verduras y 30 g. de carne molida y huevo.

La cantidad varía de acuerdo a la edad:

A los 6 meses no todos los niños(as) son iguales hay algunos que comen muy bien desde el primer día, pero hay otros que parecen no querer recibir los alimentos. El niño todavía tiene el reflejo de protrusión por lo que aparenta estar escupiendo la comida, dar con tranquilidad a la madre y decirle que tenga paciencia y que poco a poco el niño aprenderá a comer, así mismo decirle que insista de media a una hora. La cantidad y el consumo dependerá del niño(a), pero no deberá preocuparse si al principio sólo come tres a cuatro cucharitas cada vez.

A los 7 meses la cantidad se irá aumentando gradualmente y a los 7 meses ya deberá estar consumiendo más o menos $\frac{1}{2}$ taza cinco veces al día.

A partir de los 8-9 meses estará comiendo más de media taza aproximadamente $\frac{3}{4}$ de taza, cinco veces al día. A los 12- meses: El niño(a) ya compartirá la comida de la olla familiar y deberá consumir aproximadamente lo equivalente a 1 taza cinco veces al día.

Calidad: para asegurarse de cubrir las necesidades nutricionales debe consumirse carne, queso, aves, pescado o huevos diariamente o, de no ser posible, lo más frecuentemente posible para cubrir los requerimientos nutricionales del que se encuentra en desarrollo.

Las frutas y verduras ricas en vitamina A deben ser consumidas a diario. Asimismo proveer dietas con un contenido adecuado de grasa y limitar la cantidad de jugo ofrecido para así evitar reemplazar o desplazar alimentos más nutritivos.

Consistencia de alimentos: alrededor del sexto mes, los músculos y nervios de la boca se desarrollan suficientemente para masticar. Los niños(as) a esta edad controlan mejor la lengua, pueden mover la mandíbula hacia arriba y hacia abajo, empiezan a salir los dientes, llevan cosas a su boca y están interesados en conocer nuevos sabores. Todo ello les da la madurez para recibir alimentos de consistencia más densa, proporcionados en una cucharita. A los 6 meses, se iniciará con alimentos aplastados en forma de papillas, mazamorras o purés; entre los 7 y 8 meses, se dará principalmente alimentos triturados en las mismas formas de preparación; entre los 9 y 11 meses, se introducirán los alimentos picados; y finalmente, entre los 12 y 24 meses deberá integrarse a la alimentación de su entorno familiar.

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

lentejas, arvejas verdes partidas, soya, harinas. Dentro de los tubérculos papa, camote y yuca. Complementar estos alimentos con verduras de color anaranjado y verde oscuro (zanahoria, zapallo, acelga, espinaca). Agregar en cada preparación una cucharadita de aceite y/o mantequilla lo que hará más suave la comida del bebé. Promover el uso de frutas ricas en vitamina C (naranja, mandarina, papaya, piña, limón, mango, etc.) después de las comidas para favorecer la absorción de hierro. Evitar el consumo de infusiones como el té, anís, canela, café, hierva luisa, manzanilla, emoliente, etc. Junto con las comidas, porque interfieren en la absorción de hierro. En lugar de éstas se puede indicar el consumo de limonada, naranja o refrescos de frutas. Evitar alimentarlo con alimentos licuados, promoviendo el consumo de éstos pero aplastados, al inicio más suave y progresivamente ir aumentando el tamaño en trozos. En cuanto al aumento semanal de peso de los lactantes de 6 meses es de 140-200 g. y el aumento mensual de estatura es de 2.5 centímetros ⁴⁵.

2.3.4. Alimentación en el niño o niña de 2 a 5 años.

En esta etapa el niño ha adquirido una autonomía en la marcha hasta que empieza a asistir a la escuela. Es una edad de descubrimientos, inventos, ingeniosidad, curiosidad y desarrollo actitudes y conductas socioculturales ⁴⁷.

Es la edad en que se empieza a crear algunos hábitos en relación con factores sociales, familiares y ambientales y va adquiriendo los hábitos y costumbres propios de la cultura en que el niño está inmerso ¹⁵. Asimismo en esta etapa se debe establecer un ambiente positivo ante el hecho de comer pues empieza a desarrollar actitudes positivas respecto a hábitos alimentarios saludables y a la actitud que muestre frente a su propia alimentación.

Características: El niño va aprendiendo a desarrollar preferencias en materia de alimentación, en el sentido de desarrollar su gusto comprobando diversos sabores y olores ¹⁵.

- La apariencia del alimento contribuye a la aceptación de alguno de ellos.
- El niño debe incorporarse a la alimentación familiar.
- Adquiere mayor independencia al comer.

En este lapso, el crecimiento es más bien uniforme, disminuye el contenido corporal de grasa y poco a poco se inicia un mayor desarrollo muscular. Un factor importante para estos hechos es la disminución del apetito, que se prolonga por casi todo el segundo año de vida. Cuando el crecimiento se retrasa por una causa secundaria, como una enfermedad grave o una malnutrición aguda, la recuperación de la enfermedad o el establecimiento de una dieta adecuada producen una aceleración espectacular del mismo, que se suele mantener hasta que el niño recupera su tipo de crecimiento individual ⁴⁸.

Durante el segundo año de vida, el crecimiento corporal sufre una desaceleración. El incremento promedio de la masa corporal es de aproximadamente 250 g. por mes. La estatura aumenta aproximadamente 1 cm. por mes, para sumar 12 centímetros al final de este lapso. El decremento en el apetito en esta época de la vida condiciona la disminución del tejido subcutáneo, lo que hace ver al niño menos rollizo. Se observan cambios en la forma de su columna vertebral, originando una discreta lordosis, lo que origina un abdomen prominente, características que se observa hasta el tercer año de vida. Las modificaciones en diferentes segmentos corporales se pueden ejemplificar en el cráneo y su contenido. El perímetro cefálico sólo incrementa en este lapso aproximadamente 2 centímetros, y el cerebro ha disminuido su velocidad de

crecimiento, llegando al final del segundo año a tener las cuatro quintas partes de la dimensión del adulto. En el segundo año se aceleran los cambios en el aparato dental, que le facilitan la incorporación a su dieta de alimentos sólidos en pequeñas porciones. La aparición de los premolares y caninos suma alrededor de 8 piezas dentarias más, llegando a un promedio de 14 a 16 dientes ¹⁵.

Las ganancias de peso y talla de los niños que empiezan a andar (2 años) tienen el aumento anual de peso de 2-3 kg. Y la estatura aumenta durante el segundo año alrededor de 12cm, en los preescolares el aumento anual de peso es de aproximadamente 2-3 kg. y la longitud al nacer se duplica a la edad de 4 años con un aumento anual de 5-7.5 centímetros, su silueta es longilínea, remodelándose su figura ¹⁵.

2.3.5. Crecimiento del niño o niña.

Es el incremento de la masa corporal del ser vivo se produce por el aumento de células o de su tamaño. Este proceso está regulado por diferentes factores nutricionales como son, socioeconómicos, culturales, emocionales, genéticos y neuroendocrinos. Esto se mide a través de las variables antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico ⁴⁹.

2.3.6. Desarrollo del niño o niña.

Proceso dinámico por el cual los seres vivos una mayor capacidad funcional se sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación e integración de sus funciones, en aspecto como el biológico, psicológico, cognitivo, nutricional, sexual, ecológico, cultural, ético y social. Se encuentra influenciado por factores genéticos y ambientales ⁴⁹.

2.3.7. Higiene de los alimentos.

Cuando los alimentos no son manipulados adecuadamente, pueden contaminarse y transmitir microorganismos, como bacterias, hongos y parásitos. Otra fuente de enfermedades es el manejo inadecuado de productos químicos como los insecticidas, herbicidas, detergentes u otros tóxicos, que pueden contaminar los alimentos. Los alimentos contaminados pueden causar enfermedades tales como: diarreas, fiebre tifoidea, hepatitis, y cólera (muy común en el trópico y durante las lluvias) y algunas veces, intoxicaciones alimentarias ⁵⁰.

La OMS ⁵¹ difunde la necesidad de concienciar sobre sus responsabilidades respecto de la inocuidad de los alimentos. Los mensajes básicos de las Cinco claves para la inocuidad de los alimentos son:

- 1) Mantener la limpieza. Lavarse las manos antes de preparar alimentos y con frecuencia durante su preparación, lavarse las manos después de ir al baño, lavar y desinfectar todas las superficies y equipos usados en la preparación de alimentos, así también proteger los alimentos y las áreas de cocina de insectos, plagas y otros animales
- 2) Separar los alimentos crudos y cocinados. Separar las carnes rojas, la carne de ave y el pescado crudos de los demás alimentos, usar equipos y utensilios diferentes, como cuchillos y tablas de cortar, para manipular alimentos crudos y conservar los alimentos en recipientes para evitar el contacto entre los crudos y los cocinados
- 3) Cocinar completamente los alimentos. especialmente las carnes rojas, la carne de ave, los huevos y el pescado, hervir los alimentos como sopas y guisos para asegurarse de que han alcanzado los 70°C.

- 4) Mantener los alimentos a temperaturas seguras. No dejar alimentos cocinados a temperatura ambiente durante más de 2 horas, refrigerar lo antes posible los alimentos cocinados y los perecederos (preferiblemente por debajo de los 5°C), mantener la comida muy caliente (a más de 60°C) antes de servir, no guardar alimentos durante mucho tiempo, aunque sea en el refrigerador, y por último no descongelar los alimentos a temperatura ambiente.
- 5) Usar agua y materias primas seguras. Usar agua segura o trátela para que lo sea, seleccionar alimentos sanos y frescos, elegir alimentos procesados para su inocuidad, como la leche pasteurizada, lavar la fruta, la verdura y las hortalizas, especialmente si se van a comer crudas, no utilizar alimentos caducados.

2.3.8. Educación en alimentación y nutrición.

Es la información que recibe un individuo o un grupo sobre alimentación, nutrición y salud y cómo y cuándo poner en práctica estos conocimientos. Esta educación se puede adquirir mediante experiencias propias o de otras personas, lecturas consejos, recomendaciones, reuniones de grupo y demostraciones, entre otras formas. Otra forma de definir el concepto es la parte de la nutrición aplicada que orienta sus recursos hacia el aprendizaje, adecuación y aceptación de unos hábitos alimentarios saludables, en consonancia con los conocimientos científicos de nutrición, persiguiendo la promoción de la salud como objetivo principal ⁵².

La educación en alimentación y nutrición dirigida a las madres debe tener en cuenta el ambiente familiar, la pertenencia a una condición socioeconómica y el nivel de estudios de las madres, como determinantes importantes para dar lugar

a un modo de vida con hábitos determinados que van asociados a cuidados que favorecen el crecimiento del niño o niña como ¹⁵:

- **Nivel de conocimientos:** Está dado cuando no se conoce los requerimientos específicos para el crecimiento saludable de los niños.
- **Hábitos alimentarios:** Involucra las horas y la frecuencia en la ingesta de los alimentos, tipo de alimentos y forma de preparación (Manejo higiénico de los alimentos).
- **Nivel económico:** Capacidad de compra de los alimentos adecuados.
- **Alteración en la absorción de nutrientes:** cuando se incrementan los requerimientos metabólicos o cuando disminuyen la capacidad de metabolizar los nutrientes

En tal sentido la educación en alimentación y nutrición necesita de dos elementos importantes: la comunicación para lograr grandes coberturas en forma simultánea y la participación social que permite que la comunidad se involucre en algo que le pertenece, como es su alimentación.

2.3.9. Proyecto Productivo para la Seguridad Alimentaria: “Bases Productivas para la Seguridad Alimentaria en el caserío Montesorco, provincia San Marcos- Cajamarca 2010-2012”

El objetivo fundamental del proyecto consistió en de elevar la capacidad de generación de ingreso de los pobres rurales. Lo que se ha intentado desde diversas estrategias, tanto en el país como en el extranjero es la necesidad de desarrollar proyectos productivos para la seguridad alimentaria, en comparación con los programas de asistencia social y de desarrollo de infraestructura económica y social. Según esta perspectiva, el apoyo a proyectos productivos debiera darse en el marco de programas de desarrollo rural integral, que incluya

asistencia técnica y aspectos de competitividad en mercados regionales y nacionales, e incluso internacionales, aunque ello sólo se logre en el mediano o largo plazo.

Sin embargo existe una larga historia de fracasos en la promoción de proyectos productivos, tanto desde el sector público como de las ONG, por lo que el diseño tendría que ser muy cuidadoso para lograr los objetivos propuestos. Según esta perspectiva, es preferible enfatizar el apoyo del Estado en el desarrollo de condiciones para que los pobres accedan en mejor pie a mercados regionales, lo que incluye un mayor énfasis en el desarrollo de infraestructura económica, la coordinación e información entre agentes y la asistencia técnica en comparación con el apoyo directo del estado en proyectos productivos ⁵³.

2.3.10. Seguridad Alimentaria en las familias.

La seguridad alimentaria es el acceso físico y económico de las personas a suficientes alimentos, inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos, a fin de llevar una vida activa y sana ⁵⁴.

El término seguridad alimentaria puede comportarse de diferentes formas en dependencia del nivel de organización humana. A nivel regional o nacional, la seguridad alimentaria tiende a equipararse con la suficiencia del balance nacional de alimentos o la suficiencia de los suministros de alimentos disponibles para cubrir las necesidades de la población. El grado de seguridad alimentaria nacional presume que existe igual acceso para todas las regiones o clases sociales. A nivel familiar, la seguridad alimentaria se refiere a la capacidad de las familias para obtener los alimentos suficientes para cubrir sus necesidades nutricionales, ya sea produciéndolos o comprándolos. El suministro

de alimentos a nivel familiar depende de varios factores, tales como: los precios de los alimentos, la capacidad de almacenamiento y las influencias ambientales⁵⁵.

En el Perú, el proyecto de ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional N° 3981/2014-CR, aprobado el 11 de noviembre del 2015, tiene como objeto, reconocer y garantizar el derecho a una alimentación adecuada y saludable, priorizando la atención de las niñas, niños, adolescentes, mujeres embarazadas y madres que amamantan, personas de la tercera edad y con discapacidad; asimismo define las obligaciones del Estado en la implementación del derecho a la alimentación, y crea el Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SINASAN) ⁵⁶. El rol del estado es garantizar, respetar, proteger, promover, desarrollar y monitorear las diversas acciones encaminadas al pleno goce del derecho a una alimentación adecuada sin discriminación alguna. Asimismo vela por el derecho a una alimentación adecuada, tomando medidas específicas encaminadas a erradicar la malnutrición crónica, promover desde el ámbito del gobierno central, regional y local programas sobre cultura alimentaria y nutricional, con la finalidad de mejorar los hábitos alimenticios que permita desarrollar buenas prácticas alimenticias y de higiene. En el mismo sentido se enfoca en mejorar la disponibilidad de alimentos así como también fortalecer el acceso económico a alimentos nutritivos, inocuos y en cantidad suficiente para la población en riesgo de padecer inseguridad alimentaria y nutricional, y por último crear espacios propios para el establecimiento de mercados locales y regionales de alimentación.

Es así que el Estado tiene el deber de proteger especialmente a los grupos de personas en situación de mayor vulnerabilidad frente al ejercicio de sus derechos

y a una alimentación adecuada. Asimismo define las políticas alimentarias, agropecuarias e hidrológicas en el marco de la constitución Política del Perú y de respeto a los tratados internacionales, mediante la aplicación de estrategias sustentables de producción, conservación, comercialización y consumo de alimentos. Además valora y protege los conocimientos y buenas prácticas de los pequeños y medianos productores agrarios, respetando sus culturas, modos de producción y manejo de agrobiodiversidad bajo el enfoque de interculturalidad⁵⁶.

a) Componentes de la Seguridad Alimentaria.

En el plano nacional, la seguridad alimentaria consta de cuatro dimensiones disponibilidad, estabilidad, acceso y utilización que se definen como asegurar suministros suficientes de alimentos, mantener la estabilidad de los suministros y asegurar el acceso a los suministros de alimentos a todos los consumidores.

El suministro suficiente de alimentos es un requisito esencial para el bienestar nutricional, depende del volumen de producción, de la reducción de las pérdidas poscosechas, del volumen de las importaciones y exportaciones. A nivel del hogar esto adquiere otros matices y se relaciona con la disponibilidad de alimentos en los mercados locales o de la producción local o familiar, en la cual los efectos del clima desempeñan una función fundamental y hace que existan variaciones estacionales.

Para lograr la estabilidad de los suministros debe existir estabilidad de la producción y de los precios entre las diferentes zonas, asimismo el acceso material a los alimentos es esencial. La carencia de acceso puede ser económica (pobreza, altos precios de los alimentos, falta de créditos) y física (pobres carreteras o infraestructura de mercado). Considerando que la capacidad de los

hogares para acceder a los alimentos puede depender de la oferta del mercado, de los niveles de ingresos y de los precios ⁵⁵.

Una vez que la población tenga acceso a los alimentos, otros elementos tales como el deseo de comprar alimentos específicos disponibles o de cultivarlos para el consumo doméstico, los hábitos alimentarios, los conocimientos sobre alimentación y la forma de preparación de los alimentos, influirán en el consumo de éstos y, por ende, en el bienestar nutricional, que es en sí el objetivo final de la seguridad alimentaria ⁵⁷.

b) Métodos de medición de la seguridad alimentaria.

Existen diversas variables e indicadores que permiten seguir la evolución del nivel de seguridad alimentaria de determinados grupos de población. Dadas las dimensiones de la inseguridad, es muy difícil medirla con un solo indicador, para captarla en sus múltiples matices se necesitan distintos indicadores.

La seguridad alimentaria no puede evaluarse solamente con indicadores de disponibilidad y acceso, ya que su objetivo final es el bienestar nutricional de la población, de ahí que sea necesario para llegar a un análisis integral conocer el estado nutricional de la población, que aunque no depende solamente de la seguridad alimentaria porque es en conjunto una expresión reconocida de calidad de vida, si está muy influido por ella. Debido a que la inseguridad alimentaria no repercute de inmediato en la población, los indicadores del estado de nutrición más adecuados son los indicadores de tendencia histórica ⁵⁵. Entre ellos los más utilizados son: Estado nutricional de niños(as) menores de 5 años, el porcentaje de niños con bajo peso al nacer (menos de 2 500 g), el porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición y tasas de mortalidad infantil y preescolar.

Estos indicadores a pesar de afectarse de forma más tardía, permiten clasificar a los grupos de población según la gravedad de los problemas nutricionales y fijar prioridades de intervención que serán de utilidad para los programas de seguridad alimentaria ⁵⁵.

2.4. Definición de términos básicos

2.4.1. Conocimientos.

Conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que pueden ser claros, precisos. Puede ser clasificado en conocimiento vulgar, llamándose así a todas las representaciones que el común de los hombres se hace en su vida cotidiana por el simple hecho de existir, de relacionarse con el mundo, de captar mediante los sentidos información inmediata acerca de los objetos, los fenómenos naturales y sociales, se materializa mediante el lenguaje simple, natural; y el conocimiento científico, es racional, analítico, sistemático y verificable a través de la experiencia ³⁹.

2.4.2. Actitud.

Es una disposición psicológica que adopta un individuo ante una situación o un problema. Las actitudes son predisposiciones y formas habituales de sentir, pensar y actuar según los valores de la persona y constituyen elementos fundamentales en el desarrollo de la personalidad y dan consistencia a la conducta del individuo⁵⁸.

2.4.3. Madres.

Es aquella persona que concibe al niño(a) y se convierte en madre desde el momento de la concepción, para cuidar y protegernos al niño(a) durante la primera etapa de vida, la madre también es con o sin lazos consanguíneos que se encarga del cuidado, alimentación del niño o niña ⁵⁹.

La madre debe ser paciente hasta que el niño o niña se acostumbre a la alimentación complementaria, tener conocimiento de cómo reaccionará su niño o niña a la nueva introducción de alimentos le ayudará a realizar mejor su cuidado nutricional del niño o niña. Por ejemplo la madre debe saber que cuando se introducen alimentos semisólidos a un lactante que aún no es capaz de mantenerse sentado, es recomendable que ella se sienta frente a una mesa donde haya colocado el plato con el alimento y la cuchara, sienta a su hijo sobre sus piernas y le permite recargarse contra su brazo izquierdo. Con la cuchara en la mano derecha puede golpear el borde del plato para llamar la atención de su hijo con este sonido. La cuchara, ya cargada con el alimento, se acerca a la boca del niño a una altura que pueda seguirla con los ojos. Se introduce el alimento suavemente, sin forzar al niño para que abra la boca. Se espera a que trague perfectamente y se inicia una nueva cucharada o se interrumpe si el niño niña muestra resistencia a continuar alimentándose.

Esta nueva experiencia es vivida por el niño o niña en estrecho contacto físico con su madre y en una forma compleja en que se integran estímulos afectivos, táctiles, sonoros, visuales y gustativos. Hacia los siete u ocho meses, el niño o niña intenta tomar los alimentos con su mano, y también con la cuchara. Esta iniciativa representa el inicio de la autonomía en la alimentación y es conveniente que la madre respete y estimule esos intentos. A esta edad, puede ofrecerle los líquidos en vaso o taza y permitirle que los tome él mismo, aunque derrame gran parte del contenido.

Asimismo, alrededor del año de edad el niño o niña es capaz de alimentarse adecuadamente por sí solo. De este modo la madre con conocimiento de estas pautas permitirá que su niño(a) obtenga un óptimo crecimiento y desarrollo a

nivel cognitivo, emocional y social. En la presente investigación son todas las personas de sexo femenino que participan de la intervención del proyecto y que tienen niños(as) menores de 5 años ⁴⁰.

2.4.4. Niño y/o niña menor de cinco años.

Desde el punto de vista de su desarrollo psicobiológico, es la denominación utilizada a toda criatura humana que no ha alcanzado la pubertad. Como sinónimo de infantil o pueril, el término se aplica a quien no es considerado adulto ⁶⁰.

2.4.5. Alimentación Infantil.

Es brindar alimentos con alto valor nutritivo al lactante o al niño(a), ya que sus necesidades nutricionales son muy altas debido a su velocidad de crecimiento y desarrollo ⁶¹. Consiste en la obtención, preparación e ingestión de los alimentos que las madres realizan, con el objetivo de nutrir a sus niños(as) menores de 5 años, valorando las prácticas y costumbres adecuadas de la comunidad, sobre la lactancia materna y alimentación.

2.4.6. Asociación para el desarrollo Integral Alternativo Regional (ADIAR).

Es un Organismo no Gubernamental, el cual trabaja con proyectos integrales que buscan mejorar las condiciones de vida en las familias campesinas de bajos recursos económicos para eso implementó el proyecto “Bases productivas para la seguridad alimentaria, en las familias del caserío Montesorco, en la provincia de San Marcos- Cajamarca, desarrollando actividades en las diferentes áreas como: salud y nutrición, agricultura, pecuaria, infraestructura, educación sanitaria ¹⁷.

2.4.7. Nutrición

Es el conjunto de procesos involuntarios mediante los cuales el cuerpo humano incorpora, transforma y utiliza los nutrientes suministrados con los alimentos, para realizar sus funciones vitales. La nutrición incluye: Digestión de los alimentos, Absorción y Metabolismo de los nutrientes asimilados, y Excreción de los desechos no absorbidos y de los resultantes del metabolismo celular ⁶².

2.4.8. Alimento.

Cualquier sustancia, normalmente de origen vegetal o animal, constituida por carbohidratos, proteínas, grasas y elementos suplementarios, como minerales o vitaminas, que se ingieren o se absorben de alguna forma por el organismo para proporcionar energía y promover el crecimiento y los procesos de reparación y mantenimiento esenciales para mantener la vida ⁶³.

2.4.9. Alimentación.

Es el conjunto de acciones que permiten introducir en el organismo humano los alimentos, o fuentes de las materias primas que precisa obtener, para llevar a cabo sus funciones vitales. La alimentación incluye varias etapas: selección, preparación e ingesta, lo cual consiste en un proceso voluntario ⁶².

2.4.10. Seguridad Alimentaria en familias.

El concepto de seguridad alimentaria a nivel individual es menos empleado e implica una ingesta de alimentos y absorción de nutrientes adecuados que cubran las necesidades para la actividad, la salud, el crecimiento y el desarrollo. La ingestión de alimentos del individuo depende además de la disponibilidad, los conocimientos nutricionales, la ocupación o estilos de vida y las relaciones económicas y culturales dentro y fuera del hogar ⁵⁵.

CAPÍTULO III

PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1.Hipótesis.

3.1.1. Hipótesis general

Hipótesis Alternativa 1: La proporción de madres con buenos conocimientos en alimentación infantil antes de la intervención del proyecto, no es igual a la proporción de madres con buenos conocimientos en alimentación infantil después de la intervención del proyecto.

Hipótesis Nula 1: La proporción de madres con buenos conocimientos en alimentación infantil antes de la intervención del proyecto, es igual a la proporción de madres con buenos conocimientos en alimentación infantil después de la intervención del proyecto.

Hipótesis Alternativa 2: La proporción de madres con actitudes favorables en alimentación infantil antes de la intervención del proyecto, no es igual a la proporción de madres con actitudes favorables después de la intervención del proyecto.

Hipótesis Nula 2: La proporción de madres con actitud favorable en alimentación infantil antes de la intervención del proyecto, es igual a la proporción de madres con actitudes favorables después de la intervención del proyecto.

3.2. Variables.

Dadas las características del tema y de acuerdo con las hipótesis, la presente investigación tiene las siguientes variables:

- Conocimientos de las madres sobre alimentación infantil antes de la intervención del proyecto.

- Conocimientos de las madres sobre alimentación infantil después de la intervención del proyecto.
- Actitud de las madres sobre alimentación infantil antes de la intervención del proyecto.
- Actitud de las madres sobre alimentación infantil después de la intervención del proyecto

3.3.Operacionalización/categorización de los componentes de las hipótesis

Cuadro 1. Operacionalización/categorización de los componentes de las hipótesis.

Título: Conocimientos y actitudes de las madres sobre alimentación infantil antes y después de la intervención del proyecto: “Bases Productivas para la Seguridad Alimentaria en el caserío Montesorco, provincia San Marcos- Cajamarca 2010-2012”.					
	Definición Conceptual de la variable/ Categorías	Definición operacional de las variables/ categorías			
		Variables/categorías	Dimensiones/ factores	Indicadores/ Cualidades	Instrumento de recolección de datos
Variable 1 : Conocimiento de las madres de familia sobre alimentación infantil:	Grado de codificación de la información que las personas poseen sobre un determinado fenómeno, este proceso de codificación permite a las madres almacenar la información y recuperarla en posteriores actitudes y comportamientos adaptativos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lactancia materna exclusiva ▪ Alimentación complementaria, después de los 6 meses de vida ▪ Alimentación de niños(as) desde 2 a 5 años de edad, ▪ Higiene en el hogar, que implica el consumo de alimentos manipulados o tratados higiénicamente. ▪ Lavado de manos antes de estar en contacto con los alimentos y cocinarlos correctamente. ▪ Crianza de animales en el hogar. ▪ Acceso a agua potable. 	<p>Dimensión 1</p> <p>Alto conocimiento sobre alimentación infantil</p>	Alto: de 14 a 20 puntos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encuesta ▪ Grupo focal ▪ Guía de observación.
		<p>Dimensión 2</p> <p>Regular conocimiento sobre alimentación infantil</p>	Regular: de 7 a 13 puntos.		
		<p>Dimensión 3</p> <p>Bajo conocimiento sobre alimentación infantil.</p>	Bajo: de 0 a 6 puntos.		

Variable 2: Actitud de las madres en alimentación infantil	Intensidad de afecto a favor o en contra de las madres de familia respecto a alimentación infantil que facilita o imposibilita la práctica y /o ejecución de lo conocido respecto a alimentación infantil.	Posiciones favorables o desfavorables, de rechazo o aceptación de las madres a la alimentación infantil frente a: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lactancia materna exclusiva (dar al lactante únicamente leche materna) ▪ Alimentación complementaria (añadir alimentos complementarios a la alimentación del niño o niña después de los 6 meses de vida). ▪ Alimentación balanceada del niño o niña de 2 a 5 años. ▪ Higiene, referido a manipular y cocinar higiénicamente los alimentos ▪ El lavado de manos antes de estar en contacto con los alimentos. ▪ Acceso a agua clorada en el hogar. ▪ Crianza de animales en el hogar. 	Dimensión 1	Totalmente de acuerdo: 5 puntos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escala tipo Likert ▪ Estadígrafo alfa de CRONBACH ▪ Guía de Observación ▪ Encuesta ▪ Grupo Focal
			Favorable	De acuerdo: 4 puntos	
			Dimensión 2	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo: 3 puntos	
			Ni favorable ni Desfavorable.		
			Dimensión 3	En desacuerdo: 2 puntos.	
			Desfavorable.	Totalmente en desacuerdo: 1 puntos	

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

4.1.Ubicación geográfica

La provincia de San Marcos está ubicada al sur este del departamento de Cajamarca, limita por el norte con la provincia de Celendín, por el sur con la provincia de Cajabamba, por el oeste con la provincia de Cajamarca, y por el este con la provincia de Bolívar (La Libertad).

Su ciudad capital es Pedro Gálvez, situada en el valle del mismo nombre a 2 251m.s.n.m se encuentra a 59 Km. de la ciudad de Cajamarca, a 60 Km. de la ciudad de Cajabamba. La provincia de San Marcos tiene siete distritos: Pedro Gálvez, Eduardo Villanueva, Gregorio Pita, Ichocán, José Manuel Quiroz, José Sabogal y Chancay.

La población actual de la provincia de San Marcos es de 61 020 habitantes, siendo el distrito más poblado el de Pedro Gálvez con 18 668 habitantes y el distrito menos poblado es Gregorio Pita con 3 431 habitantes.

El ámbito de estudio del presente trabajo de investigación comprende el caserío de Montesorco ubicado en el Distrito de Pedro Gálvez. Este caserío se ubica aproximadamente a unos 20 Km de la Capital de la provincia, a una altitud promedio de 2252 msnm. Se identifica una gran variedad climática, desde cálido – seco hasta sub – húmedo y frío; siendo notoria la diferencia de temperaturas mínimas y máximas o nocturnas y diurnas. Tiene como límites climáticos una temperatura promedio anual de 15-30°C.

Cuenta con una población netamente rural conformada por 148 familias, dedicadas a la agricultura y crianza de animales menores, esta población se caracteriza por ser emprendedora y organizada.

▪ **Proyecto agrícola en el caserío Montesorco.**

El proyecto “Bases Productivas para la Seguridad Alimentaria en el caserío Montesorco, provincia San Marcos- Cajamarca 2010-2012” implementó las siguientes actividades:

a) **Fomento de actividades agropecuarias.**

Propició el desarrollo de cultivos como papa, maíz y de lenteja autóctonos con alto valor proteico, la diversificación de la producción y el desarrollo de crianza de cuyes, animal autóctono de alto valor nutritivo y con una gran demanda en el mercado; constatándose la no existencia de instalaciones apropiadas, para la crianza de cuyes. Las madres tenían como costumbre criar cuyes dentro de la vivienda (dormitorios o en la cocina). En tanto la intervención estuvo dirigida por un lado a la creación de granjas apropiadas donde criar cuyes, tanto para facilitar su explotación como para mejorar el saneamiento ambiental de la vivienda rural. En forma complementaria, el proyecto instaló un molino de granos con la finalidad de elaborar alimento concentrado para alimentar a las y mejorar la dieta alimenticia de los animales buscando mejorar la rentabilidad de los mismos ¹⁷.

Las actividades de la intervención del proyecto se centraron en disminuir la baja productividad, causada por una mala utilización de la semilla y una mala utilización de tecnología tradicional en la conducción del cultivo. Para lo cual también se añadió la construcción de riegos tecnificados y capacitación a los

agricultores en técnicas apropiadas, en cuanto al suelo su preparación, tratamiento y siembra de la semilla.

En el caso de la producción de hortalizas y frutales, la intervención se orientó a promocionar el cultivo, consumo y comercialización de estos productos, debido a que todavía es una actividad incipiente y poco difundida, pero necesaria para mejorar el acceso a determinados alimentos. Tanto en la actividad agrícola, como en la pecuaria el proyecto instauró prácticas de trabajo que abaraten los costos de producción e incrementar resultados, que una parte de la producción se oriente a mejorar el autoconsumo y los excedentes se destinen al mercado ¹⁷.

b) Actividades de formación y capacitación durante la intervención del proyecto.

En este el proyecto persiguió tres objetivos: la sensibilización en torno a la alimentación, el mejoramiento de los patrones alimenticios y los cambios de conducta y actitudes en los cuidados higiénicos sanitarios de las familias, para mejorar las condiciones salubres de la vivienda en cuanto a la preparación de alimentos y específicamente ampliar los conocimientos en alimentación infantil, así como desarrollar actitudes favorables en busca de una alimentación saludable.

c) Con el proyecto se esperó obtener los siguientes resultados:

Resultado 1: Acceso a alimentos en cantidad y calidad suficientes a través de la gestión sostenible de los recursos naturales desde un enfoque agroecológico.

Resultado 2: Adopción de prácticas nutricionales e higiénicas saludables (educación en alimentación - nutrición, vivienda y entorno saludable)

Resultado 3: Fortalecimiento de capacidades para mejorar la participación e incidencia política.

4.2. Diseño de la investigación

El presente estudio corresponde a una investigación descriptiva, transversal retrospectiva, analítica.

Descriptivo. Porque se basa en la observación del problema en un determinado momento, así como la situación de las variables estudiadas. En este tipo de estudio se busca describir los conocimientos y actitudes de las madres en alimentación de las madres con niños menores de 5 años del caserío Montesorco, antes y después de la intervención del proyecto.

Transversal. Es el estudio de la influencia de las variables de una población determinada, en un momento del tiempo. Esta modalidad es adecuada a circunstancias en que las variables no se pueden manipular, porque ya se ha producido el efecto.

Retrospectivo. El estudio Se inicia después de que se haya producido el efecto y la exposición.

Analítico. Busca determinar por qué sucede el fenómeno. Dicho diseño permite establecer los conocimientos y actitudes de las madres con niños menores de 5 años del caserío Montesorco, antes y después de la intervención del proyecto. Se utilizó la investigación cuanti-cualitativa, ya que se estableció considerando si hay relación entre los conocimientos y actitudes de las madres sobre alimentación infantil, antes y después de la intervención del proyecto “Bases Productivas para la seguridad alimentaria en el caserío Montesorco, la provincia de San Marcos- Cajamarca 2010- 2012”.

4.3. Métodos de investigación

En el presente estudio se utilizó los métodos de investigación cuantitativa y cualitativa. Estableciéndose la proporción de conocimientos y actitudes de las madres sobre alimentación infantil antes y después de la intervención del proyecto “Bases Productivas para la seguridad alimentaria en el caserío Montesorco, provincia de San Marcos – Cajamarca.

4.4. Población, muestra, unidad de análisis y unidades de observación

Población. La población estuvo constituida por todas las madres con niños(as) menores de 5 años del caserío Montesorco.

Muestra. Considerando los objetivos del estudio y con la finalidad de lograr un adecuado control del grupo en estudio se estimó conveniente trabajar la muestra con toda la población conformada por 30 madres de niños o niñas menores de 5 años del caserío Montesorco.

Unidad de análisis y unidad de observación. Cada una de las madres con niños(as) menores de 5 años pertenecientes al caserío Montesorco, provincia de San Marcos.

Criterios considerados para obtener la muestra:

Criterios de Inclusión.

Madres de familia con niños(as) menores de 5 años de edad.

Madres que participen en el proyecto.

Madres que acepten participar durante el estudio (Consentimiento Informado).

Madres que vivan permanentemente en el caserío de Montesorco.

Criterios de Exclusión.

Madres de familia con niños mayores de 5 años de edad.

Madres que no vivan permanentemente en el caserío de Montesorco.

Procedimiento

Desde la estadística inferencial, se utilizó la prueba estadística de diferencia de dos proporciones, con el objetivo de determinar y analizar si las hipótesis difieren significativamente entre sí (Ver anexo 1).

4.5. Técnicas e instrumentos de recopilación de información

Para la presente investigación se llevó a cabo el siguiente proceso:

Se realizó la coordinación respectiva con la ONG ADIAR que implementó el proyecto “Bases Productivas para la Seguridad Alimentaria en el caserío de Montesorco, provincia de San Marcos – Región Cajamarca, 2010 – 2012”.

Se realizó la coordinación con las familias beneficiaras residentes en el caserío Montesorco. Para lo cual se utilizaron las siguientes técnicas:

- **Técnicas de Tipo cuantitativo.**

- a) **La encuesta**

Se utilizó la encuesta, una técnica que permitió obtener información empírica sobre las variables a investigar para hacer un análisis descriptivo del problema o fenómeno de la situación actual, consistió en la realización de una plática cara a cara entre el investigador y el informante ⁶⁵. La información recabada por esta técnica aportó datos importantes de las 30 madres de familia, para el análisis de la presente investigación.

El instrumento utilizado fue un cuestionario para medir el conocimiento de las madres, el cual estuvo constituido por 20 preguntas (Ver Apéndice 1 y 2).

b) Escala tipo Likert

Se utilizó la escala de actitudes tipo Likert, el cual es un instrumento de medición o de recolección de datos que se utiliza en la investigación social para poder medir actitudes o disposiciones de los encuestados en un determinado contexto, a través de un conjunto de ítems bajo la forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se solicita la reacción (favorable o desfavorable, positiva o negativa) de los individuos ⁶⁶ (Ver Apéndice 3 y 4). La misma que tuvo como objetivo obtener datos sobre las actitudes de las madres del caserío Montesorco, sobre alimentación infantil, constituido por 10 afirmaciones correctas evaluadas según estadígrafo alfa de CRONBACH (ver Anexo 2), este método permite evaluar la fiabilidad de un instrumento de medida (medidos en escala tipo Likert) a través de un conjunto de ítems ⁶⁷.

▪ **Técnicas de Tipo Cualitativo.**

a) Grupo Focal.

Se utilizó el Grupo focal, que consiste en la reunión de individuos con modalidad de entrevista grupal abierta y estructurada, en donde se analiza lo que el grupo de individuos seleccionados por el investigador discuten y aportan desde su experiencia personal, dando información importante sobre un hecho social del cual es objeto de investigación ⁶⁸. Para la investigación se dividió a la población en estudio, en tres grupos de diez personas cada grupo, facilitando el recojo de información. A través de esta técnica se recogió las opiniones y

actitudes de las madres del caserío Montesorco ante el tema de alimentación infantil (Ver Apéndice 5).

b) Guía de observación.

Se manejó una Guía de observación, esta técnica consistió en anotar los eventos, procesos, hechos o situaciones y características a ser observados en los hogares de 15 madres de familia con hijos entre los 6 meses y 5 años de edad, de tres zonas distintas del caserío de Montesorco (zona alta, mediana y baja). Se realizó mediante una lista de 15 ítems que afianzaron la información de la investigación mediante las visitas realizadas a los hogares de las madres de familia con niños(as) menores de 5 años de edad, corroborando la información con las interrogantes u objetivos específicos del estudio ⁶⁹. Esta técnica permitió conducir la acción para observar ciertas prácticas en alimentación infantil, que favorecen los datos recogidos (Ver Apéndice 6).

Se utilizó ambas técnicas (cuali-cuanti) para triangular la información, la cual consiste en combinar dos o más correlaciones de datos, con similares aproximaciones en el mismo estudio para medir o comparar una misma variable⁷⁰. En este sentido se describe y analiza los resultados de todas las técnicas cualitativas y cuantitativas, empleadas en el estudio para ser contrastadas con los resultados de la investigación, evidenciando la validez de los resultados, teniendo una aproximación al entendimiento de la realidad y poder obtener datos con un nivel de profundidad, elaborando para cada técnica, una guía de preguntas semejantes que respondieron a los objetivos del estudio, para asegurar la confiabilidad de los datos. Luego se procedió al análisis de la información obtenida.

Prueba Piloto: la validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos se realizó a través del criterio de jueces o juicio de expertos, los que estuvieron conformados por 3 profesionales expertos en el tema en estudio, quienes emitieron su opinión para realizar los ajustes en relación a la redacción y comprensión de las preguntas del cuestionario para facilitar el entendimiento por parte de las encuestadas.

La confiabilidad de la información se realizó a través de la prueba piloto, la cual fue aplicada a madres con niños o niñas menores de cinco años, que tuvieron las mismas características de la muestra pero no participaron del estudio.

Para tal caso se midió actitudes y se utilizó el estadígrafo alfa de CRONBACH, que indicó que el cuestionario es confiable.

4.6. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información

Para la presente investigación se realizó la clasificación y organización de la información recogida en campo para luego analizar y comprender la misma. Para medir los conocimientos de las madres sobre alimentación infantil antes y después de la intervención del proyecto, se sometió primero a una lista de cotejo, la misma que permitió observar y registrar las características sociales. Se realizó un cuestionario constituido por 20 preguntas a las que se asignó un punto por cada pregunta correcta, siendo el puntaje máximo alcanzable 20 puntos, teniendo como puntos de corte lo siguiente:

- Bajo de 0 a 6.
- Regular de 7 a 13.
- Alto de 14 a 20.

Para medir las actitudes antes y después de la intervención, se estableció 10 afirmaciones correctas evaluadas según escala tipo Likert, cada ítem tuvo el valor de 1 a 5, siendo el puntaje máximo alcanzable 50 puntos, teniendo como escalas alternativas:

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni en acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo.

La recolección de la información se realizó a través del Focus Group (Grupo Focal) y la Guía de observación, dicha información se reafirmó en los resultados obtenidos en las encuestas. El procesamiento de datos se realizó a través de software estadístico Microsoft Excel y el software estadístico SPSS v. 21. Los datos son presentados en tablas de contingencia y gráficos estadísticos, de tal manera que permiten visualizar los objetivos en estudio.

4.7. Equipos y materiales

Para cada una de las técnicas, se contará con: 1 moderador; 2 observadores; 1 grabadora de voz; un cuaderno de apuntes y las técnicas de recolección de datos impresas.

4.8. Matriz de consistencia metodológica

Cuadro 2. Matriz de consistencia metodológica

Título: Conocimientos y actitudes de las madres sobre alimentación infantil antes y después de la intervención del proyecto: “Bases Productivas para la Seguridad Alimentaria en el caserío Montesorco, provincia San Marcos- Cajamarca 2010-2012”.								
Formulación del Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables/ categorías	Dimensiones/ Factores	Indicadores/ cualidades	Fuente o instrumento de recolección de datos	Metodología	Población y muestra
¿Cuáles son los conocimientos y las actitudes de las madres sobre alimentación infantil, antes y después de la intervención del proyecto “Bases Productivas para la Seguridad Alimentaria en el caserío Montesorco, provincia de San Marcos- Cajamarca 2010-2012”?	Objetivo General Analizar los conocimientos y actitudes de las madres de familia sobre alimentación infantil, antes y después de la intervención del proyecto “Bases Productivas para la Seguridad Alimentaria en el caserío Montesorco, provincia de San Marcos –Cajamarca.	H0=La proporción de madres con buen conocimiento en alimentación infantil antes de la intervención del proyecto, es igual a la proporción de madres con buenos conocimientos en alimentación infantil después de la intervención del proyecto. Ha= La proporción de madres con buenos conocimientos en alimentación infantil antes de la intervención del proyecto, no es igual a la proporción de madres con buenos conocimientos en alimentación infantil después de la intervención del proyecto.	a) Conocimiento de las madres sobre alimentación infantil	Alto conocimiento sobre alimentación infantil Regular conocimiento sobre alimentación infantil Bajo conocimiento sobre alimentación infantil	Alto: de 14 a 20 puntos Regular: de 7 a 13 puntos Bajo: de 0 a 6 puntos	<ul style="list-style-type: none"> • La Encuesta • Grupo focal • Guía de observación • Microsoft Excel • Software estadístico SPSS v. 21. 	La aplicación de las técnicas se realizó en el orden pertinente, se hizo la clasificación y organización de la información recogida en campo.	30 madres con niños y/o niñas menores de 5 años del caserío Montesorco.

	<p>Objetivos Específicos</p> <p>a) identificar las características socioeconómicas de las madres con niños y niñas menores de 5 años del caserío Montesorco</p> <p>b) Identificar los conocimientos de las madres sobre alimentación infantil, antes y después de la intervención del proyecto “Bases Productivas para la Seguridad Alimentaria en el caserío Montesorco, provincia de San Marcos-Cajamarca 2010 -2012.</p> <p>c) Describir la actitud de las madres sobre alimentación infantil, antes y después de la intervención del Proyecto “Bases Productivas para la Seguridad Alimentaria en el caserío Montesorco, provincia de San Marcos-Cajamarca 2010 -2012.</p>	<p>H0=La proporción de madres con actitud favorable en alimentación infantil antes de la intervención del proyecto, es igual a la proporción de madres con actitudes favorables después de la intervención del proyecto.</p> <p>Ha= La proporción de madres con actitudes favorables en alimentación infantil antes de la intervención del proyecto, no es igual a la proporción de madres con actitudes favorables después de la intervención del proyecto.</p>	<p>b) Actitud de las madres en alimentación infantil.</p>	<p>Totalmente de acuerdo con buenas actitudes en alimentación infantil</p> <p>De acuerdo con buenas actitudes en alimentación infantil</p> <p>Ni de acuerdo, ni en desacuerdo con buenas actitudes en alimentación infantil</p> <p>En desacuerdo con buenas actitudes en alimentación infantil</p> <p>Totalmente en desacuerdo con buenas actitudes en alimentación infantil</p>	<p>Totalmente de acuerdo: 5 puntos</p> <p>De acuerdo: 4 puntos</p> <p>Ni de acuerdo, ni en desacuerdo: 3 puntos</p> <p>En desacuerdo:2 puntos</p> <p>Totalmente en desacuerdo: 1 puntos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La Encuesta • Escala de actitudes tipo Likert • Estadígrafo alfa de CRONBACH • Grupo focal • Guía de observación • Microsoft Excel • Software estadístico SPSS v. 21. 	<p>La aplicación de las técnicas se realizó en el orden pertinente, se hizo la clasificación y organización de la información recogida en campo.</p>	<p>30 madres con niños y/o niñas menores de 5 años del caserío Montesorco.</p>
--	---	--	---	--	---	---	--	--

CAPÍTULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. Presentación de resultados

El presente capítulo muestra los resultados de la investigación, los mismos que han sido tabulados, procesados y presentados en tablas para su respectivo análisis e interpretación en orden correlativo y en coherencia con los objetivos propuestos.

Para tal efecto se consideró las características socioeconómicas de las madres del caserío Montesorco, como: edad; nivel de escolaridad; religión; ocupación; ingresos económicos; y número de hijos. Asimismo se analizó cada una de las variables, Conocimientos de las madres sobre alimentación infantil y actitudes de las madres sobre alimentación infantil. Atendiendo a estas consideraciones se realizó la prueba de hipótesis en la que se encontró el valor $p = 0.0000$ y como resultado se calculó el estadístico de prueba de ambas variables, concluyendo con la aceptación de la hipótesis alternativa de ambas variables, por obtener un mayor valor en los resultados del estadístico de prueba, los cuales se presentan detalladamente a continuación.

5.2. Análisis, interpretación y discusión de resultados

Tabla 1. Características socioeconómicas de las madres del caserío Montesorco 2010 - 2012.

Edad (años)	N°	%
15 - 20	22	73.3
21- 35	6	20
36 - +	2	6.7
TOTAL	30	100
Nivel de escolaridad	N°	%
Sin instrucción	2	6.7
Primaria incompleta	6	20
Primaria completa	14	46.7
Secundaria incompleta	2	6.7
Secundaria completa	6	20
Superior	0	0
Total	30	100
Religión	N°	%
Católica	27	90
No católica	3	10
Total	30	100
Ocupación	N°	%
Ama de casa	10	33.3
Independiente	9	30
Obrera	8	26.7
Empleada	3	10
Total	30	100
Ingreso Económico	N°	%
200-500	8	26.7
500-800	10	33.3
801-1000	8	26.7
1001-1500	4	13.3
Total	30	100
Número hijos	N°	%
1 - 2 niños	16	53.3
3 - 4 niños	11	36.7
5 a mas	3	10.0
Total	30	100

Fuente: Cuestionario sobre conocimientos en alimentación, dirigido a madres con niños menores de cinco años del caserío Montesorco antes de la intervención del proyecto marzo - 2011

Como se observa en la tabla 1, el porcentaje mayor corresponde a madres de familia cuyas edades fueron entre 15 y 20 años de edad (73.3%), estos datos indican que en su mayoría fueron madres adolescentes, al comparar estas evidencias con los datos en el informe de ENDES (2016) ⁷¹, se identificó que los mayores porcentajes de adolescentes que alguna vez estuvieron embarazadas se encuentran en el área rural (22,7%) y en las residentes de la Selva (23,3%), mientras que los menores porcentajes son del área urbana (9,8%) y Lima Metropolitana (6,7%), en este sentido tener como resultado en la investigación mayor cantidad de madres jóvenes (adolescentes), forma parte de un patrón cultural característico de algunas regiones y comunidades del Perú, lo cual es muestra de la realidad social existente en las comunidades rurales como es el caserío Montesorco. No obstante, un dato relevante es la transformación reflejada en la reducción de la tasa de fecundidad de la mujer peruana, en comparación al año 1962, donde las madres tenían en promedio 7 hijos, mientras que las mujeres peruanas de hoy tienen 2 hijos en promedio. Todo ello a consecuencia de los nuevos roles que adoptó la mujer peruana en diferentes espacios de la sociedad, principalmente en educación y trabajo ⁷². Asimismo, el informe del INEI (2013) ⁷³, mostró que la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas se incrementó entre los años 2000 (13,0%), 2009 (13,8%) y 2013 (13,9%), lo anteriormente expuesto se relacionó con la investigación debido a la predominante maternidad adolescente en el caserío Montesorco. Según ENDES (2013) ⁷³, los embarazos a temprana edad se debieron a la falta de orientación e información necesaria a las adolescentes sobre temas de sexualidad, así como también al uso de métodos anticonceptivos, donde el 86,0% del total de mujeres adolescentes entrevistadas no usaba métodos anticonceptivos, sin embargo el

uso de los mismo ha incrementado a comparación de años anteriores (de 7,5% en 1996 a 14,0% en el 2013), en especial el uso de métodos modernos.

Asimismo, en la tabla 1 podemos observar el nivel de escolaridad de las madres de familia, donde el mayor número de madres con primaria completa fue de 46.7% (14) y menos de una cuarta parte con secundaria completa 20%(6), mientras tanto un porcentaje bajo de madres no adquirió instrucción 6.7%(2), la investigación demuestra que en su mayoría son madres de familia con estudios escolares trancos, debido a que varias de ellas tuvieron que dejar de estudiar por falta de ingresos económicos, o quedaron embarazadas. Los resultados de la investigación se relacionan con el informe realizado por el INEI (2013) ⁷³, señalando al embarazo o al matrimonio como una de las razones más frecuentes de inasistencia escolar (45,9 %), seguida de las razones económicas (22,1%), asimismo precisó que en el Perú existe menor asistencia escolar entre las adolescentes que son madres, pues 8 de cada 10 adolescentes embarazadas no asisten a un centro educativo (85,2%).

De acuerdo a los resultados, la problemática de ser adolescente y llegar a tener un nivel determinado de escolaridad va a depender de los grupos que presentan rasgos de desventaja social, tales como: niveles de escolaridad bajos, situaciones socioeconómicas precarias o el hecho de pertenecer a grupos poblacionales que viven en zonas rurales. Los datos recogidos a nivel nacional por ENDES (2016) ⁷¹, muestran que los mayores porcentajes de adolescentes que fueron madres o que estaban embarazadas con el primer hijo, alcanzaron el nivel primario (42,3%) y se encuentran en el quintil inferior de riqueza (23,9%) mientras que menores porcentajes se aprecian entre aquellas con educación superior (6,8%) y son del quintil superior de riqueza (3,6%). Además, el 63,2% de madres

adolescentes provienen de los sectores más pobres del país, según el INEI (2014) ⁷⁴, casi un tercio de estos casos se presenta en familias numerosas. Estos resultados también se relacionan con la investigación debido a que el nivel de educación de las mujeres está asociado a la situación socioeconómica que ellas tengan e influye de manera significativa en sus actitudes, comportamiento reproductivo y prácticas relacionadas a su salud. Si bien es cierto los embarazos a muy temprana edad forman parte del patrón cultural de algunas regiones y grupos sociales, sin embargo muchas veces estos embarazos no son deseados (planificados) y se dan en parejas que no han iniciado vida en común o tienen lugar en situaciones de unión consensual, lo que generalmente, termina con el abandono de la mujer y del hijo, configurando así el problema social de la madre soltera.

Por otro lado, la religión juega un papel importante en las relaciones sociales de las comunidades, de acuerdo a la tabla 1 se evidencia que un 90% (27) de madres de familia profesan la religión católica, mientras que un 10% (3) profesan otras religiones, aunque este porcentaje es bajo es necesario tomarlo en cuenta, debido a que en algunos pueblos o culturas, las elecciones alimentarias están condicionadas a menudo por creencias religiosas, las cuales brindan a sus creyentes una explicación sobre el sentido de vida y aportan orientaciones sobre los valores y las normas sociales deseadas, no obstante en el ámbito de la alimentación, tienen prohibiciones de diferentes tipos y alcances que varían de acuerdo al tipo de sociedad, y se manifiestan en las numerosas prescripciones y prohibiciones en materia alimentaria desde el ámbito de las diferentes religiones, en el caso de la religión católica por ejemplo, existen fechas festivas del año donde se prohíbe el consumo de la carne, y esta debe ser reemplazada por

productos de origen vegetal, huevos o pescado, sin embargo hay otras religiones con prohibiciones más severas, como por ejemplo la religión adventista, quienes tienen prohibido el consumo de cuy, pato y cerdo, en su alimentación diaria ⁷⁵.

Los cambios económicos, sociales y culturales en la sociedad han exigido que la mujer tenga que trabajar fuera del hogar, y además tenga obligaciones que demanda el cuidado del hogar, lo cual influye en el desarrollo de los niños(as), las relaciones con la pareja y en la propia salud de la mujer, por ello se resalta el rol de la mujer en el hogar, pues es donde ella asume la responsabilidad y el cuidado de sus hijos, según datos a nivel nacional, en nuestro país, el 24% de las madres peruanas asume sola la responsabilidad de la crianza de sus hijos(as), (1 millón 200 mil madres asumen este rol de manera individual) ⁷⁴. Las evidencias anteriores se relacionan con los resultados de la investigación, tal es el caso que el mayor porcentaje de madres de familia tiene por ocupación ama de casa (33.3%), muchas de ellas se dedican a la crianza de sus niños(as) y además de los quehaceres domésticos, seguido de las madres que trabajan de manera independiente (30%), que no tiene diferencia considerable con las que son amas de casa, mientras que el menor porcentaje lo representa las madres que son empleadas (10%).

Como se evidencia en la tabla anterior, uno de los mayores problemas para acceder a una alimentación adecuada es la falta de ingresos económicos representados en un 46% (14) por las madres del caserío Montesorco, ya que existe escasa oportunidad de trabajo en el que se puedan desempeñar en la zona, por ende con el poco dinero que poseen compran lo necesario para subsistir

Tabla 2. Variedad de cultivos que consumen las madres del caserío Montesorco 2010-2012.

		Estado del proyecto			
		Antes del proyecto		Después del proyecto	
Variedad de cultivos para alimentarse	Un solo cultivo(papa)	17	56.70%	5	16.70%
	Varios cultivos(quinua, manzana, palta y hortalizas en trece variedades)	13	43.30%	25	83.30%
	No precisa	0	0.00%	0	0.00%
	Total	30	100.00%	30	100.00%

Fuente: Cuestionario sobre conocimientos en alimentación, dirigido a madres con niños menores de cinco años del caserío Montesorco antes y después de la intervención del Proyecto.

Con respecto a la tabla anterior referido a la variedad de cultivos para alimentarse, el porcentaje de madres de familia que consumen un solo cultivo (la papa) es mayor antes de la intervención del proyecto con un 56.70% (17), sin embargo con la intervención del proyecto, disminuye el consumo de este tubérculo, e incrementa el consumo variado de cultivos como la quinua, manzana, palta y hortalizas a un 83,30% (25).

Tabla 3. Crianza y consumo de animales en las familias del caserío Montesorco 2010-2012.

		Estado del proyecto			
		Antes del proyecto		Después del proyecto	
Variedad de alimentos de origen animal para alimentarse	Un solo alimento de origen animal crianza de cuy.	28	93.30%	20	66.60%
	Varios alimentos de origen animal, crianza de cuy, gallinas para carne y huevos, ovejas mejoradas para incrementar carne y lana.	2	6.70%	10	33.40%
	No precisa	0	0.00%	0	0.00%
	Total	30	100.00%	30	100.00%

Fuente: Cuestionario sobre conocimientos en alimentación, dirigido a madres con niños menores de cinco años del caserío Montesorco antes y después de la intervención del Proyecto.

En cuanto a la tabla anterior, se observa que antes de la intervención del proyecto un 93.30% (28) de las madres criaban y consumían un solo alimento de origen animal (cuy), esto debido a que el cuy es un animal autóctono de la zona que posee un alto valor nutritivo y es de mayor demanda en el mercado. Después de la intervención del proyecto, esta cifra disminuyó a un 66.60% (20), ya que un 33.6% (10) de las madres empezaron a dedicarse a la crianza y consumo de animales menores como: cuyes; gallinas; y ovejas mejoradas para incrementar carne y lana.

Asimismo cabe mencionar que con la intervención del proyecto, se crearon granjas apropiadas para criar cuyes, ya que las madres tienen como costumbre criar cuyes dentro de la vivienda (dormitorios o en la cocina), de esta manera mejorando capacidades de las mismas para la crianza, facilitar su explotación y

favoreciendo el saneamiento ambiental de la vivienda rural, pasando de un sistema de crianza tradicional (cocina) al sistema familiar semi comercial que llevaron a mejorar la variedad de alimentos de origen animal para consumo.

Tabla 4. Actividades productivas impulsadas por el Proyecto en las madres del caserío Montesorco

		Estado del proyecto			
		Antes del proyecto		Después del proyecto	
Realiza algún trabajo remunerado o vende algo por lo que reciba algún ingreso	Si	9	30.00%	13	43.30%
	No	21	70.00%	17	56.70%
	Total	30	100.00%	30	100.00%

Fuente: Cuestionario sobre conocimientos en alimentación, dirigido a madres con niños menores de cinco años del caserío Montesorco antes y después de la intervención del Proyecto.

Se muestra en la tabla anterior, que antes de la intervención del proyecto predominaba con un 70% (21 madres) el número de madres que no realizaban algún trabajo remunerado o vendían algo para obtener algún ingreso, después de la intervención del proyecto este porcentaje disminuyó a un 56.7% (17 madres). También se observa que después de la intervención del proyecto, aumentó a un 43.3% las madres que realizan algún trabajo remunerado o venden algo para obtener ingresos, sin embargo persiste mayor número de madres que no realizan algún trabajo o actividad remunerada.

Tabla 5. Cultivo doméstico en las madres de familia del caserío Montesorco 2010-2012.

		Estado del proyecto			
		Antes del proyecto		Después del proyecto	
Tiene cultivado el solar de su casa	Si	18	60.00%	18	60.00%
	No	12	40.00%	12	40.00%
	Total	30	100.00%	30	100.00%

Fuente: Cuestionario sobre conocimientos en alimentación, dirigido a madres con niños menores de cinco años del caserío Montesorco antes y después de la intervención del Proyecto.

Se muestra en la tabla anterior, que el porcentaje de las madres que tienen cultivado el solar de su casa antes y después de la intervención del proyecto no ha variado manteniéndose en un 60%.

Tabla 6. Problemas de acceso a los alimentos en las madres del caserío Montesorco 2010-2012.

		Estado del proyecto			
		Antes del proyecto		Después del proyecto	
Problemas de la madres de familia para alimentarse	• No tienen trabajo o dinero	14	46.70%	1	6.70%
	• No tienen donde sembrar	12	40.00%	12	40%
	• Ningún problema	4	13.30%	17	56.60%
	Total	30	100.00%	30	100.00%

Fuente: Cuestionario sobre conocimientos en alimentación, dirigido a madres con niños menores de cinco años del caserío Montesorco antes y después de la intervención del Proyecto.

Asimismo existe un 40% (12) de madres que no tiene donde sembrar esto debido al minifundio existente en nuestro país el cual es una limitante ya que en la mayoría de los casos resulta poco rentable porque no puede dar el fruto suficiente para poder pagar el trabajo que exige su explotación. Sin embargo

después de la intervención del proyecto un 56.6% (17) de madres de familia manifiesta no tener ningún problema para alimentarse, evidenciándose una mejoría.

Esta información se relaciona con el estudio realizado por ENDES (2016) ⁷⁶ a nivel nacional, sobre mujeres según tipo de ocupación por características seleccionadas, donde las mujeres que desempeñaron ocupaciones agrícolas en mayor proporción, están ubicadas en el quintil inferior de riqueza (67,5%), seguidas de las que no tienen nivel educativo (62,7%) y las que no tienen primaria completa (48,9%) dato que también concuerda con la investigación donde la mayoría de madres de familia tenían primaria 46.7% (14).

Madre de familia, conviviente con un niño menor de cinco años de edad.

“..también a veces criamos algunos animales y sembrando mejoramos la economía.”.

Por otro lado, los ingresos económicos que cada madre de familia obtuvo periódicamente determinan su nivel de gastos necesarios para una alimentación y cuidados básicos. Como se observa en la tabla 1 los ingresos económicos del mayor número de madres, fluctúa entre los S/.500.00 y S/.800.00 soles (33.3%), mientras que un menor porcentaje de madres tiene como ingresos económicos entre S/. 1 001.00 y S/.1 500.00 soles (13.3%). Sin embargo un 26.7% (8) de las madres de familia tiene muy bajos ingresos económicos los que están entre S/.200.00 y S/.500.00 nuevos soles, muy por debajo del sueldo mínimo. Esta situación es concordante con el estudio realizado por INEI (2014) ⁷⁷ a nivel nacional, donde menciona que la población rural representa una cuarta parte de la población total, y esta concentra al 49,3% de los pobres del país, pese a que el

75,0% de la población del país reside en el área urbana y el 25,0% en el área rural, igualmente el mayor número de pobres está concentrado en la región Sierra (47,2%), seguido por región Costa (35,9%) y por último la Selva (16,9%), mientras que la pobreza extrema persiste en la Sierra (71,9%) seguido de la Selva (18,9%) y solo el 9,2% en la Costa, estos datos muestran los cambios en la estructura demográfica y en la distribución urbano-rural de la población en situación de pobreza y de extrema pobreza, resaltando importantes diferencias de la prevalencia de la pobreza rural. Este escenario también se refleja en la investigación con el siguiente testimonio de una madre de familia con respecto a la situación económica en la que se encuentran.

Madre de familia de un niño menor de cinco años de edad.

“Soy madre de familia de religión católica y puedo decir que la situación económica depende del que más trabaja más sobresale.”.

“Soy madre de familia pero por falta de economía, no podemos comprar cosas que alimentan bien a toda la familia”.

Según CEPREN ⁷⁸, existe una larga historia de fracasos en la promoción de proyectos productivos, tanto desde el sector público como de las ONG's. Al respecto la realización del diseño tendría que ser muy cuidadoso para lograr los objetivos propuestos según esta perspectiva, es preferible enfatizar el apoyo del Estado en el desarrollo de condiciones, con la finalidad que los ciudadanos accedan a mercados regionales, lo que incluye un mayor énfasis en el desarrollo de infraestructura económica, la coordinación e información entre agentes y la asistencia técnica en proyectos productivos ⁷⁹.

Igualmente existen programas que ayudan a resolver problemas alimentarios como son los programas sociales y proyectos que intervienen en el caserío Montesorco. Esta situación se refleja en el siguiente testimonio respecto al apoyo económico que les brindan.

Madre de familia, conviviente de 25 años de edad.

“El programa JUNTOS nos apoya con 100 soles”.

“ADIAR nos está apoyando con capacitación orientación técnica en todos los aspectos lo que es agrícola, salud, pues el que más trabaja sobresale”.

Con la intervención del proyecto las madres de familia han demostrado una mejoría en cuanto a las actividades productivas que ellas realizan en el hogar, así también se muestra en el siguiente testimonio.

Madre de familia con un niño menor de cinco años de edad.

“Criando cuyes hemos aprendido, hay un poco más de ingreso para nuestra casa y tener un poco más de platita.”.

“Hemos aprendido a sembrar mejor para luego vender y tener más platita”.

La intervención del proyecto contribuyó al incremento de las capacidades productivas de las madres de familia, así como también al rendimiento de sus cultivos y crianza de animales menores, mediante asistencia técnica, favoreciendo al aumento de sus ingresos económicos. De esta manera disminuyó el consumo de un solo cultivo (papa) el cual era mayor con un 56.70%(17) antes de la intervención del proyecto, permitiendo el incremento de un consumo variado de cultivos como: la quinua, manzana, palta y hortalizas, el cual aumentó a un 83,30% (25) después de la intervención. También se observó que antes de la intervención un 93.30% (28) de las madres criaban y consumían un solo alimento de origen animal (cuy), no obstante después de proyecto, esta cifra

disminuyó a un 66.60% (20), persistiendo la mayoría de madres que consumen cuy, sin embargo permitió que un 33.6%(10) de las madres empezaran a dedicarse a la crianza y consumo de animales menores variados como: cuy, gallinas para carne y huevos, ovejas mejoradas para incrementar carne y lana. En el proyecto, las familias ejecutaron actividades productivas que llevaron a mejorar acceso en cantidad de cultivos a través de la gestión sostenible de los recursos naturales desde un enfoque agroecológico buscando la variedad de cultivos para alimentarse ¹⁷.

Uno de los mayores problemas para acceder a una alimentación adecuada es la falta de trabajo o dinero, así lo manifiesta un 46% (14) de las madres del caserío Montesorco, ya que existe escasa oportunidad de trabajo en el que se puedan desempeñar en la zona, por ende con el poco dinero que poseen compran lo necesario para subsistir.

Madre de familia, conviviente de 33 años.

“Soy madre de familia de un niño menor de cinco años pero quien dice que vamos a comprar es mi marido y él también guarda platita para cuando ya no tenemos, o también para cuando queremos comprar animalitos para criar”.

Según MINAGRI (2010) ⁸¹ la desconfianza y la diferencia de intereses impone grandes barreras para la organización, así como ausencia de empoderamiento de la población y el poco reconocimiento de sus derechos, igualdad y el bajo nivel educativo de la población rural, lo cual es una seria limitación para el desarrollo de capacidades de los agricultores y en especial de la madre de familia. Ello también se refleja en los datos de INEI (2016) ⁸², en cuanto a la decisión o uso del dinero, donde se muestra que el 65,3% de mujeres unidas que trabajan

expresaron que ellas deciden cómo se gasta el dinero que ganan (en mayor proporción en mujeres de 45 a 49 años y las ubicadas en el quintil intermedio de riqueza), mientras que un 3,2% manifiesta que es su esposo o compañero quien decide cómo se gasta lo que ella gana y de ellas en mayor proporción están las mujeres ubicadas en el quintil inferior de riqueza (6,8%), seguido de las que tienen educación primaria o sin nivel de educación (5,8% y 5,5% respectivamente), las que tenían cinco o más hijos y las mujeres de 20 a 24 años de edad (5,2% en cada caso). Estos resultados demuestran que en la mayoría de los casos es la mujer y/o madre de familia quien tiene el control y el poder de decidir sobre el gasto de sus ingresos, sin embargo esta situación no se evidencia en la investigación, tal es el caso de madres de familia que lograron incrementar sus ingresos, producto de sus actividades (agropecuarias) después de la intervención del proyecto, sin embargo ello no se ve reflejado en las actitudes y prácticas para mejorar la alimentación, probablemente debido a las decisiones intrafamiliares (jefe de hogar) y a la distribución de los recursos, en consecuencia las familias guardan estos ingresos como reservas y bienes, para aliviar los apuros y hacer frente a los imprevistos del día a día. Esto se muestra en el siguiente testimonio referido a los gastos del hogar.

Tabla 7. Conocimiento de las madres del caserío Montesorco sobre alimentación infantil antes y después del proyecto. 2010-2012

Conocimientos de las madres sobre Alimentación Infantil	Estado del proyecto			
	Antes del proyecto		Después del proyecto	
	N	%	N	%
Malo	11	36.7	2	6.7
Regular	11	36.7	13	43.3
Bueno	8	26.7	15	50.0
Total	30	100	30	100

Fuente: Cuestionario sobre conocimientos en alimentación, dirigido a madres con niños menores de cinco años del caserío Montesorco antes y después de la intervención del Proyecto.

Estadístico de prueba $Z=4.28$ valor $p=0.0000$

Como se aprecia en la tabla anterior, antes de la intervención del proyecto, predominaba el mayor porcentaje en el número de madres con mal conocimiento sobre alimentación infantil 36.7%(11) y regular con 36.7%(11). Sin embargo con la intervención del proyecto se evidenció como resultado una variación importante de 26.7% (8) a 50% (15) en conocimientos, aumentando el número de madres con buen conocimiento sobre alimentación infantil, igualmente el porcentaje de madres con regular conocimiento 43.3%(13). En consecuencia a la orientación y capacitación brindada por el establecimiento de salud de Chuco y la intervención del proyecto, donde se realizó actividades de formación y capacitaciones a las madres de familia, sensibilizando en torno al tema de nutrición, alimentación y mejoramiento de patrones alimenticios de las familias, se contribuyó en gran medida a que las madres adquirieran los conocimientos necesarios para brindar una adecuada alimentación a los niños(as).

Las evidencias anteriores se relacionaron con el informe de ENDES (2016) ⁸³ donde se aprecia la relación importante entre educación de la madre y el estado

nutricional del niño(a), mostrando que las madres con menor nivel de educación tuvieron una mayor proporción de niñas y niños con desnutrición global en relación a las de mayor educación, así, el 9,6% de niños(as) con desnutrición global son hijos de madres que no tienen nivel de educación superior, proporción que es menor en niños(as) con madres con educación superior (1,2%), esto demuestra que tener adecuados conocimientos sobre alimentación infantil ayuda a la madre a proporcionar alimentos variados y de alto valor nutritivo acorde a la edad de los niños(as) menores de 5 años, con la finalidad de asegurar un crecimiento adecuado y una mejor calidad de vida, adoptando mejores prácticas higiénicas saludables en su alimentación, y de esta manera prevenir problemas de nutrición y enfermedades infecciosas que puedan alterar la salud tanto de la madre como del niño(a), en efecto la malnutrición es un mal que persiste en el país, reflejada en la población vulnerable, Cajamarca tiene el 26.0% de niños(as) que sufren de desnutrición y un 22.9 % tiene anemia⁸³.

Cada etapa en la alimentación infantil es importante, es por ello que la madre debe tener conocimiento del momento o periodo en el que se debe iniciar una alimentación complementaria al niño(a), así como también una alimentación balanceada y nutritiva de acuerdo a la edad.

Tabla 8. Conocimientos de las madres del caserío Montesorco sobre leche materna exclusiva antes y después del proyecto. 2010-2012

	Leche Materna Exclusiva			
	Antes del proyecto		Después del proyecto	
	N	%	N	%
1. ¿Qué se entiende por lactancia materna exclusiva?				
Dar únicamente de día y de noche	23	76.67%	27	90.00%
Dar leche materna más agüita	7	23.33%	3	10.00%
Dar leche materna más leche artificial	0	0.00%	0	0.00%
Total	30	100.00%	30	100.00%
2. Razones por la que la lactancia materna exclusiva es buena para el niño(a)				
Crezcan sanos e inteligentes	19	63.33%	13	43.33%
Es como su primera vacuna	0	0.00%	0	0.00%
Contiene nutrientes y agua que necesita	0	0.00%	16	53.33%
Esta siempre limpia	11	36.67%	1	3.33%
Total	30	100.00%	30	100.00%
3. Hasta que edad recibe lactancia materna exclusiva al niño(a)				
Hasta los 6 meses	15	50.00%	25	83.33%
Hasta los 9 meses	12	40.00%	5	16.67%
Hasta los 12 meses	3	10.00%	0	0.00%
Total	30	100.00%	30	100.00%

Fuente: Cuestionario sobre conocimientos en alimentación, dirigido a madres con niños menores de cinco años del caserío Montesorco antes y después de la intervención del Proyecto.

Por tanto, al analizar los resultados obtenidos sobre lactancia materna exclusiva después del proyecto, el porcentaje más relevantes es 83.33% (25) madres que exteriorizaron la necesidad de brindar leche materna exclusiva hasta los 6 meses de edad. Asimismo esta situación es concordante con el siguiente testimonio, correspondiente a lactancia materna exclusiva.

Madre de familia con una niña menos de 6 meses de edad.

“Aquí en el campo nosotros le damos leche materna pues no hay otra cosa para darle hasta los seis meses.”

“A partir de los 6 mesecitos hay que darle otras comiditas.”

Estos resultados se corroboran con la guía de observación, donde se evidenció que la mayoría de madres continuaba amamantando al niño(a) mayor de los 6

meses de edad, también se observó que hay madres que no le dan al niño alimentos según su edad.

Cuadro 3: Guía de observación

Práctica (verificable) Técnica aplicada a 15 madres de familia con niños y niñas menores de 5 años. Lactancia Materna, alimentación complementaria, alimentación del niño o niña de 2 a 5 años de edad. R= Realiza NR: No Realiza	Madres con niños(as) de 6 a 23 meses		Madres con niños(as) de 2 a 5 años	
	R	NR	R	NR
1. Continúa amamantando al niño mayor de 6 meses de edad	7	1	0	7
2. El niño consume alimentos según su edad	4	4	5	2
3. Si el niño(a) está empezando a comer, lo hace entonces con alimentos tipo purés o mazamorras	5	3	0	7
4. La consistencia de las preparaciones es espesa	3	5	6	1
5. Da comida 5 veces al día al niño(a)	4	4	1	6
6. Agrega 1 cucharada de aceite/margarina a una comida principal	2	6	0	7
7. Da al niño alimentos de origen animal como: carne, hígado, sangrecita, huevo, leche(no materna), o queso al menos 1 vez al día	6	2	4	3
8. Hace preparaciones con al menos un alimento de cada grupo (energético, constructor, regulador)	5	3	2	5
9. No hay animales en la cocina	6	2	4	3
10. La comida esta e lugares limpios y cubiertos (tapada)	5	3	4	3
11. almacena el agua en recipientes limpios y cubiertos con una tapa	6	2	5	2
12. hierva o clora el agua para beber	2	6	4	3
13. se lava las manos después de usar la letrina, se lava las manos después de preparar los alimentos	6	2	5	2
14. Limpia al niño o niña y le lava las manos antes de que este coma	4	4	4	3

Fuente: Elaboración propia.

De las evidencias anteriores muchas de las madres de familia no ponen en práctica lo que aprenden o conocen, así lo menciona la OPS ⁸⁴ que evaluó las prácticas de lactancia materna en 194 naciones, donde se encontró que sólo el 40% de los niños menores de seis meses reciben lactancia materna exclusiva (únicamente leche materna) y sólo 23 países, entre ellos el Perú, registran índices exclusivos de lactancia materna por encima del 60%.

Tabla 9. Conocimiento de las madres del caserío Montesorco sobre alimentación complementaria antes y después del proyecto. 2010-2012

	Alimentación Complementaria			
	Antes del proyecto		Después del proyecto	
	N	%	N	%
4. Edad en la que se empieza a dar alimentos diferentes a la leche materna al niño(a)				
4 meses	6	20.00%	2	6.67%
6 meses	14	46.67%	27	90.00%
9 meses	10	33.33%	1	3.33%
Total	30	100.00%	30	100.00%
5. consistencia más usada en preparaciones para la alimentación del niño(a)				
Líquida	18	60.00%	10	33.33%
Sólido/semisólido(espesa)	10	33.33%	20	66.67%
No sabe	2	6.67%	0	0.00%
Total	30	100.00%	30	100.00%
6. Cuántas comidas al día debe comer el niño(a) (de 6 a 12 meses)				
1	0	0.00%	0	0.00%
2	2	6.67%	1	3.33%
3	17	56.67%	8	26.67%
4 a 5	11	36.67%	21	70.00%
no sabe	0	0.00%	0	0.00%
Total	30	100.00%	30	100.00%

Fuente: Cuestionario sobre conocimientos en alimentación, dirigido a madres con niños menores de cinco años del caserío Montesorco antes y después de la intervención del Proyecto.

Por otra parte, al analizar los resultados obtenidos sobre alimentación complementaria, el porcentaje más relevante es acerca de la consistencia más usada en las preparaciones para la alimentación del niño(a) en donde un 66.67% (20) madres indicaron que debe ser sólida/semisólida (espesa). Esta situación se relacionada con el siguiente testimonio.

Madre de familia, conviviente de 28 años de edad.

“A partir de los seis meses se debe dar bien aplastadito porque no pueden comer alimentos duros”.

“Bien aplastado porque su estómago no resiste bien los alimentos.”

“Los niños pueden comer de la olla familiar cuando ya tienen muelitas y están bien sanitos”.

Sin embargo, en la guía de observación se evidenció que la mayoría de madres con niños(as) menores de 2 años no les brindaban alimentos de consistencia espesa, hay quienes prefieren la sopa a pesar de saber la importancia que tienen los alimentos de consistencia espesa (Ver Cuadro 3)

De igual manera, es importante el número de veces que debe comer el niño(a), de 6 a 12 meses, durante el día y en pequeñas raciones, pues conforme crecen y se desarrollan, necesitan alimentarse de forma gradual y progresiva, por tanto es importante resaltar que después del proyecto, un 70.00%(21) madres indicó que su niño(a) come de 4 a 5 veces durante el día. Sin embargo aún persiste bajos porcentajes de madres que brindaron 3 y 2 raciones a sus niños(as) veces respectivamente (26.67% y 3.33%).

A pesar de estos resultados, en la guía de observación se evidenció, que hay madres de familia no brindan la frecuencia indicada de alimentos a sus niños(as) acorde a la edad, sin embargo aún prefieren dar entre 2 a 3 raciones a los niños(as) de alimentos. (Ver Cuadro 3).

Tabla 10. Conocimientos de las madres del caserío Montesorco sobre alimentación del niño(a) de 2 a 5 años antes y después del proyecto. 2010-2012

Alimentación del niño o niña de 2 a 5 años				
	Antes del proyecto		Después del proyecto	
	N	%	N	%
7. Desde qué edad el niño(a) puede comer lo mismo que toda la familia				
Desde el primer año	16	53.33%	26	86.67%
Otra edad	13	43.33%	4	13.33%
No sabe	1	3.33%	0	0.00%
Total	30	100.00%	30	100.00%
8. Preparación que debe comer primero el niño(a)				
Segundo	13	43.33%	20	66.67%
Sopa	17	56.67%	10	33.33%
No sabe	0	0.00%	0	0.00%
Total	30	100.00%	30	100.00%
9. Importancia de alimentos de origen animal				
Si	22	73.33%	27	90.00%
No	8	26.67%	3	10.00%
Total	30	100.00%	30	100.00%
10. Alimento que contiene más proteínas				
Leche	8	26.67%	5	16.67%
Carne	14	46.67%	21	70.00%
Frutas y verduras	8	26.67%	4	13.33%
Total	30	100.00%	30	100.00%
11. Función de los alimentos con proteínas				
Para el crecimiento normal del niño	14	46.67%	26	86.67%
Dar energía al cuerpo	7	23.33%	2	6.67%
Brindar defensas al organismo	9	30.00%	2	6.67%
Total	30	100.00%	30	100.00%
12. Consumo de carne (cuy, pollo, pescado, menudencia, etc.) por semana.				
1 vez por semana	16	52.33%	14	46.67%
de 2 a 3 veces	14	46.67%	15	50.00%
de 4 a 5 veces	0	0.00%	1	3.33%
Total	30	100.00%	30	100.00%
13. Consumo de menestras por semana				
1 vez por semana	2	6.67%	1	3.33%
de 2 a 3 veces	22	73.33%	16	53.33%
de 4 a 5 veces	6	20.00%	13	43.33%
Total	30	100.00%	30	100.00%

14. consumo de frutas por semana				
1 vez por semana	7	23.33%	3	10.00%
de 2 a 3 veces	23	76.67%	21	70.00%
de 4 a 5 veces	0	0.00%	6	20.00%
Total	30	100.00%	30	100.00%
15. Consumo de verduras por semana				
1 vez por semana	3	10.00%	3	10.00%
de 2 a 3 veces	23	76.67%	19	63.33%
de 4 a 5 veces	4	13.33%	8	26.67%
Total	30	100.00%	30	100.00%

Fuente: Cuestionario sobre conocimientos en alimentación, dirigido a madres con niños menores de cinco años del caserío Montesorco antes y después de la intervención del Proyecto.

Con respecto a la alimentación de niños(as) de 2 a 5 años, las madres les dan alimentos que están al alcance de su economía, sin embargo no todas tienen la misma disponibilidad y acceso a los mismos, y así obtener el aporte nutricional necesario, no obstante fue significativo el resultado con respecto a considerar importante o no a los alimentos de origen animal, puesto que antes y después del proyecto, prevaleció el mayor porcentaje de respuestas que indicaban que si son importantes los alimentos de origen animal (73.33% y 90.00% respectivamente). Esta situación se ve reflejada en el siguiente testimonio, con respecto a la alimentación que necesitan los niños(as) menores de 5 años.

Madre de familia, conviviente de 31 años de edad.

“La carne, le ayudan a crecer y lo protegen de las enfermedades, está bien alimentado y no le va a dar enfermedades.”

“Le doy carnicita seca, sangre de huacho cuando mato mi animal, también le doy huevito”

De igual manera se evidenció que después del proyecto, un 86.67% de madres indicaron que las proteínas sirven para el crecimiento normal del niño(a), demostrando que la mayoría conoce sobre el tema, en comparación a la intervención antes del proyecto. Ello se relaciona con el siguiente testimonio.

Madre de familia con un niño menor de cinco años de edad.

“Los alimentos que le ayudan a crecer a los niños son los huevos, toda clase de carnes, los frijoles, la leche, en especial las sangrecitas”.

“Es importante que coman así para que estén sanitos aprendan en sus estudios si no en el estudio se duermen”.

De las evidencias anteriores aunado a la situación es importante la variedad de alimentos que deben consumir los niños(as), dentro de ellos los de origen animal, menestras, frutas y verduras, pues aportan nutrientes (vitaminas y minerales) que conllevan a una adecuada alimentación. Por ello fue importante conocer que después del proyecto, más del 50% de madres brindan una alimentación variada de 2 a 3 veces por semana. Esta información se relaciona con las anotaciones de la guía de observación, donde se corrobora que la mayoría de madres si le brindan alimentos de origen animal como, hígado, sangrecita, huevo, o queso al menos 1 vez al día a su niño(a) (Ver Cuadro 3). Esta situación es concordante con los siguientes testimonios.

Madre de familia conviviente con un niño de 4 años de edad.

“Los niños necesitan de leche, de las arvejas, del pollo, el cuy, el pescado pero no le doy todos los días porque no tengo para comprar y si le doy mis animales se me acaban”.

“Yo le doy sangrecita, hígado de los animalitos, carne seca también pero a veces”. “Le doy huevos, la sangrecita también el hígado del cuy por lo menos 2 veces al mes ahora que ya aumentaron más los animalitos”.

Madre de familia con un niño de 3 años de edad.

“Es bueno también que el niño consuma verduras porque le protege de enfermedades y le ayuda a digerir bien el estómago.”.

“La frutas previene las enfermedades en el caso de las naranja previene los resfríos y les da pero poco”.

Tabla 11. Conocimientos de las madres del caserío Montesorco sobre aspectos de higiene antes y después del proyecto. 2010-2012

	Aspectos de higiene			
	Antes del proyecto		Después del proyecto	
	N	%	N	%
16. Crianza de animales en la cocina del hogar				
Si	16	53.33%	7	23.33%
No	14	46.67%	23	76.67%
Total	30	100.00%	30	100.00%
17. Lugar y manera de guardarse la comida				
Lugar limpio y bien tapado	20	66.67%	26	86.67%
Cualquier sitio	9	30.00%	4	13.33%
No sabe	1	3.33%	0	0.00%
Total	30	100.00%	30	100.00%
18. Lugar y manera de guardarse el agua				
Lugar limpio y bien tapado	22	73.33%	27	90.00%
Cualquier sitio	7	23.33%	3	10.00%
No sabe	1	3.33%	0	0.00%
Total	30	100.00%	30	100.00%
19. Cómo se debe beber el agua				
Hervida	18	60.00%	27	90.00%
Clorada	11	36.67%	3	10.00%
No sabe	1	3.33%	0	0.00%
Total	30	100.00%	30	100.00%
20. Momento del lavado de manos				
Antes de comer	2	6.67%	0	0.00%
Antes de preparar los alimentos	7	23.33%	5	16.67%
Después de ir al baño	1	3.33%	0	0.00%
Después de cambiar los pañales	1	3.33%	0	0.00%
Antes de dar de mamar	4	13.33%	7	23.33%
Todas las anteriores	15	50.00%	18	60.00%
Total	30	100.00%	30	100.00%

Fuente: Cuestionario sobre conocimientos en alimentación, dirigido a madres con niños menores de cinco años del caserío Montesorco antes y después de la intervención del Proyecto.

Si bien es cierto una adecuada alimentación es importante, de igual manera lo es adoptar adecuadas prácticas higiénicas y saludables en la alimentación del

niño(a) en efecto ayuda a prevenir enfermedades, la presente investigación evidencia que los resultados fueron positivos debido a que la mayoría de madres indicaron que guardan en un lugar limpio y bien tapado los alimentos que consumen (86.67%), al igual que el agua que beben es hervida (90.00%).

Asimismo es necesaria una metodología adecuada en el proceso de implementación de estrategias de prevención y promoción, que involucren prácticas personalizadas con las diferentes familias utilizando insumos que puedan tener en sus hogares. Esta situación es concordante con el siguiente testimonio de una madre con niños menores de 5 años del caserío Montesorco.

Madre de familia de 25 años de edad, conviviente.

“Algunos no aceptan la capacitación que nos sirve para tener mejor orientación y otra es que algunos no ponemos a la práctica todo lo que aprendemos y por allí seguimos en los mismo como estamos y quien lo hace y práctica no será hoy o mañana pero a largo tiempo si cambian las cosas, se mejora.”

Tabla 12. Actitud de las madres familia del caserío Montesorco sobre alimentación infantil antes y después del proyecto. 2010-2012

Actitud de las madres sobre Alimentación Infantil	Estado del proyecto			
	Antes del proyecto		Después del proyecto	
	N	%	N	%
Positiva	10	33.3	17	56.7
Negativa	20	66.7	13	43.3
Total	30	100	30	100

Fuente: Cuestionario sobre conocimientos en alimentación, dirigido a madres con niños menores de cinco años del caserío Montesorco antes y después de la intervención del Proyecto.

z= 4.85 valor p 0.0000

Como se observa en la tabla anterior, antes de la intervención del proyecto el porcentaje de madres de familia con actitudes negativas fue de 66.7% (20),

mientras que después del proyecto, este porcentaje disminuyó a 43.3%(13) y aumentó el porcentaje de madres con actitud positiva en un 56.7% (17). El cambio de actitud ante nueva información depende de la implicación e interés del individuo ya que tiene un rol determinante en el proceso de cambio ⁸⁵. Esto debido a que no es fácil cambiar las actitudes del individuo, considerando que hay aspectos que determinan o influyen en la modificación de las actitudes, en algunos casos existen barreras culturales que impiden o dificultan este cambio para poder mejorar sus hábitos alimenticios.

No obstante, se debe reconocer las necesidades y prácticas de cada comunidad y región del país, que presentan diversos factores socioculturales, demográficos y económicos que los distinguen entre sí, principalmente en el ámbito rural en el que existen comunidades más vulnerables, donde en su mayoría, no acceden a servicios de salud y recursos que les brinden una mejor calidad de vida en la población, y esto debido al insuficiente apoyo social y económico de sus autoridades. Por otra parte, el proyecto fue una oportunidad de contribuir al desarrollo socioeconómico de las madres de familia del caserío Montesorco, en efecto, los resultados obtenidos son una muestra de ello, pese a que no todas las madres tengan iniciativa propia de superación. Esta situación es concordante con el siguiente testimonio de una madre con niños menores de 5 años del caserío Montesorco.

Madre de familia, conviviente de 31 años

“Algunas familias no les interesa las capacitaciones y no quieren cambiar de lo que están y es un gran problema. Pero familias que vamos a las capacitaciones vemos un cambio para bien.”

Cuadro 4. Actitudes frente a la alimentación de las madres con niños menores de 5 años en del Caserío Montesorco antes de la intervención del Proyecto

	Totalmente de acuerdo	%	De acuerdo	%	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	%	En desacuerdo	%	Totalmente en desacuerdo	%
1. Brinda leche materna al niño(a) hasta los 6 meses de edad.	2	6.6	11	36.6	8	26.6	8	26.6	1	3.3
2. Los niños(as) deben recibir alimentos diferentes a la leche materna a partir de los 6 meses	2	6.6	10	33.3 %	9	30.0	7	23.3	2	6.6
3. Es importante que el niño o niña consuma alimentos de origen animal	4	13.3	6	20.0	4	13.3	10	33.3	6	20.0
4. A partir del año el niño o niña puede comer lo mismo que toda la familia	1	3.3	9	30.0	6	20.0	10	33.3	4	13.3
5. El plato del segundo es lo principal que debe comer la niña o niño	2	6.6	7	23.3	8	26.6	11	36.6	2	6.6
6. Los dulces y gaseosas son alimentos que no debe consumir el niño o niña	3	10.0	10	33.3	11	36.6	5	16.6	1	3.3
7. Los animales deben estar fuera de la cocina	0	0.0	5	16.6	7	23.3	12	40.0	6	20.0
8. El agua se debe beber hervida o clorada	5	16.6	13	43.3	10	33.3	1	3.3	1	3.3
9. Debe lavarse las manos antes de comer, después de ir al baño, después de cambiar los pañales, antes de dar de mamar, antes de preparar los alimentos.	3	10.0	18	60.0	8	26.6	1	3.3	0	0.0

Fuente: Cuestionario de actitudes frente a la alimentación de las madres con niños menores de 5 años en del caserío Montesorco antes de la intervención del Proyecto.

Cuadro 5. Actitudes frente a la alimentación de las madres con niños menores de 5 años en del caserío Montesorco después de la intervención del Proyecto

	Totalmente de acuerdo	%	De acuerdo	%	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	%	En desacuerdo	%	Totalmente en desacuerdo	%
1. Brinda leche materna al niño(a) hasta los 6 meses de edad.	8	26.7	11	36.7	4	13.3	7	23.3	0	0.0
2. Los niños(as) deben recibir alimentos diferentes a la leche materna a partir de los 6 meses	8	26.7	12	40.0	5	16.7	5	16.7	2	6.7
3. Es importante que el niño o niña consuma alimentos de origen animal	5	16.7	11	36.7	9	30.0	3	10.0	0	0.0
4. A partir del año el niño o niña puede comer lo mismo que toda la familia	6	20.0	11	36.7	5	16.7	8	26.7	0	0.0
5. El plato del segundo es lo principal que debe comer la niña o niño	6	20.0	12	40.0	7	23.3	5	16.7	0	0.0
6. Los dulces y gaseosas son alimentos que no debe consumir el niño o niña	6	20.0	15	50.0	4	13.3	5	16.7	0	0.0
7. Los animales deben estar fuera de la cocina	7	23.3	11	36.7	8	26.7	4	13.3	0	0.0
8. El agua se debe beber hervida o clorada	8	26.7	12	40.0	3	10.0	7	23.3	0	0.0
9. Debe lavarse las manos antes de comer, después de ir al baño, después de cambiar los pañales, antes de dar de mamar, antes de preparar los alimentos.	9	30.0	12	40.0	9	30.0	0	0.0	0	0.0

Fuente: Cuestionario de actitudes frente a la alimentación de las madres con niños menores de 5 años en del caserío Montesorco después de la intervención del Proyecto.

Según el estudio, las madres muestran una actitud positiva hacia las características de la alimentación del niño(a) menor de 6 meses, siendo el porcentaje mayor con la intervención del proyecto, es decir, la mayoría de

madres (19 madres) se mostró de acuerdo y totalmente de acuerdo en brindar leche materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida.

Por otra parte, en cuanto a la importancia de los alimentos de origen animal que consumen los niños(as) de 2 a 5 años de edad, la mayoría de madres (16 madres) se mostraron con actitudes positivas en cuanto a dar alimentos de este tipo a sus niños(as), después de la intervención del proyecto, sin embargo, fue preocupante conocer que un 43.3% (13 madres) no estaba de acuerdo ni en desacuerdo en que a partir del año el niño(a) pueda comer lo mismo que toda la familia. Al mismo tiempo, un 60% (18 madres) mostró actitud positiva a que el plato del segundo sea el principal que debe comer el niño(a), sin embargo todavía persiste un 40.0% (12 madres) que manifestaron actitudes negativas ante esta afirmación. Situación que se percibe en el siguiente testimonio.

Madre de familia con un niño menor de cinco años de edad.

“Las sopas y los segundos son buenos cuando quieren comer los niños”.

“Mi mamá dice que es más bueno la sopa”.

“No es muy útil echarle aceite o mantequilla le cambia el sabor a las comidas de los niños vuelta no lo quieren comer”

Respecto a la crianza de animales menores en la cocina, un 60% (18 madres) indicaron estar de acuerdo y totalmente de acuerdo en que los animales deben estar fuera de la cocina y lejos de donde preparan los alimentos, pese a este resultado, aún persiste un porcentaje menor de madres que muestran actitudes negativas frente a esta afirmación. Por otro lado, en relación al agua que consumen, la mayoría de madres se mostraron de acuerdo y totalmente de acuerdo a que el agua se debe beber hervida o clorada. Aunando estas afirmaciones a los resultados de la guía de observación, se puede identificar que

efectivamente la mayoría de las madres no crían animales en el área de la cocina, sin embargo existe una minoría que aún tiene animales en esa área, como gallinas y/o cuyes (Ver Cuadro 3).

De manera general, el proyecto permitió a las madres mejorar sus conocimientos y actitudes sobre alimentación infantil y práctica saludables en niños(as) menores de 5 años, pero no en la magnitud que se esperaba con la intervención del proyecto.

Al comparar estas evidencias se corrobora los postulados teóricos de la antropología médica que sostienen que la brecha entre equipos de salud y población andina ocurre, entre otras razones, por los modelos etiológicos culturales de salud y enfermedad, así como por la pertenencia a diferentes estratos socio-educacionales ⁸⁶. Además se evidencia la diferencia entre lo que conocen, que deben hacer y lo que hacen, esta contradicción cotidiana requiere un trabajo a profundidad para entenderla, y así diseñar las estrategias comunicacionales que permitan sensibilizar a la población sobre la importancia de prácticas adecuadas en alimentación. Sin embargo el residir en el área rural está asociado a menor conocimiento, ya que además de la diferencia sociocultural existente, la información y educación llega en menor medida a dicha zona impidiendo que la población rural obtenga adecuadamente el mensaje a pesar de las actividades que realiza el área de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud en dicha jurisdicción.

Asimismo la teoría del cuidado humanizado, explica la labor que cumple la enfermería en cuanto al cuidado y atención que se le brinda al paciente, en este caso la madre de familia y el niño(a). En efecto, no basta con que la madre de familia, cuide y proteja a su niño(a) de factores externos y situaciones de

peligro, sino que también es necesario que al mismo tiempo le brinde las atenciones necesarias que complementen un cuidado humanizado en cuanto a alimentación y nutrición se refiere. Para ello el trabajo del profesional de enfermería aparte de brindar cuidados efectivos destinado a satisfacer las necesidades en salud del paciente, también promueva la educación en salud, es decir, transmitir información idónea que la madre debe conocer para brindarle mejores cuidados a su niño(o)³⁶. Parte del trabajo que realizan las enfermeras(os) en los centros de salud, se puede evidenciar en las prácticas y hábitos alimenticios y que llevan las madres en sus vidas cotidianas, así como también en el estado nutricional de sus niños. Al respecto las madres, después del proyecto, evidenciaron haber mejorado sus conocimientos y actitudes en lo que concierne a alimentación infantil, sin embargo esto no se homogéneamente evidenció en la convivencia diaria, ya que si bien las madres conocen de manera más detallada sobre alimentación infantil, muchas de ellas no practican lo que conocen, a pesar de haber recibido diversas capacitaciones en el tema, por parte del proyecto y del establecimiento de salud.

5.3. Contrastación de la hipótesis

De acuerdo a los resultados obtenidos, relacionado a la teoría de Nola Pender, se observa que una adecuada alimentación de niños(as) del caserío Montesorco depende de muchos componentes sociales, y no solo asignando como única responsabilidad a las madres, pues este esfuerzo debe ser de ambos padres de familia. Si bien es cierto que en los cinco primeros años de vida la relación madre a hijo se forja de manera directa, por el cuidado y seguridad al niño(a), el padre también cumple un rol importante ²⁹.

Asimismo se ha identificado que después de la intervención del proyecto, el conocimiento sobre alimentación infantil en las madres de familia aumentó de un 26.7% (8 madres) a 50% (15 madres) debido al desarrollo de actividades productivas por parte del proyecto así como también de capacitación brindadas por el establecimiento de salud Chuco, las que lograron un acceso considerable tanto en calidad como cantidad de alimentos en las familias (ver tabla 2). De igual manera es necesario que las madres tengan en cuenta una adecuada alimentación del niño(a) a fin de mantenerlo con salud y bienestar social, igualmente es oportuno considerar el contexto en el que vive para su crecimiento emocional, condición económica, el rol que asuma la madre desde la concepción del bebé, y el tipo de alimentación que obtenga en su embarazo, pues todo este conjunto de ideas generará un valor de gran importancia con el objeto que tenga la suficiente capacidad de saber cómo actuar frente al desarrollo integral del niño(a) durante los 5 primeros años de vida. Por consiguiente se acepta la hipótesis alternativa con respecto los conocimiento de madres del caserío Montesorco, ya que después de la intervención del proyecto se obtuvo como resultado a un 50% (15) y un 43.3% (13) de madres con buen y regular conocimiento sobre alimentación infantil respectivamente. Las proporciones han variado de manera positiva con la intervención del proyecto, lo que significa que la intervención del proyecto ayudó a las madres de familia a mejorar los conocimientos sobre alimentación en niños(as) menores de 5 años, sin embargo los resultados no se dieron en mayor magnitud debido a que en su mayoría fueron madres adolescentes con niveles de escolaridad bajos.

Con referencia al modelo de Nola Pender, se afirma que la valoración de las creencias en salud relacionadas con los conocimientos y experiencias previas, determinan las conductas adoptadas por la madre.

Por otro lado, el desarrollo integral del niño(a) depende de la actitud favorable de la madre sobre alimentación, la asistencia a los establecimientos de salud para control del niño(a) y la calidad de atención que se les brinde en dichos establecimientos. Por ello el estado, debe garantizar la cartera de servicios de salud en el primer nivel de atención, considerando las características de la población a quien va dirigida, con adecuación intercultural y de esta manera brinde las condiciones necesarias para la atención integral de calidad, en donde el equipo multidisciplinario de salud, deberá desarrollar estrategias y metodologías eficaces que permitan que los padres estén capacitados para un adecuado cuidado del niño(a) desde su gestación.

Al comparar las evidencias después de la intervención del proyecto, ha existido un impacto en la respuestas de las madres, teniendo una actitud positiva frente a la intervención del proyecto de un 33% (10) a 56.7% (17) madres de familia con actitudes favorables.

Esta situación se relaciona con el modelo de promoción de Nola Pender en donde las emociones, actitudes, motivaciones, deseos o propósitos contemplados en cada madre promueven hacia una determinada acción. Los sentimientos positivos o negativos acompañados de un componente emocional son clave para identificar la conducta que necesita modificarse. Por lo tanto, en cada proyecto de salud deben implementarse actividades dinámicas y atractivas que generen beneficios para toda la población ²⁹.

De allí que esta actitud asertiva de las madres también dan explicación a la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem, la cual menciona al autocuidado constante que tiene la madre frente a sí misma y al niño(a), con respecto al conocimiento sobre alimentación infantil, que ha adquirido a lo largo del ciclo de vida, de esta manera se logra controlar factores que alteren el desarrollo y funcionamiento de la vida de cada madre y sus hijos, contribuyendo con el desarrollo personal y el bienestar, con una adecuada alimentación, prevención de riesgos, así como también acudir oportunamente a un establecimiento de salud en beneficio de su vida salud o bienestar, por ello se hace necesario que las madres, reconozcan la importancia del autocuidado y lo incorporen en su conducta y actitudes ³².

Sin embargo, los resultados de la investigación también reflejan la influencia que tiene la cultura, tanto como las costumbres, creencias y el entorno social, en el cambio de los conocimientos, las actitudes y las prácticas de las madres sobre la alimentación infantil, de acuerdo a estas afirmaciones el enfoque Funcional-estructuralista de la cultura explica de manera sistémica como se establece la cultura, con las necesidades básicas de los individuos. Todo ello forma determinadas acciones elementales que crean este ambiente cultural donde toda actividad social se desarrolla, en este sentido las madres de familia tienen una serie de condiciones socialmente aprendidas que van satisfaciendo de manera prioritaria de acuerdo a sus necesidades, las cuales se dan mediante las instituciones y organizaciones de las que dependen, inicialmente la familia es el primer pilar social en el que se desenvuelven, luego la organización en la comunidad y por ultimo las organizaciones e instituciones públicas y privadas. Las costumbres de una comunidad son adoptadas por las madres de familia en el

hogar, en este sentido, la crianza que le dan a sus niños(as) es transmitida de generación en generación y con el tiempo, van marcando sus creencias y costumbres adoptando el aprendizaje que adquirieron de sus antepasados ³³.

En efecto, la cultura del caserío Montesorco posee elementos propios, expresados en pautas, como son los roles, relaciones sociales, ocupaciones en la vida cotidiana, estrato social, entre otros patrones de conducta que distinguen y denotan la personalidad individual de cada madre de familia, producto de la educación obtenida. Estas formas de conductas adquiridas por la madre, es transmitido de manera simbólica hacia el niño(a) transfiriendo lenguaje, conocimiento, entre otras elementos que luego se enmarcan como tradición, tal y como lo menciona Margaret Mead (1953) ³⁴. Sin embargo es necesario que se trabaje en identificar las pautas o rasgos sociales que no dejan encaminar el desarrollo económico y social para las familias que viven en las zonas alejadas (rural) del país.

Desde la teoría del cuidado humanizado, se explica la labor que cumple la enfermería en cuanto al cuidado y atención que se le brinda al paciente, en este caso la madre de familia y el niño(a). En efecto, no basta con que la madre de familia, cuide y proteja a su niño(a) de factores externos y situaciones de peligro, sino que también es necesario que al mismo tiempo le brinde las atenciones necesarias que complemente un cuidado humanizado en cuanto a alimentación y nutrición se refiere. Para ello el trabajo del profesional de enfermería aparte de brindar cuidados efectivos destinado a satisfacer las necesidades en salud del paciente, también promueva la educación en salud, es decir, transmitir información idónea que la madre debe conocer para brindarle mejores cuidados a su niño(o)³⁶. Parte del trabajo que realizan las

enfermeras(os) en los centros de salud, se puede evidenciar en las prácticas y hábitos alimenticios y que llevan las madres en sus vidas cotidianas, así como también en el estado nutricional de sus niños. Al respecto las madres, después del proyecto, evidenciaron haber mejorado sus conocimientos y actitudes en lo que concierne a alimentación infantil, sin embargo esto no se homogéneamente evidenciado en la convivencia diaria, ya que si bien las madres conocen de manera más detallada sobre alimentación infantil, muchas de ellas no practican lo que conocen, a pesar de haber recibido diversas capacitaciones en el tema, por parte del proyecto para comprender lo que es correcto e incorrecto realizar. De igual manera sucede con el cuidado de la madre desde la enfermería, pese a que muchas madres no son responsables en cuanto al cuidado de su salud y la del niño(a), el cuidado desde la enfermería está destinado a promover, mantener o recuperar un estado óptimamente saludable de las madres, logrando entender la sensibilidad de las mismas y estableciendo una relación transpersonal, enfrentando situaciones nuevas, ya que para ello el profesional en enfermería debe estar preparado ³⁶.

Las ideas expuestas contribuyen a aceptar la hipótesis alternativa, respecto a la actitud de las madres sobre alimentación infantil, como consecuencia a una variación positiva después de la intervención del proyecto, dando como resultado un 56.7% (17) madres de familia con actitud positiva frente a alimentación infantil. De las evidencias anteriores se identifica que ayudó a adoptar buenas actitudes en la mayoría de las madres de familia sobre alimentación en niños(as) menores de 5 años.

Por otro lado, es necesario continuar reforzando las estrategias y metodología utilizadas por el personal de salud en los centro de primer nivel de atención,

considerando sus necesidades y costumbres, a fin de contribuir con la realización de conductas destinadas a mejorar la calidad de vida de las madres y por ende de la alimentación de los niños(as) menores de 5 años.

CONCLUSIONES

- Se identificaron las características socioeconómicas de las madres, dentro de las más relevantes se tuvo que la mayoría de madres tenían entre 15 a 20 años de edad y su nivel de escolaridad era de primaria completa. El mayor porcentaje de madres tenía por ocupación ser ama de casa y sus ingresos económicos fluctuaban entre 500 a 800 soles al mes.
- Se determinó que más de la mitad de las madres de familia tenían entre mal y regular conocimiento sobre alimentación infantil antes de la intervención del proyecto, sin embargo después de la intervención del proyecto, se evidenció un aumento en el número de madres con buenos conocimientos sobre alimentación infantil.
- Se identificó que antes del proyecto en su mayoría, las madres de familia tenían actitudes negativas sobre alimentación infantil, no obstante, con la intervención del proyecto, se evidenció que más de la mitad de las madres de familia adquirieron actitudes positivas sobre alimentación infantil.
- Las ideas expuestas contribuyen a aceptar la hipótesis alternativa sobre conocimientos y actitudes de las madres de familia sobre alimentación infantil, como consecuencia de una variación positiva después de la intervención del proyecto.

RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

- A la Dirección Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca, se recomienda enfatizar en los estudiantes metodologías de aprendizaje en adultos, basado en aprender haciendo. Asimismo gestionar convenios entre entidades públicas, privadas con el objetivo de promover el acompañamiento a las familias, realizando educación para la salud con la finalidad de contribuir a la prevención de riesgos de enfermedades y favorecer una adecuada alimentación infantil higiénica y saludable.
- Asimismo, promover que el estudiante de enfermería realice visitas domiciliarias de manera conjunta con otros profesionales (médicos, nutricionistas, entre otros) poniendo énfasis en una buena alimentación infantil y adecuadas prácticas saludables.
- A los docentes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca, capacitar y motivar a los estudiantes en la búsqueda de estrategias y metodologías acorde a las necesidades de la población buscando un mejor aprendizaje en temas de promoción de la salud, a fin de fortalecer los conocimientos y capacidades del estudiante en formación.
- A la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca se recomienda continuar incentivando al investigador a realizar trabajos cuali-cuantitativos, con proyección al bienestar de la población Cajamarquina, asimismo seguir realizando estudios similares en otras zonas vulnerables y alejadas de la Provincia de Cajamarca.
- A la ONG ADIAR, se recomienda focalizar a la población vulnerable a intervenir, fortaleciendo las capacidades de las familias en sesiones educativas personalizadas que involucren al padre de familia. Asimismo realicen un seguimiento de la

producción agrícola y de animales menores destinados para el autoconsumo, identificando factores sociales y culturales que influyan en la alimentación de las mismas. Es necesario trabajar en equipo con instituciones públicas y privadas, considerando un enfoque territorial, de derechos y abogacía en busca del bienestar de la población objetivo.

- Al Gobierno Regional, trabajar políticas públicas efectivas que garanticen el desarrollo infantil adecuado de los niños(as) del Perú considerando los dos pilares importantes para el desarrollo, educación y salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García, O E y Rodríguez CC. La educación en nutrición: el caso de la fibra en la dieta. Revista Scielo. Vol. 35 No.73, agosto 2011.
2. Rodrigo-Cano S, Soriano J M, Aldas J R. Valoración de la efectividad de la educación alimentaria en niños. Revista Española Nutrición Humana Dietética, Vol. 1, No.20., enero 2016.p.33.
3. Montenegro A. Ubeda M. y García G. Evaluación de los hábitos alimentarios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales". Revista Scielo, Vol.21 No.4 julio 2006.
4. Rufino, R. Aversiones y preferencias alimentarias de los adolescentes de 14 a 18 años de edad, escolarizados en la ciudad de Santander. Rev. Redalyc. Vol. 22, No. 6, diciembre 2007. p. 3.
5. Eguren F. Seguridad Alimentaria en el Perú. [internet]. Rev. Agraria 2015 p.8 - 9. [Consultado el 10 de Agosto 2017]. ; Disponible en: http://www.observatorioseguridadalimentaria.org/sites/default/files/final-libro_compilacion_lra_seguridad_alimentaria_final_2016.pdf.
6. Decreto Supremo de la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2013 - 2021. D.S. N° 021-2013-MINAGRI. Perú: Ministerio de Agricultura y Riego; 2013.
7. Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional. LEY N° 3981. Perú: Congreso de la República; 2015.

8. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social Incluir para crecer. [Internet]. MIDIS, 2011. [Consultado 05 mayo 2014]. ; Disponible en: <http://www.midis.gob.pe/files/estrategianacionaldedesarrolloeinclusoinsocialincluirparacrecer.pdf>.
9. Benítez V, Vázquez I, Sánchez R, Velasco R, Ruiz S y Medina M. Intervención educativa en el estado nutricional y conocimiento sobre alimentación y actividad física en escolares. [Internet]. Rev. de Enfermería del IMSS. México; 2016. [Consultado el 30 en mayo 2017]; Disponible en. http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/72/119.
10. Graziano J. La malnutrición es un problema de todos. [Internet]. FAO, octubre 2016. [Consultado 25 diciembre 2017]; Disponible: <http://www.fao.org/about/who-we-are/director-gen/faodg-opinionarticles/detail/es/c/472288/>.
11. Banco Mundial. El futuro de los niños que están mal alimentados. [Internet]. Ecuador 2015. [Consultado 10 noviembre 2017]; Disponible en: <http://www.bancomundial.org/es/news/feature/2015/08/31/ecuador-el-futuro-de-los-ninos-que-estan-mal-alimentados>.
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Lima Dirección General del Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2016. p. 348 -349.

13. Sguassero Y. Duración óptima de la lactancia materna exclusiva. [internet].Tetocalactancia; 2011. [Consultado 04 junio 2016]; Disponible en: <http://tetocalactancia.blogspot.pe/2011/04/oms-duracion-optima-de-la-lactancia.html>.
14. Realpe F G. Influencia de conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias de los cuidadores en el hogar, en el estado nutricional de los niños y niñas en edad preescolar que asisten al centro de desarrollo infantil arquita de Noé. [Tesis]. ; Quito: Pontificia Universidad Católica Del Ecuador. Facultad de Enfermería; 2014. p.21.
15. Durand D. Relación entre el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación infantil y el estado nutricional de niños preescolares en la Institución Educativa Inicial N° 111- Callao. [Tesis]. Universidad Nacional de San Marcos. ; Facultad de Medicina Humana. Lima; 2010.
16. Dirección Regional de Salud. Reunión Multisectorial Pacto por la Anemia: Proporción de Desnutrición Crónica Según el Reporte del Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN) 2015-2016. Conferencia. Cajamarca: DIRESA; 2016.
17. PROSALUS. Salud, Agua, Alimentación. Seguridad Alimentaria Nutricional y promoción de la Salud de poblaciones rurales en Bolivia y Perú. [Internet]. ADIAR 2010. ; [Consultado el 08 de junio 2017]; Disponible en: <https://prosalus.es/es/proyectos/seguridad-alimentaria-nutricional-y-promocion-de-la-salud-de-poblaciones-rurales-en>.
18. UNICEF. Desarrollo de la primera infancia. [internet]. [consultado 20 noviembre de 2017]. El Fondo de las Naciones Unidas para la infancia; 2017. Disponible en: <https://www.unicef.org/es/desarrollo-de-la-primera-infancia>.

19. Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y del niño pequeño. [internet]. OMS 2017. [consultado 08 agosto 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>.
20. Carchi M y Chuquin M. Prácticas de lactancia materna y de alimentación complementaria en los niños y niñas de 0 a 23 meses de edad, en el hospital Vicente Corral Moscoso. ; [Tesis]. Ecuador; Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas; 2015.
21. Barrera L, Herrera G y Ospina J. Intervención educativa para modificación de conocimientos, actitudes y prácticas sobre nutrición en Boyacá, Colombia. Revista Cuidarte. Vol.5, No. 2, junio 2014.
22. Benjumea M, Falla N y Jurado L. Conocimientos y prácticas de gestantes y cuidadores sobre lactancia materna en cinco municipios caldenses. Hacia la Promoción de la Salud. Vol.18 No.2, junio 2013.
23. Galindo L. Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas que interfieren en el inicio, duración, intensidad y tipo de la lactancia materna. [Tesis]; Guatemala: Universidad de San Carlos Guatemala. Facultad de ciencias químicas y farmacia; 2013.
24. Carrascal M y Pineda G. Efectividad de un programa educativo en nivel de conocimiento materno sobre nutrición en preescolares. [Tesis]. Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo; 2016.
25. León, R. Conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud de Revolución, Juliaca – 2015. [Tesis]. Universidad Peruana Unión. Facultad de Ciencias de la Salud. Juliaca; 2016.

26. Fernández, G R. Sarmiento K J y Vera Y L. Nivel de conocimiento sobre prevención de obesidad infantil en madres de preescolares de la I.E. inicial Luis Enrique XIII, Comas-2015. [Tesis]. Lima: Universidad de Ciencias y Humanidades. ; Facultad de Ciencias de la Salud; 2015.
27. Zavaleta S. Conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses que asisten al consultorio CRED, en el P.S. Cono Norte; [Tesis].Universidad Jorge Basadre Gohmann. Facultad de Ciencias de la Salud. Tacna; 2013.
28. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Evaluación final del proyecto Alianza por la nutrición en Cajamarca PREDECI. [Proyecto]. Cajamarca; 2013.
29. Aristizábal G P, Blanco D, Sánchez A y Ostiguín R. El modelo de promoción de la salud. Enfermería Universitaria. Vol.8, No. 4, octubre 2011.
30. Meriño J, Vásquez M, Simonetti C y Palacio M. El Cuidado: Nola Pender. [internet]. [consultado 14 febrero 2017]. Teorías de enfermería. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/nola-pender.html>.
31. García H. Características Socioculturales del medio Rural. Oficina Sanitaria Panamericana. Enero 1968.
32. Fernández M. Bases Históricas y teóricas de la Enfermería. [Ponencia]. Universidad de Cantabria. España; 2011.
33. Bronislaw M. Una teoría científica de la cultura: ¿Qué es la cultura? Madrid 1984, p. 56-62.
34. Limpiao R C. Teorías de la cultura y diagnóstico sobre la educación intercultural en el Perú en sus aspectos lingüísticos y literarios. [Tesis Doctoral]. España; Universidad de Granada; 2011.

35. Rivera L y Triana A. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del Country. Universidad Nacional de Colombia. octubre 2007.
36. Urra M, Jana A y García, V. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Revista Ciencia y Enfermería. Vol. 17, No. 3. noviembre 2011.
37. Salazar A. El punto de vista filosófico. Ediciones el Alce. Lima; 1998.
38. Polit D, y Hungler B. Investigación científica en ciencia de la salud. Vol. No.6. México; MCGRAW-HILL; 2000.
39. Bunge M. La ciencia, su método y su filosofía. Argentina, Buenos Aires; 1998.
40. Walon, H. Psicología, ciencia y sociedad. España; 1985.
41. Martínez B y Céspedes N. Metodología de la investigación, estrategias para investigar. Sánchez S.R.L.; 2008. p. 23.
42. Trigueros I, Mondragón J y Serrano M T. Trabajador social. Vol.1 No.2. España; editorial MAD SL; 2001. p. 260.
43. OPS/OMS. Educación en inocuidad de alimentos: Investigación de Conocimientos Actitudes y Prácticas (CAP). [internet]. [consultado 27 julio de 2017]. Oficina Regional para las Américas; 2016. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10493%3Aeducacion-inocuidad-alimentos-investigacion-conocimientos-actitudes-practicas-cap&catid=1237%3Aeducation-on-food-safety&Itemid=41279&lang=es.
44. OMS. Estrategia Mundial para la alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Ginebra: OMS-UNICEF, 2003.

45. Ministerio de Salud. Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales (MONIN). [internet]. [consultado 25 mayo 2015]. Instituto Nacional de Salud (INS); 2010. Disponible en: <http://www.portal.ins.gob.pe/es/cenan/cenan-c3/monitoreo-nacional-de-indicadores-nutricionales-monin>.
46. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-1999. Promoción y educación en materia alimentaria: criterios para brindar orientación. México; Secretaría de Salud, 1999. p. 1-18.
47. Licla D Y y Porras Y G. Conocimiento y práctica de madres sobre el contenido de la lonchera y su relación con el estado nutricional del preescolar institución educativa n° 314 “los pinos” Sapallanga; [Tesis]. Huancayo; Universidad de Huancayo Franklin Roosevelt. Facultad de Ciencias de la Salud. 2015. p.44.
48. OPS- OMS. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington; 2003.
49. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño menor de cinco años. UNICEF; Lima. 2012. p.16.
50. UNICEF. Los hábitos de Higiene. Ministerio de Salud y desarrollo social. Venezuela; 2005.
51. Departamento de Inocuidad de los Alimentos, Zoonosis y Enfermedades de Transmisión Alimentaria. Manual sobre las cinco claves para la inocuidad de los alimentos. Francia. OMS; 2007, p.12-21.
52. Ministerio de Salud. Manual de Alimentación y nutrición para el personal. Lima; 2008.
53. Zegarra E. Informe Nacional sobre la Seguridad Alimentaria en el Perú. Ministerio de Agricultura, Lima; 2002.

54. Gordillo G y Méndez O. Seguridad y soberanía alimentaria. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación - FAO. 2013.
55. FAO. Indicadores básicos propuestos para vigilar la situación de la seguridad alimentaria. Informe Científico. Roma; FAO, 2006.
56. Proyecto de ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional N°03981/2014. Congreso de la República (CR). Lima; 2014.
57. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Guía Metodológica de Comunicación Social en Nutrición. Roma; Departamento de Agricultura. 1996.
58. Enciclopedia Salud. Definición de Actitudes. [internet]. [consultado 03 de marzo del 2017].Clase Q.S.L; 2016. Disponible en: <https://www.encyclopediasalud.com/definiciones/actitud>.
59. Isasi S. Cartas para mamá. [Internet]. [Visitado en julio del 2015]. Disponible en: http://www.shoshan.cl/cartas/carta_601.html.
60. Whaley L. Tratado de enfermería pediátrica. México; 2001.
61. Nestlé. Alimentación Infantil: Necesidades y características particulares. [internet]. [consultado el 20 de diciembre de 2017]. Bolivia; Nestlé, 2017. Disponible en: <https://www.nestle.com.bo/es/media/pressreleases/prensaalimentacioninfantil>.
62. Palencia Y. Alimentación y Salud, claves para una buena alimentación. Universidad de Zaragoza. España; 2002.
63. Babylon. Alimento. [Internet]. [Visitado en agosto del 2015]. Disponible en: <http://diccionario.babylon-software.com/alimento/>.

64. Botella P, Alacreu M y Martínez B M. Inferencia estadística (intervalos de confianza y p-valor). [Internet]. 2010. [Consultado 05 mayo 2016]; Disponible en: <https://www.uv.es/~mamtnez/IECRC.pdf>.
65. Martínez Estrategias metodológicas y técnicas para la investigación social. Universidad Mesoamericana. México D.F. 2004.
66. Malave N. Trabajo modelo para enfoques de investigación acción participativa, Escala tipo Likert. Universidad Politécnica experimental de Paria, 2007.
67. Alfa de Cronbach y consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida. [Internet]. Universidad de Valencia. 2010, [Visitado en febrero del 2015]. Disponible en: <https://www.uv.es/~friasnav/AlfaCronbach.pdf>.
68. Wordpress. ¿qué es un grupo Focal? [Internet]. 2010. [Visitado en marzo del 2015]. Disponible en: <https://avdiaz.files.wordpress.com/2009/08/que20es20grupo20focal.pdf>.
69. Biblioteca Central. Guía para la elaboración de citas y referencias bibliográficas, según el estilo. Universidad de Piura; 2011.
70. Arias M. La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. Rev. La triangulación metodológica. marzo 2000.
71. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Lima Dirección General del Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2016. p.135-136.
72. García L. Cada año hay más de 600 mil nuevas madres en el país. [Internet]. Diario el Comercio. mayo 2014. [Consultado el 05 de junio de 2016; Disponible en: <https://elcomercio.pe/lima/ano-hay-600-mil-nuevas-madres-pais-318592>.
73. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Las Adolescentes y su Comportamiento Reproductivo 2013. Lima; INEI, 2015.

74. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Más de ocho millones de peruanas celebrarán el Día de la Madre. [Internet]. Nota de prensa. mayo 2014. [Consultado el 14 de julio de 2016]; Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/mas-de-ocho-millones-de-peruanas-celebraran-el-dia-de-la-madre-este-domingo-7536/>.
75. Contreras J. Alimentación y Religión. Observatorio de la Alimentación. España; Universidad de barcelona. Vol.No.16. junio 2007.
76. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Lima Dirección General del Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2016. p.98.
77. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Localización territorial de los pobres; Perú: Perfil de la pobreza por dominios geográficos 2004 - 2013. ENAHO; Lima 2014.
78. CEPREN/LACTARED. [Internet]. Red Peruana de Lactancia Materna. 2013. [Consultado el 19 de junio 2015]; Disponible en: <http://www.lactared.org/CentroVirtual/>.
79. Centro Nacional de Estadísticas de Salud. Fuente de datos para investigadores, docentes y estudiantes que desean realizar análisis de datos. Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos.; EE.UU; 2008.
80. Villegas E. Minifundio sigue limitando el desarrollo del agro. [Internet]. La República. julio 2013. [Consultado el 20 de agosto de 2016]; Disponible en: <https://larepublica.pe/archivo/728492-minifundio-sigue-limitando-el-desarrollo-del-agro>.

81. Ministerio de Agricultura y Riego. Diagnóstico de la Agricultura en el Perú. [Internet] Informe; julio 2011. [Consultado en junio del 2016]; Disponible en: http://www.peruopportunity.org/uploads/posts/34/Diagnostico_de_la_Agricultura_en_el_Peru_-_web.pdf.
82. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Lima Dirección General del Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2016. p. 102.
83. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). Lima Dirección General del Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2016. p. 339-351.
84. UNICEF/PERÚ. Los bebés y las madres del mundo sufren los efectos de la falta de inversión en la lactancia materna. [Internet].OPS-OMS. agosto 2017. [Consultado el 09 de diciembre de 2017]; Disponible en: https://www.unicef.org/peru/spanish/media_36750.html.
85. Caro MC y Piñero MS. Las emociones y la resistencia al cambio de las actitudes. Rev. Española de Investigación de Marketing ESIC. No.18. Noviembre 2014,p.19.
86. Bengoa F, Llanos Luis F, Mayca J y Velásquez E. Conocimientos, intenciones de conducta y prácticas sobre Bartonelosis en la localidad de Sartimbamba, Provincia Sánchez Carrión, Dpto. de La Libertad. [Internet] [Rev. Med Hered.] 2008 abril:19(2); p.6.; [Consultado 02 junio 2014] Disponible:https://www.researchgate.net/publication/262501400_Conocimientos_intenciones_de_conducta_y_practicas_sobre_Bartonelosis_en_la_localidad_de_Sartimbamba_Provincia_Sanchez_Carrion_Dpto_de_La_Libertad_Enero_-_Marzo_2005.

APÉNDICES/ANEXOS

Apéndice 1

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS EN ALIMENTACIÓN, DIRIGIDO A MADRES CON NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DEL CASERÍO MONTESORCO ANTES DE LA INTERVENCIÓN DEL PROYECTO MARZO – 2011

El presente cuestionario está dirigido a madres con niños menores de 5 años del caserío Montesorco, con la finalidad de que nos brinden información sobre sus conocimientos en su entorno familiar, según algunas características sociales. Por tal motivo solicitamos a usted. Tenga a bien responder a las interrogantes de tal forma que sean los más veraces posible, y agradeciéndole por anticipado su participación y haciéndole saber que dicha información será de absoluto reserva.

I. Datos Generales

1. Edad de la madre

a) < de 15 años () b) 15 a 20 años () c) 21 a 35 años () d) 36 + ()

2. Nivel de escolaridad

a) Sin instrucción () b) Primaria completa () c) Primaria incompleta ()
d) Secundaria completa () e) Secundaria incompleta () f) Superior ()

3. Religión:

Católica () No católica ()

4. Edad de la niña o niño

a) <6 meses () b) 6 a 12 meses () c) 12 a 24 meses () d) >a 24 meses-59 meses ()

5. Peso del niño o niña:

Kilogramos:... Talla:...

6. ¿Realiza usted algún trabajo remunerado o vende algo por lo que reciba algún ingreso?

a) Sí b) No cuál: ...

7 ¿Tiene cultivado el solar de la casa?

a) Si b) No

8 ¿Cuántas variedad de cultivos tiene para alimentarse?

- a) un solo cultivo
- b) varios cultivos

9¿Qué problemas tiene su familia para poder alimentarse todos los días?

- a) No tienen trabajo o dinero
- d) No tienen donde sembrar
- c) Ningún problema.

II. Leche Materna Exclusiva

1. ¿Qué entiende por leche materna exclusiva?

- a) Es dar solo leche materna de día y de noche
- b) Es dar leche materna más agüitas.
- c) Es dar leche materna más leche artificial

2. ¿Razones por las que la leche materna exclusiva es buena para su niño o niña?

- a) Crecen más sanos e inteligentes, está siempre lista, contiene todo los nutrientes y agua que necesita.
- b) No cuesta
- c) No sabe

3. ¿Hasta qué edad se debe dar leche materna a su niño o niña?

- a) Hasta los 6 meses
- b) Hasta los 9 meses
- c) Hasta los 12 meses

III. Alimentación Complementaria

4. ¿A partir de qué edad deben recibir alimentos diferentes a la leche materna el niño o niña?

- a) 4 meses
- b) 6 meses
- c) No sabe

5. ¿Con qué preparaciones debe iniciarse la alimentación del niño o niña?

- a) Líquida
- b) Espesa
- c) No sabe

6.- ¿Cuántas comidas al día debe comer un niño entre los 6 y 12 meses?

- a) 1 b) 3 d) 4 a 5 e) No sabe

IV. Alimentación del niño o niña de 2 a 5 años

7. ¿Desde qué edad el niño o niña puede comer de la olla familiar?

- a) Desde el primer año
b) Otra edad
c) No sabe

8.- ¿Qué preparación debe comer primero el niño o niña: Sopa, segundo?

- a) Segundo
b) Sopa
c) No sabe

9. - ¿Es importante que el niño o niña consuma alimentos de origen animal?

- a) SI b) NO

10. De la siguiente lista ¿Qué alimento(s) contiene más PROTEÍNAS?

- b) Carnes.
c) Frutas y verduras.
d) Caramelos y galletas

11.- ¿Para qué sirven los alimentos que tienen PROTEÍNAS?

- a) Para el crecimiento normal del niño.
b) Dan energía al cuerpo.
d) No sabe

12.- ¿Cuántas veces por semana debe comer CARNE (cuy, pollo, pescado, menudencias, vísceras un niño o niña?

- a) 1 vez por semana.
b) De 2 a 3 veces por semana.
d) Todos los días.

13. ¿Cuántas veces por semana su niño come MENESTRAS?

- a) 1 vez por semana.
b) De 2 a 3 veces por semana.
d) Todos los días.

14. ¿Cuántas veces por semana su niño o niña come FRUTAS?

- a) 1 vez por semana.
- b) De 2 a 3 veces por semana.
- d) Todos los días.

15. ¿Cuántas veces por semana su niño niña come VERDURAS?

- a) 1 vez por semana.
- b) De 2 a 3 veces por semana.
- d) Todos los días.

V .Aspectos de Higiene

16.- ¿Los animales pueden criarse en la cocina?

- a) SI
- b) NO

17.- ¿Cómo se debe beber el agua?

- a) Hervida
- b) Clorada
- c) No sabe

18.- ¿Dónde y cómo debe guardarse la comida?

- a) Lugar limpio y bien tapado
- b) Cualquier sitio
- c) No sabe

19.- ¿Dónde y cómo debe guardarse el agua?

- a) Lugar limpio y bien tapado
- b) Cualquier sitio
- c) No sabe

20.- ¿Cuándo debe lavarse las manos?

- a) Nunca
- b) Antes de comer
- c) Antes de preparar los alimentos
- d) Después de ir al baño
- e) Después de cambiar los pañales
- f) Antes de dar de mamar.

Gracias por su colaboración

Apéndice 2

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS EN ALIMENTACIÓN DIRIGIDO A MADRES CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL CASERIO MONTESORCO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN DEL PROYECTO OCTUBRE – 2012

El presente cuestionario está dirigido a madres con niños menores de 5 años del caserío Montesorco-October 2012, con la finalidad de obtener información sobre sus conocimientos en su entorno familiar, según algunas características sociales.

Por tal motivo solicitamos a usted. Tenga a bien responder a las interrogantes de tal forma que sean los más veraces posible, y agradeciéndole por anticipado su participación y haciéndole saber que dicha información será de absoluto reserva.

I. DATOS GENERALES

1. Edad de la madre

- a) < de 15 años () b) 16 a 20 años () c) 20 a 30 años () d) 30 a 40 años ()
e) más de 40 años ()

2. Nivel de escolaridad

- a) Analfabeta () b) Primaria () c) Secundaria () c) Superior ()

3. Religión:

- Católica () No católica ()

4. Edad de la niña o niño

- a) <6 meses () b) 6 a 12 meses () c) 12 a 24 meses () d) >a 24 meses-59 meses ()

5. Peso del niño o niña:

Kilogramos:... Talla:...

6 ¿Realiza usted algún trabajo o vende algo por lo que reciba algún ingreso?

- a) Sí b) No cuál: ...

7 ¿Tiene cultivado el solar de la casa?

- a) Sí b) No

8 ¿Cuántas variedad de cultivos tiene para alimentarse?

- a) un solo cultivo b) varios cultivos

9. ¿Qué problemas tiene su familia para poder alimentarse todos los días?

- a) No tienen trabajo o dinero
- d) No tienen donde sembrar
- c) Ningún problema.

II. Leche Materna Exclusiva

1. ¿Qué entiende por leche materna exclusiva?

- d) Es dar solo leche materna de día y de noche
- e) Es dar leche materna más agüitas.
- f) Es dar leche materna más leche artificial

2. ¿Razones por las que la leche materna exclusiva es buena para su niño o niña?

- d) Crecen más sanos e inteligentes, está siempre lista, contiene todo los nutrientes y agua que necesita.
- e) No cuesta
- f) No sabe

3. ¿Hasta qué edad se debe dar leche materna a su niño o niña?

- d) Hasta los 6 meses
- e) Hasta los 9 meses
- f) Hasta los 12 meses

III. Alimentación Complementaria

4. ¿A partir de qué edad deben recibir alimentos diferentes a la leche materna el niño o niña?

- d) 4 meses
- e) 6 meses
- f) No sabe

5. ¿Con qué preparaciones debe iniciarse la alimentación del niño o niña?

- d) Líquida
- e) Espesa
- f) No sabe

6.- ¿Cuántas comidas al día debe comer un niño entre los 6 y 12 meses?

- a) 1
- b) 3
- d) 4 a 5
- e) No sabe

IV. Alimentación del niño o niña de 2 a 5 años

7. ¿Desde qué edad el niño o niña puede comer de la olla familiar?

- a) Desde el primer año
- b) Otra edad
- c) No sabe

8.- ¿Qué preparación debe comer primero el niño o niña: Sopa, segundo?

- a) Segundo
- b) Sopa
- c) No sabe

9. - ¿Es importante que el niño o niña consuma alimentos de origen animal?

- a) SI
- b) NO

10. De la siguiente lista ¿Qué alimento(s) contiene más PROTEÍNAS?

- b) Carnes.
- c) Frutas y verduras.
- d) Caramelos y galletas

11.- ¿Para qué sirven los alimentos que tienen PROTEÍNAS?

- a) Para el crecimiento normal del niño.
- b) Dan energía al cuerpo.
- d) No sabe

12.- ¿Cuántas veces por semana debe comer CARNE (cuy, pollo, pescado, menudencias, vísceras un niño o niña?

- a) 1 vez por semana.
- b) De 2 a 3 veces por semana.
- d) Todos los días.

13. ¿Cuántas veces por semana su niño come MENESTRAS?

- a) 1 vez por semana.
- b) De 2 a 3 veces por semana.
- d) Todos los días.

14. ¿Cuántas veces por semana su niño o niña come FRUTAS?

- a) 1 vez por semana.
- b) De 2 a 3 veces por semana.
- d) Todos los días.

15. ¿Cuántas veces por semana su niño niña come VERDURAS?

- a) 1 vez por semana.
- b) De 2 a 3 veces por semana.
- d) Todos los días.

IV .Aspectos de Higiene

16.- ¿Los animales pueden criarse en la cocina?

- a) SI
- b) NO

17.- ¿Cómo se debe beber el agua?

- a) Hervida
- b) Clorada
- c) No sabe

18.- ¿Dónde y cómo debe guardarse la comida?

- a) Lugar limpio y bien tapado
- b) Cualquier sitio
- c) No sabe

19.- ¿Dónde y cómo debe guardarse el agua?

- a) Lugar limpio y bien tapado
- b) Cualquier sitio
- c) No sabe

20.- ¿Cuándo debe lavarse las manos?

- a) Nunca
- b) Antes de comer
- c) Antes de preparar los alimentos
- d) Después de ir al baño
- e) Después de cambiar los pañales
- f) Antes de dar de mamar.

Gracias por su colaboración

Apéndice 3

ACTITUDES FRENTE A LA ALIMENTACIÓN DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN DEL CASERIO MONTESORCO ANTES DE LA INTERVENCIÓN DEL PROYECTO MARZO – 2011

Madre de familia en el siguiente instrumento deseamos que usted pueda dar su opinión antes de la intervención del proyecto: Desarrollo de la Base Productiva para la Seguridad Alimentaria en el caserío Montesorco; frente a las siguientes afirmaciones.

1. Los niños y niñas, deben recibir alimentos diferentes a la leche materna a partir de los 6 meses

- a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo

2. Es importante que el niño o niña consuma alimentos de origen animal

- a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo

3. A partir del año el niño o niña puede comer lo mismo que toda la familia

- a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo

4. El plato del segundo es lo principal que debe comer la niña o niño

- a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo.

5. Los dulces y gaseosas son alimentos que no debe consumir el niño o niña.

- a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo.

6. Los animales deben estar fuera de la cocina

- a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo.

8. El agua se debe beber hervida o clorada

- a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo.

9. Se debe lavarse las manos antes de comer, después de ir al baño, después de cambiar los pañales, antes de dar de mamar, antes de preparar los alimentos.

- a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo.

Gracias por su colaboración

Apéndice 4

ACTITUDES FRENTE A LA ALIMENTACIÓN DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN DEL CASERIO MONTESORCO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN DEL PROYECTO OCTUBRE – 2012.

Madre de familia en el siguiente instrumento deseamos que usted pueda dar su opinión después de la intervención del proyecto: Desarrollo de la Base Productiva para la Seguridad Alimentaria en el caserío Montesorco; frente a las siguientes afirmaciones.

- 1. El niño o niña debe recibir leche materna exclusiva hasta los 6 meses**
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - d) En desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
- 2. Los niños y niñas, deben recibir alimentos diferentes a la leche materna a partir de los 6 meses**
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - d) En desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
- 3. Es importante que el niño o niña consuma alimentos de origen animal**
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - d) En desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
- 4. A partir del año el niño o niña puede comer lo mismo que toda la familia**
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - d) En desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo
- 5. El plato del segundo es lo principal que debe comer la niña o niño**
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - d) En desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo.
- 6. Los dulces y gaseosas son alimentos que no debe consumir el niño o niña.**
 - a) Totalmente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
 - d) En desacuerdo
 - e) Totalmente en desacuerdo.

7. Los animales deben estar fuera de la cocina

- a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo.

8. El agua se debe beber hervida o clorada

- a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo.

9. Se debe lavarse las manos antes de comer, después de ir al baño, después de cambiar los pañales, antes de dar de mamar, antes de preparar los alimentos.

- a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo.

Gracias por su colaboración

Apéndice 5

GUÍA PARA GRUPO FOCAL

Preguntas:

1. ¿Cómo consideran ustedes la situación económica de sus familias?
2. ¿Qué actividades realizan para salir adelante?
3. ¿Cuáles son los principales problemas que tienen sus familias para poder alimentarse?
4. ¿Alguna institución les apoya para resolver estos problemas? ¿Cómo les apoya?
5. ¿Cómo debe ser la primera preparación que le dan a su niño o niña de 6 meses? ¿Por qué?
6. ¿Desde qué edad el niño o la niña puede comer de la olla familiar?
7. ¿Qué preparación debe comer primero, sopa o segundo? ¿Por qué?
8. ¿Cuáles son los alimentos que ayudan a crecer?
9. ¿Es importante que el niño o niña consuma alimentos de origen animal?
10. ¿Es importante que el niño o niña consuma frutas y verduras?

Apéndice 6

GUÍA DE OBSERVACIÓN

Edad del niño:

Lactancia Materna, alimentación complementaria, alimentación del niño o niña de 2 a 5 años de edad y aspectos de higiene.

R= Realiza NR: No Realiza

Práctica (verificable)	R	NR	Observaciones
1. Continúa amamantando al niño mayor de 6 meses de edad			
2. El niño consume alimentos según su edad			
3. Si el niño(a) está empezando a comer, lo hace entonces con alimentos tipo purés o mazamorras			
4. La consistencia de las preparaciones es espesa			
6. Da comida 5 veces al día al niño(a)			
7. Agrega 1 cucharada de aceite/margarina a una comida principal			
8. Da al niño alimentos de origen animal como: carne, hígado, sangrecita, huevo, leche(no materna), o queso al menos 1 vez al día			
9. Hace preparaciones con al menos un alimento de cada grupo (energético, constructor, regulador)			
10. No hay animales en la cocina			
11. La comida está en lugares limpios y cubiertos (tapada)			
12. almacena el agua en recipientes limpios y cubiertos con una tapa			
13. hierve o clora el agua para beber			
14. se lava las manos después de usar la letrina, se lava las manos después de preparar los alimentos			
15. Limpia al niño o niña y le lava las manos antes de que este coma			

Anexo 1

Se contrastan las hipótesis para determinar la validez tanto de la hipótesis nula (H_0) como de las hipótesis alternativa (H_a), analizadas a partir de las muestras de la población de la investigación. Por ello a continuación se describe cada paso del procedimiento.

Paso 1. Planteamiento de la hipótesis.

Hipótesis nula 1 = La proporción de madres con buenos conocimientos en alimentación infantil antes de la intervención del proyecto, es igual a la proporción de madres con buenos conocimientos en alimentación infantil después de la intervención del proyecto.

Hipótesis alternativa 1 = La proporción de madres con buenos conocimientos en alimentación infantil antes de la intervención del proyecto, no es igual a la proporción de madres con buenos conocimientos en alimentación infantil después de la intervención del proyecto.

Hipótesis nula 2 = La proporción de madres con actitud favorable en alimentación infantil antes de la intervención del proyecto, es igual a la proporción de madres con actitudes favorables después de la intervención del proyecto.

Hipótesis alternativa 2 = La proporción de madres con actitudes favorables en alimentación infantil antes de la intervención del proyecto, no es igual a la proporción de madres con actitudes favorables después de la intervención del proyecto.

Se tiene la hipótesis nula (H_0) y la hipótesis alternativa (H_a), ambas hipótesis tienen distintos valores de un parámetro poblacional, donde:

La hipótesis nula: muestra a las dos proporciones en estudio con valores igualitarios. Asimismo a esta hipótesis se le concede el beneficio de la duda durante la contrastación, y se demuestra en su estudio la verdad o falsedad de esta hipótesis:

H₀=Hipótesis Nula. **H₀**: $P_1=P_2$

La hipótesis alternativa: muestra la diferencia de las dos proporciones en estudio y rechaza su igualdad. Asimismo esta hipótesis es la que se acepta o rechaza después de haber obtenido la contrastación de la hipótesis nula:

H_a=Hipótesis Alternativa. **H_a**: $P_1>P_2$; **H_a**: $P_1<P_2$; **H_a**: $P_1 \neq P_2$

Paso 2. Establecer el nivel de significancia (α)

Se determina la probabilidad de equivocación al aceptar o rechazar la hipótesis nula, por lo cual se considera el riesgo de error de la hipótesis, este valor se conoce como la significancia del contraste y habitualmente se denota como α (alfa), este generalmente se considera con el valor $\alpha = 0,05$, ya que muestra una confiabilidad del 95% ⁶⁴.

Paso 3. Calcular el valor de Z crítico y los intervalos que implican el nivel de significancia.

El valor de z es un punto en la distribución del estadístico de prueba bajo la hipótesis nula que define un conjunto de valores que apoyan el rechazo de la hipótesis nula. Para hallar la z crítica se utilizó la distribución normal estándar inversa del software estadístico Microsoft Excel, teniendo en cuenta el nivel de significancia ($\alpha = 0,05$) y el nivel de confianza (95%), se suma el nivel de confianza y la mitad del valor de alfa para determinar la probabilidad de la hipótesis de la siguiente manera:

$$Z: =\text{distr.norm.estand.inv}(95\%+0.05/2)$$

Se consideró una prueba de hipótesis de dos colas, es por ello que α se divide entre 2, siendo el resultado de Excel, de $z= 1.95996398$, al cual se le asigna los dos signos (+/-) por ser de dos colas (ver Anexo 3).

$$\text{Intervalos: } [- 1.95996398; + 1.95996398]$$

Paso 4. Establecer zona de aceptación y rechazo

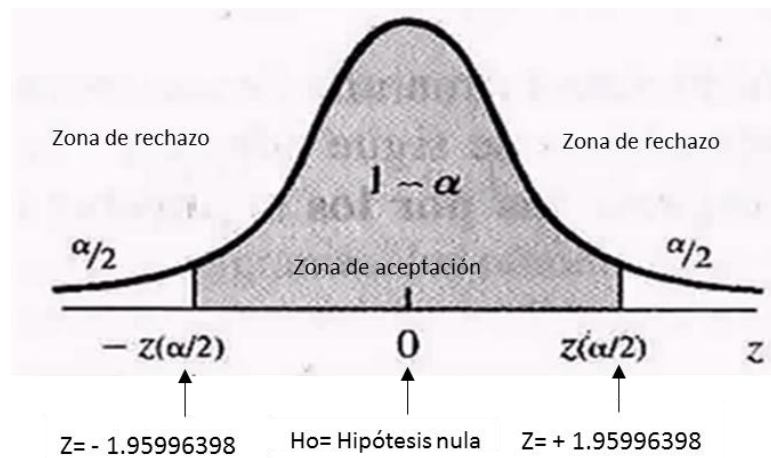


Figura 1. Zona de aceptación y zona de rechazo de la prueba de hipótesis de dos colas.

Paso 5. Se establece el estadístico de prueba z donde:

(z):

$$z = \frac{\hat{p}_1 - \hat{p}_2}{\sqrt{\frac{\hat{p}\hat{q}}{n_1} + \frac{\hat{p}\hat{q}}{n_2}}}$$

Donde p y q se obtuvieron de la siguiente manera:

$$\hat{p} = \frac{r_1 + r_2}{n_1 + n_2}$$

$$\hat{q} = 1 - \hat{p}$$

$$\hat{p}_1 = \frac{r_1}{n_1}$$

$$\hat{p}_2 = \frac{r_2}{n_2}$$

Z: Es el estadístico de prueba

p_1 = Proporción de madres con buenos conocimientos sobre alimentación infantil antes del proyecto.

p_2 = Proporción de madres con buenos conocimientos sobre alimentación infantil después del proyecto.

r_1 = Número de madres con buenos conocimientos sobre alimentación antes del proyecto.

r_2 = Número de madres con buenos conocimientos sobre alimentación después del proyecto.

$q_1 = 1 - p_1$: Probabilidad de no éxito.

n_1 = Número total de madres con buenos conocimientos sobre alimentación antes del proyecto.

n_2 = Número total de madres con buenos conocimientos sobre alimentación después del proyecto.

\hat{p}_1 = Proporción estimada de madres con conocimiento sobre alimentación antes del proyecto.

\hat{p}_2 = Proporción estimada de madres con conocimiento sobre alimentación después del proyecto.

Paso 6. Se establece la distribución de muestras:

n_1 : Es igual a 30 madres de familia con niños o niñas menores de 5 años del caserío Montesorco.

n_2 : Es igual a 30 madres de familia con niños o niñas menores de 5 años del caserío Montesorco.

x1: Número de Observación.

x2: Número de Observación.

p1: Proporción muestral es el número de muestra entre el tamaño de la muestra.

P2: Proporción muestral es el número de muestra entre el tamaño de la muestra.

q1: Probabilidad de no éxito: $1-p_1$.

q2: Probabilidad de no éxito: $1-p_2$.

Paso 7. Proporción muestral de hipótesis

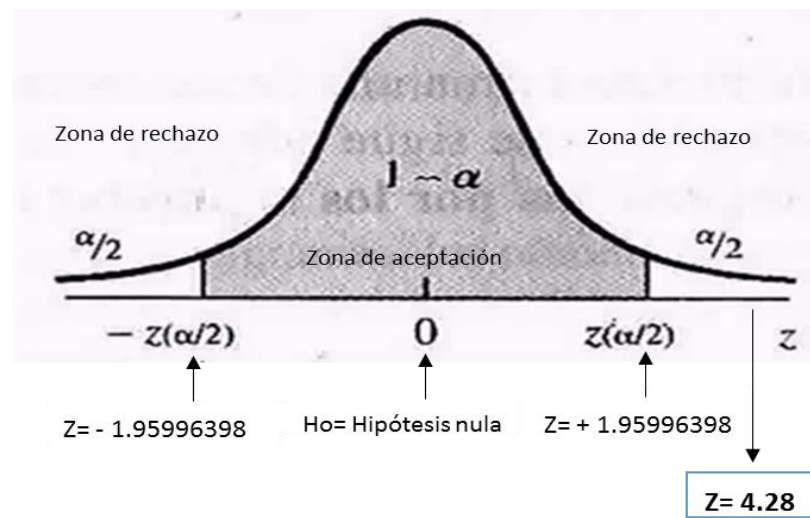


Figura 2. Proporción muestral de hipótesis de la variable, conocimientos de las madres, en la prueba de hipótesis de dos colas.

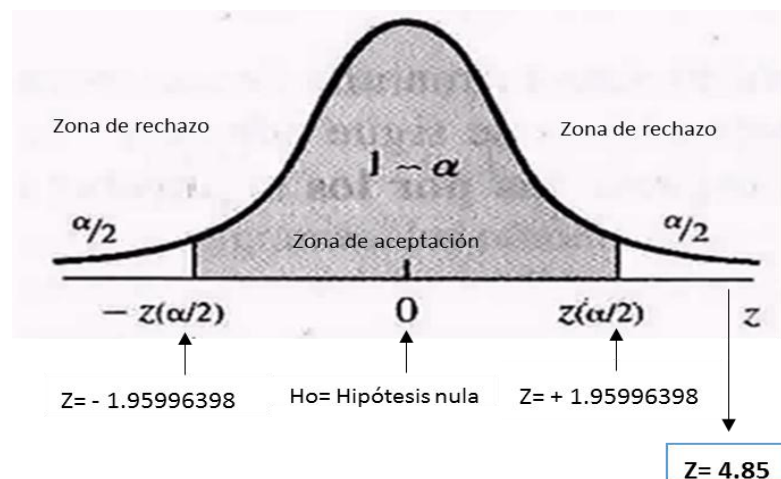


Figura 3. Proporción muestral de hipótesis de la variable, actitud de las madres, en la prueba de hipótesis de dos colas.

Después de la contrastación de la hipótesis, se puede conducir a dos posibles conclusiones según los resultados obtenidos:

Primer resultado: si $Z > +/- 1.95996398$, se rechaza y descarta la hipótesis nula (H_0), con lo cual se acepta la hipótesis alternativa (H_a).

Segundo resultado: si $Z < +/- 1.95996398$, se acepta la hipótesis (H_0).

En este sentido, luego de determinar la Z de prueba y Z crítica. Para la primera variable, Conocimientos de las madres sobre Alimentación Infantil, se tiene el valor $p = 0.0000$ y el estadístico de prueba es $Z = 4.28$. Dado que el valor del estadístico de prueba es mayor que la Z crítica ($Z = 4.28 > Z_{\text{tabla } +/- 1.95996398}$), se rechaza la hipótesis nula, por lo tanto se concluye que se acepta la hipótesis alternativa.

Para la segunda variable, actitud de las madres sobre Alimentación Infantil, se tiene el valor $p = 0.0000$ y el estadístico de prueba es $Z = 4.85$, se evidencia que el valor del estadístico de prueba es mayor que la Z crítica ($Z = 4.85 > Z_{\text{tabla } +/- 1.95996398}$), por lo tanto se rechaza la hipótesis nula, es por ello que se concluye que se acepta la hipótesis alternativa.

Anexo 3

Distribución estándar Tabla z

normal	0	0.01	0.02	0.03	0.04	0.05	0.06	0.07	0.08	0.09
-4	0.00003	0.00003	0.00003	0.00003	0.00003	0.00003	0.00002	0.00002	0.00002	0.00002
-3.9	0.00005	0.00005	0.00004	0.00004	0.00004	0.00004	0.00004	0.00004	0.00003	0.00003
-3.8	0.00007	0.00007	0.00007	0.00006	0.00006	0.00006	0.00006	0.00005	0.00005	0.00005
-3.7	0.00011	0.0001	0.0001	0.0001	0.00009	0.00009	0.00008	0.00008	0.00008	0.00008
-3.6	0.00016	0.00015	0.00015	0.00014	0.00014	0.00013	0.00013	0.00012	0.00012	0.00011
-3.5	0.00023	0.00022	0.00022	0.00021	0.0002	0.00019	0.00019	0.00018	0.00017	0.00017
-3.4	0.00034	0.00032	0.00031	0.0003	0.00029	0.00028	0.00027	0.00026	0.00025	0.00024
-3.3	0.00048	0.00047	0.00045	0.00043	0.00042	0.0004	0.00039	0.00038	0.00036	0.00035
-3.2	0.00069	0.00066	0.00064	0.00062	0.0006	0.00058	0.00056	0.00054	0.00052	0.0005
-3.1	0.00097	0.00094	0.0009	0.00087	0.00084	0.00082	0.00079	0.00076	0.00074	0.00071
-3	0.00135	0.00131	0.00126	0.00122	0.00118	0.00114	0.00111	0.00107	0.00104	0.001
-2.9	0.00187	0.00181	0.00175	0.00169	0.00164	0.00159	0.00154	0.00149	0.00144	0.00139
-2.8	0.00256	0.00248	0.0024	0.00233	0.00226	0.00219	0.00212	0.00205	0.00199	0.00193
-2.7	0.00347	0.00336	0.00326	0.00317	0.00307	0.00298	0.00289	0.0028	0.00272	0.00264
-2.6	0.00466	0.00453	0.0044	0.00427	0.00415	0.00402	0.00391	0.00379	0.00368	0.00357
-2.5	0.00621	0.00604	0.00587	0.0057	0.00554	0.00539	0.00523	0.00508	0.00494	0.0048
-2.4	0.0082	0.00798	0.00776	0.00755	0.00734	0.00714	0.00695	0.00676	0.00657	0.00639
-2.3	0.01072	0.01044	0.01017	0.0099	0.00964	0.00939	0.00914	0.00889	0.00866	0.00842
-2.2	0.0139	0.01355	0.01321	0.01287	0.01255	0.01222	0.01191	0.0116	0.0113	0.01101
-2.1	0.01786	0.01743	0.017	0.01659	0.01618	0.01578	0.01539	0.015	0.01463	0.01426
-2	0.02275	0.02222	0.02169	0.02118	0.02068	0.02018	0.0197	0.01923	0.01876	0.01831
-1.9	0.02872	0.02807	0.02743	0.0268	0.02619	0.02559	0.025	0.02442	0.02385	0.0233
-1.8	0.03593	0.03515	0.03438	0.03362	0.03288	0.03216	0.03144	0.03074	0.03005	0.02938
-1.7	0.04457	0.04363	0.04272	0.04182	0.04093	0.04006	0.0392	0.03836	0.03754	0.03673
-1.6	0.0548	0.0537	0.05262	0.05155	0.0505	0.04947	0.04846	0.04746	0.04648	0.04551
-1.5	0.06681	0.06552	0.06426	0.06301	0.06178	0.06057	0.05938	0.05821	0.05705	0.05592
-1.4	0.08076	0.07927	0.0778	0.07636	0.07493	0.07353	0.07215	0.07078	0.06944	0.06811
-1.3	0.0968	0.0951	0.09342	0.09176	0.09012	0.08851	0.08692	0.08534	0.08379	0.08226
-1.2	0.11507	0.11314	0.11123	0.10935	0.10749	0.10565	0.10383	0.10204	0.10027	0.09853
-1.1	0.13567	0.1335	0.13136	0.12924	0.12714	0.12507	0.12302	0.121	0.119	0.11702
-1	0.15866	0.15625	0.15386	0.15151	0.14917	0.14686	0.14457	0.14231	0.14007	0.13786
-0.9	0.18406	0.18141	0.17879	0.17619	0.17361	0.17106	0.16853	0.16602	0.16354	0.16109
-0.8	0.21186	0.20897	0.20611	0.20327	0.20045	0.19766	0.19489	0.19215	0.18943	0.18673
-0.7	0.24196	0.23885	0.23576	0.2327	0.22965	0.22663	0.22363	0.22065	0.2177	0.21476
-0.6	0.27425	0.27093	0.26763	0.26435	0.26109	0.25785	0.25463	0.25143	0.24825	0.2451
-0.5	0.30854	0.30503	0.30153	0.29806	0.2946	0.29116	0.28774	0.28434	0.28096	0.2776
-0.4	0.34458	0.3409	0.33724	0.3336	0.32997	0.32636	0.32276	0.31918	0.31561	0.31207
-0.3	0.38209	0.37828	0.37448	0.3707	0.36693	0.36317	0.35942	0.35569	0.35197	0.34827
-0.2	0.42074	0.41683	0.41294	0.40905	0.40517	0.40129	0.39743	0.39358	0.38974	0.38591
-0.1	0.46017	0.4562	0.45224	0.44828	0.44433	0.44038	0.43644	0.43251	0.42858	0.42465
0	0.5	0.50399	0.50798	0.51197	0.51595	0.51994	0.52392	0.5279	0.53188	0.53586

normal	0	0.01	0.02	0.03	0.04	0.05	0.06	0.07	0.08	0.09
0.1	0.53983	0.5438	0.54776	0.55172	0.55567	0.55962	0.56356	0.56749	0.57142	0.57535
0.2	0.57926	0.58317	0.58706	0.59095	0.59483	0.59871	0.60257	0.60642	0.61026	0.61409
0.3	0.61791	0.62172	0.62552	0.6293	0.63307	0.63683	0.64058	0.64431	0.64803	0.65173
0.4	0.65542	0.6591	0.66276	0.6664	0.67003	0.67364	0.67724	0.68082	0.68439	0.68793
0.5	0.69146	0.69497	0.69847	0.70194	0.7054	0.70884	0.71226	0.71566	0.71904	0.7224
0.6	0.72575	0.72907	0.73237	0.73565	0.73891	0.74215	0.74537	0.74857	0.75175	0.7549
0.7	0.75804	0.76115	0.76424	0.7673	0.77035	0.77337	0.77637	0.77935	0.7823	0.78524
0.8	0.78814	0.79103	0.79389	0.79673	0.79955	0.80234	0.80511	0.80785	0.81057	0.81327
0.9	0.81594	0.81859	0.82121	0.82381	0.82639	0.82894	0.83147	0.83398	0.83646	0.83891
1	0.84134	0.84375	0.84614	0.84849	0.85083	0.85314	0.85543	0.85769	0.85993	0.86214
1.1	0.86433	0.8665	0.86864	0.87076	0.87286	0.87493	0.87698	0.879	0.881	0.88298
1.2	0.88493	0.88686	0.88877	0.89065	0.89251	0.89435	0.89617	0.89796	0.89973	0.90147
1.3	0.9032	0.9049	0.90658	0.90824	0.90988	0.91149	0.91308	0.91466	0.91621	0.91774
1.4	0.91924	0.92073	0.9222	0.92364	0.92507	0.92647	0.92785	0.92922	0.93056	0.93189
1.5	0.93319	0.93448	0.93574	0.93699	0.93822	0.93943	0.94062	0.94179	0.94295	0.94408
1.6	0.9452	0.9463	0.94738	0.94845	0.9495	0.95053	0.95154	0.95254	0.95352	0.95449
1.7	0.95543	0.95637	0.95728	0.95818	0.95907	0.95994	0.9608	0.96164	0.96246	0.96327
1.8	0.96407	0.96485	0.96562	0.96638	0.96712	0.96784	0.96856	0.96926	0.96995	0.97062
1.9	0.97128	0.97193	0.97257	0.9732	0.97381	0.97441	0.975	0.97558	0.97615	0.9767
2	0.97725	0.97778	0.97831	0.97882	0.97932	0.97982	0.9803	0.98077	0.98124	0.98169
2.1	0.98214	0.98257	0.983	0.98341	0.98382	0.98422	0.98461	0.985	0.98537	0.98574
2.2	0.9861	0.98645	0.98679	0.98713	0.98745	0.98778	0.98809	0.9884	0.9887	0.98899
2.3	0.98928	0.98956	0.98983	0.9901	0.99036	0.99061	0.99086	0.99111	0.99134	0.99158
2.4	0.9918	0.99202	0.99224	0.99245	0.99266	0.99286	0.99305	0.99324	0.99343	0.99361
2.5	0.99379	0.99396	0.99413	0.9943	0.99446	0.99461	0.99477	0.99492	0.99506	0.9952
2.6	0.99534	0.99547	0.9956	0.99573	0.99585	0.99598	0.99609	0.99621	0.99632	0.99643
2.7	0.99653	0.99664	0.99674	0.99683	0.99693	0.99702	0.99711	0.9972	0.99728	0.99736
2.8	0.99744	0.99752	0.9976	0.99767	0.99774	0.99781	0.99788	0.99795	0.99801	0.99807
2.9	0.99813	0.99819	0.99825	0.99831	0.99836	0.99841	0.99846	0.99851	0.99856	0.99861
3	0.99865	0.99869	0.99874	0.99878	0.99882	0.99886	0.99889	0.99893	0.99896	0.999
3.1	0.99903	0.99906	0.9991	0.99913	0.99916	0.99918	0.99921	0.99924	0.99926	0.99929
3.2	0.99931	0.99934	0.99936	0.99938	0.9994	0.99942	0.99944	0.99946	0.99948	0.9995
3.3	0.99952	0.99953	0.99955	0.99957	0.99958	0.9996	0.99961	0.99962	0.99964	0.99965
3.4	0.99966	0.99968	0.99969	0.9997	0.99971	0.99972	0.99973	0.99974	0.99975	0.99976
3.5	0.99977	0.99978	0.99978	0.99979	0.9998	0.99981	0.99981	0.99982	0.99983	0.99983
3.6	0.99984	0.99985	0.99985	0.99986	0.99986	0.99987	0.99987	0.99988	0.99988	0.99989
3.7	0.99989	0.9999	0.9999	0.9999	0.99991	0.99991	0.99992	0.99992	0.99992	0.99992
3.8	0.99993	0.99993	0.99993	0.99994	0.99994	0.99994	0.99994	0.99995	0.99995	0.99995
3.9	0.99995	0.99995	0.99996	0.99996	0.99996	0.99996	0.99996	0.99996	0.99997	0.99997
4	0.99997	0.99997	0.99997	0.99997	0.99997	0.99997	0.99998	0.99998	0.99998	0.99998