



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



**PRÁCTICAS DE ABLACTANCIA, ESTADO NUTRICIONAL Y
DESARROLLO PSICOMOTOR EN LACTANTES
DE 6 - 12 MESES DE EDAD. COMUNIDAD
DE MANCHAY - LIMA 2012**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería.

Dany Díaz Astochado (Sor)

Lima – Peru
2013

Dany Díaz Astochado (Sor)

**PRÁCTICAS DE ABLACTANCIA, ESTADO NUTRICIONAL Y
DESARROLLO PSICOMOTOR EN LACTANTES
DE 6 - 12 MESES DE EDAD. COMUNIDAD
DE MANCHAY - LIMA 2012**

Asesora: Lic. Luz Olinda Fernández Henríquez

Dedicatori

a:

A Dios y a mis queridos padres por concederme el don maravilloso de la vida. A mi querida congregación quien me acogió con amor durante todo este tiempo y por su confianza. Y por todos los niños futuro de nuestro país.

AGRADECIMIENTO

A Dios por concederme la gracia de de culminar este proyecto de investigación con éxito y a cada una de mis hermanas de comunidad.

A la Lic. Luz Olinda Fernández Henríquez por su dedicación, paciencia y por impartir sus conocimientos con generosidad y paciencia.

A la Doctora Kattia Ochoa Vigo por asesorarme en los inicios de este trabajo de investigación, por su generosa dedicación.

A la Mg. Nelly Céspedes por su apoyo incondicional y paciencia.

Al Doctor Ricardo Gaspar Quezada Jefe de la Microred Portada de Manchay, Lic. Isabel Martínez Jefa de Enfermeras del Centro de salud Portada de Manchay, Lic. Marlene, Isabel, Noemí.

A las internas de la Asociación Universidad Privada San Juan Bautista: Rosita, Giovanna, Claudia, Roxana, Marlene, quienes me ayudaron incondicionalmente, que Dios las bendiga siempre.

A todas las madres de familia y sus niños que generosamente aceptaron participar en este trabajo de investigación.

RESUMEN

Las organizaciones no gubernamentales han adoptado estrategias para mejorar la alimentación del lactante y del niño pequeño, con el fin de disminuir el riesgo de mal nutrición o desnutrición crónica, siendo ellos los más vulnerables en este periodo de vida. El inicio tardío de la ablactancia representa un riesgo importante para el lactante en su crecimiento y desarrollo con impacto a mediano y largo plazo, pudiendo presentar anemia, enfermedades crónicas, bajo rendimiento intelectual, deserción escolar y desempeño de trabajos precarios. **Objetivo:** Determinar la relación que existe entre las prácticas de ablactancia, estado nutricional y desarrollo psicomotor en lactantes de 6 – 12 meses de edad en la Comunidad - Manchay 2012. **Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo y correlacional, de corte transversal. La población de estudio fue de 95 lactantes de ambos sexos elegidos por muestreo probabilístico que asisten al control de CRED del Centro de Salud de Manchay, Los datos se obtendrán a través de la entrevista utilizando un cuestionario de 30 preguntas, las primeras 20 relacionadas con la práctica de ablactancia y las últimas 10 relacionadas con las prácticas de higiene, el segundo instrumento fue el (EEDP) para evaluar el desarrollo psicomotor del lactante. En cuanto al estado nutricional, fue evaluado a través de las medidas antropométricas y examen bioquímicos: el primero con los indicadores: $T/E < -2D.E$ desnutrición crónica, $P/T < -2D.E$ desnutrición aguda, $P/E < -2D.E$ desnutrición global calificándolos según las Tabla de la OMS 2006, el segundo con el dosaje de hemoglobina. Para su análisis usaremos el test estadístico de Chi^2 . **Resultados.** 37.7% de las madres tuvieron adecuadas prácticas de ablactancia 32.6% medianamente adecuadas e inadecuadas 33.7%, con respecto al estado nutricional se encontró 34.7% desnutrición crónica, 30.6% riesgo nutricional y 34.7%. Estado nutricional normal y según el dosaje de hemoglobina hubieron con anemia leve el 56.8%, anemia moderada 6.4% y 36.8% normales, de acuerdo al EEDP en riesgo 57.9% y normal 42.1%. **Conclusiones:** Las inadecuadas practicas de ablactancia si se relacionan de modo significativo con el estado nutricional y desarrollo psicomotor de los niños y niñas lactantes de la comunidad de Manchay

Palabras clave: Prácticas de ablactancia, estado nutricional, crecimiento, desarrollo, lactante, enfermería

SUMMARY

Nongovernmental organizations have adopted strategies to improve infant and young child feeding, in order to reduce the risk of poor nutrition or chronic malnutrition. Those young children are the most vulnerable in this period of life. The late onset of complementary feeding represents a significant risk to the infant in its growth and impact in the medium and long term development; they may have anemia, chronic diseases, low intellectual performance, dropout the school and having uncertain jobs.

OBJECTIVE: To determine the relationship between complementary feeding practices, nutritional status and psychomotor development in infants from 6-12 months old in Comunidad - Manchay 2012.

METHODOLOGY: Quantitative, descriptive and correlational, cross-sectional study. The study population was 95 infants of both sexes selected by probability sampling attending the “crecimiento y desarrollo” apartment of the Medical Center of Manchay. Data were obtained through interviews using a questionnaire of 30 questions; the first 20 questions related to complementary feeding practice and the last 10 questions related to hygiene practices; the second instrument was the (EEDP) to assess the psychomotor development of the infant. The nutritional status was evaluated by anthropometric measurements and biochemical examination: the first one with flags: T / E <-2D.E chronic malnutrition, P / T <-2D.E acute malnutrition, P

/ E <-2D.E underweight, according to the “TABLA DE LA OMS 2006”, the second one with the dosage of hemoglobin. For the analysis we used the Chi2 statistical test.

RESULTS: 37.7% of the mothers had adequate complementary feeding practices, 32.6% half appropriate complementary feeding practices and 33.7% inappropriate complementary feeding practices. In relation to the nutritional status, 34.7% had chronic malnutrition, 30.6% and 34.7% nutritional risk and 34.7% Normal nutritional status. According to the dosage of hemoglobin, 56,8% had anemia, 6,4% moderate anemia and 36.8 are normal according to the EEDP in risk 57.9% and 42.1% are normal.

CONCLUSIONS: Inadequate complementary feeding practices are significantly related to nutritional status and the psychomotor development of infants in “Comunidad de Manchay”.

KEY WORDS: complementary feeding practices, nutritional status, growth, development, infant, nursing

INDICE

RESUMEN	v
SUMMARY	vi
CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN	1
1.1 Línea de Investigación	1
1.2 Descripción del proyecto	1
1.3. Planteamiento del Problema.....	2
1.4. Marco Teórico.....	7
1.5. Justificación del estudio.....	42
1.6. Objetivos	43
1.6.1. Objetivo General.....	43
1.6.2. Objetivos específicos	43
1.7. Hipótesis	44
1.7.1. Hipótesis general.....	44
1.7.2. Hipótesis específica	44
CAPITULO II MATERIAL Y MÉTODOS	45
2.1 Definición Operacional de Variables.....	45
2.2 Tipo de Estudio y Diseño General	46
2.3 Lugar de Ejecución del Proyecto	46
2.4 Universo de Estudio, Selección y Tamaño de la Muestra, Unidad de Análisis	47
2.5 Criterios de Inclusión y Exclusión	47
2.6 Procedimientos de Recolección de Datos.	48
2.7 Instrumento a utilizar y Métodos para control de calidad de datos.....	48
2.8 Aspectos Éticos.....	49
2.9 Análisis de Datos	50
CAPÍTULO III RESULTADOS.....	51
CAPÍTULO IV DISCUSIÓN	64
CAPÍTULO V CONCLUSIONES	70
RECOMENDACIONES.....	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
ANEXO	87

INDICE DE TABLAS

	PAG
Tabla 1.	
Datos sociodemográficos de las madres con lactantes.....	53
Tabla 2:	
Datos generales de los lactantes.....	55
Tabla 3:	
Datos nutricionales y antropométricos de los lactantes.....	56
Tabla 4:	
Relación entre prácticas de Ablactancia y Estado Nutricional de los lactantes	63
Tabla 5:	
Relación entre prácticas de Ablactancia y Desarrollo Psicomotor de los lactantes.....	64
Tabla 6:	
Relación entre Estado Nutricional y Desarrollo Psicomotor de los lactantes.....	65

ÍNDICE DE FIGURAS

	PAG
Figura 1: Prácticas de Ablactancia de las madres con lactantes.....	57
Figura 2: Prácticas de Ablactancia de las madres con lactantes según dimensiones.....	58
Figura 3: Estado Nutricional de lactantes según indicadores antropométricos.....	59
Figura 4: Estado Nutricional de lactantes.....	60
Figura 5: Estado Nutricional de lactantes según análisis bioquímico de hemoglobina	61
Figura 6: Desarrollo Psicomotriz de lactantes según.....	62

CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

1.1 Línea de Investigación

La tesis presentada a la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza Afiliada a la Universidad Ricardo Palma para optar el título de Licenciado en Enfermería, se inserta en la tercera línea de investigación **“Promoción y desarrollo de la salud del niño y del adolescente.**

1.2 Descripción del proyecto

Las inadecuadas prácticas de alimentación traen muchas consecuencias en el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas lactantes, les hace más vulnerables ha adquirir enfermedades, infecciosas prevenibles frecuentemente, llegando a la desnutrición e interfiriendo en su desarrollo físico e intelectual haciendo de el un hombre limitado y no poder cumplir con sus expectativas.

La adecuada nutrición es piedra angular para la supervivencia, la salud y el desarrollo de las sociedades actuales y venideras, sin la misma será casi imposible cumplir con los objetivos del milenio. “erradicar la pobreza, reducir la mortalidad infantil, lograr enseñanza primaria universal.”¹

Brindar a los niños los cuidados necesarios es construir el legado más importante que se puede ofrecer a la humanidad, un desarrollo infantil pleno y satisfactorio en particular en los primeros años de vida, se estará formando una persona con todo su potencial y con posibilidades de volverse un ciudadano innovador con mayor poder de resolución. Él mismo será capaz de enfrentar las adversidades que la vida le presente, contribuyendo a reducir las desigualdades sociales y económicas dentro de la sociedad.²

El presente trabajo de investigación esta estructurado de la siguiente manera:

En el capitulo 1 introducción se describe la línea de investigación en la cual se inserta el estudio, se hace una ligera descripción del estudio, planteamiento y se concluye con la formulación de la pregunta de investigación, se presenta el marco teórico, se argumenta la justificación del estudio, se delimitan los objetivos, y por ultimo las hipótesis.

En el capitulo 2 material y método, se describe la definición operacional de las variables, se explica el tipo y método de estudio, el área donde se realizo la investigación, población y muestra, criterios de inclusión y exclusión, técnica e instrumento de la recolección de datos, aspectos éticos, finalmente análisis de datos.

En el capitulo 3 se presenta los resultados obtenidos de la investigación. En el capitulo 4 se presenta la discusión comparando con otros estudios relevantes y sustentando con las bases teóricas. En el capítulo 5 se describe las conclusiones a las que se llego en el estudio, y aporte de algunas recomendaciones sobre el tema. En el capitulo 6 se presenta las referencias bibliográficas. En el capitulo 7 se adjunta los anexos.

1.3. Planteamiento del Problema

En el año 2002, la Asamblea Mundial de la Salud y la UNICEF, adoptaron estrategias para mejorar la alimentación del lactante y del niño pequeño, con el fin de reavivar y verificar el interés que el mundo presta a la repercusión de las prácticas de alimentación; la estrategia mundial se basa en pruebas científicas sobre la importancia que tiene la nutrición en los primero meses y años de vida y el papel fundamental que juegan las practicas de alimentación correcta en un estado de salud optimo, el no proporcionar lactancia exclusiva a los niños los primeros 6 meses de vida, representa un factor de riesgo importante, que se agrava aún más por las inadecuadas prácticas de alimentación complementaria, con gran impacto en la vida del niño.³

El estado nutricional de un niño menor de dos años y, en última instancia, su sobrevivencia hasta los 5 años, depende directamente de sus prácticas de alimentación. Por lo tanto, para mejorar la nutrición, la salud y el desarrollo de los niños entre 0 y 23 meses de edad es crucial mejorar sus prácticas de alimentación. (pág. 2)⁴

Los países que más han sufrido el impacto de la desnutrición infantil en la última década del 2004, residen en Centroamérica (Costa Rica, el Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá) y República Dominicana, en el 2005 destacan los países andinos (Bolivia, Colombia, Perú Venezuela) y el Paraguay. Como consecuencia de este fenómeno, 856 mil niñas y niños centroamericanos y dominicanos menores de 5 años, junto a 1.06 millones de menores andinos y paraguayos presentaron bajo peso para la edad en los años del 2004 y 2005, presentándose diversas enfermedades infecciosas como: 142 mil casos de (EDA), 77 mil de anemia y 68 mil de (IRA); siendo que entre los países andinos y Paraguay se registra un 24% más casos de desnutrición global que en Centroamérica y 22% más casos de enfermedades asociadas, estimándose que en Centroamérica y República Dominicana se habrían producido 2.64 millones de muertes asociadas a dicha causa entre 1940 y 2004.⁵

En las últimas décadas los países de América Latina y el Caribe vienen trabajando y mostrando importantes avances en la disminución de la desnutrición infantil. Sin embargo, siguen teniendo una tasa considerable de desnutrición. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y el Programa Mundial de Alimentos (PMA), han venido trabajando juntos para generar nuevos conocimientos y estrategias para hacer frente a este fenómeno, identificando las características de la población más vulnerable a la desnutrición infantil, destacando que los más vulnerable sean los pobres de origen indígena, cuyas madres tiene bajo nivel educacional y que además, no cuentan con saneamiento básico necesario para satisfacer sus necesidades.⁵

En el Perú, aun prevalece la desnutrición crónica en niños, siendo uno de los problema que más afecta a la población, en particular, a aquellos de condiciones económicamente bajas, según el INEI en el 2007 a nivel nacional la población menor

de 5 años que sufrieron la desnutrición crónica es de 22,6%, llegando a descender 4.7 puntos porcentuales en el 2010 o sea quedando un 17.9% es decir, por cada 100 niñas y niños, cinco de ellos dejaron la condición de desnutrición³ sin embargo a nivel de departamentos los mayores niveles de desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años se presentan en Huancavelica (44,7%), Cajamarca (32,0%), Huánuco (31,0%), Apurímac (30,9%) y Ayacucho (30,3%). Contrariamente, Tacna, Moquegua y Lima presentan menores niveles de desnutrición crónica (2,4, 4,8 y 6,2%).⁵

Según el INEI La desnutrición crónica, es un indicador del nivel de desarrollo de un país. Lograr su disminución contribuirá a garantizar el desarrollo de la capacidad física, intelectual, emocional y social de las niñas y niños (pág. 11).⁶

Estudio realizado en los Andes-Bolivia, con una muestra de 400 niños concluye que casi el 20% de los niños/as tienen bajo peso; además los niños/as presentan altos niveles de retraso en la talla. El 38% de las madres comenzó la lactancia materna después de 12 horas y 39% inició la alimentación complementaria en los primeros tres meses. El tipo de comidas que se dio al infante en general fue inadecuado. El estudio muestra que las deficiencias nutricionales a menudo empiezan cuando la madre inicia a introducir por primera vez la alimentación complementaria.⁷

La OMS destaca ³

Las prácticas de alimentación inapropiadas y sus consecuencias son grandes obstáculos al desarrollo socioeconómico sostenible y a la reducción de la pobreza. Los esfuerzos de los gobiernos por acelerar el desarrollo económico a largo plazo fracasarán hasta que se hayan asegurado un crecimiento y un desarrollo infantiles óptimos, en especial a través de unas prácticas de alimentación apropiadas (pág3)

La alimentación complementaria (AC) es el proceso de dar al lactante alimentos consistentes diferentes a la leche materna a partir de los 6 meses de edad y de manera gradual para satisfacer los requerimientos nutricionales sin tener que destetarlo hasta integrarlo a la dieta familiar ⁸

Cabe resaltar que los depósitos de hierro presentes al nacer en el organismo duran sólo hasta los 4 meses de edad en los lactantes de término y hasta los 6 meses

en los que reciben lactancia materna exclusiva⁸, por tal razón es necesario concientizar a las madres sobre la importancia de las adecuadas prácticas de alimentación, involucrándolas activamente en la disminución de la tasa de desnutrición en el país, reconociendo que es un problema de salud que hace más vulnerables a los niños frente a diversas enfermedades infecciosas (diarreas, infecciones respiratorias, neumonías, enterocolitis, entre otras), con gran impacto en el desarrollo social y económico del país.

Frente al rápido crecimiento y desarrollo de los niños durante los primeros dos años de vida, la necesidad nutricional por unidad de peso corporal de lactantes y niños pequeños es alta. La leche materna puede contribuir de manera sustancial a la ingesta total de nutrientes en niños entre los 6 y 24 meses de edad, particularmente en proteínas y vitaminas. Sin embargo, el contenido de varios minerales como el hierro y el zinc son relativamente bajos en la leche materna aun tomando en cuenta su biodisponibilidad. Por ejemplo, entre los 9 y 11 meses de edad la proporción de la ingesta de nutrientes recomendada en alimentos complementarios es de 97% para el hierro, 86% para el zinc, 81% para el fósforo, 76% para el magnesio, 73% para el sodio, 72% para el calcio.⁹ De este modo cobra gran relevancia la ablactancia practicada de forma correcta.

Una nutrición adecuada durante la infancia y la niñez temprana es esencial para el desarrollo del potencial humano. Es bien reconocido que el periodo entre el nacimiento y los dos años de edad es una “ventana de tiempo crítica” para la promoción de la salud, crecimiento y el desarrollo óptimos. En estudios longitudinales han comprobado consistentemente que esta es la edad pico en la que ocurren fallas de crecimiento, deficiencias de ciertos micronutrientes y enfermedades comunes de la niñez. Después que un niño alcanza los dos años de edad, es muy difícil revertir la falla de crecimiento ocurrida anteriormente.¹⁰

La AC adecuada depende de una información correcta y precisa a la familia, la comunidad y el sistema de atención sanitaria; con frecuencia las prácticas y el conocimiento inadecuado es un factor determinante de mal nutrición más importante

que la falta de alimentos. Enseñar a las madres a prepara alimentos nutritivos propios del lugar de acuerdo con sus valores culturales.³

El bajo nivel educativo de la madre y la falta de conocimientos sobre salud reproductiva, nutrición y desarrollo infantil inciden negativamente en la desnutrición de sus hijos. En los países andinos, por ejemplo, la prevalencia de desnutrición global es inferior en 30% a 40% entre los niños con madres que cursaron educación primaria, en comparación con niños de madres que no completaron dicho ciclo.¹¹

La desnutrición es un fenómeno que limita enormemente el potencial intelectual de un país, con efectos profundos en el niño desde el periodo de la concepción hasta el segundo año de vida. Ocurriendo un daño irreversible en su desarrollo físico, mental y social.¹² consecuencias graves que dificultan alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio. (ODM)

Para alcanzar cualquiera de los demás ODM, es esencial afrontar el problema mundial de la desnutrición. Se calcula que esta es una causa fundamental del 53% de todas las muertes de niños y niñas menores de cinco años, lo que significa que el ODM 4 y su meta asociada reducir la tasa de mortalidad de los menores de cinco años en dos terceras partes solamente se lograrán si se toman medidas para mejorar la nutrición de los niños y niñas pequeños y sus madres. (pág2)¹

Conscientes que las prácticas inadecuadas de alimentación complementaria influyen de una manera considerable en la salud del niño haciendo de él un hombre poco productivo en la sociedad, y por ende aumenta más la pobreza en el país, este trabajo da a conocer las prácticas de ablactancia que realizan las madres o personas cuidadoras del lactante y su relación en el crecimiento y desarrollo del mismo. Desde esta perspectiva y entendiendo la importancia de las adecuadas prácticas de ablactancia nos formulamos la siguiente pregunta. ¿Existe relación entre las prácticas de ablactancia, estado nutricional y desarrollo psicomotor del lactante de 6 -12 meses de edad, en la comunidad de Manchay 2012?

1.4. Marco Teórico

Investigaciones relacionadas con el tema de estudio

Cruz Y, Andrew D, Berti P, Larrea S. **Lactancia materna, alimentación complementaria y malnutrición infantil en los Andes de Bolivia.** Investigación descriptiva, participando 30 comunidades en los municipios de Sacaca y San Pedro de Buena Vista, en el Departamento de Potosí-Bolivia. El objetivo fue caracterizar los niveles de desnutrición y las prácticas de alimentación de infantes en una población de 400 niños los resultados muestran que el 20% de los niños/as tenían bajo peso con altos niveles de retraso en la talla. El 38% de las mamás empezaron la lactancia materna después de 12 horas. El 39% inició la alimentación complementaria, en los primeros tres meses. El tipo de alimento complementario que se da al infante en general fue inadecuado. Este estudio corrobora que las deficiencias nutricionales a menudo empiezan cuando la madre inicia la lactancia materna y cuando introduce por primera vez la alimentación complementaria.⁷

Jiménez C. **Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Fortaleza, 2008.** El presente estudio de investigación fue correlacional de corte transversa, y tiene como objetivo: Identificar el inicio de la alimentación complementaria en lactantes menores de 12 meses de edad, identificar, el estado nutricional de los lactantes al inicio de la alimentación complementaria, Identificar el estado nutricional de los lactantes en la evaluación posterior a la alimentación complementaria. Considerando como muestra a 45 madres con sus respectivos lactantes obteniendo los siguientes resultados: La mayoría de los lactantes del centro de salud Fortaleza inicio la alimentación complementaria a partir de los 6 mese de edad. Un menor porcentaje inicio la alimentación complementaria antes de los 6 meses o después de los 7 meses de edad, Los lactantes que iniciaron la alimentación complementaria tardía (después de los 7 meses), tienen mayor índice de Desnutrición que los lactantes que iniciaron un alimentación precoz (antes de los 6 meses) y normal (6 meses) Los lactantes que iniciaron una alimentación complementaria normal (6 meses), en una evaluación posterior al inicio de la alimentación, tienen un mayor índice de Desnutrición que los lactantes que iniciaron una alimentación precoz (antes de los 6 meses)”¹³

Coronel M, Ramírez M, Reyes M, Narcisa T. **Patrones de alimentación en niños entre 6 y 24 meses de edad.** El presente trabajo fue un estudio descriptivo de corte transversal que se realizó en el Centro de Salud de Tahuantinsuyo Bajo distrito de Independencia en el mes de febrero de 1994 Lima-Perú, con la finalidad de determinar los patrones de alimentación y medir la calidad de las preparaciones consumidas por los niños mayores de 6 meses y menores de 24 meses calculando la densidad energética de las preparaciones. La muestra estuvo conformada por noventa y cinco niños mayores de seis meses y menores de veinticuatro meses de edad se demostró que los alimentos preferidos para la ablactancia son preparaciones que no cubren los requerimientos energéticos, ya que generalmente se le llena al niño con sopas que son preparaciones diluidas. Entre comidas se les ofrece generalmente pan, galletas y frutas.¹⁴

Benites J. **Relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que asisten al Consultorio de CRED, en el C.S. Conde de la Vega Baja, enero 2007**

El presente estudio de investigación, es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo correlacional de corte transversal, tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos de las madres y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que asisten al consultorio de CRED del centro de salud Conde la Vega La población estuvo conformada por 50 madres. La técnica que se utilizó fue la entrevista. El instrumento fue un formulario y la ficha de evaluación del estado nutricional del lactante. Conclusiones: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses de edad. El nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria mayoritariamente fluctúa entre medio y alto, siendo el nivel bajo el de menor porcentaje. Los conocimientos que en mayor porcentaje tiene la madre son definición, edad inicio, consistencia, combinación y medidas higiénicas de la alimentación complementaria La mayoría de las madres desconoce la frecuencia, alimento de inicio, cantidad e inclusión de los alimentos en

la alimentación complementaria. Con respecto al estado nutricional de los niños predomina la normalidad y es mayor la malnutrición por defecto que por exceso.¹⁵

Cárdenas L. **Relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 meses a 24 meses que acuden al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita 2009.** El presente estudio de investigación fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal, y tuvo como objetivo determinar la relación entre el Nivel de Conocimientos y Prácticas sobre Alimentación Complementaria en Madres de Niños de 6 meses a 24 meses, La población estuvo conformada por 55 madres. La técnica utilizada fue una encuesta y el instrumento un cuestionario y llegó a las siguientes Conclusiones: Las madres primíparas tienen en su mayoría un nivel de conocimientos medio y realizan prácticas desfavorables sobre la alimentación complementaria, donde existe relación en mayor porcentaje en la consistencia de los alimentos y la higiene; en menor porcentaje la edad de inicio, el entorno durante la alimentación y la combinación de alimentos.¹⁶

Martorell. R. Subraya el impacto que tiene la desnutrición en la vida de un niño si no se actúa a tiempo, indica que en Mesoamérica hay 2.5 millones de niños menores de 5 años con desnutrición crónica, y un problema muy serio de anemia en niños, escolares y adultos. El retardo en la talla se da en un momento específico se produce en todas las poblaciones del mundo, que es durante los primeros 1000 días, que se da por desnutrición, enfermedades infecciosas, asociándose el retardo del crecimiento a un menor desempeño intelectual, laboral y hay evidencias de una menor productividad económica, invita a los gobiernos internalizar lo que eso significa e iniciar con las intervenciones en el tiempo que van a tener mayor impacto. Que son durante el embarazo, y en zonas pobres introducir alimentos complementarios que tengan un buen perfil nutricional tanto en proteínas caloría y micronutrientes, promoción de la lactancia exclusiva y alimentación complementaria adecuada.¹⁷

Estructura teórica y científica que sustenta el estudio

Prácticas de ablactancia

Prácticas.- Es el ejercicio que se realiza a través de ciertas reglas bajo la dirección de un maestro.¹⁸ Habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad.¹⁹

“buenas prácticas” se refiere a toda experiencia que se guía por principios, objetivos y procedimientos aconsejables que dan resultados positivos, demostrando su eficacia y utilidad en un contexto concreto.²⁰

Práctica alimentaria.- Se define como conjunto de costumbres que determinan el comportamiento del hombre en relación con los alimentos y la alimentación. Incluye desde la manera como se seleccionan los alimentos, hasta la forma en que los consumen o los sirven a las personas cuya alimentación está en sus manos.²¹

Ablactancia.- La OMS y UNICEF, la define como la introducción de alimentos diferentes a la leche materna^{22,23} Proceso que comienza cuando la leche materna sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y por ende, son necesarios otros alimentos sólidos y líquidos, además de la leche materna.⁸

La leche materna contiene todos los nutrientes que necesita un lactante durante los primeros seis meses de vida, incluyendo grasa, carbohidratos, proteínas, vitaminas, minerales y agua. Se digiere fácilmente y se utiliza de manera eficiente. La leche materna también contiene factores bioactivos que fortalecen el sistema inmunológico inmaduro del lactante, brindándole protección contra las infecciones respiratorias y gastrointestinales; además posee otros factores que favorecen la digestión y absorción de los nutrientes⁸, por lo cual el rango de edad óptimo para la ablactancia es entre los 6 meses de edad.^{24,25}

La alimentación complementaria debe ser suficiente, lo cual significa que los alimentos deben tener una consistencia y variedad adecuadas, y administrarse en cantidades y frecuencia apropiadas, que permita cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento, sin abandonar la lactancia materna que puede continuarse hasta los dos años²⁴, dichos alimentos deben cumplir con complementar las

necesidades de energía no cubiertas por la leche materna.²⁵

El cuerpo humano le da prioridad a la sobrevivencia frente al crecimiento y desarrollo cognitivo, destinándole más recursos energéticos a la primera cuando las sustancias alimenticias que recibe no son suficientes.²⁶

Lineamientos específicos de nutrición de la niña o niño de 6 a 24 meses²⁷

- Continuar con la lactancia materna hasta los dos años de edad o más.
- A partir de los 6 meses de edad iniciar la alimentación complementaria
- Practicar la alimentación interactiva estando atento a las señales de la niña o niño, respondiendo con paciencia y amor.
- Promover buenas prácticas de higiene en la manipulación de alimentos, para evitar infecciones.
- Iniciar con alimentos semisólidos (papillas, mazamoras, purés) evitando el uso de bebidas azucaradas de bajo valor nutritivo. Modificar gradualmente la consistencia conforme la niña o niño crece y se desarrolla, de acuerdo a su edad, ofreciendo los alimentos aplastados, triturados y luego picados, hasta que la niña o niño se incorpore en la alimentación familiar.
- Alimentar al niño o niña durante el día con tres comidas principales y dos entre comidas adicionales conforme crece y se desarrolla según su edad.
- Incrementar la cantidad de alimentos que se ofrece a la niña o niño en cada comida, conforme crece y se desarrolla según su edad.
- Incluir diariamente alimentos de origen animal como carnes hígado, pescado, sangrecita y huevo. Incorporar leche o productos lácteos en las comidas de la niña o niño.
- Promover el consumo diario de frutas y verduras disponibles en la zona.
- Enriquecer una de las comidas principales de la niña o niño con una cucharadita de grasa (aceite, mantequilla, margarina)
- Suplementar con sulfato ferroso, vitamina A- necesidades de yodo.
- Durante los procesos infecciosos, fraccionar es decir repartir en pequeñas cantidades las comidas de la niña o niño, ofreciéndole con mayor frecuencia

con la finalidad de mantener la ingesta adecuada. Ofrecer una comida extra hasta por dos semanas después de los procesos infecciosos.

Inicio de la alimentación complementaria

Conforme el niño o niña crece y se desarrolla se vuelven más activos y la lactancia materna resulta insuficiente para cubrir las necesidades nutricionales.²⁷ dado que la lactancia materna no cubre las necesidades energéticas y nutricionales del lactante, a partir de los 6 meses es oportuno introducir los alimentos²⁸, para cubrir la brecha de energía y nutrientes que la leche materna no cubre,²⁷ también porque alrededor del cuarto - sexto mes la niña o niño desarrolla los mecanismos neuromusculares necesarios para deglutir alimentos sólidos, asimismo otro factor que facilita el suministro de alimentos semisólidos es el control del cuello o sostén de la cabeza, del tronco, y a los 6 meses empieza la erupción dentaria indicando mayor madurez neuro funcional, aumenta el uso de la musculatura masticatoria, se incrementa la percepción sensorio espacial de la lengua y los labios, se desarrolla la distinción de nuevas texturas, sabores, olor, temperatura y consistencia de alimentos, mostrando interés del mismo cuando se inclina hacia adelante abre la boca fácilmente al rozar sus labios con una cuchara, y puede desplazar el alimento hacia atrás y tragarlo.^{29,30}

Además hay otros factores que van a aconsejar la introducción de otros alimentos: el desarrollo de la función renal a los seis meses de edad, adquiere mayor idoneidad funcional, en términos de filtración y madurez, suficiente para manejar una carga de solutos más elevada, alcanzando cerca del 75-80% de la función del adulto hacia los 12 meses.³¹ de igual manera el sistema gastrointestinal, el intestino adquiere alrededor de los 4-6 meses de edad un desarrollo suficiente para evitar la entrada de alergenios alimentarios.³¹ A su vez, cantidad y calidad de enzimas resultan suficientes; este aspecto, sumado al anterior, facilita la digestión y la absorción, protegiendo de intolerancias alimentarias manifestadas, en vómitos y diarreas.³²

Pilares de la alimentación complementaria

Calidad de los alimentos

Conjunto de características que hace del alimento aceptable al consumidor, y el valor nutritivo que este aporta para satisfacer las necesidades del organismo.³²

Para decir que el niño o la niña recibe una alimentación de calidad debemos evitar darle bebidas azucaradas de bajo valor nutritivo, caldos, agüitas o mates, ya que su densidad energética es mínima. El agua tiene una densidad energética de 0kcal/gr y el caldo 0.2 Kcal/gr²⁷

Se sabe que una buena nutrición es básica para que el cerebro se forme en buenas condiciones, funcione correctamente y asimile todas las vivencias que el medio le pueda brindar. Esto es así, sobre todo durante las etapas iniciales, que comprenden la gestación y los primeros años de vida. Numerosos nutrientes intervienen en este proceso. (pág. 63)³³

Macronutrientes y micronutrientes

El primero esta conformado por los hidratos de carbono, proteínas y grasas, el segundo por vitaminas y minerales

El cerebro, es un órgano funcional y complejo como cualquier otro órgano, está elaborado por sustancias presentes en la dieta, entre ellas micronutrientes y macronutrientes.³⁴

Macronutrientes

Proteínas Llamados también constructores, porque ellos son las que van a servir de materia prima para la formación y construcción de todos los tejidos y estructuras que forman nuestro cuerpo. También son importantes en el desarrollo del cerebro y de las funciones cognitivas.³⁴

Las carnes, pescados, y huevos, vísceras, etc. Contienen un elevado porcentaje de proteínas en su composición.³⁵

A su vez, las proteínas están conformadas por elementos aún más pequeños, llamados aminoácidos. Cuando comemos alimentos que contienen proteínas, éstas se descomponen en aminoácidos por la digestión y una vez que llegan a las células, permiten formar nuevas proteínas.³⁶

Carbohidratos Fuente principal de energía, compuesto que contiene un carbono C₆, hidrogeno H₁₂ y oxigeno O₆, durante el metabolismo se queman para producir energía y liberan CO₂, cada gramo de carbohidrato proporciona 4 calorías.³⁷

Grasas Durante los primeros seis meses de vida las grasas son la principal fuente de energía proporcionan aproximadamente el 50% de la energía consumida y son además fuente de ácidos grasos esenciales indispensables para un buen crecimiento físico y para el desarrollo del sistema nervioso. La alimentación al seno materno. Al introducir alimentos sólidos, el aporte de energía de las grasas disminuye del 40% hasta el 20% de acuerdo con el tipo de dieta que reciba el niño.³⁸

Los primeros dos años de vida la grasa es esencial para el niño porque le provee de ácidos grasos y colesterol necesario para formar membranas celulares en todos los órganos y en particular órganos importantes como son la retina del ojo y el sistema nervioso central están constituidos predominantemente por grasas, gran parte de las grasas necesarias para la formación de estos tejidos está constituida por ácidos grasos esenciales, que no pueden ser sintetizados por el organismo y deben ser aportados por la dieta.³⁸

Después del tejido adiposo, el cerebro es el órgano que contiene mayor cantidad de grasa, participando principalmente en la arquitectura de las membranas celulares. Todas las células y orgánulos en el cerebro son muy ricas en ácidos poliinsaturados omega 3, omega 6. En el sistema nervioso, en promedio, un ácido graso de tres es poliinsaturados, por lo que se debe adquirir a través de la alimentación.³⁹ El ácido graso esencial omega 3 influyen también directamente en la producción y la liberación de algunos neurotransmisores como la serotonina y la dopamina.³⁴

La disminución del omega 3 docosahexaenóico (DHA) en el cerebro, conduce a Déficit en la formación de neuronas, fallo en el metabolismo de los neurotransmisores cerebrales. Alteración de la capacidad visual y el aprendizaje.³⁴

Micronutrientes

Vitaminas Son compuestos orgánicos indispensables para el organismo ya que el cuerpo no puede producir sus propias vitaminas excepto la vitamina D, las vitaminas se clasifican en liposolubles (A,D,E,K), e hidrosolubles, Vit C Vitamina B1 (Tiamina) Vitamina B2 (Riboflavina) Vitamina B3 (Niacina) Vitamina B5 (Acido Pantoténico) Vitamina B6 (Piridoxal) Vitamina B8 (Biotina) Vit. B12 Cobalamina Acido Fólico.⁴⁰

Hace algunas décadas el conocimiento de las mismas era limitado y la literatura solo hacia mención a los estados carenciales, enfermedades que produce su deficiencia.⁴¹ En cambio en la actualidad se sabe que es esencial para el buen funcionamiento del organismo, ya que tiene una influencia decisiva en el sistema inmune y evitar la aparición de enfermedades degenerativas, como en el caso de los elementos que tienen actividad antioxidante.⁴²

Se estima que más de 2 millones de personas en el mundo tienen deficiencias de vitaminas y minerales, en particular la vitamina A, yodo, hierro y zinc. La mayoría de estas personas viven en países pobres donde no tienen acceso a los micronutrientes, alimentos como la fruta las hortalizas, carnes y alimentos enriquecidos, porque son muy caros para comprar o no hay en el lugar, las deficiencias de dichos alimentos aumentan el riesgo de contraer enfermedades infecciosas. (Diarreas, enfermedades respiratorias, sarampión, malaria, neumonía).⁴³

Vitamina A Es uno de los nutrientes esencial para un crecimiento y desarrollo normal del niño. La misma es necesaria para mantener la integridad del epitelio y por ello, tiene una acción antiinfecciosa. También es indispensable para una correcta función visual, ya que su deficiencia dificulta la visión nocturna, conjuntivitis.⁴¹ La vitamina A se encuentra en Zanahorias, hortalizas y legumbres amarillas y verdes, pescado, hígado, leche y huevos. Según la UNICEF los niños y niñas de 6m - 59 m deben consumir un promedio de 400.0ug al día de vitamina A.⁴³

Vitamina D Es indispensable para la absorción del calcio y del fósforo y la mineralización de los huesos. Muy importante durante el crecimiento. Se encuentra en la leche, pescados grasos, aceite de hígado de bacalao, yema de huevo. Se forma en la piel por la exposición al sol. Su deficiencia provoca raquitismo, alteraciones musculares.⁴⁴

Según la UNICEF los niños y niñas de 6m - 59 m deben consumir un promedio de 5.0ug al día de vitamina D.⁴³

Vitamina E Tiene acción antioxidante. Actúa en la síntesis del pigmento hemo que hay en la hemoglobina de los glóbulos rojos. La carencia de vitamina E afecta también al metabolismo de las grasas y perjudica la conducción de los impulsos nerviosos, causando trastornos neurológicos.

Según la UNICEF los niños y niñas de 6m - 59 m deben consumir un promedio de 5.0ug al día de vitamina E.⁴³

Vitamina K También llamada vitamina antihemorrágica, tiene la propiedad de hacer que el hígado forme protrombina, participan en la regulación de la coagulación sanguínea. Su carencia provoca hemorragias, aunque el cuerpo almacena vitamina K su escasez es rara, solo falta en casos de alteraciones en la absorción intestinal. Se encuentra en las hojas verdes, brócoli, col, hojas de nabo, lechuga.⁴⁴

En estudios realizados por Fanjiang G, Ronald E⁴⁵ han examinado la relación entre la desnutrición infantil y tres áreas generales de actuación: la actividad física, la cognición y la conducta. Han demostrado que los niños desnutridos han disminuido la actividad física, la resistencia, y una mala función cognitiva y rendimiento escolar. Y se ha asociado a la deficiencia de micronutrientes, como la vitamina B12, tiamina, niacina, hierro y zinc, con un peor rendimiento cognitivo. Los problemas de conducta, como déficit de atención, también se han asociado con la insuficiencia alimentaria y la malnutrición. Los efectos del deterioro de la situación nutricional en la infancia pueden tener consecuencias duraderas para la salud y el rendimiento de los niños durante sus años adultos.

Minerales

Los minerales son elementos inorgánicos que tienen funciones estructurales y reguladoras del organismo. Constituyen tejidos de huesos y dientes y regulan el equilibrio de los líquidos corporales en los tejidos, la contracción muscular, la función nerviosa, la secreción enzimática y la formación de eritrocitos⁴⁶

En América latina casi 9 millones de niños menores de 5 años padecen desnutrición, así como deficiencia de vitaminas y minerales, y casi el 50% de los niños tienen anemia, teniendo como consecuencias un desarrollo físico y cognitivo disminuido, mal rendimiento escolar, sistema inmunológico bajo, propensos a contraer con frecuencia enfermedades prevenibles como diarreas e infecciones respiratorias, lo cual contribuye a enfermedades crónicas, encerrándolos en un círculo vicioso de enfermedades recurrentes, no pudiendo alcanzar su máximo potencial en su vida.⁴⁷

Hierro Constituyente de la hemoglobina, transporta el oxígeno y nutrientes a todo el organismo, su deficiencia provoca anemia, además el hierro es otro nutriente esencial para la mielinización adecuada de la médula espinal y la materia blanca de los pliegues cerebelosos.⁴⁸

*Garantizar una adecuada cantidad y calidad de hierro en la alimentación durante los períodos de más rápido crecimiento neuronal es fundamental para el funcionamiento del cerebro, aun en etapas posteriores. La anemia sufrida antes de los dos años de vida puede tener consecuencias sobre el rendimiento escolar y la calidad de aprendizaje.*³³

Zinc Es un mineral importante para las diversas funciones del organismo, como: crecimiento y división celular, se requiere para sintetizar proteína y ADN, metabolismo de los ovarios y testículos y función renal, también se encuentra presente en el metabolismo de proteínas, carbohidratos, lípidos y energía. Se encuentra en productos lácteos, legumbres, levadura, frutos secos y cereales integrales.⁴⁴

Calcio El calcio es fundamental para el crecimiento y fortalecimiento de los huesos y es de vital importancia para los niños. Se encuentra en la leche y otros productos lácteos, la vitamina D, es necesaria para que el cuerpo absorba el calcio.⁴⁴

A partir de los 6 meses de edad las necesidades de hierro así como el de zinc y calcio deben ser cubiertas con la alimentación complementaria, porque a los 6 meses se produce un balance negativo en particular del hierro.²⁷

Consistencia de los alimentos

A partir de los 6 meses el niño o la niña deben iniciar la alimentación complementaria con preparaciones semisólidas, o sea con papillas, mazamorras o purés con una densidad energética no menor a 0.8kcal/g, gradualmente se ira incrementando la consistencia y variedad de los alimentos adaptándose a los requerimientos y habilidades desarrollas del niño o niña según su edad.^{27, 49}

A los 6 meses se iniciara con alimentos aplastados en forma de papillas, mazamorras o purés; entre los 7 – 8 meses se le dará alimentos triturados, entre los 9 - 11 meses se le dará los alimentos picados y finalmente entre los 12 – 24 meses deberá comer de la olla familiar^{27, 49}

Frecuencia de los alimentos

El numero de comidas para la niña o niño, va aumentando conforme va creciendo, la frecuencia diaria de comidas depende de 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 cantidad de comida es poca y la densidad energética es baja, o si se suspende a la niña o niño la lactancia materna, es posible que se requiera de comidas más frecuentes para satisfacer sus necesidades nutricionales.^{27,49}

A los 6 meses empezara con dos comidas al día y lactancia frecuente, entre los 7-8 meses se aumenta a tres comidas diarias y leche materna continua, entre los 9-11 meses tres comidas principales una entre comida adicional y pecho, a los 12-24 meses la alimentación quedará establecida en tres comidas principales y dos entre comidas adicionales, pero si el niño o la niña consumen cantidades menores a su capacidad gástrica en cada comida, la frecuencia de comidas deberá ser mayor que los valores mencionados anteriormente.^{27, 49}

Cantidad de los alimentos

Comenzar a los seis meses de edad con cantidades pequeñas de alimentos y aumentar la cantidad conforme crece el niño, mientras se mantiene la lactancia materna, por otro lado tenemos que la capacidad gástrica de la niña o niño guarda relación con su peso (30g/kg de peso corporal) estimándose así el volumen que puede tolerar en cada comida.^{27, 49}

Por lo tanto asegurar que las necesidades energéticas sean satisfechas. Estas necesidades son de aproximadamente 600 kcal al día a los 6 a 8 meses de edad, 700 kcal al día a los 9 a 11 meses de edad y 900 kcal al día a los 12 a 23 meses de edad.¹⁰

La niña o el niño van aceptando gradualmente los alimentos nuevos mediante un incremento lento de la cantidad que acepta, los lactantes amamantados aceptan mayores cantidades de alimento que los lactantes que toman formulas.²⁷

A partir de los 6 meses se le dará a la niña o niño 2 a 3 cucharadas de comida dos veces al día, entre los 7-8 meses ½ taza (100g ó 3 a 5 cucharadas aproximadamente) tres veces al día, entre los 9-11 meses se incrementara a ¾ de taza (150g ó 5 – 7 cucharadas aproximadamente) tres veces al día mas una entre comida, entre los 12-24 meses 1 taza (200g ó 7 a 10 cucharadas aproximadamente), tres veces al día mas dos entre comidas adicionales.²⁷

En los procesos infecciosos es un periodo donde la niña o niño pierden el apetito y por ende bajan de peso, por eso se recomienda ofrecer alimentos con mas frecuencia en pequeñas cantidades (entre 6-8 veces) para evitar la desnutrición.²⁷

Higiene de los alimentos

Según la OMS, la higiene alimentaria comprende todas las medidas necesarias para garantizar la inocuidad sanitaria de los alimentos.⁵⁰

Preparación y almacenamiento seguros de los alimentos

Prestar atención a las prácticas de higiene durante la preparación de los alimentos es fundamental para la prevención de enfermedades gastrointestinales. La incidencia más elevada de enfermedades diarreicas ocurre durante la segunda mitad del

primer año de vida. La contaminación microbiológica de alimentos es una de las causas principales de la diarrea infantil y esta puede ser prevenida con las adecuadas prácticas de higiene.⁵¹

Las cinco claves para la inocuidad de los alimentos incluyen:⁵²

- Mantener limpias las manos así como las superficies y equipos usados en la preparación de alimentos,
- Separar carne, aves, pescados y mariscos crudos de los cocinados y utilizar equipos y utensilios diferentes para manipular alimentos crudos,
- Cocinar completamente los alimentos, especialmente carne, pollo, huevos y pescado,
- Mantener los alimentos a temperaturas seguras.
- Utilizar agua y materias primas Segura.

Estado nutricional

Es el resultado del balance entre la ingesta, absorción, utilización de los alimentos en concordancia con las necesidades para un adecuado mantenimiento y desarrollo de las funciones del organismo.⁵³

*Situación en que se encuentra una persona en relación con la ingesta de alimentos y adaptaciones fisiológicas tras el ingreso de nutrientes.*⁵⁴

Nutrición.- Es la ciencia que estudia el aprovechamiento de los nutrientes en nuestro organismo, y las necesidades del mismo, ya que el exceso o la deficiencia puede conllevar a diferentes enfermedades.⁵⁵ La ciencia de la nutrición es muy antigua ya en los años 2500ac el filósofo griego Alcmeón de Crotona afirmó que una nutrición deficiente o excesiva podría ser nociva para la salud, originando enfermedades.⁵⁶

La nutrición a su vez está sometida a factores condicionantes: como el potencial genético, factores sociales, económicos y culturales, que pueden actuar en forma favorable o desfavorable. Cuando se modifica el equilibrio de estos factores y se ve alterada la nutrición, se interrumpe el crecimiento y desarrollo del niño, dando lugar a la desnutrición infantil⁵⁷

El cerebro del niño de 0 a 3 años se encuentra en pleno desarrollo, formando conexiones intracelulares entre neuronas, las cuales se realizan a una velocidad y

eficiencia que no se repetirá el resto de su vida, definiendo las habilidades y potencialidades que logrará o desarrollara en su vida adulta.⁵⁸

Se estima que al nacer el ser humano tiene 100 mil millones de células en el cerebro, pero la mayor parte no están conectadas entre si. En los primeros años de vida se producen billones de conexiones y sinapsis entre las células, en forma de redes. “Este proceso esta influido poderosamente por factores medio ambientales, incluyendo entre ellos la nutrición, el cuidado, el afecto y la estimulación individual y en general, todos los estímulos sensoriales.”⁵⁸

En los primeros años de vida el cerebro crece rápidamente alcanzando el 70% del peso del cerebro adulto,³⁴ y a los 5 años alcanzando un desarrollo potencial de 90%, por lo que los investigadores consideran que en este corto periodo de tiempo se puede presentar situaciones criticas o favorables que repercutirán en el futuro del niño, ya sea en la escuela y en el resto de toda su vida.⁵⁸

Factores que afectan el estado nutricional.

Educación:

- Conocimiento e importancia de los alimentos
- Hábitos alimentarios
- Distribución intrafamiliar de los alimentos
- Calidad alimentaria.
- Practicas de lactancia y alimentación complementaria.

Nivel económico.

Saneamiento ambiental

Inocuidad de los alimentos

Disponibilidad de los alimentos.

Valoración del estado nutricional

De acuerdo con la OMS puede definirse a la evaluación del estado nutricional como la interpretación de la información obtenida de estudios bioquímicos antropométricos y otros.⁵⁹

La antropometría Ciencia que estudia las medidas del cuerpo humano, la cual se utiliza para evaluar el estado nutricional del individuo. Esta ciencia permite medir longitudes, anchos, grosores, circunferencias, volúmenes, centros de gravedad y masas de diversas partes del cuerpo, las cuales tienen diversas aplicaciones.⁶⁰

El término antropometría proviene del griego anthropos (hombre) y metrikos (medida)⁶¹

Crecimiento : El crecimiento es el aumento de células y por lo tanto aumento de la masa corporal hasta adquirir las características del adulto. Desde una célula (huevo fecundado) hasta un individuo adulto, con su tamaño, morfología, composición corporal y maduración de funciones, y se lleva a cabo gracias al consumo adecuado de nutrientes.⁶²

El niño se irá siendo adulto a través de lo que come, por lo que la nutrición en este periodo de la vida es de suma importancia, convirtiéndose en un factor determinante, no solo para el mantenimiento de la vida y las funciones orgánicas, producción de energía y reparación de las lesiones, sino también para tener un adecuado crecimiento.

En las últimas décadas se ha demostrado la importancia de la nutrición en relación al crecimiento y desarrollo. En las etapas iniciales el organismo multiplica sus células por hiperplasia y luego el proceso es simultáneo por hipertrofia, ello implica que puede haber periodos críticos en que, si el proceso nutricional no se lleva a cabo de una manera adecuada, se pierde definitivamente la oportunidad de alcanzar el número óptimo de células y las consecuencias sean irreparables.⁶²

El crecimiento en la primera infancia comprende los 2 primeros años de vida posnatal, en este periodo hay una desaceleración del crecimiento en cuanto a la estatura en el primer año aumenta 25cm.⁶³

Peso: Expresa el crecimiento de la masa corporal en su conjunto.⁶⁴ El mayor aumento de peso del niño tiene lugar en el primer semestre de vida, en los 6 primeros meses el niño aumenta 650g mensuales y duplica su peso al nacer por lo

que a esa edad suele pesar unos 7kg, en el segundo semestre la ganancia de peso es más lenta; al año el niño suele pesar entre 9.5 a 10kg⁶⁵

Talla: Es la dimensión que mide la longitud de todo el cuerpo.⁶⁴ la talla de los 6 meses aumenta a razón de 2.5 cm mensuales, por lo que la altura media de los 6 meses es de 67 cm y en el segundo semestre el crecimiento de la talla es menor así que al año de vida el niño mide aproximadamente 77cm.⁶⁵

Perímetro cefálico La medición del perímetro cefálico nos da a conocer el crecimiento y desarrollo cerebral, al nacimiento el perímetro es tres cuartas partes de la talla, en un niño a término el promedio es de 33 hasta 37 cm. Algunas de las suturas craneanas deben estar cerradas, en las separadas no debe haber una distancia mayor de 5cm y todas se osifican por completo después de la pubertad. El recién nacido presenta las fontanelas anterior y posterior abiertas, la primera mide de 1 - 3 cm y se debe cerrar a los 14 meses de vida y la fontanela posterior debe cerrarse a los 2 o 3 meses de edad.⁶⁵

Desnutrición Desequilibrio celular entre la oferta y la demanda de nutrientes y energía que necesita el organismo, la misma también se asocia al consumo de una dieta pobre da macro nutrientes y micronutrientes.⁶⁶

Según la OMS es la falta de alimentos que aportan calorías, nutrientes, vitaminas y minerales al organismo para mantener un estado de salud y peso acorde con la edad.⁶⁷

La desnutrición calórica proteica es un problema, pero no es la única en relación con la desnutrición, también hay desnutrición “escondida” por un déficit vitaminas y minerales como: Hierro, Vitamina A, Vitamina B, Zinc y Yodo. El más importante de estos problemas es la anemia por déficit de hierro, que genera mucho cansancio físico e intelectual.⁶⁸

Dentro de la desnutrición calórica proteica se reconocen 3 tipos: Desnutrición crónica, aguda y global.⁶⁸

Desnutrición crónica.- Estado en que las niñas o niños tienen una talla menor a lo esperado para su edad, que puede ser por la Ingesta inadecuada de alimentos y nutrientes y episodios repetidos de enfermedades, y se mide como una deficiencia de (T/E) ^{69,68}

Según ENDES, en el periodo de 2007, 2008, la desnutrición crónica en el Perú, en la zona Rural (44,7%) y Urbana (16,0%) Sierra (40,6%) y Lima (9,1%) , en Huancavelica, hay mayor desnutrición crónica infantil con (56,6%) y según el grupo de edad 18-23 meses (36,7%), 48-59 m (26,5%) < 6 meses (12,6%) ⁶⁹

Los hijos de las madres sin ningún nivel de educación presentan mayores proporciones de desnutrición crónica. ⁵⁸

Desnutrición aguda Refleja el estado nutricional actual, se presenta con una delgadez extrema, masa muscular y grasa corporal se encuentran disminuidos, producto de una pérdida de peso asociada con períodos recientes de hambruna o enfermedad que se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo; se mide como una deficiencia de (P/T). ⁶⁸

Los países africanos son los que mas sufren desnutrición aguda por tener un elevado nivel de subnutrición y un nivel alto de desnutrición aguda (peso inadecuado para la talla) La desnutrición aguda mata, es culpable de un tercio de los 8,8 millones de muertes infantiles anuales en todo el mundo. ⁷⁰

La emaciación es un indicador de desnutrición aguda que refleja un grave y reciente proceso que ha conducido a una pérdida de peso sustancial. Usualmente esto suele ser el resultado del hambre a largo plazo o enfermedad degenerativa. ⁷⁰

Desnutrición global Llamada también desnutrición general, es la combinación de las dos primeras, se mide como deficiencia de (P/E). ⁶⁸

Indicadores bioquímicos.- Son muy útiles para evaluar el estado nutricional de un individuo, que a veces puede presentarse por una inadecuada nutrición, puede ser a través de la medición de un nutriente o sus metabolitos en sangre, heces u orina, entre otros, o la medición de una variedad de compuestos en sangre y otros tejidos que tengan relación con el estado nutricional.⁷¹

Dosaje de hemoglobina.- Constituye uno de los exámenes de laboratorio para indicar los valores de hemoglobina en sangre. Un descenso en los valores de hemoglobina por debajo de los normales nos indica anemia.⁷² La OMS considera que los niños tienen anemia cuando sus valores de hemoglobina es < 11 gr/dl.⁷³

Anemia.- Es la disminución de glóbulos rojos o hemoglobina en la sangre, la cual es la encargada de transportar el oxígeno y los nutrientes a todo el cuerpo, y por ende la persona o niño que no tiene suficiente hemoglobina se sentirá cansancio físico e intelectual, debilidad, mareos y dolores de cabeza. Los mismos se producen en la médula ósea y los componentes de la sangre son, los glóbulos rojos, los glóbulos blancos, las plaquetas y el plasma.⁷⁴ la carencia de hierro es la causa más común de la anemia dando como resultado el 50% de las anemias del mundo, también la falta de ácido fólico, vitamina B₁₂, vitamina C, vitamina E, vitamina B₆, vitamina B₂, son necesarios para mantener la estabilidad de los glóbulos rojos.⁷⁴

ENDES. La deficiencia nutricional debido a la falta de hierro en la alimentación diaria de los niños constituye alrededor del 50% de casos de anemia. El 46% de los niños menores de cinco padecen de anemia frente a 50% en el año 2000.⁵⁸

Según ENDES entre los años 2009 – 2011 primer semestre la prevalencia de anemia en menores de tres años disminuyó en 3.8% a nivel nacional, ósea que de 50.4% pasó a 46.6%. En cambio la prevalencia de la anemia es mayor en la Sierra (54,9%) y en la Selva (50,9%), que contrastan con la Costa (38,9%); mientras que en la Sierra y la Selva la anemia afecta a cerca de seis y cinco de cada diez niños respectivamente; en la Costa solo afecta a cuatro de ellos, cerca de dos y alrededor de un niño menos que en la Sierra y la Selva.⁷⁵

Patrones de crecimiento del niño y la niña. OMS

En el mes de Abril del 2006 la Organización Mundial de la Salud presento el Nuevo Patrón Internacional de Crecimiento Infantil.⁵⁸ Este nuevo instrumento es producto de un minucioso trabajo científico liderado y coordinado por la OMS y la Universidad de las Naciones Unidas. Este trabajo consistió en la realización de un estudio multicéntrico en la que participaron ocho mil quinientos niñas y niños de Brasil, Estados Unidos, Ghana, India, Noruega y Omán. Estas niñas y niños fueron alimentados con leche materna como norma esencial para el crecimiento y desarrollo. Así, el estudio muestra de manera contundente que todas las niñas y niños, nacidos en cualquier parte del mundo, tienen el mismo potencial de crecimiento.⁷⁶

De acuerdo con este patrón todos los niños del mundo tienen el mismo potencial de crecimiento en talla, peso y coeficiente intelectual, por lo que mas que factores genéticos o étnicos, lo que determina el desarrollo sano de un niño hasta los cinco años es la nutrición, las practicas de alimentación, el medio ambiente y la atención sanitaria. Con este ambiente favorable que resulta en un buen estado de salud, acompañado de una actividad física adecuada, el potencial del factor genético de crecimiento se revela en su máxima expresión⁵⁸

La OMS define como desnutrido a aquel niño que se encuentra por debajo de dos desviaciones estándar de la mediana de las curvas de referencia NCHS. Así tenemos:

Las zonas entre -1 y -2 DE nos indican zona de riesgo

Las zonas < - 2 DE nos indica desnutrición crónica, aguda, global

Las zonas – 1y 2 DE nos indica talla y peso adecuados⁷⁷

Desarrollo psicomotor

Es la adquisición y el aumento progresivo de las habilidades y aptitudes del niño en forma continua durante toda la infancia y según las etapas de su desarrollo.

El desarrollo es dinámico y su mayor manifestación se observa en el futuro, cuando la persona expresa el resultado de este proceso en el bienestar de la familia y la comunidad.⁷⁸ También corresponde a la maduración de las estructuras nerviosas (cerebro, médula, nervios y músculos.).

El desarrollo abarca tanto a la maduración en los aspectos físicos, cognitivos, lingüísticos, socio afectivos y temperamentales como el desarrollo de la motricidad fina y gruesa.⁷⁹

El bajo nivel educacional de la madre, el escaso tiempo dedicado al niño por falta de posibilidades económicas o por no conocer la importancia de una interacción de madre a hijo, hablarle leerle cuentos, cantarle, la desnutrición prolongada son todos factores que se asocian con alteraciones en el desarrollo.³³

El término Desarrollo Psicomotor se atribuye al neuropsiquiatra alemán Carl Wernicke y se utiliza para referirse al fenómeno evolutivo de adquisición continua y progresiva de habilidades a lo largo de la infancia.⁸⁰

La palabra psicomotor nos permite hablar de dos componentes: psico y motor. El término psico hace referencia a la actividad psíquica, cognitiva y a la afectividad. El término motor constituye la función motriz y queda expresada a través del movimiento.⁷⁹

Desarrollo de la niña y niño

Desarrollo del lenguaje.- Es una destreza que se aprende de manera natural en los primeros años de vida, la cual necesita de dos factores importantes, la maduración biológica, que se refiere a los órganos que intervienen en el habla, que nos hacen capaces de emitir sonidos, palabras, frases y comunicarnos oralmente y las influencias ambientales, se refiere a que los niños necesitan un entorno adecuado y una estimulación oportuna.⁸¹

El desarrollo del lenguaje verbal comprende dos etapas: Etapa Prelingüística, considerada como la etapa del nivel fónico puro, comprende las expresiones vocales y sonidos que realiza el bebé desde el llanto, balbuceos en el primer año de vida. Esta etapa que muchas veces es dejada de lado, es la que permitirá formar las bases necesarias para la producción de sonidos, sílabas y palabras.⁵¹ A partir de los seis meses el niño incorpora cónsonamente a las vocales de forma repetitiva para rápidamente formar pequeñas palabras como por ejemplo “mama”⁶⁵

Etapa Lingüística, empieza cuando el niño expresa la primera palabra, ya no realiza emisiones fónicas, sino que empezará a expresarse verbalmente a través de palabras y frases con contenido semántico y sintáctico. Cabe resaltar que el desarrollo de estos periodos se refiere al lenguaje expresivo del niño y que previamente y en mayor proporción se estará desarrollando el lenguaje comprensivo.⁸¹

Desarrollo auditivo.- El niño recién nacido reacciona bien a los sonidos, aunque tiene una clara preferencia por las voces humanas, la localización de los sonidos llega a partir del primer año. Anatómicamente el pabellón auricular se separa ligeramente del cráneo, se debe evaluar para detectar posibles apéndices cutáneos, la pérdida de audición puede dar lugar a un retraso en la consecución del habla.⁶⁵

La audición es un canal de entrada de información esencial para el desarrollo cognitivo, lingüístico y social del ser humano desde la gestación, el oído es probablemente, el sentido más importante para el desarrollo intelectual.⁸²

Desarrollo de la visión.- La visión comienza a desarrollarse a partir del momento del nacimiento, puesto que dentro del claustro materno no se percibe la luz, la cual es indispensable para que se produzca el proceso bioquímico que da inicio a la misma.⁸³

El desarrollo visual es un proceso de maduración altamente complejo. En los primeros meses de la vida, el cerebro y el sistema visual están inmaduros y las conexiones entre las neuronas todavía no están bien formadas y estabilizadas, por lo

que cualquier obstáculo sensorial, en este tan sensitivo período de desarrollo, puede afectarlo.⁸³ La visión y la agudeza visual en el neonato están muy limitadas, la retina está desarrollada morfológicamente pero la macula es inmadura, puede fijar la mirada, la desplazan horizontalmente y muestran preferencia por las caras.⁶⁵

A los 2 años alcanza el máximo desarrollo sensorial y el proceso completo de visión binocular se logra alrededor de los 6 años. Durante los seis primeros meses de vida ocurre una gran mutación anatomofisiológica en el sistema visual.

A partir de los seis meses la visión tiene un papel imprescindible para el desarrollo perceptivo, cognitivo y social del niño: cuando es neonato vuelve la cabeza hacia la claridad, la pupila se contrae con la luz, en una semana después parpadea ante los estímulos luminosos, cierra los párpados al intentar abrírselos, en la segunda semana, empieza a movilizar los ojos, como si ya fijase la visión, en la tercera semana los movimientos oculares se producen en aumento, aparece el reflejo al miedo o amenaza, en la cuarta y séptima semana el niño mira los ojos de la otra persona, en la decimo segunda semanas mira el objeto y lo acompaña, reflejo de seguimiento, a los 3 meses brinca con las manos frente a los ojos, entre 3–4 meses: reacciona a su propio reflejo, a los 4–5 meses: intenta alcanzar las cosas, y a loa 6–9 meses: evita obstáculos que encuentra frente a sí y explora visualmente pequeños objetos.⁸⁴

Desarrollo motor.

La motricidad gruesa. Incluye tanto la maduración como el desarrollo, este progreso evoluciona desde una secuencia de decúbito prono, levanta la cabeza y se voltea, posteriormente llega a la posición sentada, que termina con la deambulacion. Se debe evaluar el control de la cabeza, la posición de sentado, el giro y la locomoción los lactantes adquieren esta habilidad en una edad concreta, aunque la aparición de estas actividades obedece a leyes de desarrollo individuales.⁶⁵

Movimiento de la cabeza Suele iniciar como una ligera inclinación anterior cuando el tronco esta vertical, ligera hipertonía, a los tres meses ya mueve la cabeza.

Posición sentado.- A los 4 meses el tronco comienza a enderezarse, aunque el equilibrio todavía es inmaduro y el bebe se cae lateralmente con frecuencia, pero a partir de los 7 a 8 meses el niño domina esta posición. y libera sus manos para coger objetos, manteniendo el equilibrio.⁶⁵

Desarrollo de la locomoción.- La adquisición de la locomoción para el niño representa una gran maduración, el bebe entre los 9 y 10 meses, inicia a dar algunos pasos y a partir de los 12 meses puede caminar cogido de la mano. Los primeros pasos independientes del niño representan una adquisición muy importante en su desarrollo global. El acto de correr aparece más tarde, aproximadamente a los dos años.⁶⁵

La motricidad fina. - La motricidad fina se refiere a la capacidad de las manos para coger los objetos, el reflejo de prensión del neonato desaparece entre los 2 y 3 meses, para dar paso a la prensión voluntaria, el lactante utiliza sus manos muy pronto como instrumento para explorar el mundo exterior, la búsqueda de los objetos a través de las manos se hace necesaria para llevarlos a la boca y explorarlos.⁶⁵

A medida que el lactante crece, la habilidad de manipular, de exploración oral, manual, mejora, la motricidad fina y gruesa están asociadas íntimamente y una favorece a la otra. Si la destreza manual se hace lenta, se dificulta el desarrollo cognitivo.⁶⁵

Desarrollo cognitivo

El desarrollo cognitivo en los primeros meses de la vida está íntimamente ligado al desarrollo de la afectividad y de la socialización del niño, constituye el substrato para la inteligencia, el desarrollo intelectual depende del aprendizaje

adquirido y este se divide en tres fases: Atención, Procesamiento de la información y memoria.⁶⁵

Entre los factores principales que impactan en el desarrollo cognitivo. Tenemos la nutrición, la genética, el ambiente, pero la nutrición juega un papel muy importante en el desarrollo del aprendizaje de los niños.³⁴

Desarrollo psicosocial

El bebe se comunica con su madre de forma no verbal con mucha rapidez, la voz de su madre provoca en el niño una respuesta inmediata. En el desarrollo psicosocial del niño influye los factores ambientales, que pueden ser modificados en función del método de crianza.⁶⁵

Desarrollo emocional

Las emociones están controladas por el sistema límbico, encargado de la recepción, interpretación, y procesamiento de la información emotiva y que da lugar a las emociones como respuesta, este sistema madura, evoluciona se modifica a lo largo de los primeros años.⁶⁵

Características generales del lactante

De 4 a 6 meses

El lactante depende de sus padres para satisfacer sus necesidades, el niño necesita mucho afecto y dedicación, vive tranquilo en un ambiente con voces familiares y llora ante ambientes que percibe amenazadores, no le gusta estar solo, permanece feliz en un medio adecuado, es sociable, ya empieza a tener sus juguetes preferidos, pero todo quiere llevárselo a la boca que se convierte en un centro muy importante de contacto con el mundo exterior, la sonrisa es un medio de comunicación con su medio, sus horarios de alimentación, sueño y actividad empiezan a ser más regulares, hace siestas diarias de 7 a 8 horas y lo mismo puede dormir toda la noche.⁷⁸

Durante esta etapa se voltea, lo cual le permite ganar espacio, explora y atrapa lo que está a su alcance. Trata y puede sentarse con apoyo por lo que amplía su campo de visión, adquiere la capacidad de percibir olores, tiene un mayor control de sus propios movimientos y eso le facilita para poder relacionarse con los objetos y personas. Su cabeza es grande en relación a su cuerpo, la separación de las suturas deben ser de 1.5 cm como máximo la cara y el tórax es redonda y el abdomen cilíndrico puede brotarle los dientes en este periodo.⁷⁸

Entre los 4 y 6 meses empieza los enderezamientos ópticos y laberíntico en posición supina, estos son reflejos del cerebro medio que estarán presentes de por vida. Los reflejos aquiliano y bicipital se hacen presentes a partir del quinto mes y el de landua aparece en el sexto mes y perdura hasta los 24 meses.⁷⁸

De 7 a 9 meses

En esta etapa madura sus habilidades especialmente motoras haciéndose más activo, más curioso, realiza tareas sencillas que le aumentan el control de su entorno y amplía su visión, aprende a descubrir todas las cosas de la casa y aprende la relación causa- efecto, el bebe se sorprende ante todo lo nuevo y descubre permanentemente el mundo, pasa ratos largos examinando y asimilando sus nuevos conocimientos, llora ante la ausencia de los padres.⁷⁸

Se familiariza con el horario y reclama sus horas de juego y sueño, aunque a adquirido alguna independencia el apego a su madre es cada vez mayor y siente inquietud ante las personas extrañas, protesta cuando se le quita los juguetes, duerme dos o tres veces en el día. En esta edad aparece la dentición con los incisivos medios inferiores y posteriormente los superiores y entonces comienza a morder⁷⁸.

A los 7 meses aparece el equilibrio en posición supina y a los 9 meses en posición sedente; ambos reflejos estarán presentes de por vida al igual que los demás reflejos de equilibrio. De los 6 a los 9 meses aparece el reflejo del paracaidista.⁷⁸

De 10 a 12 meses

En esta etapa el bebe se va independizando gradualmente, se pone de pie solo, amplia su interacción social y adquiere experiencias que enriquece su personalidad con logros para sí mismo y su familia, el será capaz de movilizarse por todas partes ello le da confianza en sí mismo y le ayuda a fomentar su autoestima, las nuevas habilidades que adquiere le conduce a nuevas situaciones que enriquecen su conocimiento empieza a manifestar sus gustos por la comida, los juguetes y el vestido. El juego es una parte importante de su aprendizaje, le permite integrarse, aceptar el mundo que le rodea y aprender muchas cosas, cada vez es más ingenioso para llamar la atención, puede establecer relaciones transicionales con objetos como una almohada, muñecos,⁷⁸

Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 -24 meses

La Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor fueron hechas por las psicólogas Rodríguez, Arancibia, Undurraga y Cols. Esta Escala consta de un Manual de Administración y una batería de prueba. Dos hojas de registro por niño en las que deben anotarse todas las evaluaciones que se realicen de 0-2 años, uno de los formularios sirve para registrar las respuestas del niño (éxito o fracaso) ante cada uno de los ítem de la EEDP y el otro, titulado Ficha de desarrollo psicomotor se utiliza para calcular y registrar los resultados finales de cada evaluación y realizar seguimiento de las diferentes áreas evaluadas.⁸⁵

El EEDP es un instrumento estandarizado que se utiliza para medir el nivel de desarrollo de las funciones psicomotoras de la niña o niño de 0 a 24 meses de edad. Dicho instrumento consta de 75 ítems, 5 ítems para cada mes de edad. Edades que contempla: 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-12-15-18-21 y 24 meses, la puntuación de los ítems no admite graduaciones, existiendo solo dos posibilidades: éxito o fracaso. Y el valor de cada ítem es: 1 a 10 meses cada ítem vale 6 puntos, a los 12 meses 12 puntos cada ítem, de 15 – 24 meses vale 18 puntos por cada ítem.⁸⁶

Batería de prueba⁸⁶

La batería de prueba comprende:

- Una campanilla de metal
- Una argolla roja de 12 cm de diámetro con cordel o pabilo de 50cm.
- Una cuchara de plástico de 19 cm de largo (color vivo)
- 10 Cubos rojos de madera de 2.5 cm por lado.
- Pastilla rosada polivitamínica.
- Un pañal pequeño (35cm x 35cm)
- Una botella entre 4 y 4_{1/2} cm de alto y 2 cm de diámetro.
- Una hoja de papel de tamaño oficio, sin líneas.
- Un lápiz de cera.
- Un palo de 41cm de largo y de 1 cm de diámetro
- Una muñeca (dibujo).

Áreas del Desarrollo Evaluadas por el EEDP

Motora (M) La conducta motora comprende la motilidad gruesa, coordinación corporal general como el control y dominio del propio cuerpo. Implica la coordinación de movimientos amplios, como: rodar, saltar, caminar, correr, bailar, etc., para ello es necesaria la fuerza en los músculos y la realización de movimientos coordinados.⁸⁶

Lenguaje (L) Esta área abarca tanto el lenguaje verbal y no verbal, el niño o niña reacciona al sonido, soliloquios vocalizaciones, comprensión Y emisiones verbales.⁴⁷

Social (S) Habilidad de la niña o niño para reaccionar frente a las personas, y aprender por medio de la imitación.⁸⁶

Coordinación (C) Comprende las reacciones de la niña o niño que requieren coordinación de funciones, por ejemplo en las actividades que requieren la coordinación ojo-mano y la coordinación de los músculos cortos para realizar actividades como coger utilizando los dedos pulgar e índice como pinza, recortar

figuras, agarrar el lápiz para dibujar, etc.⁸⁶

Hitos que deben cumplir la niña o niño según la escala de evaluación del desarrollo psicomotor según edad⁸⁶

Niña o niño de 1 meses

- ✓ Fija la mirada en el rostro del examinador
- ✓ Reacciona al sonido de la campanilla
- ✓ Aprieta el dedo índice del examinador
- ✓ Sigue con la vista la argolla
- ✓ Movimiento de cabeza en posición prona

Niña o niño de 2 meses

- ✓ Mímica en respuesta al rostro del examinador
- ✓ Vocaliza en respuesta a la sonrisa y conversación del examinador
- ✓ Reacciona ante el desaparecimiento de la cara del examinador
- ✓ Intenta controlar la cabeza al ser llevado a posición de sentado
- ✓ Vocaliza dos sonidos diferentes

Niña o niño de 3 meses

- ✓ Sonríe en respuesta a la sonrisa del examinador
- ✓ Busca con la vista la fuente del sonido
- ✓ Sigue con la vista la argolla ángulo 180 grados
- ✓ Mantiene la cabeza erguida al ser llevado a posición sentado
- ✓ Vocalización prolongada

Niña o niño de 4 meses

- ✓ La cabeza sigue la cuchara que desaparece
- ✓ Gira la cabeza al sonido de la campanilla
- ✓ En posición prona se levanta así mismo/a
- ✓ Levanta la cabeza y hombro al ser llevado/a a posición sentado/a.
- ✓ Ríe a carcajadas.

Niña o niño de 5 meses.

- ✓ Vuelve la cabeza hacia quien le habla
- ✓ Palpa el borde de la mesa
- ✓ Intenta presión de la argolla
- ✓ Empuja hasta lograr la posición sentada/o
- ✓ Se mantiene sentado con breve apoyo

Niña o niño de 6 meses

- ✓ Se mantiene sentado/a momentáneamente
- ✓ Vuelve la cabeza hacia la cuchara caída
- ✓ Coge la argolla
- ✓ Coge el cubo
- ✓ Vocaliza cuando se le habla

Niña o niño de 7 meses

- ✓ Se mantiene sentado/a sola/a por 30 seg o mas
- ✓ Intenta agarrar la pastilla
- ✓ Escucha selectivamente palabras familiares
- ✓ Cooperar en los juegos
- ✓ Coge dos cubos uno en cada mano

Niña o niño de 8 meses

- ✓ Se sienta solo/a y se mantiene erguido/a
- ✓ Empuja hasta lograr la posición de pie
- ✓ Iniciación de pasos sostenidos bajo los brazos
- ✓ Coge la pastilla con movimientos de rastrillo
- ✓ Dice da da o equivalente

Niña o niño de 9 meses

- ✓ Se pone de pie con apoyo
- ✓ Realiza movimientos que asemejan pasos sostenidos bajo los brazos.
- ✓ Coge la pastilla con la participación del pulgar
- ✓ Encuentra el cubo bajo el pañal
- ✓ Reacciona a los requerimientos verbales.

Niña o niño de 10 meses

- ✓ Coge la pastilla con pulgar e índice
- ✓ Imita gestos simples
- ✓ Coge el tercer cubo dejando uno de los dos primeros.
- ✓ Junta cubos en la línea media.
- ✓ Reacciona al no.

Niña o niño de 12 meses

- ✓ Camina algunos pasos de la mano.
- ✓ Junta las manos en la línea media
- ✓ Se pone de pie sola/o.
- ✓ Entrega como respuesta a una orden
- ✓ Dice al menos dos palabras.

Niña o niño de 15 meses

- ✓ Camina sola/o
- ✓ Introduce la pastilla en la botella.
- ✓ Espontáneamente garabatea
- ✓ Coge el tercer cubo conservando los dos primeros
- ✓ Dice al menos tres palabras

Teoría de Enfermería de Nola Pender.

Promoción de la salud. Consiste en empoderar a las personas de su cuidado y ejercer un mayor control sobre la misma. Es un proceso social y político que fortalece habilidades y conocimientos de las personas en el cuidado de su salud, dirigida a cambiar y actuar sobre los determinantes de la salud.⁸⁷

En 1986 según la Carta de Ottawa consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma.⁸⁸

Para la OMS es como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva. La promoción de la salud se nutre de muchas disciplinas y crea una innovadora teoría y práctica de salud pública que permite cumplir con metas y objetivos sociales.⁸⁸

Nola Pender. Es Creadora del modelo de promoción de la salud, su teoría se basa en la educación a las personas sobre como cuidarse y llevar una vida saludable, promover la vida saludable es primordial antes que los cuidados para no enfermar y no gastar recursos, se le da independencia a las personas y se mejora en el futuro.⁸⁹

Se inspiro en la teoría de acción razonada de Martin Fishbein, importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta. Y en la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, la conducta es racional y económica, ambos son psicólogos.

Según el modelo de promoción de la salud, propuesto por Nola Pender, los determinantes de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos perceptuales, como concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan a comportamientos determinados, relacionándose con la toma de decisiones favorecedoras o desfavorables para la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, llevan a las personas a un estado altamente positivo de salud.⁹⁰

La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, tienen la capacidad de tomar decisiones con respecto a su salud.

Este modelo le da importancia a la cultura, como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra. El modelo de promoción de la salud de Pender se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura.⁹⁰

Acción Razonada: originalmente basada en Ajzen y Fishben, Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado.

Acción Planteada: la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas.

Teoría Social-Cognitiva, de Albert Bandura en la cual se plantea que la auto-eficacia (determinantes personales, conducta, influencia ambiental) es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento.⁹⁰

Factores personales.⁸⁹

Clasificados en biológicos, psicológicos y socioculturales. Estos factores son predictivos de una cierta conducta y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de la conducta

Factores biológicos

Incluyen variables como la edad, sexo, el índice de masa corporal, el estado de pubertad, el estado de menopausia, la capacidad aeróbica, la fuerza, agilidad y el equilibrio

Factores psicológicos

Incluyen variables como la autoestima, la automotivación, la competencia personal, el estado de salud percibido.

Factores socioculturales

Incluyen variables como la raza, la etnia, la aculturación, la formación y el estado socioeconómico.

Perspectiva global de la disciplina.⁹¹

Salud: tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

Persona: el centro de la teoriza. Cada persona esta definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

Entorno: No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores modificantes.

Cognitivo: Factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

Enfermería: Se constituye en el principal agente encargada de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

Enfermería en el cuidado del Lactante.

El personal de enfermería que atiende a la madre desde la gestación, y al recién nacido, tiene la obligación de prestar una asistencia segura y competente, educando a los padres para una buena marcha en el embarazo, la gestación y prevención en los factores de riesgo del mismo, así mismo la preparación a los padres para

como deben criar a su pequeño hijo. La prevención es un ámbito que le compete a la enfermera, orientar a los padres en la prevención de accidentes en la infancia, la inmunización, la detección precoz de enfermedades, la nutrición, el seguimiento del correcto desarrollo del niño.⁹²

Primer año de vida. La enfermera debe orientar a los padres sobre correcta alimentación que es uno de los factores que debe vigilar, a partir de los 6 meses será necesario ir introduciendo una alimentación más variada, de forma progresiva en los cambios alimenticios que considere necesario según las características del lactante, el personal de enfermería debe tener nociones generales de nutrición infantil para proporcionar información a las madres que lo requieran⁹²

La enfermera debe orientar a la madre sobre los alimentos que debe dar al niño. se iniciará con la introducción de cereales sin gluten, hasta el octavo mes, a partir del sexto mes la dieta es a base de papilla de frutas y puré de hortalizas, legumbres y verduras empezando con papas y zanahoria, al noveno mes se le puede dar verduras de hojas verdes, por su alto contenido de nitratos y poco a poco se le va añadiendo carne a los purés, el pescado se le puede dar a los 10 o 11 meses, el huevo a los 11 meses por su alto poder alergénico, pero se debe empezar por la yema, el yogurt no se recomienda antes de cumplir un año y en ningún caso antes de los 6 meses.

En el momento de la comida se debe estar relajado, sin prisas, tener en cuenta que el aspecto visual de los alimentos es importante para lograr la aceptación del niño. En cuanto el desarrollo psicomotor del niño lo permita, dejarlo que coma solo pero con la compañía de un adulto por el riesgo de aspiración⁹²

El primer año de vida es de vital importancia, el control de la evolución del niño, por lo que es imprescindible la educación de la enfermera a los padres sobre las conductas esperadas de su hijo con el fin de que pueda valorarlas y comunicar cualquier desviación significativa al respecto. Así mismo en las visitas al pediatra el personal de enfermería deberá valorar directa e indirectamente, los logros del desarrollo esperados y cuando hay retrasos significativos cuya causa convenga explorar.⁹²

1.5. Justificación del estudio.

Reconociendo el gran impacto de la desnutrición en millones de niños de todo el mundo y en particular en el país, a pesar de los esfuerzos que hacen diversos organismos gubernamentales y no gubernamentales para combatir este fenómeno y de los logros alcanzados en el último quinquenio en el país, es necesario considerar que la ablactancia aún no se practica con la debida responsabilidad, especialmente cuando se trata de poblaciones que viven en pobreza y extrema pobreza, aunado a un conjunto de factores que condicionan su desarrollo socioeconómico.

Se resalta que la desnutrición limita enormemente al niño, causándole en el primer año de vida daños irreversibles en su desarrollo físico y mental, con gran impacto social y económico al país a largo plazo.¹²

El presente estudio tiene como finalidad conocer las prácticas de ablactancia que realizan las madres con sus hijos de 6-12 meses de edad y evaluar en qué medida ésta se relaciona con el estado nutricional y el desarrollo psicomotor. Resultados que nos servirán como base para analizar esta situación y al mismo tiempo proponer estrategias de intervención de baja y mediana complejidad que contribuyan a solucionar el problema en alguna medida, destacando la participación de la madre y de la comunidad en general.

1.6. Objetivos

1.6.1. Objetivo General.

Determinar la relación que existe entre las prácticas de ablactancia, estado nutricional y desarrollo psicomotor en lactantes de 6-12 meses de edad, en la Comunidad de Manchay 2012.

1.6.2. Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de la madre.
- Identificar las prácticas de ablactancia que realizan las madres con sus lactantes.
- Identificar las prácticas de ablactancia que realizan las madres en cuanto a las dimensiones de calidad, cantidad, frecuencia y consistencia.
- Identificar el estado nutricional de los lactantes, según indicadores antropométricos peso/edad, talla/edad, peso/talla.
- Identificar el estado nutricional de los lactantes.
- Identificar el estado nutricional de los lactantes según análisis bioquímicos de hemoglobina
- Clasificar el grado de desarrollo psicomotor del lactante según EEDP.
- Relacionar las prácticas de ablactancia realizadas por las madres con el estado nutricional del lactante.
- Relacionar las prácticas de ablactancia realizadas por las madres con el desarrollo psicomotor del lactante.
- Relacionar el estado nutricional del lactante con el grado de desarrollo psicomotor.

1.7. Hipótesis

1.7.1. Hipótesis general

Existe relación entre las prácticas de ablactancia, estado nutricional y desarrollo psicomotor en los lactantes de 6-12 meses de edad, Comunidad de Manchay Lima.2012.

1.7.2. Hipótesis específica

- Las madres de la comunidad de Manchay realizan inadecuadas prácticas de ablactancia con sus lactantes.
- La ablactancia que realizan las madres en cuanto a la calidad, cantidad, consistencia y frecuencia son inadecuadas.
- El estado nutricional de los lactantes es inadecuado según indicadores antropométricos y bioquímicos.
- Las inadecuadas prácticas de ablactancia influyen significativamente en el estado nutricional y desarrollo psicomotor del lactante.

CAPITULO II MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 Definición Operacional de Variables

- **Lactante.-** Ser humano pequeño que necesita de cuidados especiales para crecer y desarrollarse adecuadamente en el aspecto físico y emocional.
- **Crecimiento.-** Desarrollo físico del lactante, el cual consiste en un aumento progresivo de la masa corporal, lográndose con una adecuada alimentación, en conjunto con el apoyo de los padres. será evaluado por medio de las variables antropométricas mediante el peso, talla y perímetro cefálico.
- **Desarrollo.-** Habilidades que va adquiriendo el bebe en el transcurso de su crecimiento, se incluye motricidad gruesa y fina, audición- lenguaje, personal-social.
- **Prácticas de ablactancia.-** Es la introducción de los primeros alimentos que brindan las madre a sus bebes a partir de los 6 meses.
- **Alimentos esenciales (macro nutrientes).-** Forman parte de los alimentos protectores, constructores y energéticos que son indispensables para el niño.
- **Consistencia de los alimentos.-** Características de los primeros alimentos que brindan las madres a sus bebes, de acuerdo como van creciendo que puede ser aplastados, triturados, picados, hasta comer de la olla familiar.
- **Frecuencia de los alimentos.-** Número de comidas que la madre ofrece a su bebe, el número apropiado depende de las demandas del bebe, de 6 – 9 meses son 3 comidas mas 2 meriendas y de 9- 12 meses son 4 comidas mas 2 meriendas.

- **Higiene de los alimentos.-** Medidas prácticas y apropiadas que realizan las madres con los alimentos antes de proporcionar a sus bebés, como lavado de manos, de alimentos crudos, entre otros.

2.2 Tipo de Estudio y Diseño General

EL presente estudio es una investigación de tipo cuantitativa, diseño descriptivo y correlacional, de corte trasversal. **Cuantitativo** porque se hace uso de la estadística aplicada, permitiendo la descripción, y la síntesis de los datos de las variables investigadas para su posterior análisis, generalización y objetivación de los resultados, **descriptivo correlacional** porque el estudio describe y relaciona las variables de estudio.⁹³

2.3 Lugar de Ejecución del Proyecto

La investigación se llevo a cabo en el Centro de Salud Materno Infantil, en el programa de Crecimiento y Desarrollo, ubicado en el AA HH ampliación Portada de Manchay que pertenece a la DISA II Lima Sur.

La institución cuenta con servicios de ginecología, medicina general, obstetricia, programa de crecimiento y desarrollo e inmunizaciones, un laboratorio, departamento de nutrición, la atención es mañana y tarde de lunes a sábado y emergencia las 24 horas.

Manchay es un Asentamiento Urbano Marginal, ubicado a 25 km al sur de Lima en el distrito de Pachacamac, con más de 70,000 habitantes, donde el 15,5% son niños 0 y 5 años. Este asentamiento creció en la década de los 80 como consecuencia de la centralización, la extrema pobreza rural y la violencia terrorista.⁹⁴

El acceso es a través de la carretera a Cieneguilla que viene desde La Molina, su geografía árida y semidesértica, con escasez de agua, falta de vegetación y la

pobreza extrema son las características más acentuadas de Manchay. 53.6% de la PEA es subempleada, un 35.6% está desempleado y solo un 10.8% tiene un empleo adecuado con ingreso promedio de S/. 500. ⁹⁴

Un elevado porcentaje de las viviendas son de madera, esteras o adobe, en muchos casos se encuentran con una única habitación donde convive toda la familia, siendo los más afectados los niños que están en pleno crecimiento y desarrollo. El 75 % de los habitantes no posee un Título de Propiedad de la vivienda. ⁹⁴

2.4 Universo de Estudio, Selección y Tamaño de la Muestra, Unidad de Análisis

La población fue constituida por los lactantes y sus madres. Lactantes de 6 a 12 meses de edad que asisten a sus controles en la Microred de Salud Portada de Manchay. Según informe de la jefa de enfermeras de la Microred hay programados 850 niños menores de 5 años para este año de la cual solo 250 lactantes pertenecen al grupo etario de 6 a 12 meses de edad de este modo asumimos como población universo a 125 lactantes programados en 6 meses, la cual fue probabilística y para determinar el tamaño muestral se hizo uso de la fórmula de población finita.

2.5 Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión:

- Lactantes de 6 a 12 meses de edad.
- Lactantes oriundos del lugar.
- Madres que deseen participar voluntariamente.
- Lactantes nacidos a término.

Criterios de Exclusión.

- Niños con afecciones físicas (congénitas o adquiridas).
- Niños con anemia desde el nacimiento.

2.6 Procedimientos de Recolección de Datos.

Para la recolección de datos, se solicitó el permiso del Médico Jefe de la Micro Red de Salud Portada de Manchay, cumpliendo con los requisitos exigidos.

Una vez formalizada la autorización, los datos fueron recolectados por la investigadora y tres colaboradoras, previamente capacitadas en el área de estudio, la recolección de datos se llevo a cabo en los meses de agosto, septiembre, octubre y primera semana de noviembre de 2012 en días alternos. Las madres fueron captadas en el área de crecimiento y desarrollo en el momento que esperaban para el control de sus bebés, se les explicó sobre los procedimientos a realizar y que toda información obtenida se mantendría en absoluto anonimato, además de resaltar los beneficios que obtendrían con el estudio. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario de 30 preguntas, se procedió a pesar y talla, para el control del desarrollo psicomotor se utilizó (EEDP)

2.7 Instrumento a utilizar y Métodos para control de calidad de datos.

En la investigación se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento un cuestionario estructurado de 30 preguntas, de las cuales 20 se referían a las prácticas de ablactancia y 10 sobre higiene. Dicho instrumento fue elaborado tomando como referencia las recomendaciones de la OMS⁵⁰ y los lineamientos de nutrición 2004 MINSA.²⁷

Las primeras 20 preguntas relacionadas con las prácticas de ablactancia se calificaron como: adecuada, con una puntuación de dos (2); medianamente adecuada, con una puntuación de uno (1) e inadecuada, con una puntuación de cero (0) y las últimas 10 relacionadas con las prácticas de higiene se calificaron como: siempre, con una puntuación de dos (2); a veces con una puntuación de uno (1) y, nunca con una puntuación de cero (0). La suma total del cuestionario llega a 60 puntos, los cuales fueron determinados en tres niveles mediante la Escala de Estaninos.

El instrumento para determinar las practicas fue sometido a juicio de expertos conformado por 9 especialistas tres enfermeras de CRED, dos nutricionistas, tres enfermeras neonatología, y una profesora de investigación, cuyos resultados fueron validados mediante la prueba binomial, obteniendo como resultado $P = 0.01289$ considerandose como significativa la concordancia entre los expertos y a la prueba piloto para confiabilidad, dando como resultado general (0.684)

El segundo instrumento que se utilizó fue la (EEDP) que se calificó en: normal (≥ 85); riesgo (84 -70); retraso (≤ 69). El estado nutricional fue evaluado a través de los indicadores antropométricos y bioquímicos: el primero con los indicadores $T/E < -2D.E$ desnutrición crónica, $P/T < -2D.E$ desnutrición aguda, $P/E < -2D.E$ desnutrición global calificándolos según las Tabla de la OMS 2006, el segundo con el dosaje de hemoglobina.

Para pesar al bebe se utilizó una balanza pediátrica, portátil de fácil lectura, la cual se instalo sobre la superficie liza y horizontal de una mesa, se hizo sentar o acostar al bebe en la parte céntrica de la plataforma de la balanza, teniendo en cuenta que no quede parte del cuerpo fuera de la plataforma ni esté apoyado en ninguna superficie. También se utilizó el infantometro para medir al bebe acostado, se tuvo en cuenta para una buena medición que el bebe estuviera en el centro, no doblara las rodillas, ni estuviera con la cabeza levantada, ni piernas levantadas, ni con medias gruesas o zapatos, todo esto se realizó con la ayuda de la madre.

2.8 Aspectos Éticos

La ética muestra el arte de vivir bien y buscar el bien común, respetando la dignidad de los demás, por lo tanto, en este trabajo se respetó la autonomía de la madre solicitándole su consentimiento informado, después de haberle explicado el propósito de la investigación.

El proyecto fue sometido a evaluación de un comité de ética para su revisión final. En el estudio se tomaron en cuenta los principios de respeto a la persona, beneficencia y justicia. Los datos fueron procesados mediante asignación de códigos para mantener el anonimato de los sujetos participantes y solo serian mostrados para ejecutar cuantificar y agrupar la información.

2.9 Análisis de Datos

Obtenida la información los datos fueron tabulados en una base creada en el programa excel 2007, utilizando códigos para cada sujeto de estudio. Para el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva (frecuencia, porcentajes, medias, univariables); para las univariables y la prueba de chi cuadrado, todo el proceso de análisis se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 19.0.

CAPÍTULO III RESULTADOS

Tabla 1: Datos sociodemográficos de las madres con lactantes, en la Comunidad de Manchay – Agosto 2012.

DATOS GENERALES	CATEGORIA	N=95	100%
EDAD	15 a 19 años	28	29.5
	20 a 24 años	29	30.5
	25 a 29 años	13	13.7
	30 a 34 años	14	14.7
	35 a 39 años	8	8.4
	40 años a más	3	3.2
PROCEDENCIA	Provincia	95	100.0
ESTADO CIVIL	Soltera	5	5.3
	Conviviente	90	94.7
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria incompleta	10	10.5
	Primaria completa	13	13.7
	Secundaria incompleta	40	42.1
	Secundaria completa	24	25.3
	Superior incompleta	8	8.4

DATOS GENERALES	CATEGORIA	N=95	100%
NÚMERO DE HIJOS VIVOS	1 a 2	77	81.1
	3 a 4	15	15.7
	5 a más	3	3.2
NÚMERO DE EMBARAZOS	1 a 2	39	41.1
	3 a 4	49	51.5
	5 a más	7	7.4
OCUPACIÓN	Trabaja	2	2.1
	No trabaja	93	97.9
INGRESOS ECONÓMICOS (nuevos soles)	< 750	18	18.9
	750 a 949	41	43.2
	950 a 1099	4	4.2
	1100 a más	32	33.7
APORTANTE DE INGRESO FAMILIAR	1 persona	95	100.0

Los datos sociodemográficos de las madres de lactantes (N=95) muestran que sus edades oscilan entre 20 a 24 años 30.5% (29) además hay madres en la etapa adolescente de 15 a 19 años 29.5% (28), proceden de provincia 100% (95), son convivientes 94.7% (90), grado de instrucción secundaria incompleta 42.1% (40), tienen entre 1 a 2 hijos vivos 81.1% (77), han tenido de 3 a 4 embarazos 51.5% (49), no trabajan 97.9% (93), sus ingresos familiares fluctúan entre 750 a 949 nuevos soles 43.2% (41) y una sola persona es la que aporta económicamente 100% (95).

Tabla 2: Datos generales de los lactantes, en la Comunidad de Manchay – Agosto

2012.

DATOS GENERALES	CATEGORIA	N=95	100%
EDAD	6 a 8 meses	41	43.2
	9 a 12 meses	54	56.8
GÉNERO	Masculino	53	55.8
	Femenino	42	44.2
DURACIÓN DE LACTANCIA	4 meses	44	46.3
	6 meses	51	53.7
INICIO DE ABLACTANCIA	4 meses	44	46.3
	6 meses	51	53.7
LACTANCIA CONTINUADA	Si	52	54.7
	No	43	45.3

La edad de los lactantes fluctúan entre 9 a 12 meses 56.8% (54), la mayoría son de género masculino 55.8% (53), su periodo de lactancia ha tenido una duración de seis meses 53.7% (51), ha iniciado su ablactancia a los seis meses 53.7% (51) y mantienen la lactancia materna pasado los seis meses 45.3% (43).

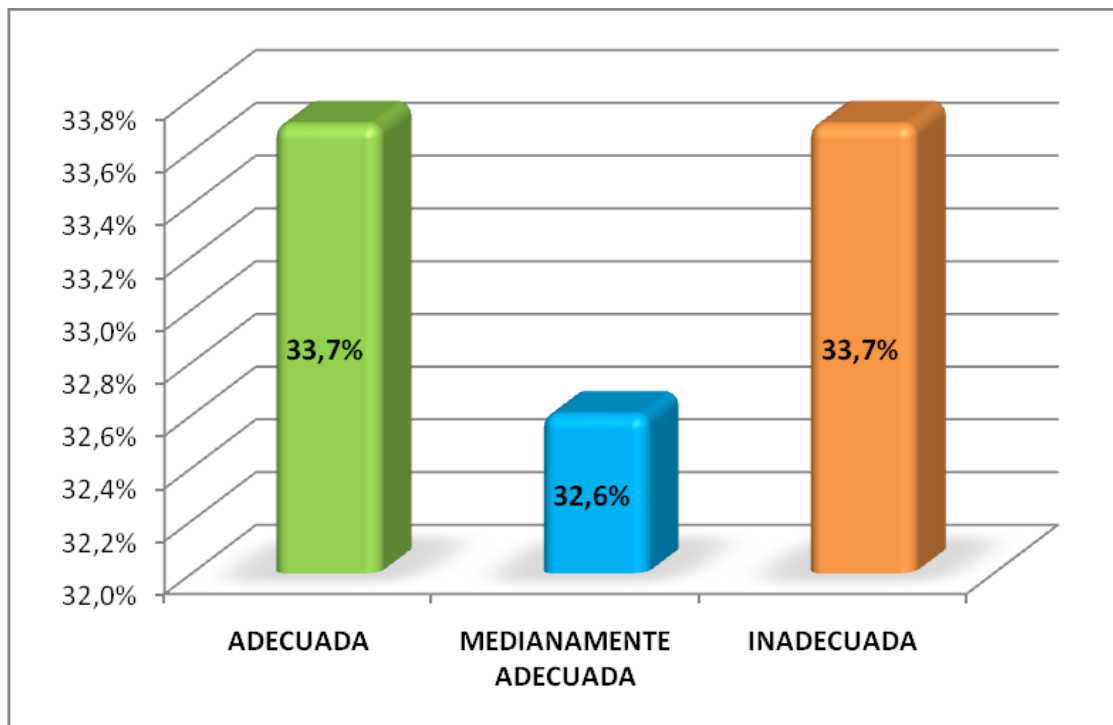
Tabla 3: Datos nutricionales y antropométricos de los lactantes, en la Comunidad de

Manchay – Agosto 2012.

TALLA AL NACER	49.6 cm	1.35
PESO AL NACER	3055 gr.	544 gr.
PC AL NACER	33.6 cm.	0.6
TALLA ACTUAL	67.2 cm	3.46
PESO ACTUAL	8574.6	942.1
PC ACTUAL	49.6 cm	1.35
HEMOGLOBINA	10.8	1.14
DATOS	PROMEDIO	DS

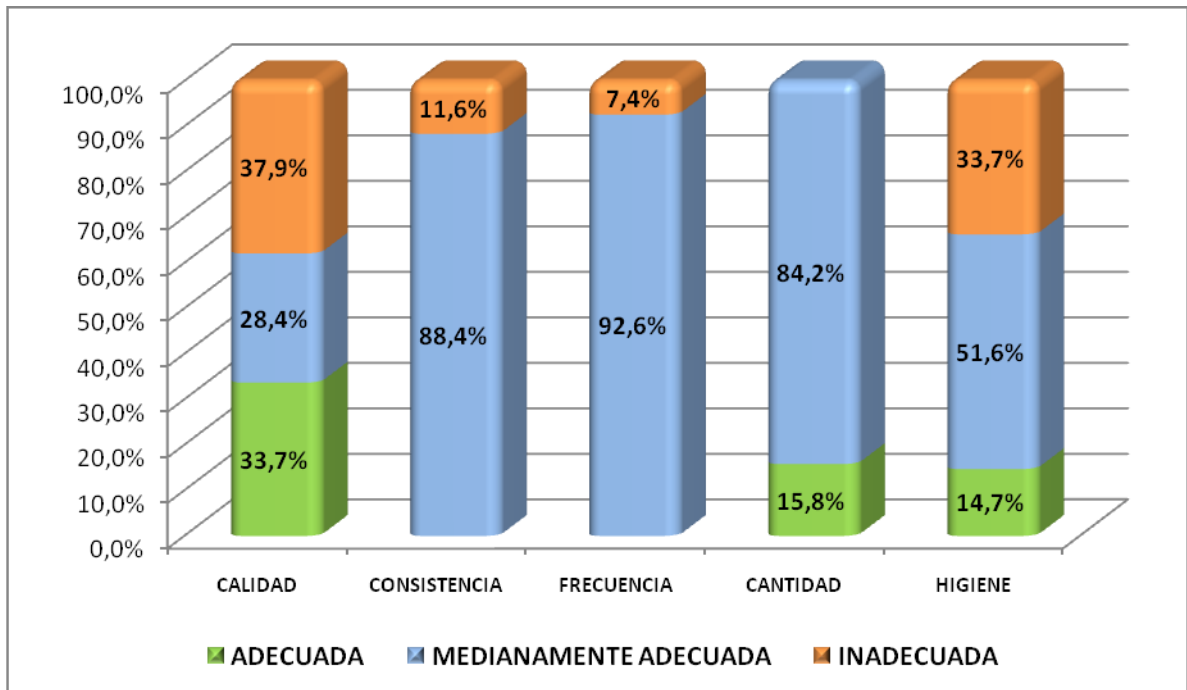
Los lactantes de 6 a 12 meses (N=95) han tenido en promedio de medidas antropométricas al nacer para talla 49.6 cm, peso 3055 gr, perímetro cefálico 33.6 cm; actualmente tienen promedios de acuerdo a talla 67.2 cm, peso 8574.6 gr, perímetro cefálico 49.6 cm y dosaje de hemoglobina 10.8.

Figura 1: Prácticas de Ablactancia de las madres con sus lactantes, en la Comunidad de Manchay – Agosto 2012.



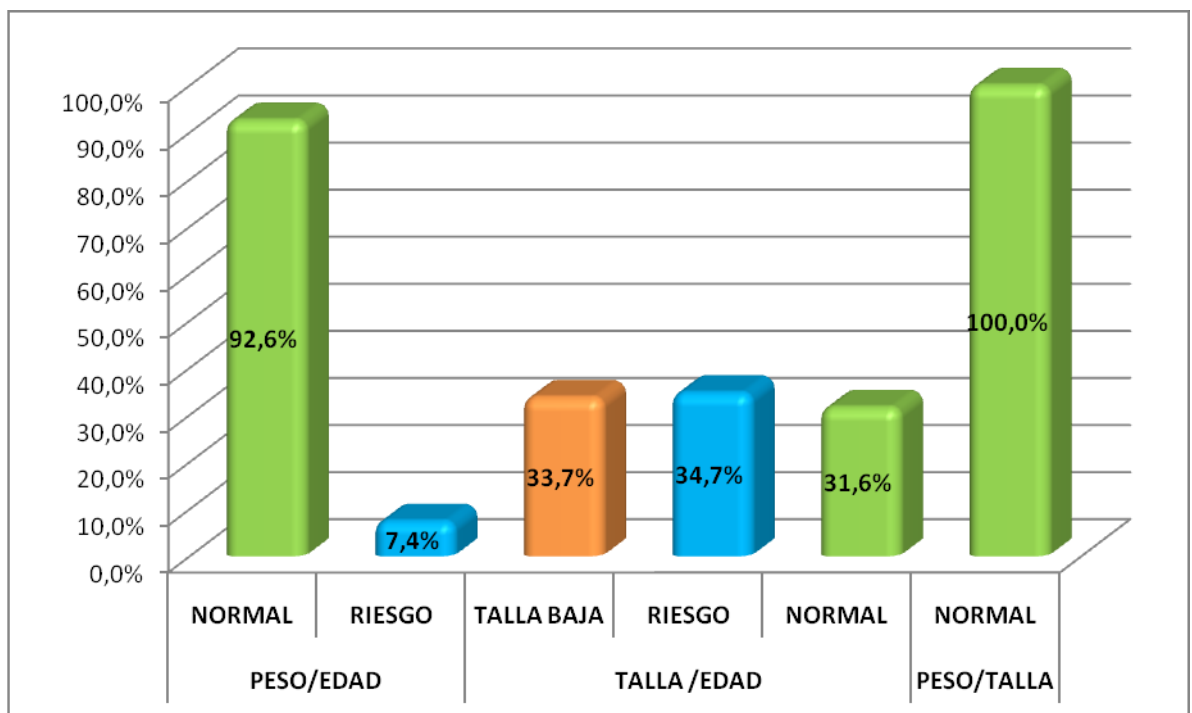
Las prácticas de ablactancia de las madres de niños lactantes (N=95) son inadecuadas 33.7% (32), medianamente adecuadas 32.6% (31) .

Figura 2: Prácticas de Ablactancia de las madres con lactantes según dimensiones, en la Comunidad de Manchay – Agosto 2012.



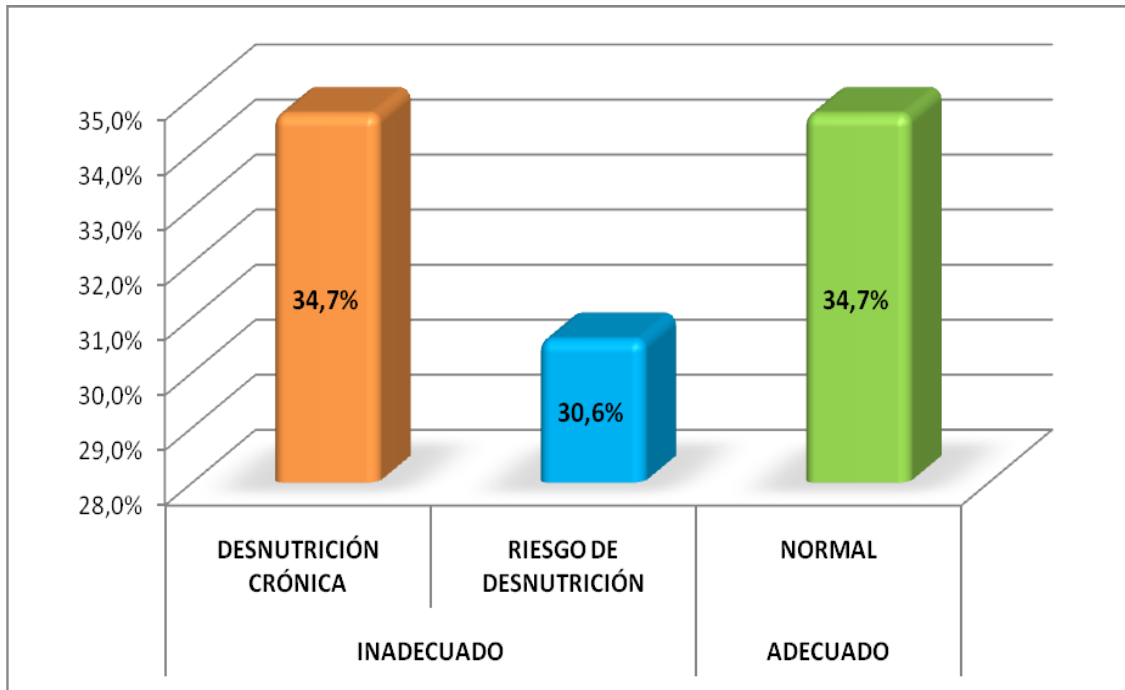
Las prácticas de ablactancia de las madres de niños lactantes (N=95) de acuerdo a las dimensiones se observa que en calidad son inadecuadas el 37.7% (32), en consistencia el 88.4% (84) son medianamente adecuadas, en frecuencia 92.6% (88) medianamente adecuadas, en cantidad 84.2% (80) son medianamente adecuadas, así mismo en higiene el 33.7% (32) son inadecuadas.

Figura 3: Estado Nutricional de lactantes según indicadores antropométricos, en la Comunidad de Manchay – Agosto 2012.



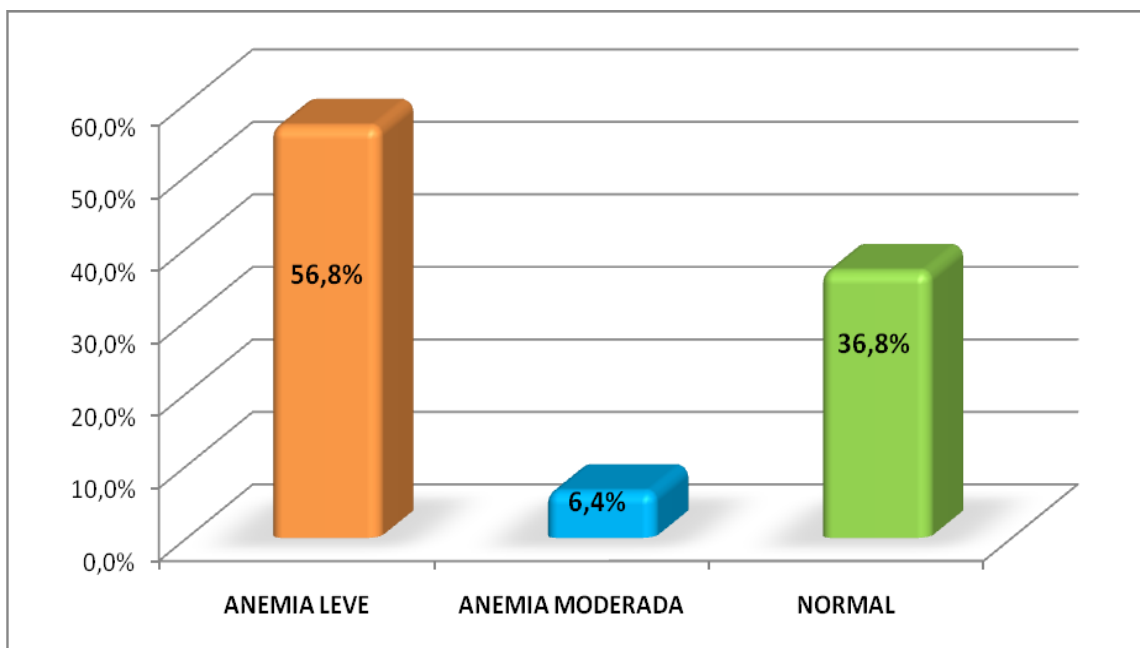
El estado nutricional de los lactantes (N=95) de acuerdo a los indicadores antropométricos según talla/edad presentan talla baja 33.7% (32), riesgo 34.7% (33) y es normal de acuerdo a peso/edad 92.6% (88) y riesgo 7.4% (7); mientras que peso/talla el 100% (95) se encuentran normales.

Figura 4: Estado Nutricional de lactantes, en la Comunidad de Manchay – Agosto 2012.



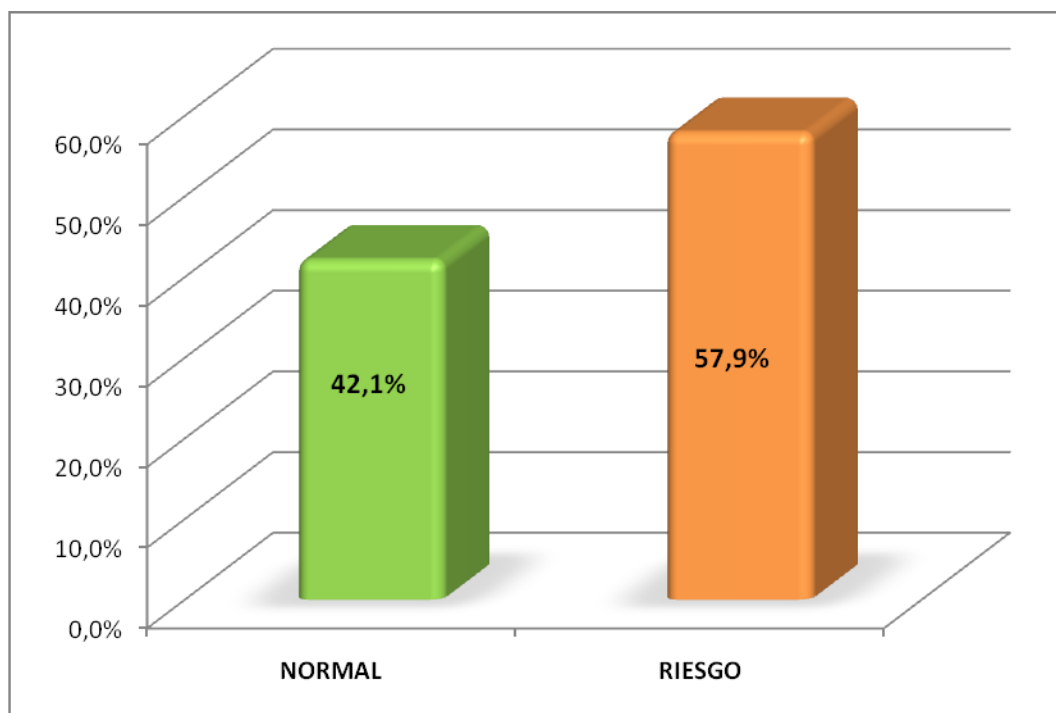
El estado nutricional de los lactantes (N=95) es inadecuado porque presentan un porcentaje significativo de 34.7% (33) de desnutrición crónica y riesgo de desnutrición el 30.6% (29)

Figura 5: Estado Nutricional de lactantes según análisis bioquímico de hemoglobina, en la Comunidad de Manchay – Agosto 2012.



El estado nutricional de los lactantes (N=95) de acuerdo a la prueba bioquímica de hemoglobina presentan anemia leve 56.8% (54), anemia moderada 6.4% (6)

Figura 6: Desarrollo Psicomotor de lactantes según Escala de Evaluación de Desarrollo Psicomotor (EEDP), en la Comunidad de Manchay – Agosto 2012.



El desarrollo psicomotor de los lactantes (N=95) de acuerdo al EEDP es de riesgo 57.9% (55) y normal 42.1% (40).

Tabla 4: Relación entre practicas de Ablactancia y Estado Nutricional de los lactantes, en la Comunidad de Manchay – Agosto 2012.

PRÁCTICAS DE ABLACTANCIA	ESTADO NUTRICIONAL				TOTAL	
	ADECUADO		INADECUADO		N	%
	N	%	N	%		
ADECUADA	23	24.2	9	9.5	32	33.7
MEDIANAMENTE ADECUADA	5	5.3	26	27.4	31	32.6
INADECUADA	5	5.3	27	28.4	32	33.7
TOTAL	33	34.7	62	65.3	95	100.0

$\chi^2 = 29.4$ $p = 0.0000$ $gl = 2$

H^0 = Las prácticas de Ablactancia de las madres no tiene relación con el Estado Nutricional de los lactantes

H_1 = Las prácticas de Ablactancia de las madres tiene relación con el Estado Nutricional de los lactantes

Dado que el valor del χ^2 es **29.4** y este es mayor que el valor critico para un nivel de significancia de $0.05 = 5.99$ para $gl = 2$ con intervalo de confianza del 95%, por lo tanto se acepta la hipótesis alterna.

“Las prácticas de Ablactancia de las madres tienen relación con el Estado Nutricional de los lactantes”

Tabla 5: Relación entre practicas de Ablactancia y Desarrollo Psicomotor de los lactantes, en la Comunidad de Manchay – Agosto 2012.

PRACTICAS DE ABLACTANCIA	DESARROLLO PSICOMOTRIZ				TOTAL	
	NORMAL		RIESGO		N	%
	N	%	N	%		
ADECUADA	26	27.4	6	6.3	32	33.7
MEDIANAMENTE ADECUADA	5	5.3	26	27.4	31	32.6
INADECUADA	9	9.5	23	24.2	32	33.7
TOTAL	40	42.1	55	57.9	95	100.0

chi² = 31.3 p= 0.0000 gl= 2

H⁰ = Las prácticas de Ablactancia de las madres no tiene relación con el Desarrollo Psicomotor de los lactantes

H₁ = Las prácticas de Ablactancia de las madres tiene relación con el Desarrollo Psicomotor de los lactantes

Dado que el valor del **chi²** es **31.3** y este es mayor que el valor critico para un nivel de significancia de 0.05 = 5.99 para gl= 2 con intervalo de confianza del 95%, por lo tanto se acepta la hipótesis alterna.

“Las prácticas de Ablactancia de las madres tienen relación con el Desarrollo Psicomotor de los lactantes”

Tabla 6: Relación entre Estado Nutricional y Desarrollo Psicomotor de los lactantes,

en la Comunidad de Manchay – Agosto 2012.

ESTADO NUTRICIONAL	DESARROLLO PSICOMOTRIZ				TOTAL	
	NORMAL		RIESGO		N	%
	N	%	N	%		
ADECUADO	27	28.4	6	6.3	33	34.7
INADECUADO	13	13.7	49	51.6	62	65.3
TOTAL	40	42.1	55	57.9	95	100.0

chi²= 32.2 p= 0.0000 gl= 2

H⁰ = El Estado Nutricional no tiene relación con el Desarrollo Psicomotriz de los lactantes

H₁ = El Estado Nutricional tiene relación con el Desarrollo Psicomotor de los lactantes

Dado que el valor del **chi²** es **32.2** y este es mayor que el valor crítico para un nivel de significancia de 0.05 = 5.99 para gl= 2 con intervalo de confianza del 95%, por lo tanto se acepta la hipótesis alterna.

“El estado Nutricional tiene relación con el Desarrollo Psicomotor de los lactantes.”

CAPÍTULO IV DISCUSIÓN

En nuestro país la desnutrición crónica es un problema que aún persiste condicionando el estado nutricional del niño, y por ende su futuro, limitando que desarrolle su máximo potencial, aumentando aun más la pobreza. Hay evidencias de una menor productividad económica.¹⁷ esta situación se ve agravada de manera considerable con las inadecuadas practicas de alimentación complementaria.^{1,3}

El presente estudio se realizó en la comunidad de Manchay con las madres y sus lactantes de 6 – 12 meses de edad, se observó que en general tienen inadecuadas practicas de ablactancia, en el estudio de Coronel M, Ramírez M, Reyes M, Narcisa T.¹⁴ de modo similar llegaron a los siguientes resultados: Los alimentos preferidos para la ablactancia son preparaciones que no cubren los requerimientos energéticos, generalmente se le llena al niño con sopas que son reparaciones diluidas, entre comidas se les ofrece generalmente pan, galletas y frutas, y el estudio de Cruz Y, Andrew D, Berti P, Larrea S.⁷ refiere que el tipo de alimento complementario que se dio al infante en general fue inadecuado, de la misma manera Cárdenas. L.¹⁶ afirma que las madres realizan prácticas desfavorables sobre la alimentación complementaria.

La alimentación inadecuada limita el crecimiento y desarrollo de la niña o niño, siendo que, el periodo clave para una buena alimentación es desde la gestación y los primeros años de vida³³, porque después que un niño alcanza los dos años de edad, es muy difícil revertir la falla de crecimiento ocurrida anteriormente¹⁰.

En cuanto a las Prácticas de Ablactancia según dimensiones: calidad, consistencia, frecuencia, cantidad e higiene que realizan las madres, se observa que el mayor porcentaje son medianamente adecuadas en (consistencia, frecuencia y cantidad), y un porcentaje significativo de inadecuada prácticas en (calidad e higiene) Estos resultados difieren con el estudio de Benites J.¹⁵, en que la mayoría de las madres desconoce la frecuencia, alimento de inicio, cantidad e inclusión de los alimentos en la alimentación complementaria. En cambio tienen mayor porcentaje en definición, edad inicio, consistencia, combinación y medidas higiénicas de la alimentación complementaria, lo cual también discrepa con los resultados del estudio realizado.

Los lineamientos de nutrición materno infantil del Perú, indican que para que haya una alimentación de calidad se debe evitar de dar a la niña o niño bebidas azucaradas de bajo valor nutritivo, caldos, agüitas o mates, su densidad energética es mínima. El agua tiene una densidad energética de 0kcal/gr y el caldo 0.2 Kcal/gr²⁷ lo mismo ocurre con la frecuencia, se debe aumentar las veces conforme la niña o niño crece, igual con la consistencia se debe iniciar con papillas y mazamoras, luego con alimentos aplastados o triturados, después picados, hasta incorporarlo a la alimentación familiar, de la misma manera, la cantidad de alimento se debe ir aumentando según el niño crece.²⁷ el estado nutricional depende del adecuado consumo de nutrientes para cubrir las necesidades energéticas, porque su exceso o deficiencia del mismo puede conllevar a diferentes enfermedades.⁵⁵ asimismo La OMS destaca ³ que las inadecuadas practicas de alimentación son grandes obstáculos para el desarrollo socioeconómico sostenible, ya que la desnutrición es un fenómeno que limita enormemente el potencial intelectual de un país, con efectos profundos en el niño desde el periodo de la concepción hasta el segundo año de vida. Ocurriendo un daño irreversible en su desarrollo físico, mental y social.¹²

El estado nutricional de los lactantes según indicadores antropométricos (figura3) P/E, P/T, T/E, se observa un porcentaje significativo de talla baja para la edad y de la misma forma un porcentaje significativo de riesgo de talla baja para la edad, indicándonos que un porcentaje considerable de niñas y niños de Manchay que participaron en el estudio tiene baja talla para la edad, también Cruz Y, Andrew D, Berti P, Larrea S.⁷ nos indica que en su estudio de investigación encontró que el 20% de los niños/as tenían bajo peso con altos niveles de retraso en la talla, también Martorell. R.¹⁷ nos indica que el retardo en la talla se da en un momento específico se produce en todas las poblaciones del mundo, que es durante los primeros 1000 días de vida, que se da por desnutrición, enfermedades infecciosas, asociándose el retardo del crecimiento a un menor desempeño intelectual, laboral y menor productividad económica. Asimismo se Corrobora en el (figura 4) que una baja talla para la edad nos indica una desnutrición crónica la cual es un porcentaje significativo

Según el INEI 2007 la desnutrición crónica a nivel nacional en niños y niñas menores de 5 años es de 22.6%, llegando a descender 4.7 % en el 2010, o sea

quedando un 17.9% es decir, por cada 100 niñas y niños cinco de ellos dejaron la condición de desnutrición, sin embargo a nivel de departamentos los mayores niveles de desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años se presentan en Huancavelica, Cajamarca, Huánuco, Apurímac y Ayacucho.⁶

Con respecto a los valores de hemoglobina (grafico 5) el mayor porcentaje de niños y niñas del estudio tienen anemia leve. Según ENDES 2009 – 2011 la anemia en nuestro país a nivel nacional aun prevalece en menores de tres años alcanzando aproximadamente el 46.6%, en cambio la prevalencia de la anemia es mayor en la Sierra 54,9% y en la Selva 50,9%, que contrastan con la Costa 38,9%.⁷⁵

Los niveles bajos de hemoglobina hacen que el niño sea inactivo, cansado física e intelectualmente.⁷⁴ por ello es necesario brindar una adecuada cantidad y calidad de hierro a través de nutrientes específicos es fundamental para un desarrollo y crecimiento neuronal, para el funcionamiento del cerebro, aún en etapas posteriores. La anemia sufrida antes de los dos años de vida puede tener consecuencias sobre el rendimiento escolar y la calidad de aprendizaje.³³

En cuanto al desarrollo psicomotor (*grafico 6*) se observa que un porcentaje mayor de niños y niñas que participaron en el estudio tienen riesgo en el desarrollo psicomotor, teniendo en cuenta que la desnutrición y la anemia merman el estado físico y cognitivo, se puede explicar que, el cuerpo humano le da prioridad a la sobrevivencia frente al crecimiento y desarrollo cognitivo, destinándole más recursos energéticos a la primera cuando las sustancias alimenticias que recibe no son suficientes.²⁶,

Entre los factores principales que impactan en el desarrollo cognitivo. tenemos la nutrición, la genética, el ambiente, pero la nutrición juega un papel muy importante en el desarrollo del aprendizaje de los niños^{34,57}, la mayor parte de la población de estudio son hijos de madres muy jóvenes entre 15- 19 años son el 29.5% y de 20- 24 son 30.5%, (tabla1) y el ambiente donde se desarrollan los niños son lugares precarios con poca ventilación, sin saneamiento básico, de igual manera el desarrollo del niño puede verse afectado por la falta de educación, teniendo un porcentaje considerable de bajo nivel educativo entre las madres de Mançay. (tabla1)

El bajo nivel educacional de la madre, el escaso tiempo dedicado al niño por falta de posibilidades económicas o por no conocer la importancia de una interacción de madre a hijo, hablarle leerle cuentos, cantarle, y la desnutrición prolongada son factores que se asocian con alteraciones en el desarrollo.³³

En la las prácticas de ablactancia que realizan las madres (*tabla 4*) observamos que tienen relación con el Estado Nutricional de los lactantes.

Corroborando nuevamente que las prácticas de alimentación inadecuadas repercuten considerablemente en el estado nutricional del niño o niña lactante. Los periodos largos de enfermedad como infecciones respiratorias, diarreas, que muchas veces son por la falta de higiene en la preparación de los alimentos, lo cual la buena higiene es fundamental para la prevención de enfermedades gastrointestinales. La incidencia más elevada de enfermedades diarreicas ocurre durante la segunda mitad del primer año de vida.⁵¹

En el trabajo se muestra que 33.7% de las madres tienen inadecuadas prácticas de higiene y medianamente adecuadas, 51.6%, (figura 2) y a esto se suma que “las madres de Manchay refieren que prefieren que sus hijos coman todo su caldo que tiene más sustancia que los segundos y cuando sus hijos están enfermos no les dan comida sino mates o panetelas y algunas solo leche materna, si es que lo toleran, y después que han sanado casi todas las madres no les dan comidas adicionales para recuperar el peso perdido” y uno de los lineamientos de alimentación del lactante en el país indica que: Durante los procesos infecciosos, se debe fraccionar es decir repartir en pequeñas cantidades las comidas de la niña o niño, ofreciéndole con mayor frecuencia con la finalidad de mantener la ingesta adecuada. Ofrecer una comida extra hasta por dos semanas después de los procesos infecciosos.²⁷ Además como ya mencionamos anteriormente el caldo solo tiene 0.2 kcl /gr la cual no cubre la cantidad de calorías que necesita en niño o niña lactante.²⁷

Por lo tanto asegurar que las necesidades energéticas sean satisfechas. Estas necesidades son de aproximadamente 600 kcal al día de 6 a 8 meses de edad, 700 kcal al día de 9 a 11.¹⁰

En relación a las prácticas de ablactancia y el desarrollo motor (*Tabla 5*) se observa que el desarrollo cognitivo también se ve afectado por las inadecuadas

prácticas de alimentación, cabe resaltar la importancia de la variedad de los alimentos tanto de macronutrientes como micronutrientes ya que cada uno tiene un rol importantísimo en nuestro organismo, el hierro es otro nutriente esencial para la mielinización adecuada de la médula espinal y la materia blanca de los pliegues cerebelosos.⁴⁸ También el hierro transporta el oxígeno y nutrientes a todo el organismo, su deficiencia provoca anemia, y por ende el niño o niña sentirá cansancio físico, letargo, mareos, dejándolo inactivo.⁷⁴ también la falta de ácido fólico, vitamina B₁₂, vitamina C, vitamina E, vitamina B₆, vitamina B₂, son necesarios para mantener la estabilidad de los glóbulos rojos.⁷⁴

Estado nutricional y desarrollo psicomotor en los lactantes (*Tabla 6*) se observa que ambas variables se relacionan. La nutrición juega un rol importante en el desarrollo del niño o niña, en los primeros años de vida porque el cerebro crece rápidamente alcanzando el 70% del peso del cerebro adulto,³⁴ y a los 5 años alcanzando un desarrollo potencial de 90%, por lo que los investigadores consideran que en este corto periodo de tiempo se puede presentar situaciones desfavorables o favorables que repercutirán en el futuro del niño, ya sea en la escuela y en el resto de toda su vida.⁵⁸

Además de cero a tres años el cerebro de los niños están formando conexiones a una velocidad que no se repetirá en el resto de su vida,⁵⁸ se estima que al nacer el ser humano tiene 100 millones de células en el cerebro, pero la mayor parte aún no están conectadas entre sí, lo cual se realizarán en sus primeros años de vida, produciéndose billones de conexiones y sinapsis entre las células en forma de redes, que no se repetirá en el resto de su vida, definiendo las habilidades y potencialidades que realizarán en su etapa adulta, este proceso se ve influenciado por el medio ambiente, y la nutrición.⁵⁸

Una adecuada alimentación en proporciones adecuadas de macronutrientes y micronutrientes es esencial para un equilibrio en el crecimiento y desarrollo, el cerebro es el órgano que contiene mayor cantidad de grasa, después del tejido adiposo, por ello es indispensable brindar ácidos grasos en la dieta del niño, ya que influyen directamente en la producción y la liberación de algunos neurotransmisores como la serotonina y la dopamina.³⁴

En América latina casi 9 millones de niños menores de 5 años padecen desnutrición, así como deficiencia de vitaminas y minerales, y casi el 50% de los niños tienen anemia, teniendo como consecuencias un desarrollo físico y cognitivo disminuido, mal rendimiento escolar, sistema inmunológico bajo, propensos a contraer con frecuencia enfermedades prevenibles como diarreas e infecciones respiratorias, lo cual contribuye a enfermedades crónicas, encerrándolos en un círculo vicioso de enfermedades recurrentes, no pudiendo alcanzar su máximo potencial en su vida.⁴⁷, y así los esfuerzos de los gobiernos por acelerar el desarrollo económico a largo plazo fracasarán si no aseguran un crecimiento y un desarrollo infantiles óptimos, en especial a través de unas prácticas de alimentación apropiadas³

El rol de enfermería comunitaria se hace más relevante por lo que su esencia también está en promocionar la salud antes que los cuidados para no enfermarse, Nola Pender creadora del modelo de la teoría “promoción de la salud” nos indica promover la vida saludable es primordial antes que los cuidados para no enfermar y no gastar recursos.⁸⁹

La enfermera en comunidad y en los ámbitos donde ejerza su profesión tiene la tarea de fortalecer las habilidades y capacidades del individuo, que va más allá de la prevención, es este caso empoderar a las madres sobre la importancia de una adecuada alimentación en los primeros años de vida de sus hijos lactantes, lo cual es un reto que contribuirá a disminuir la tasas de desnutrición y anemia, en el país, y por ende estará contribuyendo en la formación de personas con todo su potencial y con posibilidades de volverse ciudadanos innovadores con mayor poder de resolución.² y al mismo tiempo estará colaborando con el logro de los objetivos del milenio, en particular “reducir la muerte infantil”

Otros factores que condicionan la salud de los individuos son los estilos de vida, creencias, ideas, que pueden influenciar en su salud de forma negativa o positiva, por lo que la enfermera tendrá que poner en práctica su rol de educadora enseñándoles con paciencia y haciéndoles cambiar a las madres de Manchay algunas frases por ejemplo de que “el caldo tiene más sustancias que los segundos, que el aceite o mantequilla en las comidas le da diarrea a su hijo, etc, tales ideas o

percepciones erradas pueden perjudicar el estado nutricional de sus hijos, y es allí donde la enfermera tiene que intervenir para resolver sus dudas.

Según Pender los determinantes de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos perceptuales, como concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan a comportamientos determinados, relacionándose con la toma de decisiones favorecedoras o desfavorables para la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, llevan a las personas a un estado altamente positivo de salud.⁹⁰

La población de estudio esta conformada por personas migrantes de diferentes departamentos del país los cuales cada uno tiene diferentes costumbre, creencias y la población en su mayor parte es adolescente y joven, por ello es un reto de enfermería saber llegar a esa población, en la cual cabe resaltar que enfermería comunitaria es promotora de la salud cumple un rol esencial en la comunidad donde se realizó el estudio, porque se pone en práctica casi todas las funciones de enfermería como es el de asistencial, docente, administrativa e investigadora, para solucionar los problemas que se presentan en esta carrera de servicio.

CAPÍTULO V CONCLUSIONES

- Las madres que participaron en el estudio es su mayoría fueron adolescentes

15- 19 años 29.5% y jóvenes 20 – 24 son el 30.5%, es decir el 60% son madres jóvenes que no han concluido con sus estudios.

- La mayoría de las madres que participaron en el estudio tienen inadecuadas prácticas de alimentación para con sus hijos.
- La mayor parte de las madres no cumplen con una adecuada alimentación en cuanto a las dimensiones de cantidad calidad frecuencia consistencia e higiene, siendo más deficientes en consistencia, frecuencia e higiene.
- El mayor porcentaje de los lactantes presentan desnutrición crónica 34.7% y en riesgo nutricional 30.6% de la población de estudio.
- Según indicadores antropométricos los lactantes presentan talla baja 33.7% riesgo 34.7%. y de acuerdo a la prueba bioquímica de hemoglobina presentan anemia leve 56.8%, anemia moderada 6.4%
- El desarrollo psicomotor de los lactantes que participaron en el estudio de acuerdo al EEDP en riesgo 57.9% y normal 42.1%.
- Las prácticas de ablactancia que realizan las madres tienen relación significativa con el Estado Nutricional, y desarrollo psicomotor de los lactantes.

RECOMENDACIONES

- Que el personal de enfermería reciba constantes capacitaciones de actualidad y que trabaje de la mano con el departamento de nutrición y poner más énfasis en el cumplimiento de las estrategias ya propuestas por los gobiernos gubernamentales y no gubernamentales.
- Que el personal de enfermería del Centro de Salud involucren más a las madres, sensibilizándolas sobre la importancia de una adecuada alimentación en los primeros años de vida de sus hijos y las consecuencias de la misma esto mediante talleres, sesiones demostrativas y participación en sesiones educativas mediante juego de roles, porque ellas son las principales agentes en contribuir con el reto de acabar con la desnutrición y por ende disminuir la mortalidad infantil.
- Para mejorar el desarrollo psicomotor, implementar talleres interactivos donde los padres y madres puedan participar a través del juego en la estimulación temprana y lograr mantener y mejorar el desarrollo de sus niños.
- Brindar charlas educativas en el Centro de Salud a todas las madres adolescentes desde el embarazo sobre una adecuada alimentación complementaria.
- Monitorear la población en riesgo a través de visitas domiciliarias.
- Que las enfermeras de SERUMS realicen charlas educativas sobre una buena alimentación complementaria en el Centro de Salud y realicen actividades sobre prevención de embarazos precoces en los colegios porque el porcentaje de madres adolescentes es significativo.
- Que se realicen otros estudios minuciosos para una mejor monitorización de otros factores que estén relacionados con el estado nutricional del niño, por lo que es un fenómeno que afecta el desarrollo del país.

- Realizar estudios con enfoque cualitativo referente a creencias, costumbres socioculturales de las madres con respecto a la alimentación de sus hijos, ya que son procedentes de diferentes puntos del país los que radican en la comunidad de Manchay.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNICEF Progreso para la infancia un balance sobre la nutrición
Número 4, abril de 2006 [Serie de internet]. [Citado 9 Enero 2012]. Disponible en:
<http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/progresoBol.pdf>
2. Figueiras A, Neves I, Ríos V, Benguigui Y. Manual para la vigilancia del desarrollo infantil 0 -6 años Segunda edición: 2011 (Serie OPS/FCH/HL/11.4.E) en el contexto de AIEPI, [Serie de internet]. [Citado 9 enero 2012] Washington, D.C.: OPS, © 2011 Segunda edición. Disponible en:
<http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/Vigilancia2.pdf>
3. OMS/UNICEF. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, [Serie de internet]. 2003. [Citado 19 Enero 2011] Disponible en
http://www.who.int/nutrition/publications/gf_infant_feeding_text_spa.pdf
4. UNICEF, OMS. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. , [Serie de internet]. Del 6 al 8 de noviembre de 2007 en Washington, DC, E.UU [Citado 19Enero 2011].disponible en:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243596662_spa.pdf
5. Martínez R, Fernández A. Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del milenio. 2006:4-9. [Citado 22 Enero 2011] <http://www.bvsde.ops-oms.org/texcom/nutricion/LOW/LOW-3c.pdf>
6. ENDES. Indicadores de resultados de los programas estratégicos, 2010- lima [Serie de internet]. Febrero 2011[Citado 19 Enero 2012] disponible en:
http://desa.inei.gob.pe/endes/Investigaciones/Libro_Endes.pdf
7. Cruz Y, Andrew D, Berti P, Larrea S. Lactancia materna, alimentación complementaria y malnutrición infantil en los Andes de Bolivia. Órgano Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición [Serie de internet]. 2010 febrero [Citado 19

Enero 2011] 9 (4): [8 laudas.] 60 (1): disponible en:
<http://www.scielo.org.ve/pdf/alan/v60n1/art02.pdf>

8. La OMS La alimentación del lactante y del niño pequeño Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud [Citado 19 Enero 2011] http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789275330944_spa.pdf

9. Dallman, 1993. OPS/OMS principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado [Serie de internet]. 2010 febrero [Citado 19 Enero 2011] Washington DC, 2003
http://whqlibdoc.who.int/paho/2003/9275324603_spa.pdf

10. Martorell y col., 1994. OPS/OMS principios de orientación para la alimentación de niños no amamantados entre los 6 y los 24 meses de edad Washington [Serie de internet]. 2010 febrero [Citado 19 Enero 2012] DC, 2007 disponible en:
<http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Principios-orientacion-para-la-alimentacion-de-los-ninos-no-amamantados.pdf>

11. Martínez R, Fernández A. Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio Número 2, abril de 2006 ISSN 1816-7527
[http://www.unicef.org/lac/Desafiosnutricion\(13\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Desafiosnutricion(13).pdf)

12. Jukes M, Mc guire J, Method F y Ternberg R. Nutrición y Educación la base para el desarrollo [Serie de internet]. [Citado 19 Enero 2011] disponible en:
http://www.unscn.org/files/Publications/Briefs_on_Nutrition/Brief2_SP.pdf

13. Jiménez. C Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Fortaleza. [Tesis de licenciatura]. Lima – Perú Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2008 disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2008/jimenez_hc/jimenez_hc.pdf

14. Coronel M, Ramírez M, Reyes M, Narcisa T. Patrones de alimentación en niños entre 6 y 24 meses de edad. [Licenciada en enfermería]Lima / Perú Universidad Cayetano Heredia 1994.

15. Benites. J. Relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que asisten al Consultorio de CRED, en el C.S. Conde de la Vega Baja, [Tesis de licenciatura].Lima–Perú Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Enero 2007. Disponible.
http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2008/benites_cj/pdf/benites_cj.pdf
16. Cárdenas. L. Relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 meses a 24 meses que acuden al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, [Tesis de licenciatura].Lima–Perú Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2009. Disponible en:
http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2010/cardenas_al/pdf/cardenas_al.pdf
17. Martorell R. La desnutrición crónica en Mesoamérica [video] EE UU [Entrevista con SM2015], disponible en: <http://vimeo.com/49682273>
18. Definición. De.powered by wordpress. [Citado 19 Enero 2013] Disponible en: <http://definicion.de/practica/>
19. Definición de práctica [Citado 19 Enero 2012] disponible en: <http://es.thefreedictionary.com/pr%C3%A1ctica>
20. OPS Concepto de Buenas Prácticas en Promoción de la Salud en el Ámbito Escolar y la Estrategia Escuelas Promotoras de la Salud [Citado 19 Enero 2012] disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/prensa/concurso-buenas-practicas/conceptos.pdf>
21. Gaínza G La practica alimentaria y la historia. [En línea] 2003
[Citado 19 Enero 2012] No 2 Disponible en:
<http://www.ugr.es/~mcaceres/entretextos/pdf/entre2/gainza1.pdf>
22. OMS Alimentación Complementaria [Citado 19 Enero 2012] disponible en:

http://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/index.html

23. Asociación de suport a la lactancia materna. Alimentación complementaria del lactante. El primer año de vida: clave para un crecimiento y un desarrollo adecuados [Citado 19 Enero 2012] <http://www.mamare.es/TALLERES/alimentacion.pdf>

24. Department of nutrition for health and development department of child and adolescent health and development world health organization. the optimal duration of exclusive breastfeeding report of an expert consultation geneva, switzerland 28–30 march 2001 [Citado 19 Enero 2012] disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/optimal_duration_of_exc_bfeeding_report_eng.pdf

25. Magallanes. Frank Alimentación Complementaria. 3 (7): 318 – 327 2009 [Citado 19 Enero 2012] disponible en: http://www.iidenut.net/pdf_revista_tec_libre/Renut%207/RENUT%202009%20TEC_7_318-327.pdf

26. Sagan y Druyan. Banco mundial Desarrollo infantil temprano [Citado 20 Enero 2012] disponible en: <http://www.oas.org/udse/dit2/por-que/nutricion.aspx>

27. OPS, UNICEF lineamientos de nutrición materno infantil del Perú 2004. [Citado 20 Enero 2012] disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/INS/158_linnut.pdf

28. Fátima Del Amo Javier García Esther Gil Daniel Giménez M^a Amparo Giménez Esther Giner Mónica Gómez EUE la FE 2009/201 Alimentación en el Primer Año de Vida. [Citado 20 Enero 2012] disponible en: http://mural.uv.es/rasainz/6.2_ALIMENTACION_PRIMER_ANO.pdf

29. Aurora Lázaro Almarza y Juan F. Marín-Lázaro Alimentación del lactante sano [Citado 20 Enero 2012] disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/ALazaro.pdf>

30. Wilson Daza Silvana Dadán Alimentación complementaria en el primer año de vida [Citado 20 Enero 2012] disponible en: http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_8_vin_4/alimentacion_complementaria_1ano_vida.pdf

31. Nutrición en la lactancia. [Citado 20 Enero 2012] disponible en:
<http://www.henufood.com/nutricion-salud/consigue-una-vida-saludable/comer-bien-para-crecer-bien-nutricion-y-alimentacion-durante-el-crecimiento-y-desarrollo-etapa-1-lactancia-0-a-1-anos/>
32. Calidad de los alimentos. [Citado 20 Enero 2012] disponible en:
<http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/8537/3/control%20de%20calidad%20de%20los%20alimentos.pdf>
33. Morasso M, Duro E. Nutrición, desarrollo y alfabetización 2da ed abril de 2004 [Citado 20 Enero 2012] disponible en:
http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_NAD1.pdf
34. Regino P, Universidad de la Habana Nutrición y neurodesarrollo en la primera infancia. En: ponencia presentada en 5to Encuentro Nacional de Educación Inicial y Parvularia, El Salvador 2010. [Citado 20 Enero 2012] disponible en:
<http://encuentroseducacioninicial.org/dia2/magisterial1.pdf>
35. Alimentos formadores, constructores y energéticos [Citado 20 Enero 2012] disponible en: <http://socupalizz3d.blogspot.com/2009/08/alimentos-formadoresconstructores-y.html>
36. Luque V. Estructura y Propiedades de las Proteínas. [Citado 20 Enero 2012] disponible en: http://www.uv.es/tunon/pdf_doc/proteinas_09.pdf
37. Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo. Macronutrientes: carbohidratos, grasas y proteínas [Citado 20 Enero 2012] disponible en:
<ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/005/w0073s/W0073S01.pdf>
38. Uauy R, Olivares S. Nutrición Humana desde 1993. Importancia de las grasas y aceites para el crecimiento y desarrollo de los niños [Citado 20 Enero 2012] disponible en: <http://www.fao.org/docrep/T4660T/T4660T05.htm>
39. J.M. BOURRE effects of nutrients (in food) on the structure and function of the nervous system: update on dietary requirements for brain. Part 2: macronutrients The Journal of Nutrition, Health & Aging© Volume 10, Number 5, 2006
http://www.bourre.fr/pdf/publications_scientifiques/260.pdf

40. Prieto M, Romina I, Vitaminas y Minerales. [Citado 20 Enero 2012] disponible en: <http://www.nutrinfo.com/pagina/info/vitmin.pdf>
41. Rodríguez M. Ingesta de Minerales y Vitaminas en la población infantil [Citado 22 Enero 2012] disponible en:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13023370&pident_usuario=0&pident_revista=4&fichero=4v20n11a13023370pdf001.pdf&ty=10&accion=L&origen=dfarmacia&web=www.dfarmacia.com&lan=es
42. Effects of antioxidants on vascular health Garry G Duthie and Mary C Bellizzi Rowett Research Institute, Aberdeen, UK [Citado 20 Enero 2012] disponible en: <http://bmb.oxfordjournals.org/content/55/3/568.full.pdf>
43. UNICEF Preventing and controlling micronutrient deficiencies in populations affected by an emergency multiple vitamin and mineral supplements for pregnant and lactating women, and for children aged 6 to 59 months
http://www.unicef.org/spanish/nutrition/files/Joint_Statement_Micronutrients_March_2006.pdf
44. macro nutrientes y micronutrientes. [Citado 20 Enero 2012] disponible en: http://antiguo.itson.mx/LDCFD/repositorio/tetra3/lecturas/nutricion/03_Lectura_macro nutrientes_y_micronutrientes.pdf
45. Fanjiang, Gary; Kleinman, Ronald E .Nutrition and performance in children Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care. 10(3):342-347, May 2007.doi: 10.1097/MCO.0b013e3280523a9e http://journals.lww.com/clinicalnutrition/Abstract/2007/05000/Nutrition_and_performance_in_children.14.aspx
46. Unidad de Nutrición C Dietética e Investigación [Citado 19 Enero 2011] disponible en: <http://www.clinicaindautxu.com/nutricion/pdfs/Minerales.pdf>
47. Fregtman M. Desnutrición, pobreza y desarrollo cognitivo. [Citado 19 Enero 2011] Disponible en:
http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/musicoterapia/sitios_catedras/296_

psicologia_ciclo_vital1/material/archivos/desnutricion_pobreza.pdf

48. Zavaleta M. Nutrición y Desarrollo Cognitivo. [Citado 19 Enero 2011]
Disponible en: http://www.tarea.org.pe/images/Tarea74_MariaT_Moreno.pdf

49. Organización Mundial de la Salud 2007 Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y Adolescente Organización Mundial de la Salud. [Citado 19 Enero 2011]
Disponible en: <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Principios-orientacion-para-la-alimentacion-de-los-ninos-no-amamantados.pdf>

50. OMS Proyecto, la Salud y la Pirámide Alimentaria [Citado 19 Enero 2011]
Disponible en: <http://saludypiramidealimenticia.blogspot.com/2010/12/la-higiene-de-los-alimentos-segun-la.html>

51. OPS/OMS principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado Washington [Citado 19 Enero 2011] disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789275327951_spa.pdf

52. OMS/ inocuidad de alimentos [Citado 19 Enero 2011] disponible http://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/en/5kys_Spanish.pdf

53. Doctor Pedro cortes mora Valoración Nutricional [Citado 19 Enero 2011]
disponible en: http://www.fpct.es/pdf/Val_NUTRICION.pdf

54. Estado nutricional. Exploración Concepto [Citado 19 Enero 2011] disponible en: http://www.alimentacionynutricion.org/es/index.php?mod=content_detail&id=114

55. Izquierdo Hernández Amada, Armenteros Borrell Mercedes, Lancés Cotilla Luisa, Martín González Isabel. Alimentación saludable. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2004 Abr [citado 2013 Feb 02] ; 20(1): 1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192004000100012&script=sci_arttext

56 Villaizán C. Nutrición infantil. Presentación. Rev Pediatr Aten Primaria. Supl.

2011;(20):19-23. 2011[citado 2013 Feb 02]. Disponible en:
http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus5l_LjPrOfNrf0uEHVtHCrC4HiEC

57 Alvear A Jorge, Vial R Margarita, Artaza B Carmen. Crecimiento después de desnutrición grave precoz. Rev. chil. pediatr. [revista en la Internet]. 1991 Ago [citado 2012 Feb. 02]; 62(4):242-247. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41061991000400005&lng=es. doi: 10.4067/S0370-41061991000400005.

58. Sifuentes J. La desnutrición Infantil en el Perú [citado 2012 Feb. 02]; Disponible en <http://www.cel.org.pe/articulos/desnutricion.pdf>

59. Definición de la OMS Valoración del estado nutricional en niños y adolescentes [citado 2012 Feb. 02]
<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=12522&pagina=3>

60. Mogollón M. Antropometría Concepto [Citado 19 Enero 2012] disponible en:
<http://iepfv.files.wordpress.com/2008/07/la-antropometria.pdf>

61. Antropometría [Citado 19 Enero 2012] disponible en:
<http://www.insht.es/Ergonomia2/Contenidos/Promocionales/Diseno%20del%20puesto/DTEAntropometriaDP.pdf>

62. Alonso M. Crecimiento y desarrollo una visión integral. Aranceta J, Rodrigues F. Crecimiento y desarrollo, Estudio Enkid. España 2003 ed. MASSON p 1-192

63. Díaz M Crecimiento y desarrollo en el primer año de vida. Diaz M, Gomez C, Ruiz G. Tratado de enfermería de la infancia y la adolescencia. España, ed 2006 pág.1-774

64. Medidas Antropométricas. [Citado 18 Enero 2012] disponible en:
<http://cuba.nutrinet.org/areas-tematicas/materno-infantil/evaluacion-nutricional/metodos-antropometricos/460-mediciones-antropometricas>

65. Aguilar M. Crecimiento y Desarrollo del Lactante Aguilar M. Crecimiento. Tratado de enfermería infantil. España, ed elsevier, 2003 pág. 1-1260 [Citado 19 Enero 2011] disponible en: <http://www.pobrezamundial.com/tag/oms/>

66. Clasificación de Desnutrición en Niños [Citado19Enero2012] disponible en: http://www.medicalcriteria.com/site/index.php?option=com_content&view=article&id=275%3Aamalnutrition&catid=66%3Anutrition&Itemid=80&lang=es
67. OMS Definición de Desnutrición [Citado16Enero2012] disponible en: <http://www.pobrezamundial.com/tag/oms/>
68. Desnutrición crónica infantil cero en el 2016 [Citado16Enero2012] disponible en: http://www.inversionenlainfancia.net/infobarometro/boletines/informe_desnutricion_resumen.pdf
69. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición Desnutrición crónica infantil y sus determinantes de riesgo marzo 2010 [Citado15Enero2012] disponible en: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/prec_invt_cenan/Presentacion%20Desnutrici%C3%B3n%20Determinantes.pdf
70. El hambre: el problema más grave. [Citado15Enero2012] disponible en: http://www.desenvolupamentsostenible.org/index.php?option=com_content&view=article&id=235&Itemid=268&lang=es
71. Indicadores bioquímicos para la evaluación del estado nutricional [Citado 22Enero2012] disponible en: <http://cuba.nutrinet.org/areas-tematicas/materno-infantil/evaluacion-nutricional/metodos-bioquimicos/476-indicadores-bioquimicos-para-la-evaluacion-del-estado-nutricional>
72. T. m. maría Muñoz Zambrano Dra. Cecilia Morón Cortijo manual de procedimientos de laboratorio en técnicas básicas de hematología [Citado 22 Enero2012] disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/INS/845_MS-INS-NT40.pdf
73. Educación En Promoción y Prevención En Salud Laboratorio Clínico Hematológico. Editora Médica Colombiana S.A., Edimeco S.A.© Quinta edición, 15.000 ejemplares, 2010. [Citado 22 Enero 2012] disponible en: http://www.hematologico.com/ws/images/pdf_educacion/anemia.pdf

74. Dra. Gisela Pita Rodríguez Dra. C. Beatriz Basabe Tuero Dra. C. Santa Jiménez Acosta Lic. Onay Mercader Camejo UNICEF INHA la anemia aspectos nutricionales. conceptos actualizados para su prevención y control [Citado 22 Enero2012] disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/hematologia/anemia_para_profesionales_de_la_salud_aps_2009.pdf
75. ENDES Indicadores de Resultado Identificados en los Programas Estratégicos 2000 Primer Semestre 2011. [Citado 22 Enero2012] disponible en: http://desa.inei.gob.pe/endes/images/libro_completo.pdf
76. INEI. Mapa de desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años a nivel provincial y distrital 2009 [Citado 22 Enero2012] disponible en: <http://fodm-infanciaperu.org/documentos/mapas/Mapa%20de%20Desnutricion%202009.pdf>
77. Alvarez D, et al estado nutricional en el Perú.2011. Disponible[Citado 22 Enero2012] <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1843.pdf>
78. Castro C, Martinez A Crecimiento Desarrollo y Estimulación del Niño. Castro C, Maldonado O, Benguigui Y. Lactante. La niñez, la familia y la comunidad. Bogotá- Colombia ed. paltex 2004 pág. 1-549
79. Molina R. El desarrollo psicomotor. [Citado 22 Enero2012] disponible en: http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_15/REMEDIOS_MOLINA_2.pdf
80. schonhaut B luisa, Álvarez Jorge, salinas a patricia. El pediatra y la evaluación del desarrollo psicomotor. Rev. chil. pediatr. [revista en la Internet]. [Citado 2012 Feb 23]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062008000700005&lng=es. doi: 10.4067/S0370-41062008000700005.
81. Desarrollo del lenguaje en los niños de 0 a 4 años [Citado 22 Enero2012] disponible en: <http://www.cosasdelainfancia.com/biblioteca-lenguaje03.htm>

82. Sylvia Sastre i Riba Catedrática de psicología evolutiva y de la educación Departamento de Ciencias de la Educación Universidad de La Rioja. Desarrollo y audición (*Elliot, 2004*) Desarrollo y audición [Citado 22 Enero2012] disponible en: <http://aedaweb.com/publicaciones/jornadas2007/sarta.pdf>
83. Desarrollo de la visión Monocular Binocular [Citado 22 Enero2012] disponible en: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-000-00---0oftalmol--00-0-0--0prompt-10---4-----0-11--1-11-50---20-about---00031-001-1-00-00&a=d&c=oftalmol&cl=CL1&d=HASH01de2d74b49ce90bf1f4fecb.9.1>
84. Luciane Eloisa Brandt Benazzi El sistema visual en lactantes y niños [Citado 22 Enero2012] disponible en: <http://www.imagenoptica.com.mx/pdf/revista39/Sistema.pdf>
85. Normas técnicas de estimulación y evaluación del desarrollo psicomotor del niño- 2004 [Citado 22 Enero2012] disponible en: <http://es.scribd.com/doc/63451611/Manual-EEDP>
86. Escala de evaluación del desarrollo psicomotor. [Citado 22 Enero2012] disponible en: <http://es.scribd.com/doc/36273799/Escala-de-Evaluacion-del-Desarrollo-Psicomotor-de-0-24>
87. Mantilla E. Dirección General de promoción de la salud “promocion de la salud” para la alimentación y nutrición saludable en la reducción de la desnutrición <http://www.minsa.gob.pe/dgps/actividades/promocion-crecer%202.pdf>
88. Restrepo Mesa Sandra Lucía. La promoción de la salud y sus aportes a la educación en alimentación y nutrición. Invest. educ. enferm [revista en la Internet]. 2005 Mar [citado 2012 Feb 12] ; 23(1): 110-117. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072005000100010&lng=es
89. Aristizábal P, Blanco D, Sánchez A Ostiguín R. Vol 8, Año. 8 No. 4. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión Octubre-Diciembre 2011 [citado 2012 Feb 12]. Disponible. <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>

90. Meiriño, Jose luis. Vasquez mendez, marcela. simonetti, laudio. palacio, ma marta. Nola pender. [Citado 22 Enero2012] disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/nola-pender.html>
91. teorías y modelos de enfermería Elaborada: Fanny Cisneros G.Enfermera Especialista [Citado 22 Enero 2012] disponible en: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>
92. Domingo D, Fernandez J, Lopez R, Alvarez M, Martinez S, Hernandez, et al enfermería materno infantil pediatría. Manual de enfermería. España, ed. Lexus 2003 pág. 1-822
93. Burns N, Grove S investigación en enfermería Madrid-España ed.elsevier 2004 [Serie de internet]. 2004 [citado 17 enero 2011] pág.1-554 disponible en: http://books.google.com/books?id=5UNB9ZknC84C&pg=PA333&lpg=PA333&dq=Burns+N,+Grove+S+investigacion+en+enfermeria&source=bl&ots=NDuvM9YvMk&sig=sg3GkyknczHAMvkvwB8G1lcXkFE&hl=es&ei=0kxqTsvSHI6jtge0kODRBQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CBsQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false
94. Gonzales M. Los hijos de Manchay [actualizado 7 Marzo 2010; citado 9 febrero 2012]. Disponible en: <http://www.larepublica.pe/07-03-2010/los-hijos-de-manchay>

ANEXOS

ANEXO A - OPERAZIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Prácticas de ablactancia	Conjunto de medidas que se toman con el fin de brindar una adecuada alimentación al lactante de 6 meses de edad.	calidad Alimentos esenciales	Alimentos disponibles para cubrir las necesidades nutricionales. Son aquellos nutrientes que suministran la mayor parte de la energía metabólica al organismo Las proteínas aportan aminoácidos indispensables para el crecimiento y desarrollo Los carbohidratos fuente de energía para el organismo. Las grasas. Constituyen una forma más concentrada de energía que los anteriores. Las vitaminas, minerales. Son indispensables para el metabolismo, el equilibrio de líquidos y la función cerebral.	<ul style="list-style-type: none"> • Proteínas (carnes, huevos, sangrecita, hígado, etc.) • Carbohidratos (papa, camote, yuca, arroz) • Grasas. Mantequilla, palta. • Minerales. (Yodo, fluor,hierro) • Vitaminas (fruta, verdura) 	Variable cuantitativa ordinal	2 Adecuado. 1 Medianamente adecuado. 0 Inadecuado
		Consistencia	Es una de las características de los primeros alimentos que se introduce a la dieta del lactante que puede ser líquido, semilíquido y sólido, que se da gradualmente conforme crece el niño, adaptándose a los requerimientos.	<ul style="list-style-type: none"> • aplastado • triturado • picado • olla familiar 	Variable cuantitativa ordinal	2 Adecuado. 1 Medianamente adecuado. 0 Inadecuado

		Frecuencia	<p>Consiste en el número de comidas que la madre ofrece al niño, el número apropiado de comidas depende de la densidad energética de los alimentos. Y de los requerimientos del lactante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1-2 vez al día • 2-3 veces al día • 3 principales y dos adicionales 	Variable cuantitativa ordinal	<p>2 Adecuado. 1 Medianamente adecuado. 0 Inadecuado</p>
		Cantidad	<p>De acuerdo al crecimiento se va aumentando la comida al lactante según la OMS, 600 kcal al día a los 6 a 8 meses de edad, 700 kcal al día a los 9 a 11 meses de edad y 900 kcal al día a los 12 a 23 meses</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 2 a 3 cucharaditas • ½ taza • 1 taza 	Variable cuantitativa ordinal	<p>2 Adecuado. 1 Medianamente adecuado. 0 Inadecuado</p>
		Higiene de los alimentos.	<p>Son un conjunto de medidas que comprende las condiciones y medidas necesarias para la elaboración, almacenamiento y distribución garantizando un producto inocuo, en buen estado y apto para el consumo del niño.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Limpieza en los alimentos. • Cuidado en la preparación • Higiene en la preparación • Limpieza de los utensilios 	Variable cuantitativa ordinal	<p>2 Siempre 1 A veces 0 Nunca</p>

<p>Estado nutricional</p>	<p>Resultado de una adecuada ingesta de alimentos nutritivos en concordancia con las necesidades para un adecuado mantenimiento y desarrollo de las funciones del organismo que pueden ser favorables o desfavorables.</p>	<p>Medidas antropométricas.</p>	<p>Procedimiento por el cual se obtiene las diferentes dimensiones del cuerpo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Peso/edad • Talla/edad • Peso/talla • Perímetro cefálico 	<p>Variable cuantitativa ordinal</p>	<p>Desnutrición crónica Desnutrición aguda Desnutrición global</p>
<p>Desarrollo.</p>	<p>El desarrollo es el proceso por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas, también es el aumento progresivo de las habilidades y aptitudes del niño.</p>	<p>Prueba bioquímica.</p>	<p>Son análisis clínicos que sirven de apoyo para diagnosticar.</p>	<p>Dosaje de hemoglobina</p> <p>4-6 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agarra objetos. • Mantiene los objetos en sus manos. • Pasa el objeto de una mano a la otra. <p>7-9 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • manipula varios objetos. • Agarra objetos con la yema de los dedos • Agarra objetos con el pulgar e índice. 	<p>Variable cuantitativa ordinal</p>	<p>11g/d, HB normal < 11g/d HB anemia 10 – 10.9 leve 9.9 – 7.0 moderada < 7.0 severa</p> <p>Normal. (> = 85) Riesgo. (84 – 70) Retraso. (< = 69)</p>

		Social	El comportamiento social se refiere a la habilidad del niño para reaccionar frente a las personas y aprender por medio de la imitación.	<p>10-12 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introduce y saca objetos de una caja. • Coge objetos en cada mano. • Busca los objetos escondidos. <p>4-6 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mira al examinador. • Coge la cara del examinador • Pone atención a las conversación <p>7-9 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acepta cuando se le ofrece un objeto. • Ayuda a sostener la taza para beber • Reacciona frente al espejo • Imita los aplausos. <p>10-12 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niega con la cabeza 	Variable cuantitativa ordinal	Normal. ($> = 85$) Riesgo. (84 – 70) Retraso. ($< = 69$)
--	--	---------------	---	---	-------------------------------	--

		lenguaje	Esta área abarca tanto el lenguaje verbal, como el no verbal, reacciones al sonido, soliloquios, vocalizaciones y emisiones verbales.	<ul style="list-style-type: none"> • Imita gestos simples • Reacciona al” no” “ • Reacciona frente a una orden <p>4-6 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emite sonidos • ríe a carcajadas. • Busca con la mirada cuando le llaman. <p>7-9 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pronuncia tres o más sílabas. • imita • Pronuncia palabras (tete, mama, papa) <p>10-12 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pronuncia tres o más sílabas. • Niega con la cabeza • Llama a la madre. <p>Entiende y ejecuta una orden sencilla.</p>	Variable cuantitativa ordinal	Normal. ($> = 85$) Riesgo. (84 – 70) Retraso. ($< = 69$)
--	--	-----------------	---	---	-------------------------------	--

		Motora	Capacidad del niño para realizar movimientos y cambios posturales de la cabeza, voltear, sentarse, gatear, pararse caminar.	<p>4-6 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gira la cabeza • Se voltea de un lado para otro • Intenta sentarse solo. <p>7-9 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se sienta solo. • gatea • puede sentarse sin ayuda <p>10-12 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gatea • Se sostiene en pie. • Se mantiene en pie. 	Variable cuantitativa ordinal	Normal. (≥ 85) Riesgo. (84 – 70) Retraso. (≤ 69)
--	--	---------------	---	---	-------------------------------------	--



Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza

Universidad Ricardo Palma



ANEXO B

CODIGO.....

CUESTIONARIO MATERNO SOBRE PRÁCTICAS DE ABLACTANCIA, CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL LACTANTE MENOR DE UN AÑO

INTRODUCCIÓN: Buen día, soy estudiante del X ciclo de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, y actualmente me encuentro desarrollando un trabajo de investigación que tiene como objetivo describir la relación que existe entre las practicas de ablactancia, estado nutricional y desarrollo psicomotor del lactante. Los datos que usted proporcione son de carácter anónimo y confidencial; por lo que solicito conteste con entera libertad y total sinceridad a cada una de las preguntas que se le hará. Agradezco desde ya su participación y colaboración.

Instrucciones:

La entrevistadora leerá las preguntas de manera pausada y clara para que la entrevistada entienda y repetirá las veces que sea necesario y se procederá a marcar con una X la respuesta que la persona entrevistada elija o responda.

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA MADRE

- 1.1. Edad..... (en años)
- 1.2. Lugar de procedencia: Lima () Provincia () Especifique:
.....
- 1.3. Estado civil: Soltera Casada Viuda Divorciada
Conviviente
- 1.4. Años de estudio cursados.....
- 1.5. Número de hijos vivos:
- 1.6. Número de embarazos.....
- 1.7. ¿Trabaja actualmente? Si No
- 1.8. Ingresos familiares mensuales:
- 1.9. Número de aportantes de ingreso familiar.....

II. DATOS GENERALES DEL LACTANTE

2.1. Edad:(Meses)

2.2. Sexo: Masculino Femenino

2.3. Talla del lactante al nacer:

2.4. Talla actual.....

2.5. Peso del lactante al nacer:

2.6. Peso actual.....

2.7. Perímetro cefálico al nacer.....

2.8. Perímetro cefálico actual.....

2.9. Hemoglobina.....

2.10. Hasta que mes brindo usted lactancia materna exclusiva.

1. 4 meses

2. 7 meses

3. 6 meses

2.11. A que mes comenzó a darle alimentos a su bebe.

1. 4 meses

2. 7 meses

3. 6 meses

2.12. Continúa actualmente dando lactancia materna a su bebe.

Si

A veces

No

CUESTIONARIO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE ABLACTANCIA.

Lactantes de 6 a 8 meses de edad	Lactantes de 9 a 12 meses de edad
<p>1. Al iniciar con la alimentación complementaria usted brinda a su hijo:</p> <p>a) Agüita de manzanilla. b) Jugo de frutas/caldos c) Papilla aplastada/mazamorras</p>	<p>1. Al iniciar con la alimentación complementaria usted brinda a su hijo:</p> <p>a) Agüita de manzanilla. b) Jugo de frutas/caldos c) Papilla aplastada/mazamorras</p>
<p>2. brinda todos los días a su hijo alimentos ricos en proteínas y hierro, como: sangrecita, hígado, pollo.</p> <p>a) siempre b) a veces c) nunca</p>	<p>2. brinda todos los días a su hijo alimentos ricos en proteínas y hierro, como: sangrecita, vísceras, pollo, pescado, huevo, menestras,</p> <p>a) siempre b) a veces c) nunca</p>
<p>3. Que parte del huevo acostumbra a dar a su hijo.</p> <p>a) ¼ clara b) No le da c) ¼ de yema.</p>	<p>3. Acostumbra a dar a su hijo otras leches (formulas) o los derivados de la leche como: queso, yogurt, mantequilla.</p> <p>a) siempre b) a veces c) nunca</p>
<p>4. Ha incluido a la dieta de su hijo alimentos ricos en carbohidratos como: papa, camote, yuca.</p> <p>a) siempre b) a veces c) nunca</p>	<p>4. Que prefiere que coma más su hijo en el almuerzo.</p> <p>a) Más papa, arroz. b) Toda la porción de carne, mas su mazamorra de frutas, o su fruta entera. c) Todo su caldo de baso o de carne,+ papa o arroz.</p>
<p>5. Ha incluido a la dieta de su hijo alimentos ricos en vitaminas como: frutas, verduras.</p> <p>a) siempre b) a veces c) nunca</p>	<p>5. En la media mañana que le ofrece a su hijo/a.</p> <p>a) Una mazamorra de fruta/ huevo b) Un agua de manzanilla/anís c) Un caldito de verduras</p>

<p>6. acostumbra a colocar una cucharadita de aceite o mantequilla a las comidas de su hijo/a.</p> <p>a) Siempre b) A veces c) nunca</p>	<p>6. cuando su hijo no quiere comer usted que hace.</p> <p>a) Le da pecho y trata de hacerlo comer un poco b) Le hace comer a la mala c) Trata de hacer diferentes combinaciones de alimentos que le gustan y le anima a comer en el transcurso del día.</p>
<p>7.cuando su hijo/a enferma, usted como le ofrece los alimentos:</p> <p>a) Le da en pequeñas cantidades por más veces al día + leche materna. b) Deja de alimentarlo y le da panetelas/yerbas. c) le da solo leche materna y a veces le ofrece comida</p>	<p>7.cuando su hijo/a enferma,(diarrea,resfrio) usted como le ofrece los alimentos:</p> <p>a) Le da en pequeñas cantidades por más veces al día y leche materna. b) Deja de alimentarlo y le da panetelas/yerbas. c) le da solo leche materna y a veces le ofrece comida</p>
<p>8. Cuando inicio a brindar alimentos a su bebe de que manera los ofreció.</p> <p>a) Aplastadas en forma de papilla b) Licuadas c) líquidas</p>	<p>8. Entre los 9-10-11 meses como le da a su hijo los alimentos.</p> <p>a) Licuados b) aplastados c) Picados</p> <p>8. Entre los 12 meses como le da la comida a su hijo /a.</p> <p>a) Semilíquidos b) Triturados c) De la olla</p>

<p>9. Entre los 6,7 y 8 meses de edad como le fue dando los alimentos a su hijo/a.</p> <p>a) líquidos b) Licuados c) Aplastados o triturados</p>	<p>9. cual de estos alimentos consistentes que le voy a leer acostumbra a brindar a su hijo en la media mañana.</p> <p>a) Una mazamorra de frutas o pan con huevo b) Agüita de anís c) Caldos o Jugo de frutas o refresco con galletas</p>
<p>10. Cuántas comidas de consistencia espesa, recibió su hijo el día de ayer.</p> <p>a) 1 vez / 2 veces b) 3 veces / 4 veces c) No le da</p>	<p>10. En el almuerzo cual de estos alimentos consistentes acostumbra a dar a su hijo.</p> <p>a) Puré de papa + jugo de fruta b) Puré de papa+ pescado o vísceras o pollo+ fruta sancochada o jugo de frutas. c) Caldo de res o bazo + jugo de frutas + papa o arroz.</p>
<p>11. cual de estos alimentos consistentes acostumbra a brindar a su hijo en la media mañana.</p> <p>a) Una mazamorra de frutas espesa. b) Agüita de anís c) Jugo de frutas</p>	<p>11. con que frecuencia brinda a su hijo alimentos ricos en proteínas y hierro, como: carne, pollo, vísceras, huevo, pescado, etc.</p> <p>a) Una vez a la semana b) Tres veces a la semana c) Todos los días.</p>
<p>12. con que frecuencia brinda frutas, verduras a su hijo/a.</p> <p>a) Una vez a la semana b) Dos a tres veces a la semana c) Todos los días.</p>	<p>12. Con que frecuencia brinda alimentos ricos en vitaminas como: verduras, frutas.</p> <p>a) 2 veces a la semana b) 3 a 4 veces ala semana c) Todos los días</p>
<p>13. con que frecuencia brinda alimentos ricos en hierro y proteínas a su hijo /a como sangrecita hígado, pollo.</p> <p>a) Una vez a la semana b) Dos a tres veces a la semana c) Todos los días.</p>	<p>13. tiene horarios establecidos para alimentar a su hijo.</p> <p>a) Nunca b) A veces c) Siempre</p>
<p>14. Tiene horarios establecidos para alimentar a su hijo.</p> <p>a) A veces b) Nunca c) siempre</p>	<p>14. Cuantas comidas al día brinda a su hijo/a.</p> <p>a) 2 comidas b) 3 comidas c) 3 comidas más dos refrigerios</p>

<p>15. De esta combinación de alimentos que le voy a leer cual de ellas le da con más frecuencia a su hijo/a.</p> <p>a) Puré de papa + mazamorra b) Puré de papa+ hígado o pollo + fruta sancochada c) Caldo de res/bazo + papa +jugo de frutas</p>	<p>15. Entre los 9-10-11 meses cuantas cucharadas de comida come en cada comida.</p> <p>a) 2 a 3 cucharadas b) 3 a 4 cucharadas c) 5 a 7 cucharadas</p> <p>15. Entre los 12 meses cuantas cucharadas de comida come en cada comida.</p> <p>a) 2 a 3 cucharadas b) 4 a 5 cucharadas c) 7 a 10 cucharadas</p>
<p>16. Entre los 6 y 7 meses cuantas comidas brindó a su hijo/a.</p> <p>a) 2-3 comida sin lactancia b) No le da c) 2- 3 comidas y lactancia frecuente.</p> <p>16. Entre los 7 y 8 meses cuantas comidas brindó a su hijo/a.</p> <p>a) 3-4 comidas sin lactancia. b) 1comida y lactancia frecuente. c) 3-4 comidas y lactancia frecuente.</p>	<p>16. Que es lo que más le gusta y come su hijo en el almuerzo.</p> <p>a) caldos o sopas con carne. b) Segundo completo c) Refrescos o jugos de frutas.</p>
<p>17. Entre los 6-7 meses cuantas cucharaditas de alimento brindo a su hijo/a.</p> <p>a) 1 a 2 cucharadita b) No le da c) 2 a 3 cucharaditas.</p>	<p>17. Usted ha ido incrementando la cantidad de alimento conforme crece su hijo.</p> <p>a) Nunca b) A veces c) Siempre</p>

<p>17. Entre los 7-8 meses cuantas cucharadas de alimento brindo a su hijo/a.</p> <p>a) 4 a 5 cucharadas b) 1 a 2 cucharadas c) 2 a 3 cucharadas</p>	
<p>18. Cuando su hijo enferma usted aumenta el número de sus comidas.</p> <p>a) Nunca b) A veces c) Siempre.</p>	<p>18. Cuando su hijo enferma usted aumenta el número de sus comidas.</p> <p>a) Nunca b) A veces c) Siempre.</p>
<p>19. usted ha ido incrementando la cantidad de alimento conforme crece su hijo.</p> <p>a) Nunca b) A veces c) Siempre</p>	<p>19. después que su hijo se ha sanado usted le ofrece alguna comida adicional aparte de las tres comidas principales y las dos adicionales.</p> <p>a) Nunca b) A veces c) Siempre</p>
<p>20. cuando su hijo queda con hambre usted que más le da.</p> <p>a) Agua de anís o manzanilla b) Puré de papa o mazamorra c) Le da de lactar</p>	<p>20. cuando su hijo queda con hambre usted que más le da.</p> <p>a) Agua de anís o manzanilla b) Puré de papa o mazamorra. c) Le da de lactar</p>

N ^{ro}	RESPECTO A LA HIGIENE DE LOS ALIMENTOS:	OPCIONES DE RESPUESTAS		
		Nunca	A veces	siempre
21	Se lava las manos antes de preparar los alimentos.			
22	Lava las frutas y verduras con abundante agua.			
23	Para desinfectar las frutas y verduras usted utiliza gotitas de legía.			
24	Se interesa porque los platos y cubiertos se encuentren limpios, tapados o cubierto			
25	Asea a su hijo(a) antes de alimentarlo.			
26	Guarda adecuadamente los alimentos cocinados, evitando que éstos se contaminen.			
27	Evita el contacto entre alimentos crudos y cocinados			
28	Manipula con la mano los alimentos que va a comer su hijo/a			
29	Permite la presencia de animales domésticos (perro, gato) cuando alimenta a su hijo.			
30	Asea a su hijo(a) después de alimentarlo.			

ANEXO C

Protocolo de la escala de evaluación del desarrollo Del Niño de 0 a 2 años

ESCALA DE EVALUACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DEL LACTANTE DE 6 – 12 MESES DE EDAD

Edad	Ítem			Puntaje	Evaluación
1 mes	1.-	S	Fija la mirada en el rostro del examinador	6 c/u	
	2.-	L	Reacciona al sonido de la campanilla		
	3.-	M	Aprieta el dedo índice del examinador		
	4.-	C	Sigue con la vista la argolla (ángulo de 90°)		
	5.-	M	Movimiento de cabeza en posición prona		
2 meses	6.-	S	Mímica en respuesta al rostro del examinador	6 c/u	
	7.-	LS	Vocaliza en respuesta a la sonrisa y conversación del examinador		
	8.-	CS	Reacciona ante el desaparecimiento de la cara del examinador		
	9.-	M	Intenta controlar la cabeza al ser llevado a posición sentado		
	10.-	# L	Vocaliza 2 sonidos diferentes		
3 meses	11.-	S	Sonríe en respuesta a la sonrisa del examinador	6 c/u	
	12.-	CL	Busca con la vista la fuente del sonido		
	13.-	C	Sigue con la vista la argolla (ángulo de 180 °)		
	14.-	M	Mantiene la cabeza erguida al ser llevado a la posición sentada		
	15.-	# L	Vocalización prolongada		
4 meses	16.-	C	Cabeza sigue la cuchara que desaparece	6 c/u	
	17.-	CL	Gira la cabeza al sonido de la campanilla		
	18.-	M	En posición prona se levanta a sí mismo		
	19.-	M	Levanta la cabeza y hombros al ser llevado a posición sentada		
	20.-	# LS	Ríe a carcajadas		

5 meses	21.-	SL	Vuelve la cabeza hacia quien le habla	6 c/u	
	22.-	C	Palpa el borde de la mesa		
	23.-	C	Intenta prehensión de la argolla		
	24.-	M	Empuja hasta lograr la posición sentada		
	25.-	M	Se mantiene sentado con leve apoyo		
6 meses	26.-	M	Se mantiene sentado solo, momentáneamente	6 c/u	
	27.-	C	Vuelve la cabeza hacia la cuchara caída		
	28.-	C	Coge la argolla		
	29.-	C	Coge el cubo		
	30.-	# LS	Vocaliza cuando se le habla		
7 meses	31.-	M	Se mantiene sentado solo por 30 segundos ó más	6 c/u	
	32.-	C	Intenta agarrar la pastilla		
	33.-	L	Escucha selectivamente palabras familiares		
	34.-	S	Coopera en los juegos		
	35.-	C	Coge 2 cubos, uno en cada mano		
8 meses	36.-	M	Se sienta solo y se mantiene erguido	6 c/u	
	37.-	M	Empuja hasta lograr la posición de pié		
	38.-	M	Iniciación de pasos sostenido bajo los brazos		
	39.-	C	Coge la pastilla con movimiento de rastrillo		
	40.-	L	Dice da-da ó equivalente (ta-ta)		
9 meses	41.-	M	Se pone de pié con apoyo	6 c/u	
	42.-	M	Realiza movimientos que semejan pasos sostenido bajo los brazos		
	43.-	C	Coge la pastilla con participación del pulgar		
	44.-	C	Encuentra el cubo bajo el pañal		
	45.-	# LS	Reacciona a los requerimientos verbales		
10 meses	46.-	C	Coge la pastilla con pulgar e índice	6 c/u	
	47.-	S	Imita gestos simples		
	48.-	C	Coge el tercer cubo dejando uno de los 2 primeros		
	49.-	C	Combina cubos en la línea media		
	50.-	SL	Reacciona al "no-no"		

12 meses	51.-	M	Camina algunos pasos de la mano	12 c/u	
	52.-	C	Junta las manos en la línea media (aplaude)		
	53.-	# M	Se pone de pié solo		
	54.-	LS	Entrega como respuesta a una orden		
	55.-	# L	Dice al menos 2 palabras con sentido		
15 meses	56.-	M	Camina solo	18 c/u	
	57.-	C	Introduce la pastilla en la botella		
	58.-	C	Espontáneamente garabatea		
	59.-	C	Coge el tercer cubo conservando los 2 primeros		
	60.-	# L	Dice al menos 3 palabras		
18 meses	61.-	L	Muestra sus zapatos	18 c/u	
	62.-	M	Camina varios pasos hacia el lado		
	63.-	M	Camina varios pasos hacia atrás		
	64.-	C	Retira inmediatamente la pastilla de la botella		
	65.-	C	Atrae el cubo con un palo		
21 meses	66.-	L	Nombra un objeto de los 4 presentados	18 c/u	
	67.-	L	Imita 3 palabras en el momento de examen		
	68.-	C	Construye una torre con 3 cubos		
	69.-	# L	Dice al menos 6 palabras		
	70.-	# LS	Usa palabras para comunicar deseos		
24 meses	71.-	M	Se para en un pié con ayuda	18 c/u	
	72.-	L	Nombra 2 objetos de los 4 presentados		
	73.-	# S	Ayuda en tareas simples		
	74.-	L	Apunta 4 ó más partes en el cuerpo de la muñeca		
	75.-	C	Construye una torre con 5 cubos		

Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) 0-2 Años

Nombre del niño:

Fecha de nacimiento:

Fecha de evaluación:

Peso – talla:

N^{ro} de ficha clínica:

Establecimiento:

Nombre de la madre:

Resultado de la primera evaluación:

Edad mental.....

Edad cronológica.....día.....meses.....

EM/ EC.....

Coficiente de desarrollo (CD)

Desarrollo Psicomotor: Normal
(≥ 85)

Riesgo
(84- 70)

Retr
(\leq)

Perfil del Desarrollo Psicomotor:

Edad \ Área	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	15	18	21	24
Coordinación			12	16	22	27	32		43	46	52	57	64		
	4	8	13	17	23	28	35	39	44	48	49	58	65	68	75
Social	1	6	11	20	21	30	34		45	47	54		61	70	73
		7								50					
Lenguaje		7	12	17						50	54		61	66	72
	2		15	20	21	30	33	40	45		55	60		67	74
		10												70	

Motora	3			18	24			36			51		62		
	5	9	14	19	25	26	31	37	41			56			71
								38	42		53		63		

ANEXO D

DISEÑO MUESTRAL

Para el tamaño de la muestra se utilizó el método probabilístico:

Formula población finita.

Donde:

N = población 125 lactantes (6 meses)

Z² = Nivel de confianza (95% = 1.96)

P = proporción esperada 50% (0.5) (probabilidad de una buena ablactancia)

q = probabilidad en contra 50% (0.5) (inadecuada ablactancia)

E = Error (0.05)²

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{E^2 (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

La fórmula queda de la siguiente manera:

$$n = \frac{(125) (1.96)^2 \cdot (0.5) \cdot (0.5)}{(0.05)^2 (125-1) + (1.96)^2 \cdot (0.5)(0.5)} = \frac{120.05}{1.2704} = 94.49$$



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA
Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



ANEXO E

VALIDEZ DE INSTRUMENTO

JUICIO DE EXPERTOS – CONCORDANCIA DE JUECES

Ítems	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	Juez 5	Juez 6	Juez 7	Juez 8	Juez 9	k	P
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0.0020
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0.0020
3	1	1	1	0	1	1	1	1	1	8	0.0176
4	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8	0.0176
5	1	1	1	0	1	1	1	1	1	8	0.0176
6	1	1	1	1	1	0	1	1	1	8	0.0176
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	0.0020
8	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	0.0176
9	1	1	1	1	0	1	1	1	1	8	0.0176
10	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8	0.0176
											0.1289

Se ha considerado:

0: Si la respuesta es negativa.

1: Si la respuesta es positiva.

Excepto en las preguntas 7 y 8 que es inversa la codificación

n=8

$$P = \frac{0.1289}{10} = 0.01289$$

10

Si “P” es menor de 0.05 entonces la prueba es significativa: Por lo tanto el grado de concordancia es significativo, siendo el instrumento válido según la prueba binomial aplicada al juicio de experto **P = 0.01289**.



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA
Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



ANEXO F

CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO
(Prácticas de Ablactancia)

Dimensión	n	Alfa-Cronbach	Confiabilidad
Prácticas generales	30	0.684	Aceptable
Calidad	09	0.657	Aceptable
Consistencia	02	0.825	Aceptable
Frecuencia	04	0.699	Aceptable
Cantidad	05	0.741	Aceptable
Higiene	10	0.608	Aceptable

COEFICIENTE ALFA – CRONBACH

Donde:

N= Número de preguntas

$\sum s^2(Y)_i$ Sumatoria de las varianzas de los ítems

S_x^2 Varianza de toda la dimensión

$$\alpha = \frac{N}{(N - 1) \left[1 - \frac{\sum s^2(Y)_i}{S_x^2} \right]}$$

El valor de Alfa de Cronbach, cuanto se acerca a 1 y es mayor 0.5 denota una confiabilidad en la aplicación del instrumento.



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma

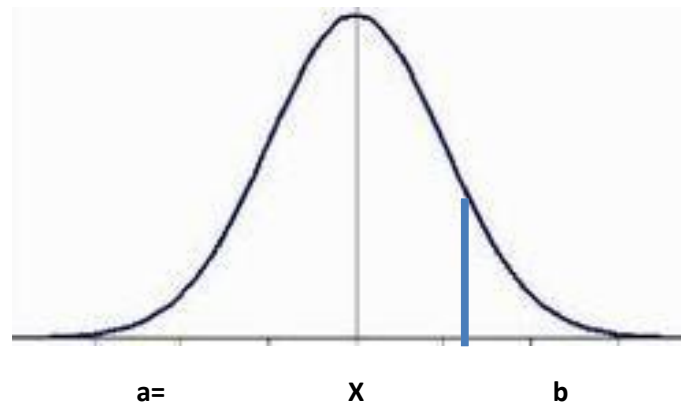


ANEXO G

ESCALA DE VALORACIÓN (ESCALA DE ESTANINOS)

PRACTICAS DE ABLACTANCIA

DIMENSIONES	INADECUADA	MEDIANAMENTE ADECUADA	ADECUADA	$X \pm 0.75 DE$
Prácticas Generales	<35	35 – 52	>52	$43.30 \pm 0.75 *$ 10.93
Calidad	<11	11 – 16	>16	$13.52 \pm 0.75 *$ 3.71
Consistencia	<2	2 – 4	>4	$2.62 \pm 0.75 *$ 1.83
Frecuencia	<6	6 – 8	>8	$6.79 \pm 0.75 *$ 0.99
Cantidad	<2	2 – 6	>6	$4.02 \pm 0.75 *$ 2.26
Higiene	<14	14 – 16	>16	$16.35 \pm 0.75 *$ 3.05



ANEXO H

OFICIO DE ACEPTACION DEL COMITÉ DE ETICA

Hospital María Auxiliadora



PERÚ Ministerio de Salud

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
"AÑO DEL CENTENARIO DE MACHU PICCHU PARA EL MUNDO"

San Juan de Miraflores, Jueves 23 de Agosto del 2012.

OFICIO N°. 060 - 2012 - HMA - DOADI - CIEI

Señora Doctora:

ELSA MARÍA MANTILLA PORTOCARRERO.

Directora de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación.

Hospital María Auxiliadora.

Presente.-

Referencia: Proyecto de Tesis: "Prácticas de Ablactancia, Estado Nutricional y Desarrollo Psicomotor en Lactantes de 6 -12 meses de edad. Comunidad de Manchay - Lima"

Asunto: Aprobación del proyecto de tesis de referencia.

Tengo a bien dirigirme a usted con la finalidad de expresarle un cordial saludo y a la vez comunicarle que el **Comité Institucional de Ética en Investigación en Sesión Ordinaria del Jueves 23 de Agosto del 2012, aprobó el Proyecto de Tesis: "Prácticas de Ablactancia, Estado Nutricional y Desarrollo Psicomotor en Lactantes de 6 -12 meses de edad. Comunidad de Manchay - Lima",** perteneciente a: **Bach. Sor. Dany DIAZ ASTOCHADO.** (Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, Afiliada a la Universidad Ricardo Palma, Investigadora Principal del Hospital María Auxiliadora)

Además, se reitera que deberá cumplir fielmente con la entrega de dos (02) ejemplares de la **TESIS** al **Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital María Auxiliadora.**

Por lo tanto, se hace mención que la **aprobación inicial del proyecto de tesis,** tendrá **VIGENCIA** hasta el **Jueves 23 de Agosto del 2013.** Los **trámites** para su **extensión de aprobación anual** deberían iniciarse por lo menos a **30 días hábiles,** previos a su fecha de vencimiento.

Expido a usted esta **aprobación** para que ser cursada a la investigadora principal, anteriormente mencionado.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para expresarle mi consideración y estima personal.

Cordialmente.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA
Alberto...
Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación

JABH/mags.
c.c. Investigadora Principal.
c.c. Archivo.

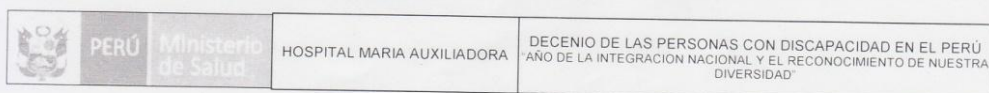
1 / 1

Av. Miguel Iglesias 968 – San Juan de Miraflores / Telf: 217-1818 – Anexo: 3112 - 3191 / Fax: 217-1828
ablash52@hotmail.com / ablash52@gmail.com / comiteeticahm@yahoo.com / www.minsa.gob.pe/hama

ANEXO H

OFICIO DE ACEPTACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA

Hospital María Auxiliadora



San Juan de Miraflores, 17 de setiembre de 2012

OFICIO N° 529-12-HMA-OADI-DG

Bach. Sor
DANY DIAZ ASTOCHADO
Investigadora Principal

Presente. -

Ref.: OFICIO N° 060-2012-HMA-OADI-CIEI

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y a la vez comunicarle que el Comité Institucional de Ética en Investigación, en sesión ordinaria del 23 de agosto de 2012, resolvió aprobar el Protocolo de Investigación: "**Prácticas de Ablactancia, Estado Nutricional y Desarrollo Psicomotor en Lactantes de 6 – 12 meses de edad. Comunidad de Manchay - Lima**", que tendrá vigencia hasta el 23 de agosto de 2013. El mismo que se detalla en el documento de la referencia.

Sin otro particular, es propicia la ocasión para testimoniarle las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

Dr. José F. Novillo Valladares
DIRECTOR GENERAL

JFNV/EMP/msr
c. c. Archivo

Av. Miguel Iglesias 968 – San Juan de Miraflores Telf: 2171818 - Telefax : 2171828

ANEXO I

CONSTANCIA PARA EJECUTAR EL TRABAJO DE INVESTIGACION



PERÚ Ministerio de Salud

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
"AÑO DE LA CONSOLIDACIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL DEL PERÚ"

CONSTANCIA

El que suscribe, El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital María Auxiliadora **CERTIFICA** que el **PROYECTO DE TESIS**, Versión del **Miércoles 15 de Agosto del 2012**; **Titulado: "PRACTICAS DE ABLACTANCIA, ESTADO NUTRICIONAL Y DESARROLLO PSICOMOTOR EN LACTANTES DE 6 -12 MESES DE EDAD. COMUNIDAD DE MANCHAY - LIMA"** Código Único de Inscripción: **HMA/CIEI/060/12**, presentado por la **Investigadora Principal: Bach. Sor. Dany DIAZ ASTOCHADO**, ha sido **REVISADO**. Asimismo, concluyéndose con la **APROBACIÓN** expedida por el **Comité Institucional de Ética en Investigación en Sesión Ordinaria del Jueves 23 de Agosto del 2012**. No habiéndose encontrado objeciones de acuerdo a los estándares propuestos por el Hospital María Auxiliadora.

Esta aprobación tendrá **VIGENCIA** hasta el **Viernes 23 de Agosto del 2013**. Los trámites para su renovación deben iniciarse por lo menos a 30 días hábiles previos a su fecha de vencimiento.

San Juan de Miraflores, Jueves 23 de Agosto del 2012.

Atentamente.



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA
Dr. Alberto Sánchez
Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación

JABH/mags.
c.c. Investigadora Principal.
c.c. Archivo.

1 / 1

Av. Miguel Iglesias 968 – San Juan de Miraflores / Telf: 217-1818 – Anexo: 3112 - 3191 / Fax: 217-1828
ablash52@hotmail.com / ablash52@gmail.com / comiteeticahm@yahoo.com / www.minsa.gob.pe/hama

ANEXO J

CARTA DE ACEPTACION CENTRO DE SALUD

Portada de Manchay

CARTA DE ACEPTACION DEL C.S. PORTADA DE MANCHAY

Pachacamac 25 de Agosto del 2012

Mag. SOR FELIPA GASTULO MORANTE
DIRECTORA DE LA ESCUELA SUPERIOR DE ENFERMERIA
PADRE LUIS TEZAA
Presente

De mi mayor consideración:

Por intermedio del presente hago llegar el saludo cordial de la institución C.S. Portada de Manchay, de la Coordinación de enfermería, manifestando que nuestra institución autorizó a la Hermana SOR DANY DIAZ ASTOCHADO la aplicación del instrumento para el desarrollo de la Investigación titulada "PRACTICA DE ABLAECTANCIA, ESTADO NUTRICIONAL Y DESARROLLO PSICOMOTOR EN LACTANTE DE 6 - 12 m, COMUNIDAD DE MANCHAY LIMA"

A provecho la oportunidad para expresarle mi estima y especial consideración

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION DE RED DE SALUD
VILLA EL SALVADOR, P.P.
MICRORED DE SALUD PORTADA DE MANCHAY
LIC. ISABEL MARTINEZ VILLANUEVA
ENFERMERA

Lic. Isabel Martínez Villanueva



ANEXO K



Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma

Av. El Polo N° 641 Monterrico – Surco, Lima - Perú

Consentimiento informado para participar en un trabajo de investigación

Título del trabajo: practicas de ablactancia, estado nutricional y desarrollo psicomotor en lactantes de 6 -12 meses de edad, comunidad de manchay, lima.

Responsable: Dany Diaz Astochado (sor).

Estudiante de Enfermería del X Ciclo de la E.E.P.L.T

Propósito y descripción de la investigación:

El propósito es identificar como influye las prácticas de ablactancia realizadas por las madres en relación al estado nutricional y desarrollo psicomotor de los lactantes en la comunidad de Manchay para luego tomar las medidas necesarias, involucrando a las madres.

Procedimientos:

Si usted voluntariamente desea participar del estudio de investigación, al inicio se le hará una entrevista, haciéndole preguntas sobre las practicas de alimentación e higiene que usted realiza con su hijo el cuestionario consta de 30 preguntas, también evaluaremos el desarrollo psicomotor del lactante, después pesaremos y tallaremos a su hijo.

Participación voluntaria:

La participación en este estudio es voluntaria. Si usted desea, puede participar, en el caso de no aceptar participar del mismo, no se tomará ningún tipo de represalias en contra de su persona, asimismo, puede usted retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicación alguna. En todo momento tendrá plena libertad de decisión.

Beneficios:

Con la participación activa de las madres tendremos una información amplia acerca de las Prácticas de Ablactancia y su relación con el estado nutricional y desarrollo del lactante, para luego describir y formular estrategias para no permitir que las prácticas inadecuadas repercutan en el crecimiento y desarrollo de los lactantes de Manchay.

Riesgos y molestias:

El lactante no correrá ningún peligro, riesgo físico ni emocional y se evitará toda molestia.

Privacidad:

A fin de proteger su privacidad y la de su hijo, los datos obtenidos serán rotulados por código, y no con su, conservando su información en un archivo seguro. Su nombre no figurará en ninguna publicación sobre esta investigación, los datos serán sólo para fines establecidos en el estudio.

Remuneración:

Usted no recibirá ninguna remuneración por participar en este estudio, ni su hijo.

¿Desea que su bebe participe en el presente estudio?

Confirmando que he leído las declaraciones consignadas en este consentimiento informado. Confirmando que la estudiante encargada de realizar el presente estudio, me ha explicado las actividades a desarrollar y estoy satisfecha con lo explicado. Confirmando también que he tenido la posibilidad de hacer preguntas relacionadas al estudio y han sido aclaradas,

También tuve el tiempo y la posibilidad de leer la información, y decidir si permito que mi hijo participe o no en el presente estudio.

Nombre del contacto:

Si tuviera alguna duda sobre el estudio puede comunicarse con la hermana Dany Díaz Astochado al teléfono 4342770 quien es la responsable del estudio.

CONSENTIMIENTO:

Nombre.....

(En letra imprenta)

Firma.....

Fecha.....

ANEXO L

Clasificación del Estado Nutricional Según Patrones OMS, 2006.⁵⁸

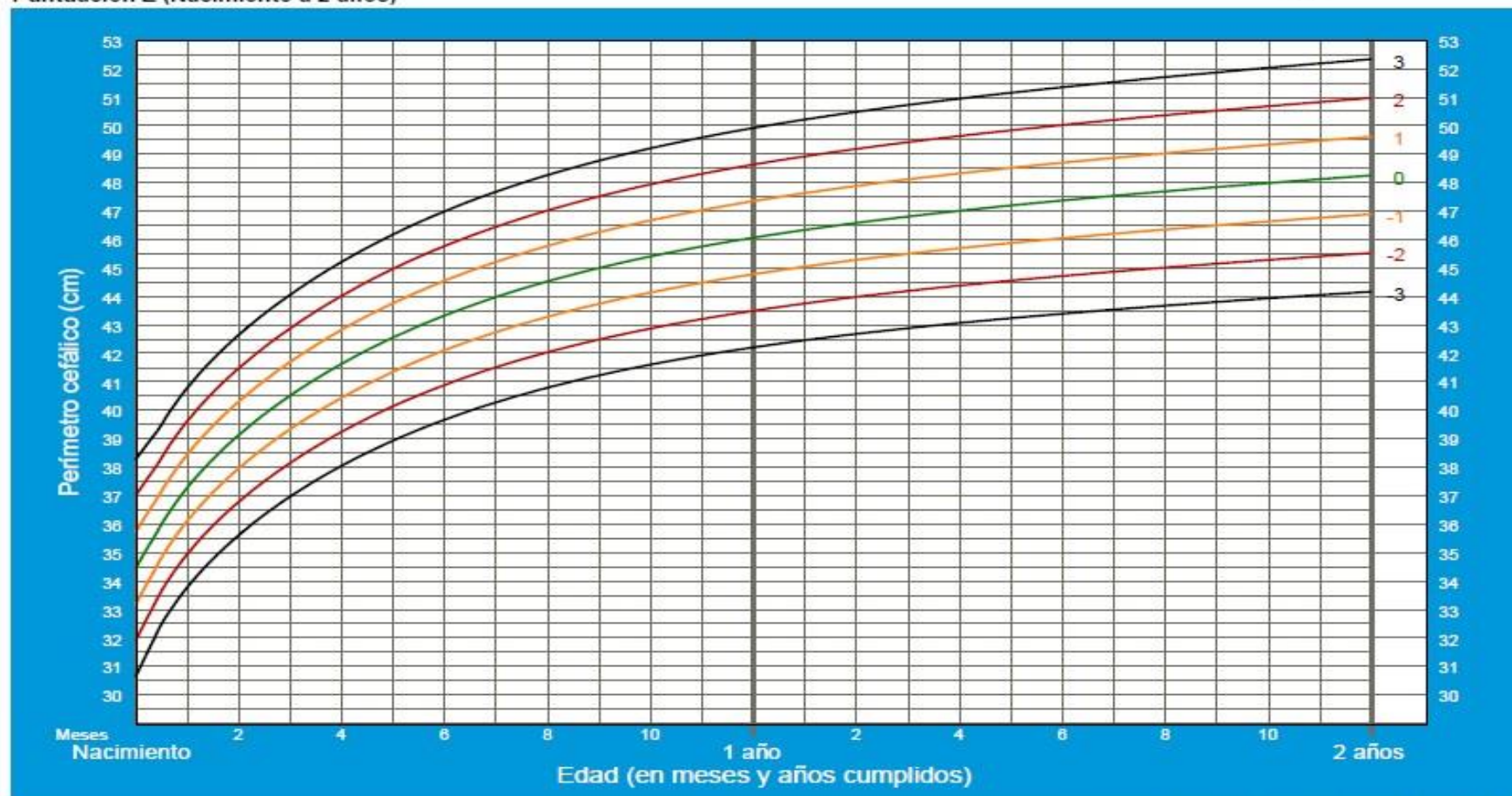
FUENTE: WHO Child Growth Standards. Department of Nutrition for Health and Development. Last modified on 27/09/2006.

INDICADOR A REPORTAR	<-2 d.e.	entre -1 y -2 d.e.	Entre -1 y 2 d.e.	> 2 d.e.
PESO/TALLA	Desnutrición Aguda	En zona crítica	Peso adecuado para la talla.	Sobrepeso
TALLA/EDAD	Desnutrición Crónica	En zona crítica	Talla adecuada para la edad.	
PESO/EDAD	Desnutrición Global	En zona crítica	Peso adecuado para la edad.	Sobrepeso

Perímetro cefálico para la edad Niños

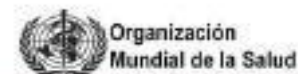


Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)

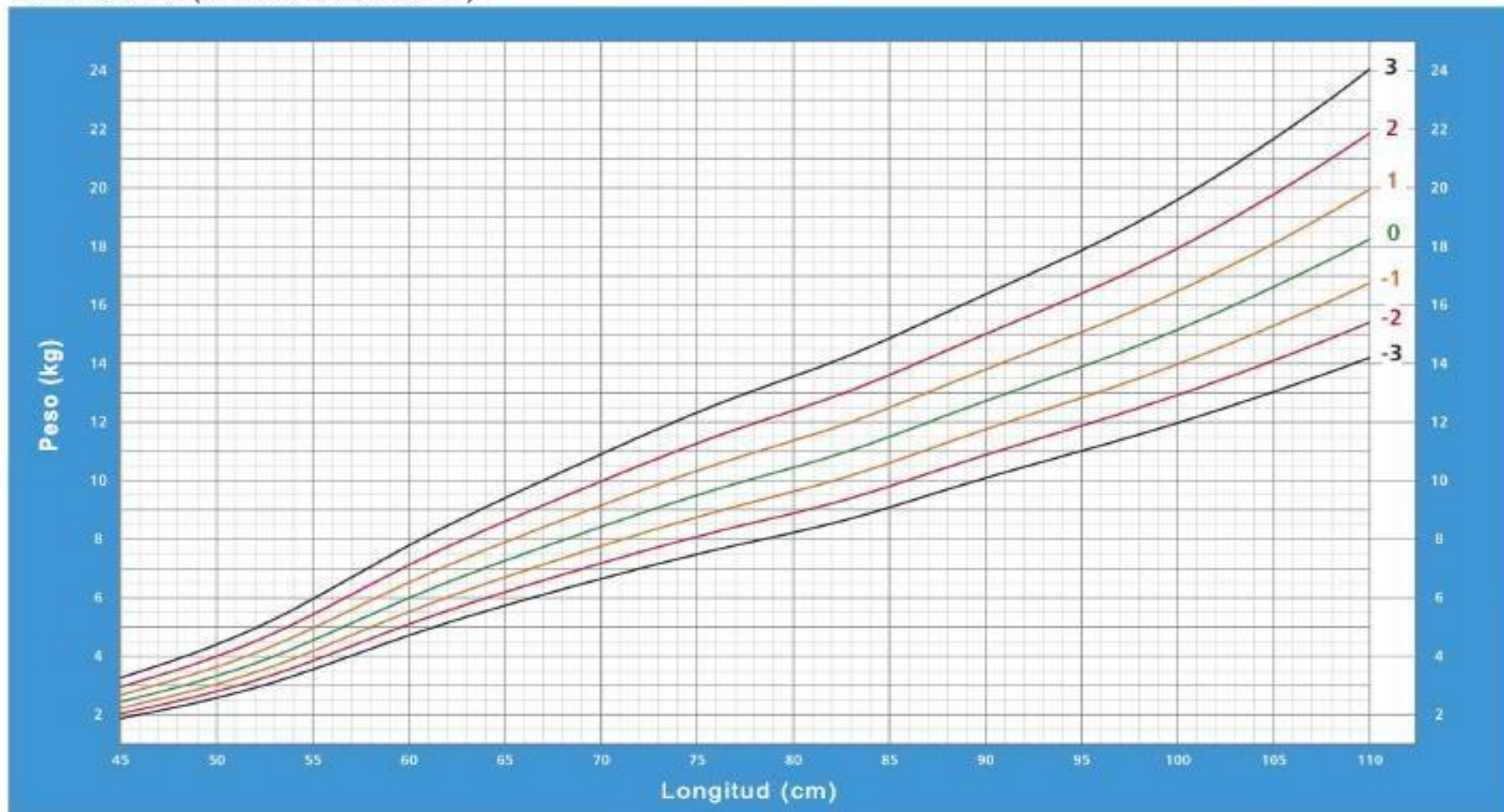


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la longitud Niños



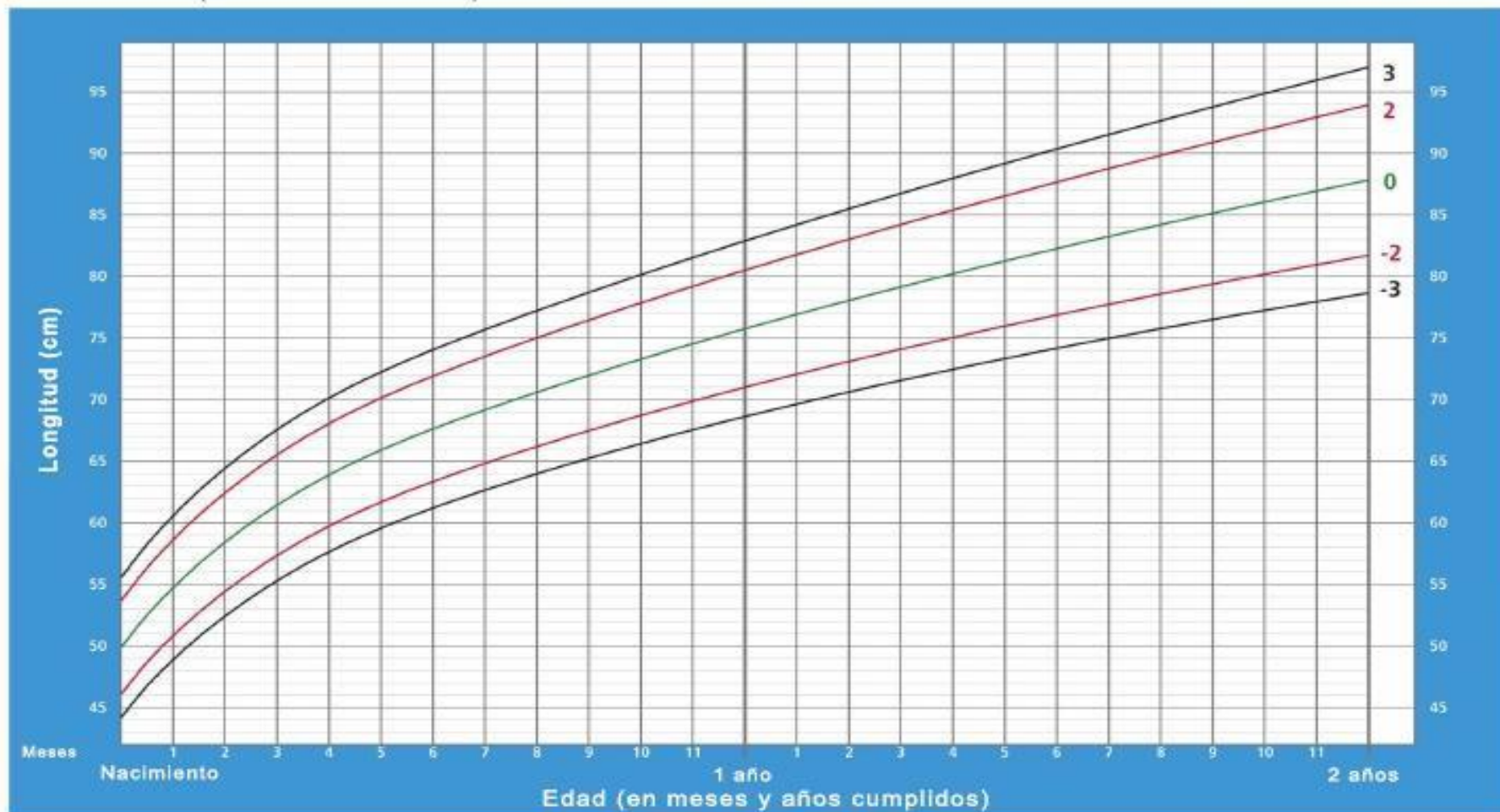
Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

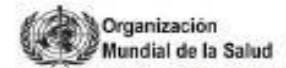
Longitud para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)

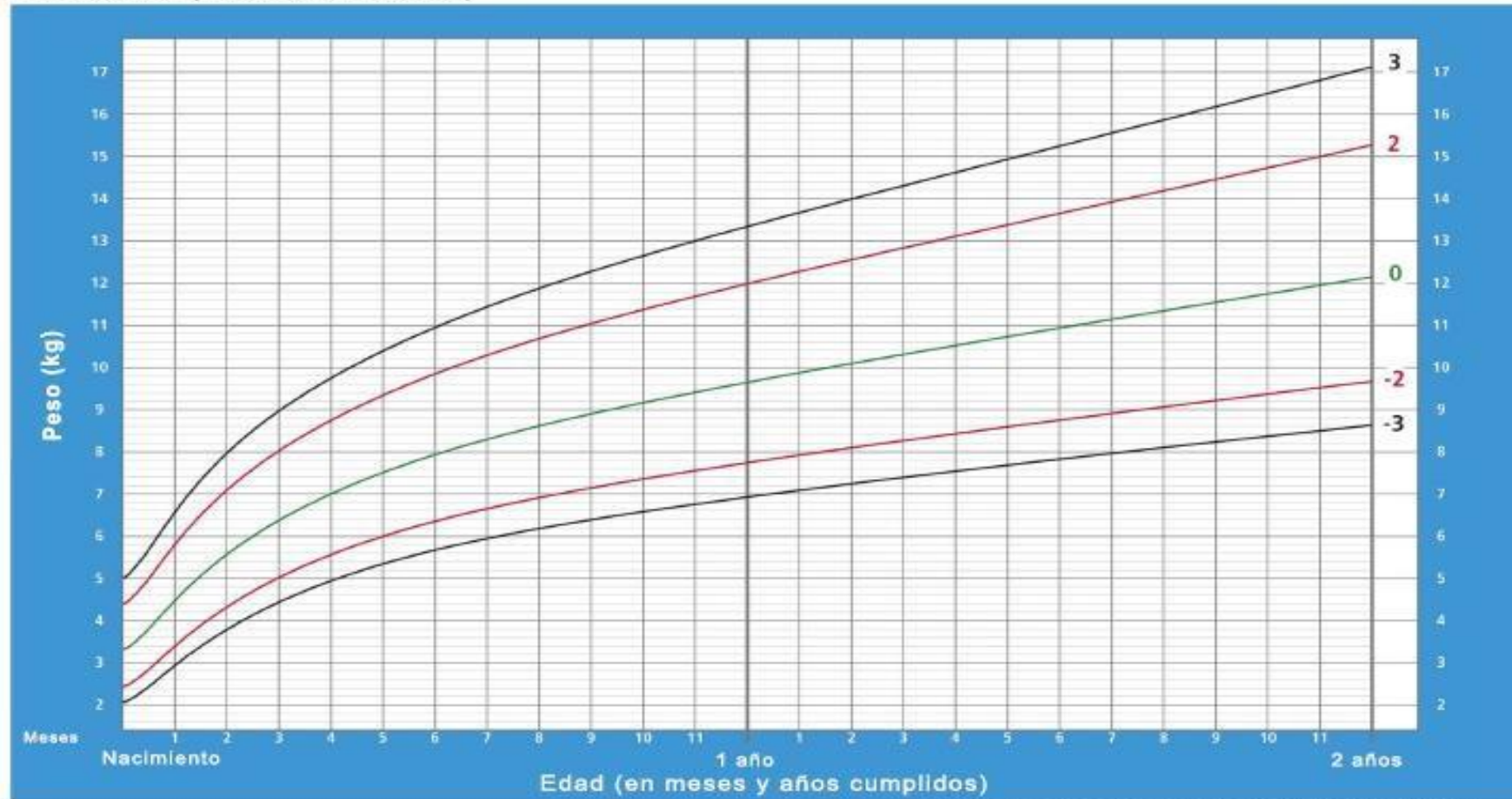


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la edad Niños



Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Perímetro cefálico para la edad Niñas

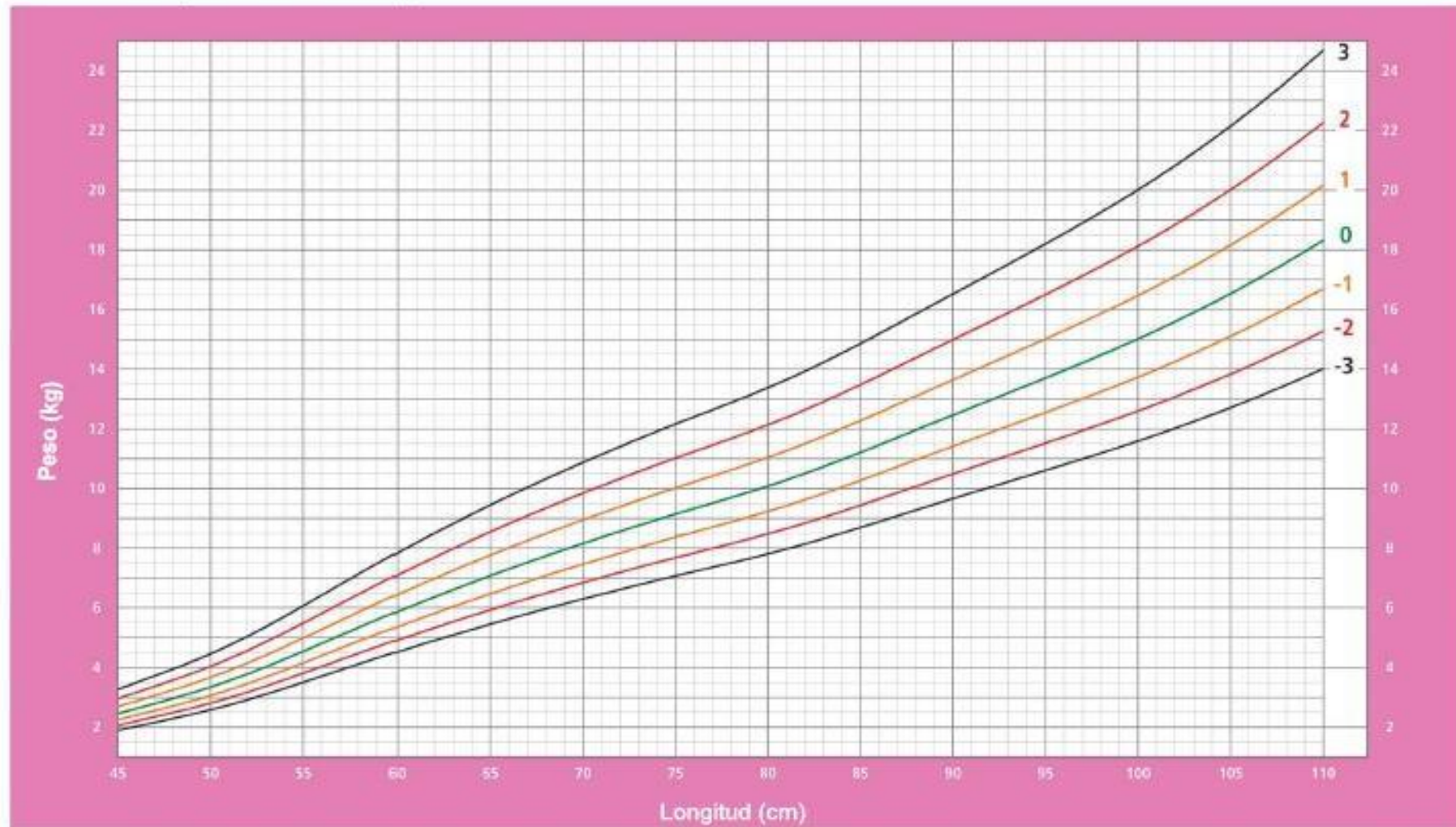
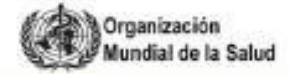


Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



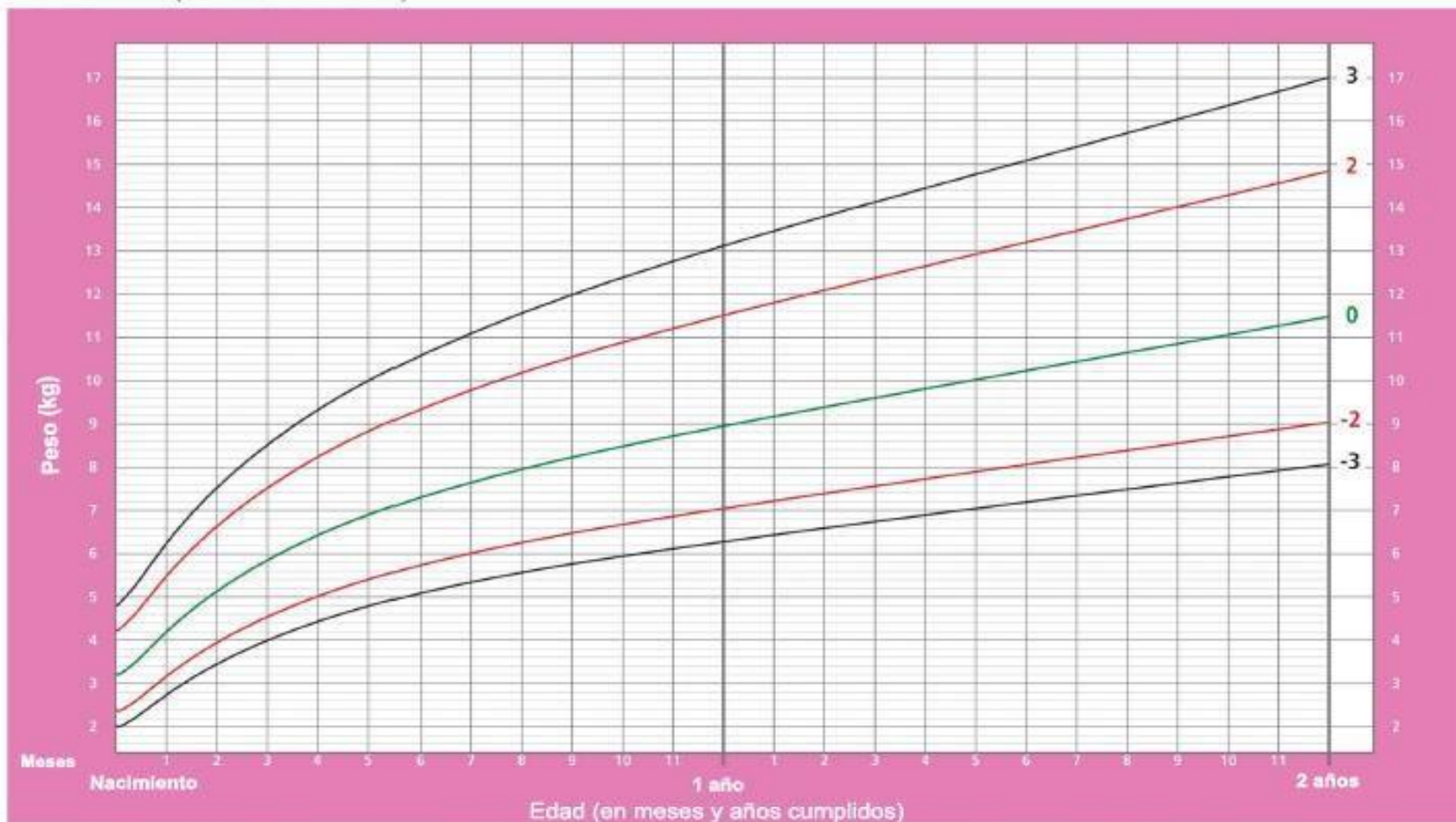
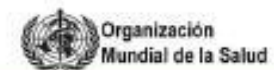
Peso para la longitud Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



Peso para la edad Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Longitud para la edad Niñas



Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Grupos étnicos	No Anemia	Anemia medido por hemoglobina (g/dL)			
		Anemia	Leve	Moderado	Severo
Al nacimiento (a término) ⁽¹⁾⁽²⁾	13.5 -18.5	13.5	-	-	-
Niños: 2-6 meses ⁽¹⁾⁽²⁾	9.5 – 13.5	9.5	-	-	-
Niños 6 a 59 meses	11.0	<11.0	10-10.9	7.0-9.9	<7.0
Niños 5 a 11 años	11.5	<11.5	11.0-11.4	8.0-10.9	<7.0
Niños 12 a 14 años	12.0	<12.0	11.0-11.9	8.0-10.9	<8.0
Mujeres no embarazadas 15 a más años	12.0	<12.0	11.0-11.9	8.0-10.9	<8.0
Mujeres embarazadas	11.0	<11.0	10.0-10.9	7.0-9.9	<7.0
Hombres 15 a más años	13.0	<13.0	11.0-12.9	8.0-109.0	<8.0

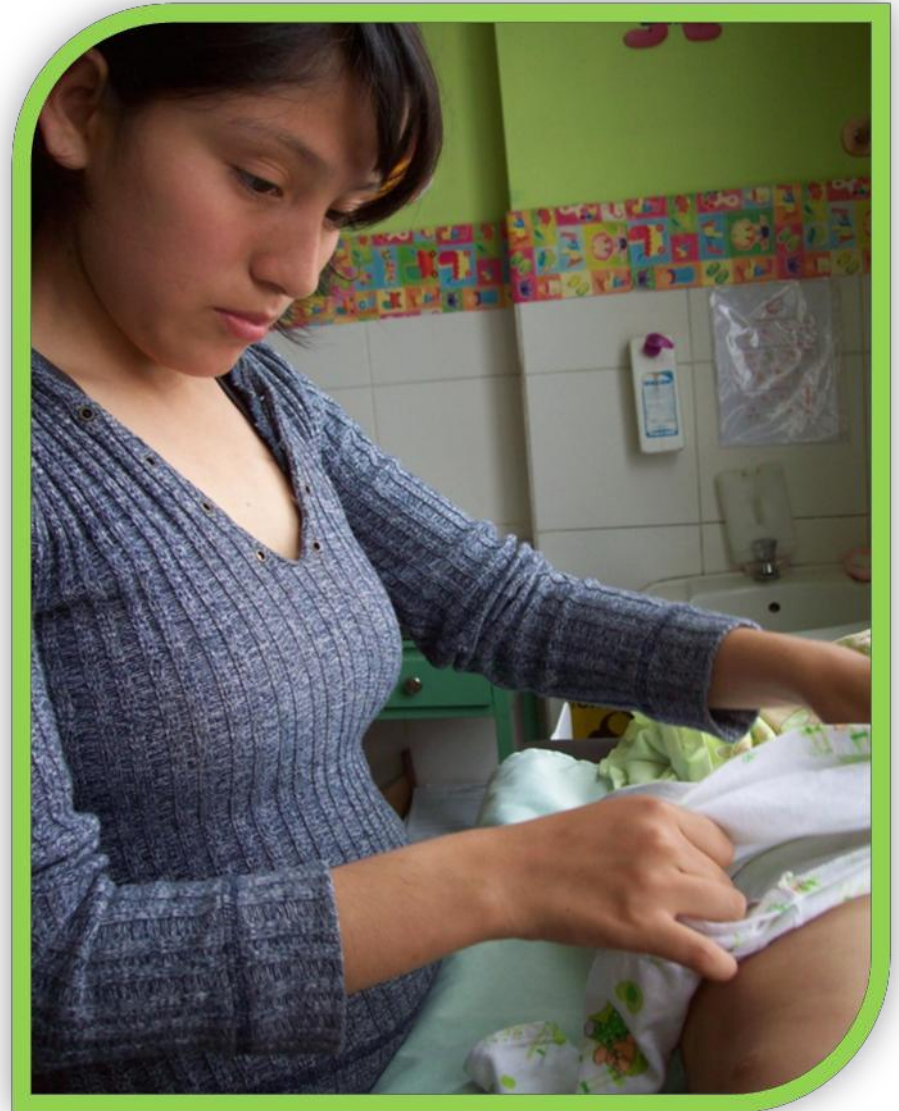
Fuente: El Uso Clínico de la Sangre en Medicina General, Obstetricia, Pediatría y Neonatología, Cirugía y Anestesia, Trauma y Quemaduras, Ginebra, Suiza, 2001;

(1) Organización Mundial de la Salud. El Uso Clínico de la Sangre: Manual de Bolsillo. Ginebra. Suiza. 2001;

(2) Organización Mundial de la Salud.

Madres adolescentes de la Comunidad de Manchay que participaron del trabajo de investigación.







Entrevistando a algunas madres de la comunidad de Manchay





134



Tallando a los niños que participaron en el trabajo de investigación con la colaboración de las internas de la Universidad privada San Juan Bautista.





Pesando a los niños y niñas que participaron en el trabajo de investigación con la colaboración de las internas de la universidad San Juan Bautista.





Realizando la evaluación del EEDP

