



**ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA
AFILIADA A LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**



**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA EN MADRES DE NIÑOS DE
6-12 MESES CENTRO DE SALUD MICAELA
BASTIDAS FEBRERO 2013**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

María Isabel Terrones Bardales

**LIMA - PERÚ
2013**

María Isabel Terrones Bardales

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA EN MADRES DE NIÑOS DE
6-12 MESES CENTRO DE SALUD MICAELA
BASTIDAS FEBRERO 2013**

Asesora: Lic. Lias Cuervo Mónica
Docente de la Escuela de Enfermería
Padre Luis Tezza, afiliada a la
universidad Ricardo Palma

LIMA-PERÚ

2013

El presente trabajo de investigación se lo dedico a todos mis seres queridos que tuvieron la confianza en mí para llegar a la meta final, en especial a mi hijo Mathieu

AGRADECIMIENTO

A Dios por guiar mi camino y no rendirme ante las adversidades.

A mi madre por darme la vida y apoyarme durante estos últimos meses.

A mi sobrina Janeth por estar a mi lado en los momentos que más lo necesite.

A la Lic. Mónica Lías por guiarme durante todo el proceso de investigación, por su paciencia y orientación para poder culminar este trabajo.

La Mag. Nelly Céspedes por su ayuda incondicional para realizar este trabajo de investigación.

A la Lic. Luz Fernández por su ayuda para finalizar este trabajo de investigación

Agradezco a todas las personas (Carlos, Ceci, Juanita, Andrea, Elizabeth,) por brindarme su apoyo en los momentos que lo necesitaba.

A todos los docentes que pertenecen a la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza por brindarme sus conocimientos durante estos años de formación académica.

INDICE

AGRADECIMIENTO	4
INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	7
INDICE DE ANEXOS	9
RESUMEN	10
SUMMARY	11
INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO 1 PROBLEMA	14
1.1 Planteamiento del problema.....	14
1.2 Formulación del problema.....	21
1.3. Objetivos.....	22
1.4. Justificación.	22
1.5. Limitación del estudio.	23
CAPÍTULO 2 MARCO TEÓRICO.....	24
2.1. Antecedentes Internacionales.....	24
2.2. Antecedentes Nacionales	25
2.3. Base Teórica	29
2.4. Definición de términos	51
2.5. Variable.....	51
CAPÍTULO 3 METODOLOGÍA.....	52
3.1. Definición Operacional de la Variable	52
3.2. Tipo de investigación	53
3.3. Diseño de la investigación	53
3.4. Lugar de Ejecución de la investigación.....	54
3.5. Universo, selección, muestra y unidad de análisis.....	54
3.6 Criterios de inclusión y exclusión	55
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	55
3.8. Procedimiento de recolección de datos	56

3.9. Aspecto ético	57
3.10. Análisis de datos.....	57
CAPÍTULO 4 RESULTADOS Y DISCUSIÓN	59
4.1 Resultados	59
3.2 Discusión	63
CAPÍTULO 5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	70
5.1. Conclusiones:	70
5.2. Recomendaciones:	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS	

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

TABLA 1

Datos sociodemográficos de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad Centro de Salud Micaela Bastidas Ate Febrero - 2013.....	61
--	----

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1

Nivel de Conocimiento sobre Alimentación Complementaria en madres de niños de 6 a 12 meses de edad Centro de Salud Micaela Bastidas Ate Febrero – 2013.....62

GRÁFICO 2

Nivel de Conocimiento, según Dimensiones, sobre Alimentación Complementaria en madres de niños de 6-12 meses Centro de Salud Micaela Bastidas Ate-2013 Febrero.....63

INDICE DE ANEXOS

A. Operacionalizacion de variable.....	81
B. Cuestionario	82
C. Hoja de criterios.....	88
D. Consentimiento informado.....	89
E. Validez del instrumento	89
F. Confiabilidad del instrumento.....	92
G. Tamaño de la muestra	93
H. Escala de staninos	94
I. Nivel de conocimientos sobre alimentación según indicadores.	97
J. Constancia para ejecutar el trabajo de investigación.....	98

RESUMEN

La alimentación complementaria es la etapa en que se añaden otros nutrientes a partir de los seis meses de edad sin dejar la leche materna, por requerimientos en el niño. El nivel de conocimiento de las madres en la temática es importante para poder dar una adecuada alimentación de acuerdo a la edad del lactante. **Objetivo:** determinar el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6-12 meses centro de salud Micaela Bastidas. **Metodología:** enfoque cuantitativo, diseño descriptivo y de corte transversal, muestra probabilística de 100 madres, bajo ciertos criterios. Se usó un cuestionario de 20 preguntas con respuestas tricotómicas previa validez y confiabilidad; se tuvo en cuenta los principios de ética para investigaciones en salud. **Resultados:** El 52.2% de las madres presentan un nivel de conocimiento medio, 14,1% un nivel alto y 33,8% un nivel de conocimiento bajo sobre alimentación complementaria. **Conclusiones:** El nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria en niños de 6-12 meses es mayoritariamente de nivel medio a bajo, así como en sus dimensiones. El mayor número de madres son adultas jóvenes, convivientes, con trabajo independiente, e ingresos de sueldo básico.

Palabras clave: conocimiento, alimentación complementaria,

madres

, lactante.

SUMMARY

Complementary feeding is the stage at which nutrients are added from the age of six months without leaving the breast milk, the child requirements. The level of knowledge of mothers on the subject is important to provide adequate food according to the age of the infant.

Objective: To determine the level of knowledge on complementary feeding in mothers of children 6-12 months Micaela Bastidas health center.

Methodology: quantitative approach, descriptive and cross-cutting, random sample of 100 mothers under certain criteria. We used a questionnaire with 20 questions prior responses tricotómicas validity and reliability was taken into account the principles of ethics for health research.

Results: 52.2 % of mothers have an average knowledge level, 14.1 % a high and 33.0% low level of knowledge on complementary feeding.

Conclusions: The level of knowledge of mothers on complementary feeding in children 6-12 months is mostly medium to low level, as well as its dimensions. The more mothers are young adults, partners with independent work and revenue base salary

Keywords: knowledge, complementary: feeding, mothers, infants.

INTRODUCCIÓN

Esta investigación es presentada a la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza afiliada a la Universidad Ricardo Palma, para la obtención del título de licenciada de Enfermería la cual se sitúa en el tercer lineamiento de investigación: Promoción y desarrollo de la salud del niño y del adolescente; en el bienestar del niño y calidad de vida, planteándose la importancia de la prevención para las diferentes enfermedades prevalentes y causantes de la morbilidad y mortalidad del niño y del adolescente como: las enfermedades diarreicas agudas (EDA), infecciones respiratorias, la desnutrición e incluso en estos últimos y sus diversos factores; la cual a su vez se encuentra vinculada en el tercer lineamiento de políticas de salud del Ministerio de Salud para el año 2007-2020, que hace referencia a la atención integral de la salud de la mujer y el niño privilegiando las acciones de prevención y promoción: Evaluación del impacto de los programas sociales estatales y no estatales sociales en la reducción de la desnutrición infantil, así como el impacto del programa juntos en el acceso al parto institucional, alimentación complementaria en zonas rurales y nativas, intervenciones en anemia y desnutrición crónica, grado de cumplimiento de la norma del clampeo del cordón umbilical y factores asociados por regiones, evaluación de las prácticas y determinantes de la disminución de la lactancia materna exclusiva en menores de seis meses.

La presente investigación titulada Nivel de Conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños 6-12 meses de edad Centro de Salud Micaela Bastidas, consta de 5 capítulos:

- En el primer capítulo, planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos, justificación y limitaciones.
- En el segundo capítulo, marco teórico, antecedentes internacionales y nacionales, base teórica, variables.
- En el tercer capítulo, metodología; contiene la definición operacional de variables, tipo de investigación y diseño general, lugar de ejecución, universo, selección, muestra y unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión, técnicas e instrumentos y procedimiento de recolección de datos, aspectos éticos, análisis de datos.
- En el cuarto capítulo, hace referencia a los resultados y discusión
- En el quinto capítulo, conclusiones y recomendaciones referencias bibliográficas; se considera las fuentes utilizadas durante la investigación donde se hace la utilización de las normas de Vancouver, los anexos; comprende los instrumentos para recolección de datos, aplicación de métodos y procedimiento a usar, consentimiento informado y carta de aceptación donde se realizara la investigación.

CAPÍTULO 1 PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema.

La alimentación complementaria es considerada como un periodo de inicio y adaptación para la alimentación en los niños menores de un año, es dada por las madres con conocimientos muchas veces incipientes, por lo cual es importante dar una alimentación a partir de los 6 meses de edad, las necesidades de energía y nutrientes del lactante comienzan a exceder aportado por la leche materna; entonces, la alimentación complementaria se vuelve necesaria para llenarlas brechas de energía y de nutrientes. Si no se introducen alimentos complementarios a esta edad o sea administran de manera inapropiada, el crecimiento del lactante se puede ver afectado. En muchos países, el período de la alimentación complementaria, de los 6 a los 23 meses, es el momento donde existe un pico de incidencia de retraso en el crecimiento, deficiencias de micronutrientes y enfermedades infecciosas incluso después de la introducción de los alimentos, la lactancia materna continúa siendo una fuente crítica de nutrientes para el niño pequeño. La leche materna aporta el 50% de las necesidades de energía del lactante hasta el año y hasta un tercio durante el segundo año de vida.¹

Mundialmente se reportan más de dos mil millones de niños con alimentación deficiente en vitaminas, minerales y otros nutrientes que son esenciales para el desarrollo y crecimiento normal del niño, condición imprescindible para prevenir la muerte prematura e incapacidades como la ceguera y el retraso mental. En consecuencia los niños sufren o padecen de consumo de alimentos inadecuados.²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de las Naciones Unidas (UNICEF) han implementado diversas iniciativas para promover la lactancia materna y la alimentación complementaria de los lactantes y niños pequeños que está basada en la Declaración de Innocenti, teniendo como objetivos:

Implementación de políticas gubernamentales integrales sobre la alimentación de lactantes y niños pequeños; Apoyo completo por parte del sector sanitario y otros sectores para lograr dos años o más de lactancia materna; Promoción de la alimentación complementaria, adecuada, segura y apropiada (incorporación de otros alimentos mientras la lactancia materna continúa); Orientación sobre la alimentación de lactantes y niños pequeños, en especial bajo circunstancias difíciles y apoyo relacionado para las familias y personas a cargo del cuidado de los niños; y sanción de legislación o toma de medidas adecuadas para implementar el Código Internacional de Comercialización de Sustitutos de la Leche Materna (International Code of Breast Milk Substitutes) como parte de una política nacional integral sobre la alimentación de lactantes y niños pequeños.³

La desnutrición sigue siendo un problema grave que afronta los países subdesarrollados, afectando principalmente a niños durante los primeros

años de vida en la que la velocidad del crecimiento es rápida, y donde los requerimientos nutricionales son más altos.

En América Latina y el Caribe la desnutrición crónica infantil afecta al 16% de la población de esa edad, convirtiéndose en un problema de salud pública, según datos de la Comisión Económica para América Latina, el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia y el programa mundial de alimentos, según el documento, en la región de los grupos más vulnerables al hambre y la desnutrición son los pobres que viven en los sectores rurales, los indígenas o afro descendientes y los que tienen bajo nivel educacional y bajo acceso al agua potable y alcantarillado (ONU 2006)⁴

La desnutrición crónica en los niños menores de 5 años (UNICEF 2005) de los países de Latinoamérica se presenta de la siguiente manera: Guatemala como uno de los países con más alta tasa de desnutrición crónica (49%) el sexto a nivel mundial, le sigue Honduras con un 29%, Bolivia 27%, Ecuador 26%.^{2 -3} A nivel de América Latina, el Perú se ubica por debajo de países como Guatemala (48,0%), Haití (28,5%), Nicaragua (21,7%), Belice (21,6%), El Salvador (19,2%), Panamá (19,1%) y Guyana (18,2%)⁵

La situación nutricional en el Perú durante la última década en cuanto a la disminución de la desnutrición crónica fue lenta, en la primera mitad de los noventa cuando cayó de 36.5% en 1991 al 25.8% en 1996, la proporción de niños peruanos menores de 5 años que sufren desnutrición crónica se ha detenido a partir del año 1996 (25.8%), hasta el año 2005 (24.1%) en 9 años solo se detuvo una reducción de un 1. 7%. Se puede decir que un cuarto de los niños peruanos sufren de desnutrición crónica. ⁴

Según el INEI, el porcentaje de desnutrición crónica infantil a nivel nacional es 19.5% al 2011 y 18.1% al 2012, sin embargo, estas cifras globales no expresan la realidad de muchas regiones y zonas rurales pobres con cifras altísimas, por ejemplo, 82% de niños ashánincas sufren desnutrición crónica y en la región Loreto 33%; las regiones mineras lideran las tasas: Huancavelica (52%), Cajamarca (36%), Apurímac (31%) y Ayacucho (28%). Departamentos que registran menor índice de desnutrición crónica: Tacna (2,4%), Moquegua (4,8%), Lima (6,2%), Ica (7,6%), Madre de Dios (7,8%), Arequipa (8,2%) y Tumbes (9,5%).²¹También en el ámbito rural se registra 37%, más del triple del urbano (10.1%), y en la Sierra global (35%). La desnutrición crónica infantil representa un grave problema en nuestro país, y debe ser resuelto con mayor convicción y celeridad, principalmente en las zonas más pobres, pues durante los primeros años de vida genera impactos irreversibles, ocasionan más y severas infecciones, menor crecimiento físico y desarrollo psicomotor aumentando el riesgo de mortalidad infantil y materna, lo cual tiene un fuerte impacto en nuestro desarrollo social y económico.

En el Perú la alimentación y nutrición de los niños durante los tres primeros años de vida, se ve alterada por los cambios de una sociedad muchas veces consumista y a la vez poco conocedora del tema; que en las últimas dos décadas ha cambiado el tiempo de la lactancia materna y alimentación complementaria, esenciales para garantizar un desarrollo intelectual y desenvolvimiento en su vida futura.

El bajo nivel educativo de la madre y la falta de conocimientos sobre nutrición y desarrollo infantil inciden negativamente en la desnutrición de los 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.²⁹

La nutrición adecuada durante la infancia y niñez temprana es fundamental para el desarrollo potencial humano completo de cada niño. Es bien reconocido que el periodo entre el nacimiento y los dos años de edad es una “ventana de tiempo crítica” para la promoción del crecimiento, la salud y el desarrollo óptimos. En estudios longitudinales se ha 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 como la diarrea. Después que un niño alcanza los dos años de edad, es muy difícil revertir la falla de crecimiento ocurrida anteriormente. Las consecuencias inmediatas de la desnutrición durante estos años formativos incluyen una morbilidad pronunciada y un desarrollo mental y motor retrasado. A largo plazo, las deficiencias nutricionales están ligadas a impedimentos en el rendimiento intelectual, la capacidad de trabajo, la salud reproductiva y la salud general durante la adolescencia y la edad adulta. Como consecuencia, el ciclo de desnutrición continúa, ya que la niña desnutrida al crecer tiene mayores posibilidades de dar a luz a un niño desnutrido de bajo peso al nacer. Las prácticas deficientes de lactancia materna y alimentación complementaria, junto con un índice elevado de enfermedades infecciosas, son las causas principales de desnutrición en los primeros dos años de vida. Por esta razón, es esencial asegurar que las personas encargadas del cuidado y salud de los niños reciban orientación apropiada en cuanto a la alimentación óptima de lactantes y niños pequeños.³⁰

La alimentación complementaria adecuada depende de una información precisa y de un apoyo competente de la familia, la comunidad y el sistema de atención sanitaria. Con frecuencia, el conocimiento inadecuado de los alimentos y de las prácticas apropiadas de alimentación es un factor determinante de malnutrición más importante que la falta de alimentos. Además, es necesario diversificar los enfoques, para velar por que el acceso a los alimentos corresponda de forma adecuada a las necesidades energéticas y de nutrientes del crecimiento de los niños, por ejemplo haciendo uso de técnicas caseras y comunitarias para aumentar la densidad de nutrientes, la biodisponibilidad y el contenido de micronutrientes de los alimentos locales.³¹

El interés por el estudio surge de observar durante las prácticas clínicas en el Centro de Salud Micaela Bastidas Ate, una alta frecuencia de niños menores de 1 año con bajo peso, con reiteradas consultas por enfermedades digestivas y resfríos continuos. Frente a lo expuesto, se entiende que el nivel de conocimiento de las madres acerca de la alimentación complementaria sigue evidenciando problemas.

En tal sentido, este estudio pretende reconocer el grado de conocimiento de las madres sobre la alimentación complementaria de sus niños de 6 a 12 meses de edad.

1.2 Formulación del problema.

Por lo anteriormente expuesto, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 12 meses en el Centro de Salud Micaela Bastidas
Febrero 2013?

1.2. Objetivos

Objetivo General

- Determinar el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 12 meses del Centro de Salud Micaela Bastidas Ate, Febrero 2013.

Objetivos específicos

- Identificar el nivel de conocimiento de las madres de niños de 6 a 12 meses según generalidades y características de la alimentación complementaria
- Identificar el nivel de conocimiento de las madres de niños de 6 a 12 meses según indicadores de las características de la alimentación complementaria.

1.3. Justificación.

En el Perú, una de las principales amenazas en los niños menores de cinco años es la desnutrición y sobre todo la desnutrición crónica o retraso en el crecimiento, cuyas consecuencias se presentan a lo largo de todo el ciclo de vida. Esta situación incrementa el riesgo de morbimortalidad e inhibe el desarrollo cognitivo y físico de las niñas y los niños, afectando su estado de salud de manera crónica y su potencial productivo futuro; comprometiendo la situación económica y social de la persona, la familia, la comunidad y del país. Por lo cual es necesario profundizar el conocimiento de las madres sobre la ablactación (alimentación complementaria) para orientar las actividades preventivas y promocionales dadas por personal de salud, con la

finalidad de promover la introducción adecuada de la alimentación complementaria y así mejorar el crecimiento y desarrollo del niño.

El profesional de Enfermería que labora a nivel de Centro de Salud, cumple un rol fundamental en el Área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), valorando el crecimiento y desarrollo del Niño, especialmente el estado nutricional, así como el nivel de información y el conocimiento que tienen las madres sobre la calidad del alimento y requerimientos nutricionales de sus hijos. La orientación y educación contribuye significativamente a que las madres amplíen sus conocimientos sobre alimentación necesaria para sus niños de 6 a 12 meses de edad, por ser la etapa más importante en su crecimiento y desarrollo. Todo ello será de utilidad actual para los servicios de salud, permitiendo replantear el trabajo hacia la comunidad y la población, es decir trabajar en equipo con la enfermera para promover la salud en beneficio de los menores en crecimiento. Por lo tanto, es responsabilidad del personal de enfermería desarrollar su rol en cuanto a prevención de la desnutrición y en la promoción de una adecuada alimentación que influirá más en el desarrollo biopsicosocial e intelectual del niño.⁶

1.4. Limitación del estudio.

- Poco acceso a otras instituciones universitarias por tener limitado horario y costo elevado para el ingreso.
- Falta de dominio de otra lengua (inglés, portugués), pues la mayor información se encuentra en esos idiomas.
- Elevado costo para la adquisición de artículos por internet.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes Internacionales

Sáenz, M. Colombia 2007. Realizó un estudio sobre Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá, con el objetivo de Identificar las características de las prácticas de lactancia materna, alimentación complementaria en la población que asiste al Jardín Infantil de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Concluyendo que: El 40 % de las madres mantienen la lactancia materna a los 12 meses, lo cual parece mostrar buenos conocimientos sobre los beneficios de una lactancia prolongada. Por otra parte, el inicio de la alimentación complementaria se hizo en el 63 % de los casos a los 6 meses de vida y en un 28 % a los 4 meses y un pequeño porcentaje tardíamente después de los 12 meses, lo que refleja una buena información sobre la exclusividad de la lactancia en los primeros meses.⁷

Gatica, C., Méndez de Feu, M. En el año 2006 realizaron un estudio en Argentina con el objetivo de determinar la duración de la lactancia materna y

edad de introducción de alimentación complementaria, su tipo, composición y adulto involucrado, en niños sanos menores de 2 años de las provincias de Mendoza, San Juan y San Luis y conocer los factores sociales y demográficos asociados. El diseño fue descriptivo, transversal; la población incluyó niños que concurrían al control de salud o con patología aguda, de 2 años o menos de edad, en septiembre y octubre de 2006. Resultados se obtuvieron 741 encuestas, 51,41% en instituciones públicas. Edad de los niños: $11,3 \pm 6,1$ meses. Prácticas de alimentación al momento de la encuesta: 66,53% recibían LM. El 95,12% que no tenía LM, la había recibido durante $7,8 \pm 5,2$ meses. A menor edad materna mayor frecuencia de LM. El 64,24% recibía puré/papillas desde los 6 meses, enriquecida con aceite, leche o queso; carnes desde los $7,8 \pm 2,1$ meses (intervalo 3-19), huevos desde $8,4 \pm 2,6$ meses (intervalo 3-20); bebidas azucaradas desde $10,49 \pm 3,52$ meses. La madre ofreció la primera comida (88,72%) y la ofrecía habitualmente (91,44%). La TV estaba prendida durante la comida en 50,87; llegando a la conclusión que las prácticas frecuentes de lactancia materna es mayor a menor edad materna; incorporación de comidas es al 6^{to} mes, enriquecimiento de la comida inicial; amplio intervalo en la edad de incorporación de huevo y carne; incorporación temprana de bebidas azucaradas y exposición a la televisión durante la comida, donde la mamá ofrecía la comida habitualmente.⁹

2.2. Antecedentes Nacionales

Benites Castañeda, 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 que asisten al consultorio

de CRED, en el C.S. conde de la vega baja enero 2007. El presente estudio de investigación tiene 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” El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo correlacional de corte transversal. 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. Entre sus conclusiones se tiene que 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 58% de ellas desconocen la frecuencia de los alimentos que se debe brindar al lactante durante el día, de éstas la mayoría manifiestan que la frecuencia correcta de los alimentos es de 3 a 4 veces y una pequeña cantidad menciona 2 veces al día. Así también en cuanto al 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.¹⁰

Cárdenas Alfaro, L. (UNMSM2009) realizó una investigación de diseño cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal, con el objetivo de conocer la **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.

La población estuvo conformada por 55 madres, utilizaron la técnica de la encuesta y como instrumento el cuestionario. Resultados más significativos fueron: 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.¹¹

Unsihuay Ureta, F. **Conocimiento materno sobre alimentación complementaria y estado nutricional en el lactante menor Huancayo 2009.** El presente estudio de investigación fue cuantitativo no experimental de corte transversal, diseño descriptivo correlacional, y tiene como objetivo: determinar la relación entre el nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante menor. La muestra fue de 74 madres de la comunidad Santa Isabel Huancayo. Obteniendo como resultados que la mayoría de las madres tienen un nivel regular de conocimientos sobre alimentación complementaria mientras que un menor número tiene un nivel de conocimiento bueno. El mayor porcentaje de niños lactantes menores tiene un estado nutricional de desnutrido mientras que una minoría de niños tienen un estado nutricional eutrófico y obeso. Finalmente sí existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante menor en la comunidad Santa Isabel Huancayo.¹²

Piscoche Torres, N. realizó un estudio denominado **Conocimientos de los padres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud San Juan de Miraflores, 2011**. El presente estudio tiene como objetivo determinar los conocimientos de los padres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud San Juan de Miraflores. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal. La población estuvo conformada por 30 padres, obtenida por muestreo no probabilístico. El instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue el cuestionario y como técnica la entrevista – encuesta.

Los resultados mostraron que la mayoría de los padres tienen conocimientos generales sobre alimentación complementaria siendo estos 20(66,7%), sin embargo en cuanto a las características un porcentaje significativo de padres desconocen sobre la cantidad y frecuencia de alimentos que se debe brindar al niño según su edad.¹³

Galindo Salazar, D. Realizó un estudio **Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el centro de salud “nueva esperanza” 2011** el Objetivo: fue identificar los conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 40 madres. La técnica fue la entrevista y el instrumento, el cuestionario, aplicado previo consentimiento informado. Resultados: del 100% (40), 55% (22) de las madres encuestadas conocen sobre la alimentación complementaria; 45% (18) desconocen. En cuanto a las prácticas 61 % (25) tienen prácticas adecuadas; mientras que 39% (15)

tienen prácticas inadecuadas. Conclusiones: la mayoría de las madres que acuden al centro de salud Nueva Esperanza conocen y tienen prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria.¹⁴

2.3. Base Teórica

CONOCIMIENTO

El conocimiento transforma todo el material sensible que se recibe del entorno, codificándolo, almacenándolo y recuperándolo en posteriores actitudes y comportamientos adaptativos.¹⁵ Es un conjunto organizado de datos que constituye un mensaje sobre un determinado fenómeno, la información también son datos que han recibido un procesamiento y tienen un significado claro y definido. Los datos son números, palabras, sonidos o imágenes, no necesariamente organizados.¹⁶

Se plantea diferentes definiciones según autores:

Salazar Bondy lo define como: El acto y contenido. Dice que el conocimiento como acto es la aprehensión de una cosa, una propiedad, un hecho u objeto; entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico. Del conocimiento como contenido asume que es aquel que se adquiere gracias a los actos de conocer, al producto de la operación mental de conocer, este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar de unos a otros como: conocimiento vulgar, conocimiento científico y conocimiento filosófico.¹⁶

Mario Bunge: El conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados e inexactos, en base

a ello se tipifica al conocimiento en: conocimiento científico y conocimiento vulgar. El primero lo identifica como un contenido racional, analítico, objetivo, sistemático y verificable a través de la experiencia, y al conocimiento vulgar como un conocimiento vago, inexacto limitado a la observación.

Para que el ser humano ponga en práctica los conocimientos sea científico o vulgar es necesario hacer uso los sentidos; la experiencia presenta una serie de problemas propios sobre su naturaleza. Sin embargo no cabe duda de su experiencia en la adquisición de conocimientos, cuando Mario Bunge nos habla del conocimiento científico, nos dice que una de sus características tiene la facultad de ser verificable en la experiencia y que solo ella puede decirnos si una hipótesis relativa a cierto grupo de hechos materiales es adecuada o no. Agrega a la experiencia que le ha enseñado a la humanidad el conocimiento de un hecho convencional, que busca la comprensión el control de los hechos a compartirse con la experiencia.¹⁷

Henry Wallon, indica que los conocimientos son: “Datos e información empírica sobre la realidad y el propio individuo, es decir, conocimientos inmediatos situacionalmente útiles de tipo hábitos y costumbres que hace factible la regulación conductual y el ajuste del individuo en un momento dado.”¹⁸

Rossental, refiere que el conocimiento es: “El proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce con el pensamiento humano y condicionado por las leyes del devenir social se halla indisolublemente unido a la actividad práctica. También el conocimiento implica una relación de dualidad el sujeto que conoce (sujeto cognoscente) y el objeto conocido”.

Se puede considerar que el conocimiento es la adquisición de conceptos, conjunto de ideas que pueden ser ordenados siendo importante considerar que es adquirido por una educación formal e informal es decir todos tenemos conocimientos, el cual puede ser vago o inexacto pero que se vuelve racional o verificable a través de la experiencia. La mayoría de autores concuerdan en definir el Conocimiento como la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto.¹⁹

Tipos de conocimientos:

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

El nivel Científico: Este conocimiento se caracteriza por ser selectivo, metódico, sistemático y ordenado con el objetivo de establecer, describir, explicar e interpretar, los fenómenos y procesos. Tanto naturales como sociales y psicológicos. Lo cual le da un carácter rigurosos y objetivo y hace que el, sin perder su esencia teórica sea un eficaz instrumento de dominio de la realidad.¹⁵

Características del conocimiento

El conocimiento tienes tres características fundamentales que son:

- El conocimiento es personal, en sentido que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia.
- Su utilización, que puede repetirse sin que el conocimiento “se consuma” como ocurre con otros bienes físicos.

- Sirve de guía para la acción de la personas, en el sentido de decidir que hace en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos (incluso cambiándolos si es posible)²⁰

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

De acuerdo a los Lineamientos de Nutrición Materno –Infantil, a partir de los 6 meses el niño debe iniciar la alimentación complementaria, incluyendo alimentos semisólidos (papillas, mazamorras, purés) e ir modificándolos ofreciendo alimentos aplastados, triturados y luego picados hasta que se incorpore en la alimentación familiar. También es recomendable adicionar una cucharadita de aceite, mantequilla u otro tipo de grasa en algunas comidas del niño, pues de esta manera se está aportando ácidos grasos y se está incrementando la necesidad energética de las comidas del niño.²⁷

Según la Secretaría de Salud de Mexicana, durante el primer año de vida, el lactante inicia la formación de hábitos y preferencias alimentarias que van a afectar la salud y nutrición futuras. Por lo cual la alimentación complementaria adecuada tiene un papel formativo, porque promueve hábitos de alimentación saludable. Además, complementa el aporte proteínico-energético proporcionado por la leche y permite satisfacer los requerimientos nutricionales adecuados para el buen crecimiento y desarrollo del lactante, una inadecuado alimentación tiene serias repercusiones en la salud como son: desnutrición, por una alimentación insuficiente, la suspensión del aporte de nutrientes que provee la leche materna, u ofrecer una alimentación con escaso contenido nutricional, infecciones de tracto

digestivo, al consumir alimentos contaminados, problemas de deglución, por ofrecer consistencias inadecuadas o alimentos semisólidos antes del tercer mes, sobrepeso a mayor aporte energético que el requerido, al abuso de alimentos procesados y al inicio temprano de la alimentación complementaria, riesgo de deshidratación hipertónica, por inmadurez renal en caso de diarrea cuando hay un exceso en la ingestión de sodio y proteínas y deficiente absorción, en especial de los almidones.

La madre es la principal responsable del cuidado del lactante y es quien con frecuencia decide qué alimentos, de qué manera, qué cantidad y en qué momento ofrecer el alimento a su hijo. En esta decisión intervienen diversos factores que van desde la experiencia personal hasta las recomendaciones de personas cercanas (familiares, amigos) o del equipo de salud. En la mayoría de los casos la madre decide por sí misma, y el médico y la abuela materna son los consejeros principales.³²

Generalidades de la alimentación complementaria.

El primer año de vida se caracteriza por un rápido crecimiento y cambios en la composición corporal. La alimentación infantil debe cubrir adecuadamente los requerimientos energéticos necesarios y nutricionales en cada una de las etapas, a fin de promover el óptimo crecimiento y desarrollo, favorecer el establecimiento de un patrón de alimentación sana y variada. La alimentación complementaria es la que “complementa” a la leche materna, también es conocida como alimentación durante la ablactancia. Es el periodo en que la leche deja de ser el alimento único y predominante en la dieta del niño. Consistiendo en la introducción de alimentos espesos continuando con la lactancia materna esta alimentación comprende de frutas,

jugos, verduras, papas, mantequilla cereales carne, hígado, pescado y huevos. Sin embargo este periodo es muy peligroso para el niño, debido a que durante su transcurso aumenta la incidencia de infecciones, particularmente de enfermedades diarreicas, por los cambios que se producen con el tránsito de una dieta caracterizada por una leche en condiciones óptimas (alimentación materna) al consumo de alimentos preparados, a veces en condiciones no higiénicas. La desnutrición es más frecuente en este periodo. Según las normas de Alimentación del Niño de 0 a 2 años menciona que la alimentación del niño menor de 5 años tiene tres periodos los cuales son:

- Todo niño menor de 6 meses deberá recibir lactancia materna exclusiva.
- Los niños de 6 meses al año deben recibir la alimentación complementaria, donde se introduce nuevos alimentos espesos continuándose con la lactancia materna.
- En los niños de un año a 2 años de vida la lactancia materna continúa siendo importante pero ahora varía la cantidad y frecuencia y se iniciándose la alimentación de la olla familiar.

Es el periodo que la leche materna deja de ser el único alimento para el niño. El primer año de vida se caracteriza por el rápido crecimiento y cambios en la composición corporal. La alimentación del niño debe cubrir adecuadamente los requerimientos necesarios y nutricionales en cada etapa para promover el óptimo crecimiento y desarrollo del niño.²⁸

CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Periodo de la Alimentación Complementaria:

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

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

Frecuencia:

El número apropiado de comidas que se ofrecen al lactante durante el día, depende de la densidad energética de los alimentos y las cantidades consumidas en cada comida, la frecuencia diaria de comidas ha sido estimada en función a la energía requerida que debe ser cubierta por los alimentos complementarios, asumiendo una capacidad gástrica de 30 g/kg de peso corporal y una densidad energética mínima de 0,8 kcal/g de alimento. Si la densidad energética o la cantidad de comida administrada en

baja, o se le suspende la lactancia materna, requerirá de un mayor número de comidas para satisfacer sus necesidades nutricionales.

La alimentación complementaria deberá distribuirse en varios tiempos de comida, que se irán incrementando gradualmente conforme crece y desarrolla el lactante según su edad, sin descuidar la lactancia materna. De esta manera también se logrará que poco a poco se vaya integrando y participando del horario de comidas tradicional de su entorno familiar. A los 6 meses, se empezará con dos comidas al día y lactancia materna frecuente; entre los 7 y 8 meses, se aumentará a tres comidas diarias y lactancia materna frecuente; entre los 9 y 11 meses, además de las tres comidas principales deberán recibir una entre comida adicional y su leche materna; y finalmente entre los 12 y 24 meses, la alimentación quedará establecida en tres comidas principales y dos entre comidas adicionales, además de lactar, a fin de fomentar la lactancia materna hasta los 2 años o más.

Cantidad:

Durante los 6 a 9 meses de edad el lactante debe consumir 18 grs de proteínas y 500 calorías. Esto alcanza con 100 grs. de papilla de frutas, 300grs de papilla de verduras y 30 grs de carne de pollo. Entre los 10 y 12 meses se debe proporcionar 19,6 grs de proteínas y 650 calorías. Esto se alcanza con 100gr de papilla de fruta, 300grs de papilla de verduras y 30 grs de carne molida y huevo. La cantidad varía de acuerdo a la edad: 6 meses: No todos los niños(as) son iguales hay algunos que comen muy bien desde el primer día, pero hay otros que parecen no querer recibir los alimentos. El niño todavía tiene el reflejo de protucción por lo que aparenta estar escupiendo la comida, dar con tranquilidad a la madre y decirle que tenga

paciencia y que poco a poco el niño aprenderá a comer, así mismo decirle que insista de media a una hora. La cantidad y el consumo dependerá del niño(a), pero no deberá preocuparse si al principio sólo come tres a cuatro cucharitas cada vez.

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

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

Calidad:

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

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

Tipo de alimento según edad:

Los alimentos deben ser incluidos gradualmente de acuerdo a la edad, dentición, potencial alergénico del alimento y la capacidad gástrica. Por ejemplo: A los 6 meses de edad se debe incluir, purés, sangrecita y $\frac{1}{4}$ de yema de huevo. A los siete meses, $\frac{1}{2}$ yema de huevo, pollo sancochado. A los 8 meses, continúa con los purés, menestra sin cáscara y $\frac{3}{4}$ de yema de huevo. A los 9 meses se incluyen las carnes rojas. A los 11 meses la clara

del huevo y el pescado y a los 12 meses comida de la olla familiar, huevo entero, y los cítricos.

Consistencia de alimentos:

Alrededor del 6^{to} mes los músculos y nervios de la boca se desarrollan suficientemente para masticar. Los niños(as) a esta edad controlan mejor la lengua, pueden mover la mandíbula hacia arriba y hacia abajo, empiezan a salir los dientes, llevan cosas a su boca y están interesados en conocer nuevos sabores. Todo ello les da la madurez para recibir alimentos de consistencia más densa, proporcionados en una cucharita. Alrededor de los 8 meses la niña o niño intenta tomar los alimentos con sus manos y también con la cuchara, iniciándose la autonomía de su alimentación, por lo que hay que estimularla. Alrededor del año está capacitado para comer por sí solo, los mismos alimentos que consumen el resto de la familia, evitando aquellos que puedan causar atragantamientos, ya sea por su forma y/o consistencia (uvas, zanahoria cruda, entre otros). A partir del sexto mes de edad el niño deberá iniciar la alimentación complementaria con preparaciones semi-sólidas como papillas, mazamoras o purés con una densidad energética no menor a 0,8 kcal/g. Gradualmente se incrementará la consistencia y variedad de los alimentos que se le ofrezcan, adaptándolos a sus requerimientos y habilidades desarrolladas según su edad. Las preparaciones líquidas (jugos, caldos, gaseosas) no contienen suficientes nutrientes porque su mayor contenido es agua. En cambio, las preparaciones espesas como purés o mazamorra, tienen la ventaja de poder concentrar alto contenido nutricional en una pequeña porción para satisfacer las necesidades nutricionales de la niña o niño. La alimentación complementaria se preparará con alimentos disponibles en la olla familiar apropiados para su edad. A los 6 meses, se

iniciará con alimentos aplastados en forma de papillas, mazamorras o purés; entre los 7 y 8 meses, se dará principalmente alimentos triturados en las mismas formas de preparación; entre los 9 y 11 meses, se introducirán los alimentos picados; y finalmente, entre los 12 y 24 meses deberá integrarse a la alimentación de su entorno familiar.

Combinación de alimentos:

El niño(a) a partir de los seis meses ya puede empezar a comer toda clase de alimentos. Es recomendable favorecer el consumo de alimentos de bajo costo y alto valor nutritivo. Dentro los productos de origen animal tenemos la sangre de animales, hígado de pollo, huevo, pescado, leche. Los cereales que se debe proporcionar son el arroz, quinua trigo, avena, harinas, maíz, cebada, etc. Las menestras estarán dadas por los frejoles, lentejas, arvejas verdes partidas, soya, harinas. Dentro de los tubérculos papa, camote, yuca. Complementar estos alimentos con verduras de color anaranjado y verde oscuro (zanahoria, zapallo, acelga, espinaca). Agregar en cada preparación una cucharadita de aceite y/o mantequilla lo que hará más suave la comida del bebé. Promover el uso de frutas ricas en vitamina C (naranja, mandarina, papaya, piña, limón, mango, etc.) después de las comidas para favorecer la absorción de hierro. Evitar el consumo de infusiones como el té, anís, canela, café, hierva luisa, manzanilla, emoliente, etc. Junto con las comidas, porque interfieren en la absorción de hierro. En lugar de éstas se puede indicar el consumo de limonada, naranja o refrescos de frutas. Evitar alimentarlo con alimentos licuados, promoviendo el consumo de éstos pero aplastados, al inicio más suave y progresivamente ir aumentando el tamaño en trozos.

Inclusión según edad:

Los alimentos deben ser incluidos gradualmente de acuerdo a la edad, dentición, potencial alergénico del alimento y la capacidad gástrica. A los 6 meses de edad se debe incluir, purés, sangrecita y $\frac{1}{4}$ de yema de huevo. A los siete meses, $\frac{1}{2}$ yema de huevo, pollo sancochado. A los 8 meses, continúa con los purés, menestra sin cáscara y $\frac{3}{4}$ de yema de huevo. A los 9 meses se incluyen las carnes rojas. A los 11 meses la clara del huevo y el pescado y a los 12 meses comida de la olla familiar, huevo entero, y los cítricos.

Higiene de alimentos:

La Organización Mundial de la Salud, difunde la “Reglas para la preparación higiénica de los alimentos, cuya aplicación sistemática reduce considerablemente el riesgo de la enfermedades de origen alimenticio:

- Consumir alimentos que hayan sido tratados o manipulados higiénicamente. Hay alimentos que sólo son seguros si han sido tratados previamente y conservado a una temperatura adecuada.
- Cocinar correctamente los alimentos, pueden estar contaminados por microorganismos pero si se cocinan bien esos microorganismos son destruidos por el calor.
- Consumir los alimentos inmediatamente después de ser cocinados, es la mejor manera de evitar que los gérmenes proliferen. No dejar nunca a temperatura ambiental los alimentos cocidos.
- Calentar suficientemente los alimentos.
- Evitar el contacto entre los alimentos crudos y los cocinados, Un alimento cocinado puede volverse a contaminar por contacto con alimentos crudos o si tiene comunicación con objetos (cuchillos,

tablas, trapos, etc. que anteriormente hayan tocado un alimento crudo contaminado).

- Asegurar la correcta higiene de la persona que va a manipular los alimentos y una limpieza adecuada en todas las superficies de la cocina. La persona que manipule los alimentos debe realizar estrictas prácticas higiénicas. Es importante que tenga las manos siempre lavándolas cada vez que haga falta y siempre que haga uso de los servicios higiénicos. En caso de una pequeña herida, se cubrirá con un depósito impermeable. Si la herida está infectada debe apartarse del contacto de los alimentos.

- Mantener los alimentos fuera del alcance de insectos, roedores y animales de compañía. Los animales son portadores de gérmenes patógenos que originan enfermedades de transmisión alimentaria.

- Utilizar exclusivamente agua potable.

- El agua potable no es solamente imprescindible para beber, sino también para preparar los alimentos. Debe tener exclusivamente uno de estos orígenes agua envasada o provenientes de la red pública de distribución de la población (un ligero sabor a cloro es garantía de potabilidad). En caso de necesidad agregar unas gotas de lejía de uso alimentario.

BENEFICIOS:

Los beneficios físicos para el niño son un mejor desarrollo y crecimiento en sus valores ponderales principalmente de peso y talla, además de un buen desarrollo cerebral, para evitar retrasos en el desarrollo psicomotor. En el aspecto Psicológico se genera un vínculo madre - niño de mayor seguridad y

confianza para el niño. El beneficio económico de la promoción de la alimentación complementaria es la disminución de la posibilidad de presentar enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias.

Definición de Crecimiento del niño:

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

Indicadores Antropométricos:

El estado nutricional es el resultado de la utilización de nutrientes, va desde la normalidad hasta el desequilibrio que causa desnutrición crónica, aguda, global y obesidad.

Para la evaluación del estado nutricional se pueden utilizar métodos directos e indirectos o ambos. Los métodos indirectos más comunes incluyen el uso de indicadores socioeconómicos, de disponibilidad y consumo de alimentos. Dentro de los métodos directos se encuentran los indicadores antropométricos, bioquímicos y la evaluación clínica, siendo los antropométricos los más utilizados en los servicios de salud por ser fáciles de obtener, de bajo costo y útiles. Las medidas antropométricas más utilizadas en la evaluación nutricional son el peso, talla, la circunferencia braquial, y los pliegues cutáneos. Al establecer relaciones entre ellos se denominan índices, los índices más usados son el peso para la talla, la talla para la edad y el peso para la edad.

Peso para la talla: Es el peso que corresponde a un niño para la talla que tiene en el momento de la medición, el déficit de peso indica un adelgazamiento, mide la desnutrición aguda.

Talla para la edad: El crecimiento en talla es más lento que el peso, las deficiencias en talla tienden a ser lentas y toman más tiempo para recuperarse. A mayor déficit nutricional, mayor cronicidad de la desnutrición, este índice mide la desnutrición crónica. Este indicador es muy específico para esta condición nutricional, pero no es útil para evaluar el adelgazamiento. Frecuentemente se puede observar en niños mayores de un año.

Peso para la edad: Es un indicador primario que corresponde a la relación entre el peso real de un niño y su peso teórico normal expresado en porcentaje; se utiliza para medir la desnutrición global. Utilizando el indicador de peso para la edad podemos saber si el niño tiene o ha tenido adelgazamiento y/o retardo en el crecimiento. Sin embargo, este es un indicador muy inespecífico, no distingue entre niños adelgazados y niños con retardo en el crecimiento.

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

Control de crecimiento y desarrollo: Es el conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional de enfermería o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de niño y detectar de manera precoz y oportuna los riesgos, alteraciones, trastornos, presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades en el niño.

Los servicios de salud garantizarán esta atención de manera periódica y sistemática, la misma que debe incluir:

- Valoración y monitoreo nutricional: Evaluación y fomento de la lactancia materna y una ablactación adecuada según edad del niño.
- Evaluación física.
- Evaluación del desarrollo con la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP), el test de desarrollo psicomotor (TEPSI) o el test abreviado del desarrollo psicomotor (TA).
- Evaluación del calendario de inmunizaciones.
- Evaluación de la agudeza visual y auditiva.
- Tamizaje de anemia (entre los 6 y 24 meses).
- Descarte de parasitosis.
- Valoración de la violencia familiar (abuso sexual y maltrato infantil).
- Detección de la intoxicación por plomo y/o mercurio (en zonas de riesgo).
- Detección de problemas nutricionales y de desarrollo.
- Suministro de vitamina A y Sulfato ferroso.
- Detección de otros factores de riesgo (VIH, Hepatitis B).
- Consejería.

- Elaboración y monitoreo del plan de Atención Integral de Salud.

MADRE: Es aquella Persona que Dios nos pone en nuestra vida desde el momento de la concepción, para cuidarnos, protegernos durante nuestra etapa de vida, la madre también es con o sin lazos consanguíneos que se encarga del cuidado, alimentación y cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo del niño.²²

La madre como cuidadora: La madre es responsables principal de la nutrición, educación, afecto, estimulación y desarrollo del niño, por lo mismo el cuidar a los niños es una ardua responsabilidad lo cual ha repercutido frecuentemente en el rol de las mujeres y más aún si se trata de una madre sola. Muchos teóricos relacionan esta responsabilidad con el apego del niño hacia la madre y el tiempo permanente de ella con el niño. Es por eso que dependerá de la madre y sus cuidados el desarrollo saludable de su hijo teniendo como eje primordial la alimentación y el afecto que le brinda aun antes del nacimiento lo cual repercutirá a nivel cognitivo, social, y lenguaje, de esta manera la mujer en su rol de madre poseen objetivos primordiales dentro de la sociedad.

Características de la madre como cuidadora: El cuidado que debe brindar la madre debe ser afectivo ya que es importante no sólo para la supervivencia del niño sino también para su óptimo desarrollo físico, mental, y para una buena adaptación, contribuyendo al bienestar general y felicidad del niño, que en otras palabras es una buena calidad de vida.

- La madre que realiza el cuidado de su niño debe contar con una buena salud física, emocional y social. No debe mostrarse ante él con

preocupaciones, irritabilidad, o tristeza. Debe presentarse ante él con alegría y cariño.

- Brindarle seguridad, protección al niño, a la vez estimulando la autonomía del niño.
- La madre debe ser responsable de sus actos, mantener buenos modales, ya que los niños tienen a juzgar por la manera en que la madre luce y actúa, y por las palabras que dice.
- La madurez en la madre también debe estar presente; ser sensata y actuar con calma ante una emergencia.
- La madre debe ser siempre precavida, proteger a su niño de cualquier peligro y estar alertas.

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

y se inicia una nueva cucharada o se interrumpe si el niño muestra resistencia a continuar alimentándose.

- Esta nueva experiencia es vivida por el niño en estrecho contacto físico con su madre y en una forma compleja en que se integran estímulos afectivos, táctiles, sonoros, visuales y gustativos. Hacia los siete u ocho meses, el niño intenta tomar los alimentos con su mano, y también con la cuchara. Esta iniciativa representa el inicio de la autonomía en la alimentación y es conveniente que la madre respete y estimular esos intentos. A esta edad, puede ofrecérsele los líquidos en vaso o taza y permitirle que los tome él mismo, aunque derrame gran parte del contenido. De este modo, alrededor del año de edad el niño es capaz de alimentarse adecuadamente por sí solo.
- De este modo la madre con conocimiento de estas pautas permitirá que su niño obtenga un óptimo crecimiento y desarrollo a nivel cognitivo, emocional y social.

NIÑOS DE 6 – 12 MESES (LACTANTE)

Entre los 6 a 12 meses de edad se produce una exploración de la movilidad y de la exploración del mundo inmediato avances en la comprensión cognitiva y en la capacidad de la comunicación y nuevas tensiones relacionadas con los temas de vínculos y separación. A esta edad el niño debe recibir la cantidad y calidad adecuada, lo que está determinado por las mayores necesidades nutricionales, que a partir de esta edad no están cubiertas por la leche materna, y la maduración de cada niño. Esto quiere decir que tanto del punto de vista digestivo, como renal y neurológico el niño está apto para recibir estos alimentos.

La maduración gastrointestinal determina la capacidad de digestión y absorción de nuevos nutrientes, la maduración renal hace posible que el lactante soporte el aumento de mayores cargas osmolares por su alimentación complementaria y la maduración neurológica asegura la adecuada coordinación motora para la succión, deglución y masticación, pérdida del reflejo de protrusión lingual y capacidad de estar sentado correctamente (sostén cefálico y de tronco).²³

ENFERMERÍA

El personal de enfermería interviene en cada aspecto del crecimiento y desarrollo del niño.

Las funciones de la enfermera varían de acuerdo con las normas laborales, de casa, con la educación y experiencia individual, la principal preocupación de cualquier enfermera debe ser siempre el bienestar de los niños y su familia.

Aunque la enfermera es responsable de sí misma, su principal responsabilidad son los receptores de sus servicios: el niño y la familia. Por lo que el profesional de enfermería debe trabajar con los miembros de la familia identificando sus objetivos y necesidades; y planificar las intervenciones del mejor modo posible para resolver los problemas definidos. Como defensora del consumidor, la enfermera debe de tratar de asegurar que las familias conozcan todos los servicios sanitarios disponibles, debe de informarles de manera adecuada sobre los tratamientos y operaciones y lograr que participen en la atención del niño cuando sea posible, animándoles a cambiar o apoyar prácticas de atención existentes.

La declaración de derechos del niño de las Naciones Unidas proporciona pautas para el ejercicio de la enfermería de forma que se asegure a cada niño una atención óptima.²⁴

La Enfermera en el Programa de CRED: En el programa de CRED, la enfermera cumple una función muy importante como educadora, ya que tiene un trato directo con las madres de los lactantes, quienes no solo reciben recomendaciones de personal de salud sino también de su familia, además de los patrones tradicionales u otras creencias que influyen positivamente o negativamente en el proceso de introducción de nuevos alimentos en la dieta de sus hijos. La actitud que asuman es muy importante y finalmente la que genera un comportamiento específico por lo que la enfermera debe orientar sus actividades a resolver dudas o temores que tengan las madres acerca de la alimentación que deben de recibir los lactantes a partir de los 6 meses, a fin de prevenir posibles alteraciones nutricionales.

Teoría de Nola Pender “Modelo de Promoción de la Salud”

Una de las teorías de enfermería que se encuentra relacionada al tema es la de Nola Pender, llamada “Modelo de Promoción de la Salud, que refleja las interrelaciones que existen entre los factores cognitivos perceptivos y los factores modificantes que influyen en las conductas favorecedoras de la salud.” Sirve como base para el estudio de cómo las personas toman decisiones, sobre su propio cuidado de la salud, y de las personas que tienen a su cargo, en este caso, sus hijos.²⁵

- Los factores personales lo relacionaremos con características de las madres, entre ellos los biológicos (edad), psicológicos (el estado de

salud percibido y la definición de salud) y sociocultural (raza, etnia, formación y conocimientos)

- Beneficios percibidos de acción, son los resultados positivos que se producirán de la conducta de salud, en este caso un crecimiento y desarrollo óptimo del niño, así como la detección temprana de alteraciones.
- Barreras percibidas, como el tiempo de espera para ser atendida, desinterés, falta de tiempo entre otros.
- La auto-eficacia percibida disminuirá las barreras presentes.
- Afecto relacionado con la actividad, mientras la madre crea que el control es importante para la salud futura de su niño, su actitud será positiva.

- Influencias interpersonales, la influencia de los que se encuentran en su entorno frente al control de CRED.
- Influencias Situacionales, está relacionado al consultorio de CRED, a la sala de espera, experiencias anteriores tanto positivas y negativas relacionadas con el control.

La teoría de Nola Pender, las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana; además, tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva en la que el profesional sanitario forma parte de su entorno interpersonal ejerciendo influencia a lo largo de sus vidas. En este sentido el rol educativo de Enfermería, desempeña un papel importante en la promoción a través de una educación expresada en actividades diseñadas para cada tipo de usuario según sus características personales. Así permitirá

que el usuario (madre) pueda estar capacitada para realizar una autoevaluación sobre su estado de salud y la de su niño.²⁵

2.4. Definición de términos

Conocimiento: El conocimiento materno es un conjunto de informaciones, reglas, interpretaciones y conexiones puesto dentro de un contexto de una experiencia, el cual se caracteriza como un conocimiento racional, sistemático, exacto y verificable que la madre posee.

Madres: Es la persona responsable del cuidado del niño de 6 a 12 meses de edad que asisten al Centro Salud Micaela Bastidas, que saben leer y escribir.

2.5. Variable

Nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

3.1. Definición Operacional de la Variable

Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria:

Es el fundamento teórico y conceptual del desarrollo de la ciencia, considerándose como un sistema dinámico que interactúa con una serie de elementos como la teoría, práctica, investigación y educación, que en su conjunto son brindados al profesional, siendo el conocimiento un proceso de evaluación permanente.

Según dimensiones:

Generalidades

Es el mayor o menor grado de información general procesada por las madres de lactantes acerca de la alimentación complementaria o ablactación que se inicia a partir de los 6 meses de edad y que consiste en la incorporación paulatina de alimentos semisólidos a la alimentación del niño, sin dejar de lado la lactancia materna, teniendo en cuenta ciertos criterios.

Características:

Conocimiento sobre la variedad de alimentos para cubrir las necesidades nutricionales adicionales del lactante, consistente en papillas, carnes diferentes, pescado o huevos diariamente, encontrando que las dietas vegetarianas no cubren las necesidades básicas nutricionales a esta edad.

Beneficios:

Es el resultado cuantificable en el lactante producto de una alimentación complementaria que se inicia a partir de los 6 meses de edad dada por la madre; dicha alimentación debe considerar nutrientes adecuados que influirán en el ritmo de crecimiento del lactante, siendo evidenciable en el crecimiento y desarrollo.

3.2. Tipo de investigación

La presente investigación es de enfoque **cuantitativo** porque hace uso de la estadística aplicada, permitiendo la descripción, y síntesis de los datos de la variable investigada expresada en la Operacionalización, para su posterior análisis, generalización y objetivación de los resultados.

3.3. Diseño de la investigación

Así mismo es de diseño **descriptivo** porque se caracteriza y se analiza el fenómeno planteado en la variable en estudio (Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria), **prospectivo** porque se tomó los datos según su ocurrencia y de **corte trasversal** ya que se investiga la variable tomando los datos en un solo momento (por única vez).

3.4. Lugar de Ejecución de la investigación

La presente investigación se llevara a cabo en el Centro de Salud Micaela Bastidas, ubicado en Micaela Bastidas Parque Principal S/ N^o, en el consultorio de la Estrategia Sanitaria Nacional de Crecimiento y Desarrollo. El Centro de Salud, es una Micro red que pertenece a la DISA IV Lima Este es un establecimiento de primer nivel del MINSA que brinda atención integral de calidad con personal capacitado, fomentando el auto cuidado en la población de Ate, está dirigido por la Doctora: Marina Pro, laboran como equipo de salud: 4 médicos, 2 enfermeras, 1 odontólogo, 1 psicólogo, 2 obstetrix, una asistente social un químico farmacéutico y 7 técnicas de enfermería.

La infraestructura del Centro de Salud consta de una planta física de 2 niveles, brinda atención a través de sus Consultorios Externos, Enfermería, Obstetricia, Farmacia, Servicio Social, Psicología, Nutrición, Programas, Vigilancia Epidemiológica. Además cuenta con el área administrativa, Jefatura y Estadística. La Estrategia Sanitaria Nacional de Crecimiento y Desarrollo se encuentra en el primer piso, cuenta con un solo ambiente, bajo la responsabilidad de una enfermera, quien atiende todos los días, excepto domingos y feriados, de 8.00 a.m. a 8.00 p.m., evalúa a los niños, entrevista y realiza consejería sobre alimentación complementaria, indica examen de hemoglobina y parasitosis.

3.5. Universo, selección, muestra y unidad de análisis

La población de la presente investigación está constituida por todas las madres (100) que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Micaela Bastidas con sus niños de 6 a 12 meses de edad.

Tamaño de la muestra mediante muestreo probabilístico, para lo cual se usó

una fórmula para población finita

La muestra total fue de 80 madres de familia, realizando un promedio de 3 a 6 entrevistas por día, se realizó la toma total de la muestra en un mes y medio, de lunes a viernes realizada entre Enero y Febrero 2013.

La unidad de análisis para el presente estudio fue las Madres de niños de 6 a 12 meses de edad.

3.6 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión:

- Madres que acuden con sus niños al Programa de CRED.
- Madres que sepan leer y escribir.
- Madres que acepten participar voluntariamente previo consentimiento.
- Madres que ingresan al consultorio de CRED con niños de 6-12 meses de edad.

Criterios de Exclusión:

- Madres con niños mayores de 12 meses de edad.
- Madres que no aceptan participar voluntariamente.

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En el proceso de recolección de datos, inicialmente se procedió a solicitar autorización a través de una carta de permiso que emitió la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza a la oficina de Jefatura del Centro de Salud Micaela Bastidas – Ate. Una vez cumplido con los trámites y permisos administrativos respectivos, se gestionó la autorización con la jefa de enfermeras del centro de salud, para luego realizar previa coordinación con la enfermera responsable del programa de crecimiento y desarrollo y así

levantar la información necesaria para la investigación. La obtención de datos fue de Enero a Febrero 2013, en el horario de 8 am a 2 pm; se eligió el momento en que las madres esperan antes de ingresar al consultorio de crecimiento y desarrollo. Antes de la aplicación del cuestionario se obtuvo la aceptación a través del consentimiento informado es decir, se informó y se orientó a cada madre sobre el objetivo del estudio y los beneficios que se obtendrán, el tiempo de duración y su importancia; para lo cual se realizó de manera personal, tomando un tiempo de 15 a 20 minutos de aplicación por cuestionario.

3.8. Procedimiento de recolección de datos

La técnica que se utiliza para la recolección de datos es la encuesta y como instrumento el cuestionario que incluye 20 preguntas relacionadas a la variable en estudio y con una escala de respuestas tricotómica tipo Lickert.

Dicho instrumento consta de:

- Presentación
- Instrucciones
- Datos generales de la madre y del niño
- Preguntas y escala de respuestas

Dicho instrumento fue sometido a validez de constructo mediante jueces expertos tabulando las respuesta mediante la Prueba Binomial ($p < 0.05$) y la confiabilidad se realizó por la prueba piloto siendo los resultados sometidos a análisis para su confiabilidad a través de Coeficiente Kuder Richanson estadística descriptiva.

El control de calidad de datos se manejó teniendo en cuenta dos momentos decisivos para el estudio: 1. La investigadora estuvo en todo momento presente durante el recojo de la información (encuestas) y 2. La

investigadora codifico y vació los datos personalmente a la hoja Excel en la tabulación detenida para dar pase al análisis estadístico.

3.9. Aspecto ético

Toda investigación que tenga como objeto de estudio al ser humano, debe ser aprobado por el comité de ética, por ello, este estudio fue evaluado por el comité de investigación de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, después por la oficina de Epidemiología y el comité de Ética de la DISA IV Lima Este, que es la jurisdicción en donde se realizó el estudio de investigación.

Se respetó los principios bioéticos de Autonomía, ya que los usuarios no fueron forzados a participar, asegurando el consentimiento libre y voluntario. Justicia, porque todos recibieron el mismo trato, Beneficencia ya que no se transgredió ni se puso en riesgo su integridad y No Maleficencia porque no se alteraron los datos de la investigación.

3.10. Análisis de datos

En el presente estudio se utilizaron tablas y gráficos con la finalidad de representar visualmente los datos recolectados en las encuestas.

Para determinar los valores de las variables socio demográficas se utilizaron frecuencias y porcentajes.

Seguidamente se presentó una gráfica circular de Niveles de Conocimiento; luego una gráfica de barras comparativas para las dimensiones de los conocimientos

Para determinar los niveles de conocimientos: Alto Medio y Bajo se establecieron de acuerdo a la escala de Estaninos. La escala de Estaninos nos permite crear los valores finales alto medio y bajo en base a la fórmula

estaninos que es la media ± 0.75 por la desviación estándar y mediante la cual se obtienen los puntos A y B que son las fronteras que dividen a la distribución en tres áreas. Estas áreas son las cuales se ubican los puntajes que corresponden a nivel bajo a nivel medio y un nivel alto.

El procesamiento estadístico en cuanto a la escala de estaninos, se realizó en el paquete estadístico SPSS V 20, a través del módulo de comandos descriptivos en primer lugar se calculó la media, desviación estándar valor mínimo y valor máximo y luego para establecer los valores (Aceptación, Indiferencia y Rechazo) de la escala de Estaninos se calcularon mediante la agrupación de puntos de corte según los intervalos establecidos en las fronteras A y B de la fórmula de Estaninos.

Posteriormente los datos, las clasificaciones según escala así como resultados fueron exportados al Excel para su mejor visualización.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

Concluido con el recojo de la información y terminando el procesamiento se procedió a presentar los resultados en gráficos para la variable y sus respectivas dimensiones como se presenta a continuación

TABLA 1

Datos sociodemográficos de las madres de niños de 6 a 12 meses de edad Centro de Salud Micaela Bastidas Ate

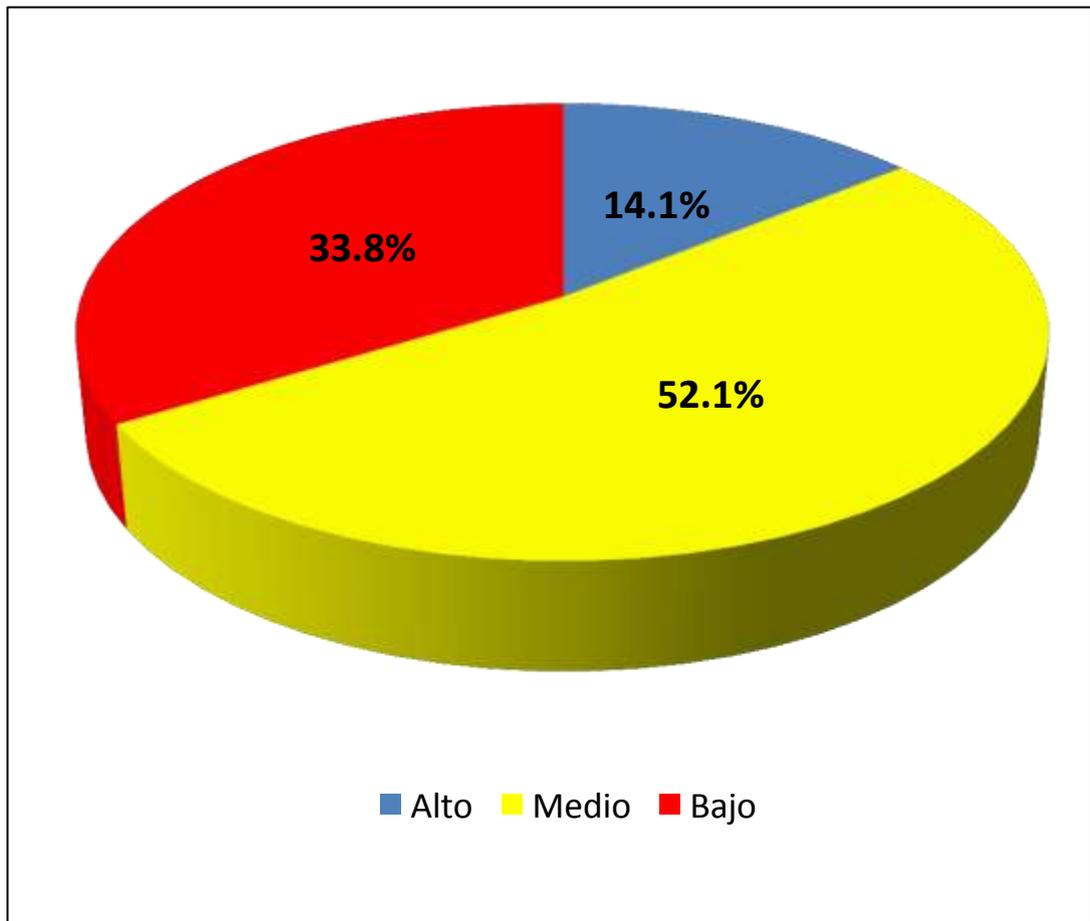
Febrero - 2013

DATOS		N= 80	100%
Edad	15-20	12	15,0
	21-25	34	42,5
	26-30	15	18,7
	31 a mas	19	23,8
Lugar de Procedencia	Costa	20	25,0
	Sierra	56	70,0
	Selva	4	5,0
Estado Civil	Soltera	16	20,0
	Casada	12	15,0
	Conviviente	52	65,0
Grado de instrucción	Primaria	19	23,8
	Secundaria	48	60,0
	Superior	8	10,0
	Técnico	5	6,2
Ocupación	Ama de casa	31	38,8
	Independiente	45	56,2
	Obrera	2	2,5
	Empleada	2	2,5
Ingreso Económico	500-800	70	85,6
	801-1000	8	10,0
	1001-1500	1	1,2
	1501 a mas	1	1,2
Número hijos	1 - 2 niños	62	77,5
	3 - 4 niños	16	20,0
	5 a mas	2	2,5

Del 100% (80) de madres encuestadas el 42,5% (34) corresponde al rango de 21 a 25 años de edad, proceden de la sierra 70% (56), su estado civil es de convivientes 65% (52), poseen un grado de instrucción secundaria 60% (48), se dedican a trabajos de manera independiente 56,2% (45), perciben como ingreso económico entre 500 a 800 nuevos soles 85,6% (70) y tienen de 1 a 2 hijos el 77,5% (62).

GRAFICO 1

**Nivel de Conocimiento sobre Alimentación Complementaria en madres
de niños de 6-12 meses Centro de Salud Micaela Bastidas
Febrero 2013**



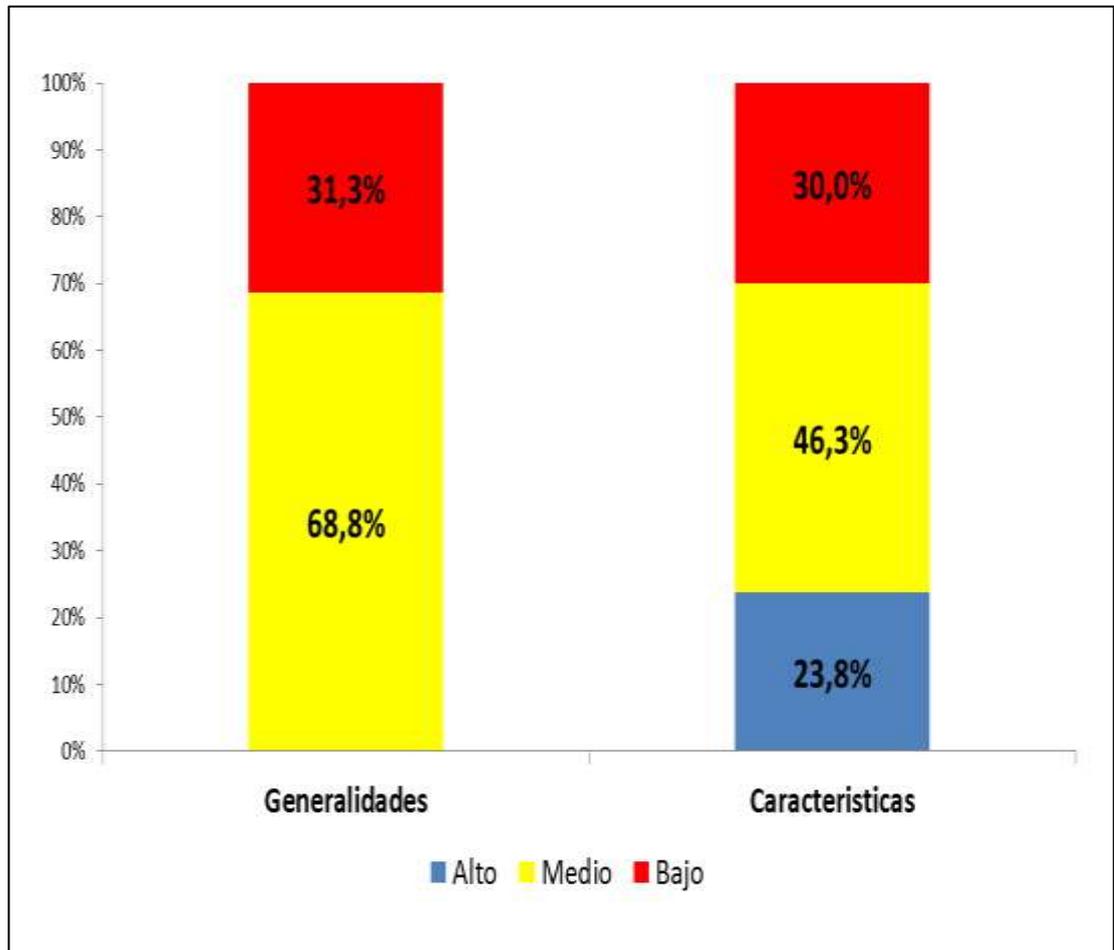
El 52.1%(37) de las madres tienen un nivel de conocimiento medio, el 33.8%(24) un conocimiento bajo y el 14.1%(10) un conocimiento alto.

GRÁFICO 2

Nivel de Conocimiento sobre Alimentación Complementaria en madres de niños de 6 a 12 meses de edad según dimensiones

Centro de Salud Micaela Bastidas Ate

Febrero - 2013



Según dimensiones se observa en Generalidades que el 68.8%(55) de las madres tienen un nivel de conocimiento medio y el 31.3%(25) un conocimiento bajo. Luego en Características el 46.3% (37) de las madres tienen un nivel de conocimiento medio, el 30%(24) un conocimiento bajo y el 23.8%(19) un conocimiento alto respectivamente.

3.2 DISCUSIÓN

La desnutrición infantil crónica en América Latina afecta a un gran número de población evidenciado en las estadísticas presentadas por diferentes organismos internacionales y de los países involucrados, convirtiéndose en un problema de salud pública, según datos de la Comisión Económica para América Latina y la UNICEF, así como del programa mundial de alimentos indicando que los más vulnerables al hambre y desnutrición son los pobres que viven en sectores rurales e indígenas entre otros, quienes tienen bajo nivel educacional y poco acceso a servicios básicos. Así mismo la situación nutricional en el Perú durante la última década en cuanto a desnutrición crónica infantil fue lenta, evidenciando ciclos de disminución, aun así no significativas.

Respecto a los Datos Generales de la Madre (Tabla 1), se observa que en cuanto a edad el 42.5% tienen edades entre 20-25 años; siendo de procedencia de la sierra en un 70%; en cuanto al estado civil son convivientes el 65%; en grado de instrucción el 60% tienen secundaria y la mayoría de las madres trabajan independientemente en un 56.25%; encontrando que el 85.5% tienen un ingreso económico entre 500 y 800 soles; finalmente el 77.5%; tiene 1 a 2 hijos por familia. Al respecto Benites Castañeda, J., en su estudio *Relación que existe entre el nivel de conocimientos de madres sobre alimentación complementaria y el estado de nutrición del niño de 6 a 12 meses que asisten al consultorio de CRED, Lima, 2007*,¹⁰ en el C.S. Conde de la Vega Baja cuyos resultados respecto a edad de la madre, encuentra en la mayoría 40% tienen de 21 a 24 años. Diferentes autores indican que la edad de adulto joven es el de mayor producción laboral o personal, en cuanto al nivel de educación el

conocimiento como contenido asume un papel importante porque permite a las personas según Salazar Bondy¹⁶, Wallon¹⁷ y Rossental¹⁹ coincidir como la mayoría de autores que el Conocimiento es la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto para adquirir conocimiento por el acto mismo de conocer a través de una operación mental, acumulando, transmitiendo y derivando de unos a otros sobre conocimientos inmediatos situacionalmente útiles de tipo hábitos y costumbres que hacen factible y regulan la conducta. Los resultados de la presente investigación se encuentran coincidencias significativas con el marco teórico presentado al respecto.

De los resultados presentados en el Grafico 1 acerca del Nivel de Conocimiento sobre Alimentación Complementaria en madres de niños de 6-12 meses; se encuentra que el 52.2% presentan un nivel de conocimiento medio, al respecto, Unsihuay Ureta, F., en su estudio *Conocimientos Maternos sobre Alimentación Complementaria y Estado Nutricional en el Lactante Menor Huancayo, 2009*¹², indica que el 43.2% de las madres tienen un nivel de conocimiento regular acerca de la alimentación complementaria, es pues la suma de los conocimientos sobre hechos o principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje en la madre caracterizados por ser un proceso activo que se inicia y sigue en el transcurso de la vida. Dicho conocimiento redundante en el cuidado hacia el niño que se basa en el conocimiento que la madre-cuidadora tiene de él y le permite aprender, interpretar signos y señales, así como responder a las demandas del niño con oportunidad, ternura y afecto. La mejor forma de conocer y cuidar al niño es estar físicamente cerca de él,

con el objetivo de proveer el cuidado necesario, para lo cual la familia requiere de recursos esenciales y prácticas adecuadas que dependen, en gran parte del nivel educativo, la autonomía sobre el uso de los recursos, el conocimiento y la información, el tiempo disponible, la salud física y emocional de la madre. Respecto a los beneficios de la alimentación complementaria, el 90% de las madres tienen un nivel de conocimiento medio a este respecto, Cárdenas Alfaro, L¹⁰ en su estudio menciona que el nivel de conocimiento es alto sobre beneficios de la alimentación complementaria en un 60% de la mayoría de madres, que evidencia un niño con desarrollo y crecimiento dentro de los valores ponderales normales principalmente de peso y talla, además de un buen desarrollo cerebral para evitar retraso en el desarrollo psicomotor; en el aspecto psicológico se tiene la generación de un vínculo madre-niño de mayor seguridad y confianza, sin embargo un nivel medio de conocimientos en menor porcentaje sugiere tener niños con riesgo nutricional y de retraso en el crecimiento, período temprano de vida en que el niño necesita dicha alimentación complementaria para afrontar su desarrollo en relación con su edad, otra consecuencia negativa puede incluir retardos psicomotores y cognoscitivos, que vienen acompañados por dificultades en el aprendizaje, lenguaje, percepción del mundo, rendimiento escolar, productividad en la vida adulta, control emocional y adaptación social al medio.⁹ Piscoche Torres, N., en su estudio menciona que el 70% de los padres conocen sobre los beneficios de la alimentación complementaria teniendo en cuenta lo físico, psicológico y económico, es importante recalcar que el conocimiento de los padres acerca de los beneficios de la alimentación complementaria redundara en el niño para brindar una adecuada nutrición contribuyendo a un óptimo desarrollo.²⁸

Por lo anteriormente expresado se sustenta los resultados de la presente investigación, encontrando una concordancia significativa con los autores mencionados, resaltando que el nivel de conocimiento de las madres es medio mayoritariamente.

En cuanto a las Dimensiones del Nivel de conocimiento en el Grafico 2, respecto a Generalidades se observa que el 68,8% de las madres tienen un conocimiento medio, Galindo Salazar, D en su estudio *Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud "Nueva Esperanza", 2011*¹⁴, indica que el 70% de las madres conocen sobre la edad de inicio de la alimentación complementaria, considerado de importancia porque las reservas de hierro en este edad están agotándose y el crecimiento del niño continúa, por lo cual es imprescindible incorporar en la alimentación productos que contengan biodisponibilidad de hierro; su deficiencia conlleva a la anemia, que afecta el comportamiento del niño así como su proceso de aprendizaje. La alimentación complementaria a destiempo puede representar grandes riesgos para el estado nutricional y salud del lactante como: deficiente digestión, absorción de nutrientes, diarrea, alergias alimentarias que aumenta el riesgo de malnutrición y deficiencia de micro nutrientes²⁷. Cárdenas Alfaro, en su estudio *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*,¹¹ indica que la información que tiene la madre sobre la alimentación complementaria son ideas o conceptos adquiridos y que permiten ponerse en práctica cuando es el tiempo de inicio de la denominada ablactancia, redundando en

beneficios para el lactante. Por lo cual contrastando los resultados de la presente investigación con los diferentes autores se encuentran coincidencias significativas respecto a dicha dimensión.

En la dimensión Características del Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria, el 46,3% de las madres tienen un nivel de conocimiento medio (sustentado en respuestas correctas en más del 66% en cuanto a consistencia, mayor de 50% en frecuencia y cantidad, en la calidad o combinaciones del 61 a 76% e inclusión de alimentos alergénicos de 52 a 54% respectivamente), al respecto el autor Cárdenas Alfaro¹¹, menciona que en características de la alimentación complementaria el 52.7% tienen un nivel medio de conocimiento, respecto a la consistencia el 72.73% de las madres tienen un conocimiento alto, debiendo darse gradualmente los alimentos conforme el niño crece y se desarrolla según edad; en frecuencia el 50.91% desconocen las principales comidas que se debe dar al niño durante el día., respecto a la cantidad de alimentos el 74.55% de las madres desconocen lo que se debe brindar al niño., en cuanto a la combinación de los alimentos el 65.45% de las madres tiene un nivel alto, esto nos hace indicar que las madres preparan alimentos con la cantidad energética y calórica necesaria según los tipos de alimentos en cada comida. Benites Castañeda, en su investigación indica que el 58% de las madres desconocen la frecuencia de los alimentos que se debe brindar al lactante durante el día, de éstas la mayoría manifiestan que la frecuencia de los alimentos es de 3 a 4 veces y una pequeña cantidad menciona 2 veces al día como resultado correcto. El desconocimiento de la madre sobre la frecuencia y la cantidad del alimento que se debe dar al lactante puede inducir a una falta de satisfacción de los requerimientos nutricionales lo que producirá una disminución en la velocidad

de talla y peso y esto llevara al riesgo de la desnutrición, limitando que el niño alcance su potencial desarrollo físico y mental. A demás indica que el 70% de las madres desconoce la inclusión de los alimentos de acuerdo a la edad, la mayoría de ellas menciona que se debe incluir los cítricos y la clara de huevo a partir de los 9 a 10 meses de edad, resultando esto perjudicial en el lactante ya que los alimentos se deben incluir gradualmente de acuerdo a la edad, dentición, potencial alergénico y capacidad gástrica. Además tanto la clara de huevo como los cítricos son las causas más comunes de las alergias alimentarias en los niños. La mayoría de las madres (88%) conocen las principales medidas de higiene de los alimentos respondiendo en orden de prioridad: el lavado de manos, lavado de los alimentos y la conservación de éstos fuera del alcance de animales.

De los resultados expresados en el presente estudio se halla ciertas coincidencias y divergencias con los antecedentes contrastados, respecto al nivel de conocimiento en la segunda dimensión, así como en sus indicadores (Anexo I)

La teorista Nola Pender indica que existe vínculos entre los factores cognitivos perceptivos y los factores modificantes que influyen en las conductas favorecedoras de la salud, sirviendo como base para que las personas tomen decisiones, sobre su propio cuidado de la salud, y de las personas que tienen a su cargo, en este caso, sus hijos. Considera que la promoción de la salud es importante y que ello, buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana; además, tienen la capacidad de despertar una autoconciencia reflexiva en la que el profesional sanitario forma parte de su entorno interpersonal ejerciendo influencia a lo largo de sus vidas. En este sentido el

rol educativo de Enfermería, desempeña un papel importante en la promoción a través de una educación expresada en actividades diseñadas para cada tipo de usuario según sus características personales. Así mismo esto no sería posible si no se tiene de antemano la información previa, lo que permitiría que el usuario (madre) pueda estar capacitada para realizar una autoevaluación sobre su estado de salud y la de su niño, esto quiere decir promover una vida saludable, por tal motivo hay que empoderar a las madres sobre la importancia que tiene la alimentación complementaria en los primeros años de vida de sus niños.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones:

- El mayor número de madres que participaron en la investigación son adultos jóvenes entre 20 a 30 años, convivientes, que se desempeñan adicionalmente trabajos independientes, con ingreso mensual de sueldo básico y tienen de 1a 2 hijos.
- El nivel de conocimiento de las madres acerca de la alimentación complementaria en los niños de 6-12 meses es mayoritariamente de medio (52.1%) a bajo (33.8%).
- El nivel de conocimiento de las madres sobre generalidades de la alimentación complementaria, es mayoritariamente de nivel medio (68.8%) a bajo (31.3%).
- El nivel de conocimiento sobre características nutricionales de la alimentación complementaria, es en mayor proporción de nivel medio (46.3%) a bajo (30%).

5.2. Recomendaciones:

En cuanto a lo presentado se recomienda:

Para la investigación:

- Realizar investigaciones con enfoque cuantitativo, cualitativo, mixto al respecto en poblaciones similares o de mayor riesgo.
- Realizar investigaciones de intervención cuasi experimentales a través del trabajo de un equipo multidisciplinario en poblaciones de mayor riesgo.

Para la institución:

- Que el personal profesional de enfermería busque estrategias que replantee la información (afiches, dípticos, o sistemas audiovisuales de enseñanza rápida) durante el tiempo de espera a consulta a las madres en periodo en que sus niños empezaran a la alimentación complementaria.
- Dentro de las estrategias esenciales, la enfermera debe realizar programas de consejería durante el control de crecimiento y desarrollo, para contribuir a la disminución de riesgos o alteraciones que e presente el niño.
- La enfermera junto con otros profesionales (médicos, nutricionistas, otros) realizar un trabajo multidisciplinario poniendo énfasis en el cumplimiento de las estrategias ya propuestas por los gobiernos regionales o central.
- Realizar charlas educativas a las madres desde el inicio del embarazo sobre una buena alimentación complementaria en Centro de Salud.

Para la enfermería:

- Que el Colegio de Enfermeros, entidades formadoras (Universidades), y sociedades científicas actualicen la integración profesional haciéndose presente en las zonas y poblaciones de mayor riesgo según problemática planteada en la actual investigación.
- Promover dentro de los contenidos temáticos en crecimiento y desarrollo, pediatría y salud pública haciendo énfasis en la promoción y prevención en salud mental de la familia, escuela y comunidad en población de mayor riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS Y OPS, “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, Washington, D.C.: OPS, 2010. (29 de Enero 2013). Disponible en:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789275330944_spa.pdf
2. José A. Díaz Colina, Mirelis Díaz Colina, Socorro Ávila, L. Ramírez Ismael, Intervención educativa sobre nutrición en un grupo poblacional con riesgo de malnutrición por defecto.
http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol14_supl2_08/articulos/a1_v14_supl208.htm.
3. OMS, Duración óptima de la lactancia materna exclusiva: Comentario de la BSR (última revisión: 28 de marzo de 2008). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/care_after_childbirth/yscom/es/

4. Dr. Juan Manuel Pereira Pombo Pediatra de Vigo. España.
<http://personal.redestb.es/jpereira/> 200
5. Instituto nacional de estadísticas,
<http://www.inei.gob.pe/web/NotaPrensa/Attach/16355.pdf> (citado el 19 de setiembre 2013)
6. Durand Pinedo, D. Relación entre el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación infantil y el estado nutricional de niños preescolares en la Institución Educativa Inicial N° 111-Callao,[tesis para licenciatura] UNMSM 2008
7. Sáenz Lozada, M. y Camacho Lindo, A. Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá. Oct. /Dec. 2007. Revista de Salud Pública. vol.9.
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000400011
8. Gamboa, E., López, N. Prada Gallo, K. conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable, Marzo 2008,Revista chilena de nutrición, v.35, http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182008000100006&script=sci_abstract
9. Gatica, C., Méndez de Feu, M. Prácticas de alimentación en niños menores de 2 años. Nov. /dic. 2009, Archivos argentinos de pediatría. v.107 http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752009000600005&script=sci_arttext

10. Benites Castañeda, J. Relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado de nutrición del niño de 6 a 12 meses que asisten al consultorio de CRED [tesis para licenciatura] UNMSM 2007.
11. Cárdenas Alfaro, 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 UNMSM [tesis para licenciatura] UNMSM 2009.
12. Unsihuay, Ureta, F., Conocimientos Materno sobre Alimentación Complementaria y Estado Nutricional en el Lactante Menor Huancayo-2009, Lima (citado 1 de junio 2013)
13. Piscoche Torres, N., Conocimientos de los padres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud San Juan de Miraflores, 2011(tesis para licenciatura) UNMSM (citado el 10 de junio del 2013)
14. Galindo Salazar, D., Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud "Nueva Esperanza", 2011 (tesis para licenciatura) UNMSM (citado el 7 de mayo 2013)
15. Pollit, Dense, f. investigación científica en ciencia de la salud. México D. F. MC Graw-Hill. Internacional 2000.

16. Augusto Salazar Bondy, "el punto de vista filosófico" ediciones el Alce. Lima Perú. 1998 pág. 308
17. Bunge Mario "La ciencia, su método y su filosofía" Editorial siglo XX Buenos Aires 1998. Pág. 35.
18. Walon, Henry. "Psicología, ciencia y sociedad". España 1985
19. Rossental. Indin. "Diccionario Filosófico". Ediciones Universo Lima-Perú 1987.
20. Martínez Ocaña, Bertha E y Céspedes Cornejo, Nelly, Metodología de la investigación, estrategias para investigar, primera edición, año 2008, editorial Sánchez S.R.L, página 23.
21. Radio programas del Perú, desnutrición crónica en el Perú
<http://radio.rpp.com.pe/nutricion/desnutricion-cronica-infantil-se-redujo-en-47-segun-endes-2010/> (citado el 19 de setiembre)
22. http://www.shoshan.cl/cartas/carta_601.html (citado 13 de setiembre 2013)
23. http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_8_vin_4/alimentacion_complementaria_1ano_vida.pdf (citado el 16 de setiembre 2013)
24. <http://www.icn.ch/es/about-icn/icn-definition-of-nursing> (citado el 13 de setiembre de 2013)

25. MarrinerTomey Ann, AlligoodRaile Martha, Modelo y Teorías de Enfermería, cuarta edición, España: pag 529
26. <http://biblioms.dyndns.org/Libros/Enfermeria/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>.
27. Minsa, centro nacional de alimentación y nutricional. Indicadores del Programa Articulado Nutricional: Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales (MONIN 2008-2010-CENAN-DEVAN) Lima – Perú 2010 (citado el 25 de Mayo 2013)
- http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/zop/zona_izquierda_1/Informe%20Indicadores%20PAN%20_180111.pdf
28. UNICEF, OPS. Lineamientos de Nutrición Materno Infantil de Perú,2004
- [http://www.unicef.org/lac/Reunion_Sudamericana_de_Alimentacion_y_Nutricion_del_Nino_Pequeno\(2\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Reunion_Sudamericana_de_Alimentacion_y_Nutricion_del_Nino_Pequeno(2).pdf)
29. Rodrigo M y Andrés F, Desnutrición infantil en América Latina y el Caribe,
- [http://www.unicef.org/lac/Desafiosnutricion\(13\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Desafiosnutricion(13).pdf)
30. Martorell y col, 2004 OPS/OMS, principios de orientación para la alimentación Complementaria del niño amamantado (citado el 4 de mayo del 2013)
- http://whqlibdoc.who.int/paho/2003/9275324603_spa.pdf

- 31.OMS/UNICEF 2003, Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (citado el 14 de junio 2013)
http://www.who.int/nutrition/publications/gf_infant_feeding_text_spa.pdf
- 32.Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-1999, servicios básicos de salud. Promoción y educación en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. México: Diario Oficial de la Federación; 1999. p. 1-18.

ANEXOS

ANEXO B



ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA AFILIADA A LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA



NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN MADRES DE NIÑOS DE 6-12 MESES CENTRO DE SALUD MICAELA BASTIDAS.

Madres con niños de 6-12 meses de edad

Presentación:

Buenos días, soy la alumna María Terrones Bardales estudiante de enfermería de Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza. La presente encuesta tiene como objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 12 meses de edad. Este cuestionario es de carácter anónimo y confidencial, por lo cual su opinión al respecto es importante.

Instrucciones:

Marque con un aspa (X) solo una respuesta por pregunta que considere adecuada.

I.- Datos Generales:

Edad de la madre:

De 15 a 20 ()

De 21 a 25 ()

De 26 a 30 ()

De 31 a más ()

Lugar de procedencia:

Costa ()

Sierra ()

Selva ()

Estado civil:

Soltera ()

Casada ()

Conviviente ()

Divorciada ()

Viuda ()

Grado de instrucción:

Primaria ()

Secundaria ()

Superior ()

Técnico ()

Ocupación:

Su casa ()

Independiente ()

Obrera ()

Empleada ()

Ingreso económico mensual:

Entre 500 – 800 ()

entre 801 - 1000 ()

Entre 1001 – 1500 ()

entre 1501 a más ()

Número de hijos:

1- 2 hijos ()

3- 4 hijos ()

5 a más ()

Datos del niño:

Edad en meses del niño:

Sexo:

Masculino ()

Femenino ()

II.- Datos Específicos:

1. La alimentación complementaria es:

- a) Introducción de alimentos sólidos al lactante.
- b) Inicio de alimentos semisólidos + Lactancia Materna.
- c) Inicio de alimentos solo líquidos al niño lactante.

2. Generalmente la alimentación complementaria debe ser indicada por:

- a) El médico, obstetra
- b) La enfermera, nutricionista.
- c) El laboratorista. Técnico

3. La edad de inicio de la alimentación complementaria en el lactante es:

- a) A los 6 meses.
- b) A los 8 meses.
- c) A los 12 meses.

4. A qué edad el niño puede ingerir todos los alimentos de la olla familiar

es:

- a) A los 6 meses
- b) A los 8 meses
- c) A los 12 meses

5. Cuantas veces al día debe comer el niño que inicia la alimentación complementaria:

- a) 2 veces al día.
- b) 4 veces día.
- c) 5 veces día.

6. Los alimentos de origen animal (carne, pollo, pescado) cuantas veces por semana puede comer el niño de 8 meses de edad.

- a) 1 vez por semana
- b) 3 veces por semana
- c) Todos los días

7. Con que tipo de alimento iniciaría el niño de 6-7 meses durante la alimentación:

- a) Papillas espesas (papa, zanahoria, camote)
- b) Sopitas o calditos (sémola, verduras de colores)
- c) Frutas (naranja, mandarina, melón)

8. Es recomendable durante la alimentación dar:

- a) Solo menestras + leche materna.
- b) Solo verduras + pan + leche materna.
- c) Papillas + arroz + compota de camote + carne.

9. Las frutas cocidas al vapor aportan al lactante:

- a) Azúcares y grasas
- b) Vitaminas y minerales
- c) Solo azúcares

10. La consistencia de la comida del lactante según meses de edad es:

- a) Semisólido a los 6 a 9 meses
- b) Solo alimentos líquidos hasta los 12 meses
- c) En trozos a partir de los 12 meses

11. Con que frecuencia se puede dar huevos de codorniz durante la alimentación complementaria:

- a) una vez a la semana.
- b) tres veces por semana
- c) No se debe dar

12. La cantidad que debe consumir el niño de 6 meses en cada comida es:

- a) 2-3 cucharadas
- b) 10 a más cucharadas
- c) 3 a 4 cucharadas

13. Que cantidad de alimento debe ingerir en cada comida el niño de 12 meses:

- a) 1 ½ taza
- b) Media taza
- c) Un cuarto de taza

14. El almuerzo del lactante a partir de los 9 meses es:

- a) Puré + hígado + verduras + jugo de frutas.
- b) Sopa de verduras + puré + agua.
- c) caldito de fideos + compota de frutas + agua.

15. En la comida que se sirve al niño, se le debe agregar:

- a) Una cucharadita de aceite vegetal
- b) Una cucharadita de manteca
- c) No se agrega nada.

16. A qué edad se puede empezar a dar la clara del huevo al niño:

- a) A los 6 meses
- b) A los 10 meses
- c) A los 12 meses

17. A qué edad se recomienda iniciar con cítricos durante la alimentación complementaria a los:

- a) 6 meses
- b) 8 meses
- c) 12 meses

18. El lugar donde se debe dar los alimentos al niño es:

- a) En la sala
- b) En el comedor
- c) En el dormitorio

19. En la alimentación del niño es importante tener en cuenta:

- a) La higiene de utensilios y alimentos
- b) La higiene del niño y manos de la madre
- c) Todas las preguntas anteriores

20. Si se realiza una adecuada alimentación al niño el beneficio físico será:

- a) Que no tome más leche materna
- b) Ganancia de peso y talla
- c) Niño con bajo peso

ANEXO C
HOJA DE CRITERIOS

ITEM	RPTA CORRECTA	VALOR
1	b	1
2	b	1
3	c	1
4	c	1
5	a	1
6	b	1
7	a	1
8	c	1
9	a	1
10	b	1
11	c	1
12	a	1
13	a	1
14	b	1
15	b	1
16	c	1
17	b	1
18	c	1
19	a	1
20	b	1

Se considerara en el cuestionario preguntas con valores de:

1 punto para respuestas correctas

0 para respuestas incorrectas

Total de puntaje será de 20 puntos

Valor final mediante Staninos:

ANEXO D



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN TRABAJO DE INVESTIGACION



Buenos días, mi nombre es María Terrones Bardales egresada de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza afiliada a la Universidad Ricardo Palma, responsable del trabajo de investigación” titulado nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6-12 meses Centro de Salud Micaela Bastidas”

La presente investigación es para invitarle a participar del presente estudio, que tiene como objetivo: determinar el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 12 meses del Centro de Salud Micaela Bastidas.

Para participar del estudio usted tiene que llenar un cuestionario de manera anónima sobre el nivel de conocimiento de las madres en la alimentación complementaria en niños de 6-12 meses de edad lo cual le demandara un tiempo de 15 minutos.

La información que usted brinde será de uso exclusivo del investigador y se tendrá la debida confiabilidad.

La participación en este estudio es voluntaria. Si usted desea participar, en caso de no aceptar participar en este estudio, no se tomará ninguna represalia en contra de su persona, asimismo puede decidir retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar motivo alguno.

Yo.....dejo constancia que se me ha explicado en que consiste el estudio. Confirmo que el estudiante encargado de realizar el estudio, me ha explicado las actividades a desarrollar y estoy satisfecha con las explicaciones. Confirmo también que he tenido la posibilidad de hacer preguntas relacionadas al estudio y han sido resueltas, asimismo, tuve el tiempo y la posibilidad de leer la información y decidir de participar o no en el presente estudio.

Nombre del contacto

Si tuviera alguna duda sobre el estudio puede comunicarse con la señorita María Terrones al teléfono: 6502513 quien es la responsable del estudio.

Por lo mencionado doy mi consentimiento voluntario para participar en el estudio.

Nombre de la participante

María terrones

ANEXO E

VALIDEZ INSTRUMENTO POR JUECES EXPERTOS (PRUEBA BINOMIAL)

Ítems	JUECES EXPERTOS										p
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0.011
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001
8	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0.172
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.001
10	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0.011
$\sum p =$											0.194

Si la respuesta es:

0= Negativo

1= Positiva

n=10 expertos

$$p \frac{\sum p 0.194}{N \text{ criterios } 10} = \mathbf{0.0194}$$

Si $p < 0.05$, la prueba es significativa, por lo tanto el grado de concordancia es significativo y el instrumento es válido según la prueba Binomial aplicada. Por lo cual de acuerdo al resultado obtenido por cada juez existe concordancia en 10 ítems. El valor final de la validación es 0.0194 por lo cual si existe concordancia entre los expertos tomando en cuenta todos los ítems.

ANEXO F

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

PRUEBA KUDER RICHARSON

Dimensión	n	KR-20	Confiabilidad
Generalidades	7	0.6686	Aceptable
Características	13	0.8425	Aceptable

COEFICIENTE KUDER RICHARSON KR-20

$$r_{ii} = \frac{n}{n-1} * \frac{V_t - \sum pq}{V_t}$$

En donde:

r_{ii} = coeficiente de confiabilidad.

N = número de ítems que contiene el instrumento.

V_t = varianza total de la prueba.

$\sum pq$ = sumatoria de la varianza individual de los ítems.

Una confiabilidad es buena cuando su coeficiente se acerca a 1 y es mayor que .5, por lo cual la confiabilidad del instrumento es **Aceptable**, tomando en cuenta todos los ítems de cada dimensión.

ANEXO G

TAMAÑO DE LA MUESTRA: MUESTREO PROBABILÍSTICO (POBLACION FINITA)

$$n = \frac{Z^2 a N x p x q}{i^2 (N-1) + Z^2 a x p x q}$$

n = tamaño de muestra

N = tamaño de población

Z = valor correspondiente a la distribución de Gauss 1.96 para a = 0.05

P = si se desconoce opción desfavorable (p=0.5) que aumenta la muestra
aplicar

q= probabilidad de fracaso 1-p (si p= 50%, q =50%)

i = margen de error de 0.05previsible

Para un nivel de confianza del 95% con población finita

La fórmula se presenta de la siguiente manera:

$$n = \frac{(100) (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2 (100-1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)} = \frac{96.04}{1.2079} = 79.50989$$

ANEXO H
ESCALA DE VALORACIÓN

(Escala de Estaninos)

Nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria

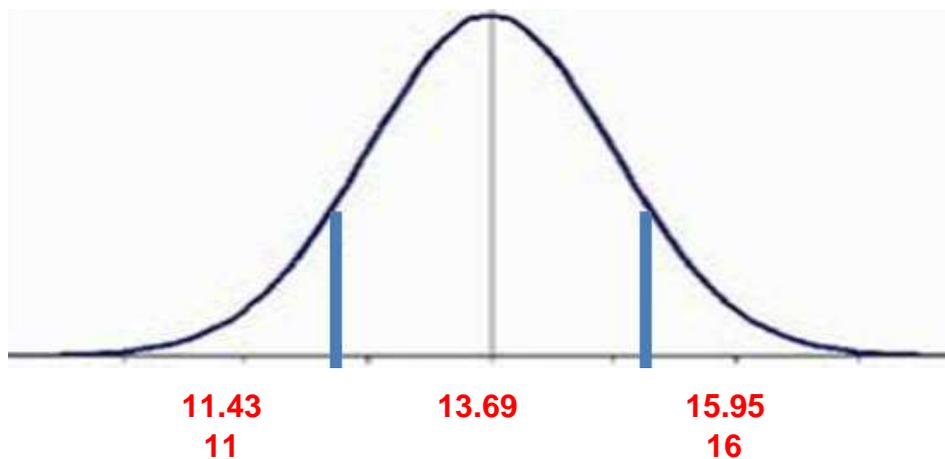
ESTANINO

MEDIA **13.69**
DESVIACION **3.01**

FORMULA ESTANINOS

Estanino= X +/- 0.75 (S)

A: **11.43**
B: **15.95**
MEDIA **13.69**



Alto **10 14.1%**
Medio **37 52.1%**
Bajo **24 33.8%**
71

Rangos	de	a
Alto	17	20
Medio	12	16
Bajo	4	11

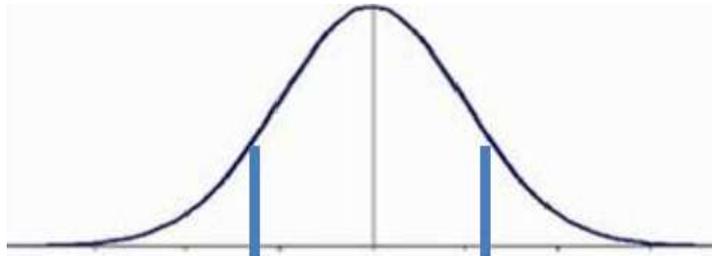
Generalidades

ESTANINO

MEDIA 5.98
DESVIACION 1.20

FORMULA
ESTANINOS
Estanino= $X \pm 0.75 (S)$

A: 5.07
B: 6.88
MEDIA 5.98



5.07 **5.98** **6.88**
5 **7**

Alto **0** **0.0%**
Medio **55** **68.8%**
Bajo **25** **31.3%**
80

Rangos	de	a
Alto		
Medio	6	7
Bajo	0	5

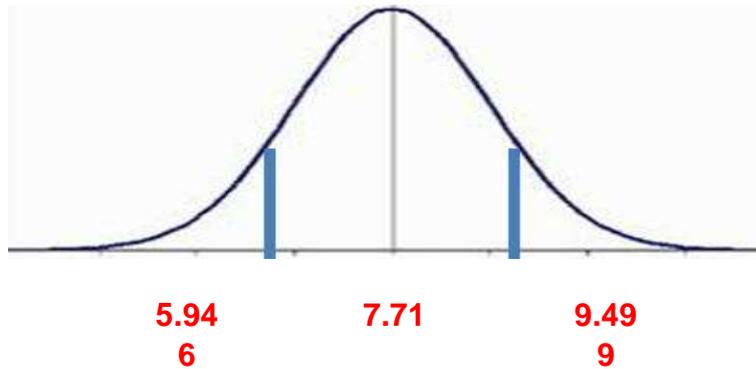
Características

ESTANINOS

MEDIA 7.71
DESVIACION 2.37

FORMULA
ESTANINOS
Estanino= $X \pm 0.75 (S)$

A: 5.94
B: 9.49
MEDIA 7.71



Alto	19	23.8%
Medio	37	46.3%
Bajo	24	30.0%
	80	

Rangos	de	a
Alto	10	13
Medio	7	9
Bajo	2	6

ANEXO I
Nivel de Conocimiento sobre Alimentación Complementaria en madres
según dimensiones e indicadores CS Micaela Bastidas Ate
Febrero - 2013

		Correctas		Incorrectas	
		n	%	n	%
GENERALIDADES	Definición				
	1. La alimentación complementaria es (alimentos semisólidos+LM)	73	91,3%	7	8,8%
	Inicio				
	2. Generalmente la alimentación complementaria debe ser indicada por (enfermera – nutricionista)	75	93,8%	5	6,3%
	Edad del inicio				
	3. La edad de inicio de la alimentación complementaria en el lactante es (6 meses)	69	86,3%	11	13,8%
	Consumo de Olla Familiar				
	4. Edad en que el niño puede ingerir todos los alimentos de la olla familiar es (meses 12)	63	78,8%	17	21,3%
CARACTERÍSTICAS	Higiene				
	18. El lugar donde se debe dar los alimentos al niño lactante es: (comedor)	70	87,5%	10	12,5%
	19. En la alimentación del niño es importante tener en cuenta: (todas anteriores)	56	70,0%	24	30,0%
	Beneficios				
	20. Si se realiza una adecuada alimentación al niño el beneficio físico será: (peso-talla)	72	90,0%	8	10,0%
	Frecuencia				
	5. Cuantas veces al día debe comer el niño que inicia la alimentación complementaria (2 veces al día)	43	53,8%	37	46,3%
	6. Los alimentos de origen animal (carne, pollo, pescado) cuantas veces por semana puede comer el niño de 8 meses de edad (3 veces por semana)	38	47,5%	42	52,5%
11. Con que frecuencia se puede dar huevos de codorniz durante la alimentación complementaria: (3 veces a la semana)	43	53,8%	37	46,3%	
Consistencia					
7. Con qué tipo de alimento debe iniciar la alimentación complementaria en el niño de 6-7 meses (papillas espesas)	53	66,3%	27	33,8%	
10. La consistencia de la comida del lactante según meses de edad es: (semisólidos)	42	52,5%	38	47,5%	
Calidad					
8. Es recomendable durante la alimentación complementaria dar:	56	70,0%	24	30,0%	
9. Las frutas cocidas al vapor aportan al lactante:	61	76,3%	19	23,8%	
14. El almuerzo del lactante a partir de los 9 meses es:	59	73,8%	21	26,3%	
15. En la comida que se sirve al niño, se le debe agregar:	49	61,3%	31	38,8%	
Cantidad					
12. La cantidad que debe consumir el niño de 6 meses en cada comida es: (2-3 cucharadas)	48	60,0%	32	40,0%	
13. Que cantidad de alimento debe ingerir en cada comida el niño de 12 meses (taza ½)	40	50,0%	40	50,0%	
Inclusión alimentoalérgeno					
16. A qué edad se puede empezar a dar la clara del huevo al niño lactante: (12 meses)	42	52,5%	38	47,5%	
17. A qué edad se recomienda iniciar con cítricos durante la alimentación complementaria: (12 meses)	43	53,8%	37	46,3%	

ANEXO J

PERÚ	Ministerio de Salud	DIRECCIÓN DE SALUD IV LIMA ESTE	DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ "Año de la Integración Nacional y el Reconocimiento de Nuestra Diversidad"
------	---------------------	---------------------------------	---

CONSTANCIA N° 052

AUTORIZACION DE INICIO DE PROYECTO

Expediente N° 23100 y 32647 - 2012

El Director General de la Dirección de Salud IV Lima Este por medio de la presente deja constancia que a la:

Srta. MARIA TERRONES BARDALES

Investigadora principal del Proyecto de Investigación denominado: "**Nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y crecimiento del niño de 6 - 12 meses de edad centro de salud Micaela Bastidas Ate**", luego de la revisión del protocolo por el área de investigación, levantamiento de observaciones por parte del investigador y con la aprobación del comité de ética en investigación, se le **AUTORIZA** el desarrollo del mismo, sujeto a las características que se indican en esta comunicación:

El desarrollo del Proyecto de investigación se realizará en el ámbito de la dirección de Salud IV Lima Este según lo establecido en el proyecto.

Así mismo, hacemos de su conocimiento, que la Oficina de Epidemiología – área de investigación en salud realizará el monitoreo respectivo del proyecto, en cualquier etapa de su desarrollo, y que al término del estudio, **deberá remitirnos un impreso del Informe Final** con los resultados obtenidos para uso Institucional.

La presente tendrá una vigencia para el inicio del desarrollo del proyecto, de 30 días útiles, contados a partir de la recepción de la misma, y una vigencia hasta el 28 de Diciembre del 2013, no obstante la DISA IV Lima Este, podrá dejar sin efecto el desarrollo del proyecto de investigación, si las condiciones para la autorización del mismo se modificaran. Los trámites para su renovación deberán iniciarse 30 días previos a su vencimiento.

El Agustino, 28 de Diciembre de 2012.

Atentamente



LAFT/EAS/DMS



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL
Dirección de Salud IV Lima Este



MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud IV Lima Este
Dr. Luis Alberto Fuentes Tafur
Director General

www.limaeste.gob.pe

Av. Cesar Vallejo Cdra 13
El Agustino, Lima 10, Perú
T (511) 363-0909 - Fax 362-7056

El Agustino, 31 de Diciembre del 2012

OFICIO N° 6415 - 2012-DG/OE- 753 -DISA IV LE

Magister
SOR FELIPA GASTULO MORANTE
Directora
Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza.
Presente -

ASUNTO : Constancia de Autorización de Inicio de Proyecto
REFERENCIA : Exp. N° 23100 y 32647-2012

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y atención al documento de la referencia, a través del cual solicita la autorización para ejecución del Proyecto de Investigación denominado "Nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y crecimiento del niño de 6 - 12 meses de edad, centro de salud Micaela Bastidas Ate ", informarle que dicho documento ha sido revisado por el área de Investigación - Oficina de Epidemiología y el Comité de Ética de la DISA IV Lima este, no encontrándose observación alguna.

En tal sentido, se remite la constancia de aprobación, para el inicio del Proyecto de Investigación antes mencionado para que proceda en su ejecución.

Asimismo, es necesario recordarle que se considera importante nos remite un informe sobre los avances en la ejecución del proyecto y término del mismo una copia del informe final para uso institucional.

Agradeciéndole anticipadamente por la atención que brinde al presente, es propicia la ocasión para reiterarles los sentimientos de mi consideración y estima personal.

Atentamente,



MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud IV Lima Este
Dr. Luis Alberto Fuentes Tafur
Director General



CC: Archivo



www.limaeste.gob.pe

Av. César Vallejo cdra. 13
El Agustino, Lima 10, Perú
Telf. 3630909 Cel. 984343245