



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA



AFILIADA A LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA DEL LACTANTE MENOR DE UN AÑO
PARA MEJORAMIENTO DEL ESTADO NUTRICIONAL Y
DESARROLLO
PSICOMOTOR ATE**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Geraldine Dina Vilca Herrada

Geraldine Dina Vilca Herrada

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL
LACTANTE MENOR DE UN AÑO PARA
MEJORAMIENTO DEL ESTADO NUTRICIONAL Y
DESARROLLO
PSICOMOTOR ATE**

ASESORA: Mag. María Evelina Gastulo Moran

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación está dedicado a mi padre que me ha apoyado día y noche, dándome fuerzas para continuar y nunca desistir ante la adversidad; a mi madre que me guía desde el cielo en cada paso que doy en la vida.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi agradecimiento a la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza por todos los conocimientos y enseñanzas, me sirvieron para poder hacer realidad este trabajo. En especial a mi asesora la Mag. María Evelina Gastulo Morante por su apoyo y dedicación.

A la Lic. Janeth Valera jefa de enfermeras del Centro de Salud Micaela Bastidas por brindarme la confianza y seguridad para aplicar mi trabajo.

RESUMEN

Introducción: La malnutrición es un problema que amenaza el desarrollo y crecimiento de los niños, es necesario continuar creando estrategias que ayuden a su control. **Objetivo:** Determinar la efectividad de una intervención educativa sobre alimentación complementaria desarrollada con las madres para el mejoramiento del estado nutricional y desarrollo psicomotor en lactantes de 6 meses en el Centro de Salud Micaela Bastidas, Ate 2015. **Metodología.** Estudio de tipo cuantitativo, diseño pre-experimental, con una muestra de 19 lactantes seleccionados por muestreo no probabilístico. Para recolectar los datos del conocimiento se utilizó la técnica de encuesta y como instrumento un cuestionario; para las prácticas se utilizó la guía de observación, para el estado nutricional se utilizó la lista de recolección de datos nutricionales y para el desarrollo psicomotor el EEDP. **Resultados:** Las madres antes de la aplicación tenían un nivel de conocimiento medio y alto, 34% en ambos niveles y posterior a la intervención, alcanzaron el 100% un nivel alto; en las prácticas se observó que el 50% las realizaba de manera adecuada antes de la intervención, posterior a la educación aumentaron en un 100%; los lactantes mejoraron su estado nutricional en peso y talla; asimismo mejoraron el nivel de hemoglobina en un 80%; por último, no se encontró cambio significativo en el desarrollo psicomotor. **Conclusiones:** La educación de enfermería tuvo efecto significativo porque incrementó el estado nutricional, además que contribuyó a la salud comunitaria y la protección de la salud del niño.

Palabras clave: Alimentación complementaria, estado nutricional, desarrollo, lactante, enfermería.

ABSTRACT

Introduction: Malnutrition is a problem that threatens the development and growth of children, being necessary to create strategies that will help your control. **Objective:** To determine the effectiveness of an educational intervention, developed with supplementary feeding mothers, to improve the nutritional status and psychomotor development in infants 6 months Health Center Micaela Bastidas, Ate 2015. **Methodology.** Quantitative study, pre-experimental design with a sample of 19 infants selected by non-probability sampling. To collect the data of knowledge survey technique was used as an instrument and a questionnaire; for practical guidance observations was used to list the nutritional status nutritional data collection and psychomotor development for the EEDP was used. **Results:** The mothers had a medium level of knowledge by 34% before application of the intervention and after this, reached a high level by 100%, in practice it was observed that 50% of performed properly before of, after education intervention increased by 100%; infants improved their nutritional status in weight and height also in the hemoglobin level at 80%, finally, no significant change was found in the psychomotor development. **Conclusions:** Nursing education had a significant effect because it also increased the nutritional status that contributed to community health and protection of children's health.

Keyword: complementary feeding, nutritional status, development, nursing, nursing.

INDICE

INTRODUCCIÓN	14
CAPÍTULO 1 PROBLEMA.....	16
1.1 Planteamiento del Problema.....	16
1.2 Formulación del Problema	5
1.3 Objetivos	5
1.3.1 Objetivo General.....	5
1.3.2 Objetivos Específicos.....	7
1.4 Justificación del Problema	7
1.5 Limitación	9
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.....	10
2.1 Antecedentes Internacionales	10
2.2 Antecedentes Nacionales	12
2.3 Base Teórica.....	14
2.4 Definición de Términos	41
2.5 Hipótesis	42
2.6 Variables y Operacionalización de variables	44
CAPÍTULO 3 : METODOLOGÍA	42
3.1 Enfoque de la Investigación	42
3.2 Tipo y Método de la Investigación.....	42
3.3 Diseño de la investigación.....	43
3.4 Lugar de Ejecución de la Investigación	43
3.5 Población, muestra, selección y unidad de análisis	44
3.6 Criterio de Inclusión y Exclusión	44
3.7 Instrumentos y técnicas de recolección.....	46
3.8 Procedimiento de recolección de datos.....	48
3.9 Análisis de Datos.....	49
3.10 Aspectos éticos	50
CAPÍTULO 4 : RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	52
4.1 Resultados	52
4.2 Discusión.....	62
CAPÍTULO 5 : CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	71
5.1 Conclusiones	71

5.2 Recomendaciones	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
Anexo	94

INTRODUCCIÓN

La investigación está enfocada en una intervención educativa sobre alimentación complementaria del lactante menor de un año para mejoramiento del estado nutricional y desarrollo psicomotor, se encuentra en la línea de investigación de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza de la Promoción y Desarrollo de la Salud del Niño y Adolescente.

La anemia y la desnutrición son problemas que han afectado a la población peruana durante décadas, el desarrollo de estrategias a nivel multisectorial está permitiendo disminuir la problemática. La educación juega un papel indispensable, es por eso la necesidad de aplicar intervenciones de calidad que permitan mejorar los conocimientos y prácticas de las madres para conseguir niños sanos y bien nutridos.

El objetivo de la investigación es determinar la efectividad de una intervención educativa sobre alimentación complementaria desarrollada con las madres para el mejoramiento del estado nutricional y desarrollo psicomotor en lactantes de 6 meses en el Centro de Salud Micaela Bastidas, Ate 2015.

Los resultados obtenidos en el estudio permitieron proponer estrategias dirigidas a mejorar el aporte educativo, tanto en conocimiento como en práctica de las madres con repercusiones en el estado nutricional y desarrollo psicomotor de los lactantes.

La investigación se presenta en cinco capítulos; el primer capítulo comprende el planteamiento del problema, formulación del problema, objetivo general, objetivos específicos, justificación y limitaciones. En el segundo capítulo se presenta el marco teórico constituido por los antecedentes internacionales, antecedentes nacionales, base teórica, definición de términos, variables y operacionalización de variables.

En el tercer capítulo se expone la metodología que abarca el enfoque, tipo, método y diseño de la investigación, lugar de ejecución de la investigación, población, muestra, selección y unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión, instrumento y técnicas de recolección de datos, procedimientos de recolección de datos, análisis de datos y aspectos éticos. En el cuarto capítulo se presentan los resultados obtenidos y la discusión. Por último, en el quinto capítulo se consideran las conclusiones y recomendaciones oportunas acerca del estudio.

Se adjuntan las referencias bibliográficas, anexos donde se evidencia la operacionalización de variables, instrumento, validez del instrumento, confiabilidad del instrumento y consentimiento informado, constancia de autorización para ejecución de la investigación, carta del Comité de Ética de la institución DISA IV Lima Este.

CAPÍTULO 1 PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema

La nutrición es uno de los requisitos básicos para el funcionamiento correcto del cuerpo. El consumo adecuado de alimentos durante la niñez es esencial para asegurar el máximo potencial de crecimiento y desarrollo en esta etapa.¹La Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en la Estrategia Mundial, plantean que para una alimentación infantil optima existen dos componentes esenciales: la leche materna desde el nacimiento hasta los dos años de edad y la alimentación complementaria a partir de los 6 meses hasta los dos años.²

El periodo de la alimentación complementaria en el niño es de suma importancia en la nutrición; la mala calidad de los alimentos, inadecuadas prácticas de preparación e introducción en un tiempo inapropiado en la dieta pone al niño en alto riesgo de contraer enfermedades como la desnutrición, anemia y otras afecciones.

Según la OMS son pocos los niños que reciben alimentación complementaria segura y adecuada desde el punto de vista nutricional; en muchos países, solo un tercio de los niños de 6 a 23 meses son alimentados correctamente cumpliendo los criterios de diversidad y frecuencia de las comidas de acuerdo a su edad.³UNICEF en el año 2008, estimó que 600.000 muertes en los menores de cinco años pudieron prevenirse con la garantía de una alimentación complementaria correcta.^{4,5}

Según la investigación realizada por Cruz y, et al. ⁶, la mayoría de madres en su estudio terminaron de dar de lactar a sus hijos de manera precoz e introdujeron líquidos u otros alimentos antes de los 6 meses en la dieta del lactante, solo un grupo pequeño (12%) de padres iniciaron en el tiempo oportuno la alimentación complementaria.

La desnutrición es uno de los principales factores de enfermedad, discapacidad y de mortalidad en la infancia.⁸ Es resaltante la afección que puede producir en el cerebro, puesto que puede reducir el rendimiento escolar y a posteriori la productividad para los ingresos económicos de un país.

Entre los factores que producen la enfermedad, están la ingesta insuficiente de nutrientes (cantidad y calidad), falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas, estas son el resultado de la falta de acceso a los alimentos, saneamiento insalubre y las prácticas deficientes de cuidado y alimentación; la raíz de lo expuesto son los factores sociales, económicos y sociales como la pobreza, desigualdad y educación deficiente de las madres.⁹

Esta enfermedad forma parte de la problemática mundial; tres cuartas partes de los niños con desnutrición crónica se encuentran en África subsahariana y el sur de Asia. En el 2011, los cinco primeros países con desnutrición crónica en menores de 5 años fueron: India (61,7 millones), Nigeria (11 millones), Pakistán (9,6 millones), China (8 millones) e Indonesia (7,5 millones).⁷

La cronicidad de la desnutrición infantil en América Latina y el Caribe fue de 6,9 millones en el 2012, con una significativa reducción en las últimas dos décadas. La prevalencia de la desnutrición crónica en Guatemala es de 54,5%; en Bolivia es 32,6%. En general, la prevalencia de desnutrición aguda es menor al 9 % en casi todos los países de Latinoamérica, exceptuando Haití (19,2 %), Guatemala (18,0 %) y Honduras (12,5%). En Sudamérica los países más afectados son Ecuador, Bolivia y Perú, donde la prevalencia de

desnutrición crónica es cuatro o cinco veces mayor a la de los niños con peso bajo.^{12,13}

En la población peruana infantil la desnutrición es uno de los principales problemas debido a que predispone al niño al contagio de múltiples enfermedades infecciosas y al aumento del índice de mortalidad y morbilidad; afectando su crecimiento – desarrollo, lo que posteriormente puede conllevar a repercusiones en el avance del país. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en el año 2008 el Perú fue el país de América del Sur con la mayor tasa de desnutrición crónica infantil entre los niños y niñas de 0 a 5 años (30% de afectados en la población peruana).¹⁴

En el 2009, Perú padeció las mayores diferencias internas en relación a la desnutrición crónica; el promedio nacional de la prevalencia del retraso del crecimiento lineal es de 14,4%, pero los rangos varían desde un rango bajo de 2% en Tacna a uno elevado de 43% en Huancavelica.¹⁵

El Sistema Metropolitano de Solidaridad (SISOL) ha realizado estudios en poblaciones vulnerables de acuerdo a los distritos de la capital del país, mostrando que las cifras de desnutrición crónica alcanzan el 54% superando a gran distancia el promedio nacional, que está en 14,4% según la OMS. El porcentaje más alto de desnutrición crónica está en San Juan de Lurigancho con 54%, seguido de Villa María del Triunfo (42%) y Ate (41%). En el caso de desnutrición aguda Ate registra el 31%, San Juan de Lurigancho (28%), y Villa María del Triunfo (24%).¹⁶

El alcalde de Ate - Vitarte, en su gestión 2011-2015, implementó el programa “Cero Desnutrición Infantil en Ate” de 0 a 12 años de edad. El proyecto La Vaca Mecánica, distribuido a escolares, organizaciones sociales, instituciones eclesiásticas, adultos mayores, madres gestantes y el lanzamiento del proyecto NUTRIWAWA en Lima Este.¹⁷

Referente al Centro de Salud Micaela Bastidas, lugar donde se realizó el estudio de investigación, en el último año se ha incrementado en un 50% el número de atenciones en el servicio de crecimiento y desarrollo resaltando la asistencia de un gran número de madres jóvenes primerizas. Además, se observó en los últimos 4 meses previos al estudio, que el 60% de lactantes menores de 1 año presentaba anemia.

El principal motivo para la realización del trabajo de investigación es el porcentaje estadístico infantil en Perú que todavía presentan anemia (43,5%) y desnutrición crónica (14,4%) de acuerdo a los registros del 2015 Minsa Perú. Lograr tener niños con un crecimiento y desarrollo adecuado es una responsabilidad de todos, así que aportar con la educación de un grupo de madres fue mi compromiso al aplicar las sesiones educativas en el Centro de Salud, contribuyendo a la solución del problema de la niñez.

Por lo expuesto surge la necesidad de investigar esta temática, considerando que es la madre quien tiene un papel esencial en el crecimiento y desarrollo integral del hijo. La importancia radica en asegurar un adecuado porvenir de la persona y la construcción de un óptimo capital social, este último considerado elemento básico para romper el ciclo de pobreza y reducir las brechas de inequidad. ¹⁸

1.2 Formulación del Problema

¿Cuál es la efectividad de una intervención educativa sobre la alimentación complementaria desarrollada con las madres para el mejoramiento del estado nutricional y desarrollo psicomotor en lactantes de 6 meses de edad en el Centro de Salud Micaela Bastidas, Ate 2015?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar la efectividad de la intervención educativa sobre alimentación complementaria desarrollada con las madres, para el mejoramiento del estado nutricional y desarrollo

psicomotor en lactantes de 6 meses de edad en el Centro de Salud Micaela Bastidas, Ate
2015.

1.3.2 Objetivos Específicos

Describir las características socio demográficas de la madre.

Comparar el nivel de conocimientos sobre la alimentación complementaria antes y después de la intervención educativa.

Identificar las habilidades prácticas en la preparación de los alimentos de 6 y 7-8 meses antes y después de las intervenciones educativas.

Evaluar la diferencia en el estado nutricional en los lactantes de las madres que recibieron la intervención, según indicadores antropométricos y bioquímicos antes y después de la intervención.

Evaluar la diferencia en el desarrollo psicomotor en el lactante antes y después de la intervención educativa.

1.4 Justificación del Problema

En la actualidad, según CEPAL ¹⁴ en el territorio peruano todavía existe un alto porcentaje de lactantes con desnutrición y anemia, enfermedades que ponen en riesgo la integridad del infante; causantes en parte de la permanente tasa de morbilidad infantil. Desde tiempos antiguos se dice que los niños son el futuro del país, pero ¿Cuál es el porvenir, si no van a contar con los recursos necesarios para desarrollar sus habilidades al máximo?

Es importante una alimentación adecuada desde pequeños, sobre todo a los 6 meses, edad que el lactante comienza a comer, este proceso al ser una adaptación corporal pone al lactante en riesgo de sufrir alteraciones en su crecimiento y desarrollo. El trabajo de

promoción en salud nutricional infantil tiene por finalidad empoderar a las madres de familia con los conocimientos necesarios y prácticas apropiadas que garanticen un cuidado de calidad hacia sus hijos esperando un buen efecto en el estado nutricional y desarrollo psicomotor del niño.

Si el sistema de salud peruano (MINSA, DIRESA, DIGESA, DISAS, redes y micro-redes) no incrementa su trabajo en la promoción y prevención de la salud nutricional infantil, las repercusiones personales y en su entorno a corto y largo plazo seguirán generando una problemática local, distrital, provincial, departamental y por último nacional que será fuente de inestabilidad social, económica, cultural y política.

La justificación utilizada en el trabajo es de tipo práctico educativo, la aplicación de intervenciones educativas surge como una necesidad para contribuir en el incremento del conocimiento y mejoramiento de las habilidades en la preparación de la alimentación complementaria desarrollada por las madres.

El estudio se ha realizado en el Centro de Salud Micaela Bastidas Ate. Los resultados serán entregados al jefe del Centro de Salud, para su conocimiento y divulgación al personal de salud que labora en dicho plantel, haciendo énfasis en el profesional de enfermería para buscar estrategias educativas permanentes que contribuyan a mejorar la alimentación del infante basada en los pilares de nutrición infantil (frecuencia, consistencia, calidad y cantidad) por medio de la sensibilización a la población, se busca la participación activa de los miembros del Asentamiento Humano Micaela Bastidas del distrito de Ate.

1.5 Limitación

Es un muestreo no probabilístico, no podrán generalizar los resultados para otros estudios similares; es decir, los resultados son únicamente para la población de este estudio. Además, de la escasez de información de estudios previos.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1 Antecedentes Internacionales

Zhang, Shi, et al. (2013). Intervención educativa sobre alimentación complementaria para mejorar las prácticas de alimentación infantil y el crecimiento en la China rural. El objetivo fue determinar la efectividad de una intervención educativa sobre alimentación complementaria para mejorar las prácticas de alimentación infantil y el crecimiento en la China rural. El estudio fue controlado de manera aleatoria grupal, con una población de 599 niños que se inscribieron cuando tenían 2-4 meses de edad, con un seguimiento a las edades de 6, 9, 12, 15 y 18 meses. En los resultados el grupo de intervención logra un mejor conocimiento y prácticas relacionadas con la alimentación complementaria, y las puntuaciones del CICI significativamente más altos en cada punto de seguimiento. Los niños en el grupo de intervención logran mayores puntuaciones Z de peso para la edad y peso para la talla que el control a los 18 meses de edad, y eran menos propensos a tener retraso en el crecimiento. El modelo mixto mostró que el grupo de intervención logra significativamente mejor crecimiento lineal con el tiempo, incluyendo WAZ (P =

0,016), PPT (P = 0,030) y HAZ (P = 0,078). Estos resultados indican que una intervención educativa otorgado por el profesional de salud puede mejorar el conocimiento y las prácticas de alimentación complementaria de los cuidadores y en última instancia mejorar el crecimiento de los niños.¹⁹

Rodriguez L, Pizarro T, Benavides M, Atalash F. (2007). Evaluación del impacto de una intervención alimentario nutricional en niños chilenos con malnutrición por déficit. El objetivo fue evaluar el efecto de esta intervención en la evolución de los indicadores antropométricos y estado nutricional de menores de 6 años en riesgo y desnutridos. El diseño del estudio fue cohorte retrospectiva con una población de 1 576 niños ingresados al programa 6 meses atrás en 300 establecimientos de atención primaria. En los resultados el 80% de la muestra presentaba riesgo nutricional y el resto desnutrición. En 6 meses la mediana de cambio del puntaje Z en niños que ingresaron con valores < - 2 DE fue de + 0,3 DE (95% IC 0,3-0,3) para peso-edad, + 0,3 DE (0,3-0,4) para talla-edad y +0,5 DE (0,3-0,6) para peso-talla. El cambio fue menor (aproximadamente + 0,1 DE para el grupo en riesgo nutricional. El 44 al 69% de los niños desnutridos mejoró parcialmente o normalizó su estado nutricional según los diferentes indicadores (p < 0,001). El factor más determinante de una mejor evolución fue un mayor déficit nutricional inicial (OR 4,4 IC 3,2-6,1 p < 0,001, para la relación peso-edad). Concluyeron que el programa tuvo un efecto positivo en la recuperación de los niños con

desnutrición y evita un mayor deterioro nutricional en los niños en riesgo.²⁰

Mellado. (2005). Intervención educativa a madres de niños menores de un año de edad para elevar el nivel de conocimiento sobre nutrición en un sector del municipio de Zacualpa, Guatemala, abril- setiembre 2005. El objetivo fue elevar el nivel de conocimientos de todas las madres de niños menores de un año sobre nutrición. El estudio tiene el diseño cuasi-experimental, con una población total de 60 progenitoras, la intervención se dividió en tres etapas. En los resultados la edad de las madres más frecuente es entre 20 y 29 años siendo el 68,33% de ellas amas de casa. Las madres con varios hijos (45) representan un 75% sobre las madres con un solo hijo que fueron (15) con un 25%. De un total de 12 madres aprobadas en la primera encuesta solo 5 madres (8.33%) entre 20-29 años edad aprobaron. Se concluye la efectividad del proceso ya que fue capaz de elevar el nivel de conocimiento en nutrición de

más del 90% de todas las madres de niños menores de un año que participaron en la intervención. ²¹

Bhandarinita, et al. Una intervención educativa para promover prácticas de alimentación complementaria adecuada y el crecimiento físico de los bebés y niños pequeños en Haryana rural, India. El objetivo fue evaluar la efectividad de una intervención educativa para promover prácticas de alimentación complementaria adecuadas que sean factibles de mantener con los recursos existentes. En ocho comunidades del estado de Haryana, India, 2004. Estudio cuasi experimental, con una población de 1.115 niños nacidos entre octubre de 1999 - junio de 2000 y una muestra de 450 niños en ocho comunidades. En los resultados, las medidas de resultado principales fueron el peso y la longitud a los 6, 9, 12, y 18 meses y las prácticas de alimentación complementaria a las 9 y 18 meses. Se concluyó la factibilidad de mejorar las prácticas de alimentación complementaria a través de los servicios existentes, pero el efecto en el

crecimiento físico es limitado. Resaltando que deben entenderse mejor los factores que limitan el crecimiento físico en esas circunstancias, para planificar los programas de nutrición más eficaz.²²

2.2 Antecedentes Nacionales

Cisneros E, Vallejos Y. (2015). Efectividad del programa educativo en conocimiento, prácticas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6-24 meses- Reque 2014. El objetivo fue determinar la efectividad del programa educativo en los conocimientos, prácticas y actitudes sobre alimentación complementaria en las madres. Estudio cuantitativo, cuasi- experimental con una muestra de 30 madres. En los resultados, en 95% se estimó que el programa tuvo un efecto significativo en el conocimiento en las madres de los niños de 6 a 24 meses. En el post—test el 96,7% de madres alcanzaron un nivel de conocimiento alto, luego en prácticas se muestra el 76% de las madres con una práctica adecuada, y el 24% prácticas inadecuadas, finalmente 6,7% de madres tiene actitudes inadecuadas, asimismo el 93,3% de

las madres tiene actitudes adecuadas.²³

Mamani. (2008) Efectividad del programa educativo “niños sano y bien nutrido” para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas en seguridad nutricional aplicado a madres con niños menores de 1 año del Centro Salud, Moyopampa, Chosica-Lima. El objetivo fue determinar la efectividad del Programa Educativo “niño sano y bien nutrido” respecto a conocimientos, actitudes y prácticas en seguridad nutricional aplicado a madres con niños menores de 1 año en el Centro de Salud Moyopampa, Chosica-Lima,2008; estudio de diseño cuasi-experimental su muestra fue 44 madres divididas en dos grupos: n=22 para grupo control y n=22 para grupo experimental. En los

resultados, el grupo experimental incrementó su nivel de conocimiento de un promedio de 7,1 a 16,4 en comparación con el grupo control que tuvo un promedio de 7,2 a 7,6 ($p < 0,05$). En actitud, el grupo experimental presentó un promedio de 4,9 a 8,3 en comparación con el grupo control que disminuyó de 5,8 a 0,7 ($p < 0,05$); respecto a las prácticas sobre seguridad nutricional el grupo experimental mostró un promedio de 4,6 a 14,0, mientras que el grupo control tuvo un promedio de 4,6 a 6,0. Se concluyó que los resultados del grupo experimental fueron efectivos respecto al grupo control en cuanto a conocimientos, actitudes y prácticas en las madres con niños menores de un año.²⁴

Soncco. (2005). Efectividad del programa educativo para la mejora de prácticas de alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 12 meses de edad, en el asentamiento humano Los Olmos, Pucallpa, Perú. El objetivo fue determinar la efectividad del programa educativo para la mejora de las prácticas de alimentación complementaria de madres con niños de 6 a 12 meses de edad, en el asentamiento humano Los Olmos, Pucallpa, 2005; Un estudio de diseño cuasi-experimental, con una muestra fue de 17 madres, llegando a las conclusiones, que el 100% participó de forma activa y permanentemente, se observó la mejora de prácticas en la alimentación en un 70,6% de las madres. Se concluyó la efectividad de la intervención educativa en el cambio de actitud por parte de las madres frente a la alimentación

complementaria, seguido por la mejora de los conocimientos y prácticas adecuadas.²⁵

2.3 Base Teórica

Alimentación complementaria

Es la introducción de otros alimentos distintos a la leche materna en la dieta del lactante, inicia a los 6 meses y cambia de manera progresiva y gradual según cantidad, calidad, consistencia y frecuencia hasta llegar al año

de edad en la que se incorpora la alimentación del lactante a la olla familiar.^{26,27}

La alimentación se le va a dar al bebé desde los 6 meses, se debe cubrir sus requerimientos de energía ²⁹con nutrientes esenciales y de calidad; además, es importante que durante el acto de comer la madre mantenga una

relación comunicativa y afectiva es decir con ternura, cariño, amor, comprensión y paciencia con su hijo, no debe existir los gritos ni reclamos^{28 30}.

Durante la infancia las características que debe tener la dieta están condicionadas por el ritmo de crecimiento, la tolerancia a los diferentes alimentos, la capacidad digestiva, ³⁰el grado de autonomía y las habilidades del

niño o niña.³¹

Lineamientos específicos de nutrición de la niña o niño de 6 a 24 meses³²

Continuar con la lactancia materna hasta los dos años de edad o más.

A partir de los 6 meses de edad iniciar la alimentación complementaria.

Practicar la alimentación interactiva estando a las señales de la niña o niño, respondiendo con paciencia y amor.

Promover buenas prácticas de higiene en la manipulación de alimentos, para evitar infecciones.

Iniciar con alimentos semisólidos (papillas, purés, mazamorras) evitando el uso de bebidas azucaradas de bajo valor nutritivo. Modificar gradualmente la consistencia conforme la niña o niño crece y se desarrolla, de acuerdo a su edad, ofreciendo los alimentos aplastados, triturados y luego picados, hasta que la niña o niño se incorpore en la alimentación familiar.

Alimentar al niño o niña durante el día con tres comidas principales y dos entre comidas adicionales conforme crece y se desarrolla según su edad.

Incrementar la cantidad de alimentos que se ofrece a la niña o niño en cada comida, conforme crece y se desarrolla según su edad.

Incluir diariamente alimentos de origen animal como carnes, hígados, pescado, sangrecita y huevo. Incorporar leche o productos lácteos en las comidas de la niña o niño.

Promover el consumo diario de frutas y verduras disponibles en la zona.

Enriquecer una de las comidas principales de la niña o niño con una cucharita de grasa (aceite, mantequilla, margarina).

Suplementar con sulfato ferroso, vitamina A- necesidades de yodo.

Durante los procesos infecciosos, fraccionar es decir repartir en pequeñas cantidades las comidas de la niña o niño, ofreciéndole con mayor frecuencia con la finalidad de mantener la ingesta adecuada. Ofrecer una comida extra hasta por dos semanas después de los procesos infecciosos.³²

Inicio de la alimentación complementaria

La inserción de la alimentación complementaria en los lactantes es a los 6 meses de edad, debido que sus requerimientos de energía y nutrientes se han incrementado, a esta edad el peso del menor desde que nació se ha duplicado; además los lactantes son más activos y despiertos por ende tienen mayor

gasto de energía.¹Por lo tanto, se dice que el lactante ha adquirido el desarrollo y crecimiento suficiente y oportuno para introducir a su dieta otros alimentos.³³

“El sistema digestivo es lo suficientemente maduro para digerir el almidón, proteínas y grasas de una dieta no láctea. Los lactantes muy pequeños expulsan los alimentos con la lengua pero, entre los 6 y 9 meses, pueden

recibir y mantener los alimentos en la boca con mayor facilidad”¹.

A los 6 meses, el sistema neuromuscular le permitirá deglutir líquidos y alimentos semisólidos, los movimientos masticatorios recién aparecen a los 7 y

9 meses de vida, también se logra controlar la cabeza y tronco lo que le permite distinguir objetos, colores, coger y manipular objetos y elegir incluso alimentos. El tono del esfínter esofágico aumenta progresivamente, aunque su completa maduración es a los 3 años. Asimismo, la capacidad de concentración renal.^{34 35}

Según Escott S, et al. ³⁶ menciona que: En el primer año de vida, los lactantes alcanzan el control de la cabeza, la destreza para moverse, mantenerse sentados y la habilidad para coger objetos, primero con la palma, y luego con un pinzamiento con los dedos. Desarrollan una succión madura, una masticación rotatoria, además cambian de ser alimentados a comer con los dedos.

Pilares de la Alimentación Complementaria ³²

Cantidad de los alimentos: Las necesidades energéticas de 6-8 meses son 200 Kcal/día, 300 Kcal/día entre los 9-11 meses y 500 Kcal/día entre los 12 y 24 meses, además se debe considerar la capacidad gástrica del menor 30

g/Kg de peso corporal. Los alimentos ofrecidos no deben tener una densidad energética menor de 0,8 Kcal/g.

El lactante participa de forma activa en la alimentación, acepta o rechaza; por saciedad, desagrado o dolor aquellos alimentos que se introducen en su boca. Es por este motivo que la madre no debe forzar al lactante a comer, al contrario debe de aprender a reconocer estos signos que manifiesta el lactante.

A los 6 meses la ración de comida del lactante es de 2 a 3 cucharadas de alimento dos veces al día; entre los 7 y 8 meses, se incrementará a $\frac{1}{2}$ taza (100 g ó 3 a 5 cucharadas aproximadamente) tres veces al día; entre los 9 y

11 meses se aumentará a $\frac{3}{4}$ de taza (150 g ó 5 a 7 cucharadas, aproximadamente) tres veces al día, más una entrecomida; y , finalmente entre los 12 y 24 meses consumirán 1 taza (200 g ó 7 a 10 cucharadas aproximadamente) tres veces al día y dos comidas adicionales.

Calidad de los alimentos: La alimentación con calidez en los dos primeros años de vida es fundamental para asegurar el crecimiento y desarrollo del menor. A partir de los 6 meses la leche materna es insuficiente para cubrir el aporte calórico necesario del cuerpo del lactante, el aporte de hierro, calcio y zinc está disminuido dando como resultado un balance negativo de dichos minerales en el cuerpo.

Debido a las pequeñas cantidades de alimentos que consume el lactante a su corta edad, la densidad de estos nutrientes en la preparación debe ser alta. Las preparaciones de platos

debe realizarse a base de las combinaciones de alimentos, por un lado con alimentos principales como el consumo de

carnes, hígado, pescado, sangrecita, huevo, además con los cereales, legumbres, tubérculos, verduras y frutas. Se debe enriquecer la comida con una cucharadita de grasa. El huevo y pescado no deben ser restringidos, a excepción temporal por una fuerte historia familiar de alergia.

Consistencia de los alimentos: La consistencia de los alimentos debe de cambiar de manera gradual según el crecimiento del menor, de acuerdo a los requisitos y habilidades del niño. A los 6 meses, se iniciará con alimentos aplastados en forma de papilla, mazamoras o purés; luego a los 7-8 meses, se ofrecerán alimentos triturados; entre los 9 y 11 meses, alimentos picados y entre los 12 y 24 meses, alimentos de su entorno familiar.

Frecuencia de los alimentos: Varía en torno a la energía requerida por los alimentos complementarios, considerando una capacidad gástrica de 30 g/Kg de peso corporal y una densidad energética mínima de 0,8 Kcal/g. La alimentación del lactante se da de forma fraccionada, el número de veces dependerá del crecimiento y desarrollo de la niño (a) según la edad.

A los 6 meses, se inicia la alimentación con dos comidas al día y lactancia materna frecuente; entre los 7 y 8 meses, se incrementará a tres comidas diarias y lactancia materna frecuente, entre los 9 y 11 meses, además de lo mencionado deberán recibir una entre comida adicional y su leche materna, y finalmente entre los 12 y 24 meses, la alimentación quedará establecida entre comidas principales y dos entre comidas adicionales, además de la lactancia materna. En las comidas adicionales, al medio día y a la media tarde, se darán alimentos de fácil preparación y consistencia espesa (mazamorra, papa

sancochada, entre otros.) o listos para el consumo (pan, fruta u otros alimentos sólidos).³⁰

Beneficios de la alimentación complementaria

Permite disminuir el índice de mortalidad infantil por desnutricion cronica o aguda.

Los beneficios físicos para el niño son diversos: mejora el 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.³⁰

La alimentacion complementaria permite crear un vínculo de afecto y

estímulo entre el cuidador y el menor. Así se mejora la actitud del lactante en el proceso de la alimentacion.³⁵

El beneficio económico de la promoción de la alimentación complementaria es la disminución de la posibilidad de presentar enfermedades a futuro que pondrian en riesgo el crecimiento y desarrollo optimo del menor.²⁹

Etapas de la Alimentación Complementaria

Inicial: Los nuevos alimentos se comportan como complemento del régimen lácteo, ya que el mayor aporte de energía y nutrientes proviene de la leche.

Intermedia: Llamada también de mantenimiento; los alimentos progresivamente se convierten en suplementos de alimentación láctea, pasando la leche de ser complementos de nuevos alimentos.

Final: Consiste en el empalme con la alimentación habitual del hogar o la familia.³⁷

Nutrición

Proceso celular que ocurre de manera continua, determinada por la interacción de factores genéticos y ambientales; en el último factor se destaca la alimentación y factores físico, biológico, psicológico y sociológico; para la obtención, asimilación y metabolismo de los nutrimentos por el organismo.⁴⁰

Estado Nutricional

Es el estado en que se encuentra una persona al balance entre la ingesta de los alimentos y las necesidades dietéticas del organismo propias del proceso metabólico de tejidos y órganos del cuerpo³⁹. Varía de acuerdo a la edad, sexo, actividad física y estado fisiológico, pero tiene en común las siguientes características³⁹:

Suficiente:Capaz de completar los requerimientos energéticos del hombre.

Completa: La diversidad de productos permite un enriquecimiento nutricional del cuerpo.

Equilibrada: El equilibrio permite un estándar entre lo consumido y lo gastado.

Adecuada: Apta para el consumo humano.

Variada: Existen muchos productos que enriquecen la dieta de la persona.

Factores que afectan la nutrición del lactante

La nutrición del lactante se ve afectada por múltiples factores políticos, sociales, económicos, psicológico, culturales⁴¹:

Educación:

Conocimiento e importancia de los alimentos

Calidad alimentaria

Prácticas de lactancia y alimentación complementaria

Nivel económico

Saneamiento ambiental

Inocuidad de los alimentos

Aporte cultural

Enfermedades infecciosas

Necesidades Nutricionales de los Lactantes

Las necesidades nutricionales de los lactantes dependen de varios factores como las velocidades de crecimiento, la energía utilizada en la actividad, las necesidades basales y la interacción de los nutrientes

consumidos³⁶.

Según Helens M. en Nutrición y dieta de Cooper ⁴²manifiesta: “La ración del lactante es mucho mayor por unidad de peso corporal que la de un niño mayores o de adultos. En el primer año oscila entre 120 Kcal/Kg al nacer y 100 Kcal/Kg al final del mismo. [...] Representa el 3 1/2 a 2

1/2.”pag 255

Proteína: La ingesta sugerida es 1,9g/100 Kcal para lactantes de 0 a 4 meses de edad, de 1.7 g/100 Kcal para lactantes de 4-12 meses de edad, y de 1.4g/kg/día para lactantes de 12 a 36 meses de edad.

La leche materna proporciona el mayor porcentaje de proteínas durante el primer año de vida.³⁶

Lípidos: Los lactantes deben consumir 3,8 g/100 Kcal como mínimo y un máximo de 6g/100 Kcal de grasa.

Carbohidratos: Los carbohidratos deben suministrar del 30 al 60% de la ingesta energética durante la etapa del lactante.

Agua: Para un niño sano y normal asciende a unos 150 ml (5 onzas) por kilogramo de peso corporal en 24 horas.⁴³

Minerales: Calcio, Hierro, Fosforo, Magnesio, Cinc, Flúor, Vitaminas.

Alimentación del Niño y Niña de los 6 Meses al Año de Edad

A los 6 meses el menor está capacitado funcionalmente para iniciar una alimentación diferenciada a la leche materna. La apertura de consumo de otros alimentos en la dieta del lactante es una experiencia única por los nuevos sabores, olores, texturas, presentaciones, etc. a descubrir para el menor. Estos alimentos son introducidos de acuerdo al crecimiento y madurez del lactante.

Es recomendable iniciar la alimentación complementaria con la introducción de frutas (durazno, plátano, pera, membrillo), luego con verduras amiláceas (camote, papa, olluco), siguiendo con otras no amiláceas (zanahoria, zapallo) continuando con hojas verdes oscuro (espinaca, hojas de zanahoria, berros), luego con cereales (arroz, maíz, cebada) y con carnes, aves y leguminosas (frijol, garbanzos y alverjas). Así se va agregando los alimentos de la dieta común de la familia hasta que, al año de edad, el niño se alimenta del

menú familiar.⁴³

Productos oriundos del Perú

Los productos oriundos del Perú son aquellos propios del suelo peruano (costa, sierra y selva), representativos a nivel internacional por su calidad,

aporte nutritivo, originalidad, como la quinua o *chenopodium quinoa*, kiwicha o *amaranthus caudatus*, maíz, maní o inchic, cañihua, tarwi, camucamu, granadilla, aguaje, sachatome, tumbo, tuna, yacón, oca, maca, achura,

amacacha, olluco, papa, camote, habas, pallar, entre otros.⁴⁴

Enfermedades Principales Desnutrición

La desnutrición es el déficit nutricional causado por la ingesta insuficiente de alimentos (cantidad, calidad, consistencia y frecuencia), presencia de enfermedades y falta de atención adecuada que altere el normal crecimiento

del niño, produciendo una alteración de la composición corporal.⁴⁵

Detrás de estas causas inmediatas, hay otras subyacentes como son la falta de acceso a los alimentos, la falta de atención sanitaria, la utilización de sistemas de agua y saneamiento insalubres, y las prácticas deficientes de cuidado y alimentación. En el origen están las causas básicas que incluyen factores sociales, económicos y políticos como la pobreza, la desigualdad o

una escasa educación de las madres.⁹

Se calcula que 7,6 millones de niños menores de 5 años mueren cada año, a lo que se atribuye que una tercera parte de estas muertes está relacionada con la desnutrición. El índice de desnutrición se determina mediante la observación directa; puesto que el niño con desnutrición es más pequeño de lo que le corresponde para su edad, pesa poco para su altura

y pesa menos de lo que le corresponde para su edad. La altura refleja carencias nutricionales durante un tiempo prolongado, mientras que el peso es un indicador de carencias agudas.⁹

Desnutrición crónica

Un niño que padece de desnutrición crónica presenta un retraso en su crecimiento. Se mide comparando la talla del niño con el estándar para su edad.

Esta enfermedad indica una carencia de los nutrientes básicos durante un tiempo prolongado, por lo que incrementa el riesgo de que contraiga enfermedades y afecta al desarrollo físico o intelectual del niño. La desnutrición

crónica a pesar de su importancia por los daños y secuelas que puede llegar a afectar al niño muchas veces no recibe la atención adecuada.⁴⁶

Desnutrición aguda moderada

Un niño con desnutrición aguda moderada pesa menos de lo que debería para su estatura. Además, se mide también por el perímetro del brazo, que está por debajo del estándar de referencia.⁴⁶

Desnutrición aguda grave o severa

Es la forma de desnutrición más grave. El niño tiene un peso muy por debajo del estándar de referencia correspondiente para su altura. Además, también se mide por el perímetro del brazo. La desnutrición altera todos los procesos vitales y tiene un alto riesgo de mortalidad, según UNICEF 9 veces superior que para un niño en condiciones normales y requiere de una atención

médica inmediata.⁴⁶

Talla Baja

Es aquella talla por debajo de 2 desviaciones estándar (DE), bajo el promedio poblacional esperado para su sexo, edad y grupo de población de referencia. Hablamos de talla baja extrema cuando se encuentra por debajo de 3 DE. Se clasifica en idiopática y patológica.⁴⁷

Retraso de talla

Los niños que presentan talla baja son pequeños porque tienen una maduración más lenta que lo normal, en su mayoría prevalecen los varones con talla de nacimiento normal. Se desacelera la velocidad de crecimiento después de los 6 meses, estabilizando la curva alrededor de los dos a tres años. Consecuentemente crecen con velocidad normal, con una talla por debajo de -2 DE pero paralelo a la curva normal.

Anemia

Es la baja concentración de hemoglobina en la sangre. La OMS ha establecido los rangos de referencia normales dependiendo de la edad y el sexo. En menores de 2 meses nacido a término es <13,5 g/dl, niños de 2 a 5 meses es <9,5, los niños de 6 a 59 meses de edad <11, niños de 6 a 11 años de edad <11,5; adolescentes de 12-24 años de edad, mujer no embarazada de

15 años a más <12 y varones de 15 años a más <13.⁴⁸

Evaluación nutricional

La valoración nutricional es la interpretación de la información obtenida de percentiles, desviación estándar (DE) y adecuaciones porcentuales (%), a través de estudios transversales, longitudinales o de sistema de vigilancia utilizando métodos indirectos, directos o ambos. Estos resultados sirven para determinar el estado nutricional de las personas en la medida que son influenciados por el consumo y la utilización de nutrientes, además de proponer políticas, guías, programas, intervenciones, acciones educativas.

Tiene por objetivo controlar el crecimiento y el estado de nutrición del niño sano identificando las alteraciones por exceso o por defecto y distinguir el origen primario o secundario del trastorno nutricional.

Métodos Directos e Indirectos, para evaluar el Estado Nutricional

Los métodos directos son precisos, pero requieren más costo, tiempo y personal preparado. Se incluye los clínicos, bioquímicos, antropométricos (peso, talla, perímetro cefálico) y dietéticos. Los métodos indirectos se basan en estadísticas, tienen la ventaja de dar aproximaciones rápidas de la situación nutricional, pero en la mayoría inexactos.⁴¹

La antropometría permite valorar el tamaño (crecimiento) y la composición corporal del niño, consiste en la obtención de una serie de mediciones de dimensiones generales del cuerpo como el peso, talla, entre otras y de algunos compartimientos corporales como la masa magra y grasa, al relacionarse con otras variables como edad, sexo y talla permiten la construcción de los índices más usados son el peso para la edad P(E), la talla para la edad T(E) y el peso para la talla P(T). La aplicación de estos valores permite obtener los indicadores que pueden ser aplicados para cuantificar y clasificar las variables del estado nutricional las cuales pueden ser en percentiles y en puntuaciones Z .⁴⁹

Los indicadores antropométricos son los siguientes:

Peso para la edad: evalúa el crecimiento actual, se usa para determinar si un niño presenta bajo peso y bajo peso severo como la desnutrición global.

Talla para la edad: evalúa el crecimiento lineal. Este indicador es útil para detectar retardo en el crecimiento (talla baja) debido a un prolongado aporte insuficiente de nutrientes o enfermedades recurrentes. También puede hallarse los niños que son altos para su edad; sin embargo, la talla alta es muy rara, puede estar reflejando desordenes endocrinos no comunes.

Peso para la talla: Indicador confiable que evalúa el crecimiento actual, relaciona el peso que tiene el niño con su talla en un momento determinado; detecta la desnutrición aguda como resultado de un evento severo reciente, reducción drástica en la ingesta de alimentos, y/o una enfermedad que ha causado una pérdida severa de peso o por el contrario el sobre peso.

Perímetro cefálico Se utiliza para evaluar el crecimiento cerebral

Perímetro del brazo Se utiliza para evaluar el crecimiento del área muscular.

Los parámetros bioquímicos ⁵⁰ sirven para medir los niveles del sustrato o metabolito en sangre, su excreción urinaria o las alteraciones en actividades enzimáticas. A partir de las mediciones y los valores encontrados, se puede detectar deficiencias que deben ser comparadas con la clínica, antropometría, y la evaluación dietética. Dentro de este grupo se encuentra la medición de la concentración de Hb., examen que se puede realizar en una muestra sanguínea capilar o venosa, este parámetro mide la carencia de hierro en el organismo.

Determinación del peso y talla

El peso de niños menores de dos años se mide en la balanza de palanca pediátrica, balanza redonda de resorte tipo reloj, balanza báscula electrónica y

en niños mayores de dos años con la balanza de plataforma. Asimismo, la longitud de los niños se mide por medio del infantómetro mientras que la estatura con el tallímetro.

La balanza pediátrica

La balanza pediátrica tiene graduaciones de 10 o 20 gramos, necesita ser calibrado además de colocarla en cero una vez que es usada. Las partes de la balanza son el platillo de metal donde se coloca al niño, dos barras de metal una con escala en kilogramos y la otra en gramos, las barras tienen pesas móviles, además tiene tornillos para calibrar la balanza y el cuerpo de la

balanza que es de metal y sostiene al platillo.⁵¹

Para conseguir el peso correcto es necesario asegurar en primer lugar que la balanza se encuentra en una superficie lisa, horizontal y plana, cubrir el platillo con un tela y colocar las pesas móviles en cero; en segundo lugar, pedirle a la madre que valla quitando toda la ropa al niño; en la situación que la madre no desee desnudarlo dejar al niño con ropa ligera; posteriormente se coloca al niño en el centro del platillo cuidando que no quede parte del cuerpo fuera ni este apoyado sobre alguna superficie, mientras permanece sentado o echado la madre deberá permanecer cerca para que le brinde tranquilidad al niño, por último se debe leer el peso en voz alta y anotarlo en el registro.

El infantómetro:

El infantómetro es un instrumento que sirve para medir la longitud de un niño (a) menor de dos años, se mide en posición horizontal; para medir la estatura en niños mayores de dos años se usa el tallímetro para tomar la medida se coloca al niño en posición vertical. Las partes de ambos

instrumentos son las mismas; por un lado, el tope fijo en el borde externo, la base con cinta métrica y finalmente el tope móvil o escuadra. Generalmente está dividido en dos o tres partes, para que su transporte sea más fácil.

Para una toma de longitud o talla correcta primero se debe, colocar el instrumento en una superficie dura y plana, asimismo pedirle a la madre que le quite los zapatos, medias, gorro, sombrero, ganchos, no debe haber moños en la cabeza; posteriormente el profesional de enfermería se colocará al lado derecho del niño para que pueda sostener con la mano el tope móvil inferior del infantómetro.

El asistente se colocará detrás del tope fijo del infantómetro, sosteniendo con sus manos la parte posterior de la cabeza del niño y la colocará lentamente en la base del infantómetro boca arriba. El profesional de enfermería sostendrá el tronco y solicitará a la madre que se coloque en el lado izquierdo del niño para ayudar a mantenerlo calmado. El asistente debe estar con las manos encima de las orejas del niño sin presionarlas, debe asegurar que la cabeza toque la base del infantómetro de manera que el niño tenga la línea de mirada vertical perpendicular al piso. El profesional de enfermería asegurará que el tronco del niño este apoyado en el centro del tablero, con la mano izquierda presionará firmemente las rodillas o los tobillos del niño hacia el tablero y con la mano derecha acercará el tope móvil contra toda la superficie de la planta.

El profesional de enfermería observará cuando la posición del niño sea la correcta; leerá en voz alta la medida. Luego quitará el tope móvil inferior del infantómetro, la mano izquierda de los tobillos o rodillas del niño, el asistente soltará la cabeza del niño, finalmente se anotará la medida

Desarrollo psicomotor del niño y niña

Es un proceso gradual y continuo con etapas de creciente nivel de complejidad, se inicia en la concepción y culmina en la madurez, tiene una secuencia similar en todos los niños pero con un ritmo variable. El desarrollo psicomotor es el resultado de la interacción de factores propios del individuo

(biológicos) y aquellos vinculados a determinantes psicosocial (familia, condiciones de vida, redes de apoyo; entre otras).⁵²

Mecanismo del desarrollo psicomotor:

Maduración: Es el aumento de la competencia y adaptabilidad, se suele representar como un cambio cualitativo en la complejidad de una estructura, como es el cuerpo humano, el cual facilita que dicha estructura empiece a funcionar en forma más compleja. En la vida postnatal, la maduración es

producto de las respuestas motoras.⁵³

Diferenciación: Es el conjunto de procesos por lo que las células y estructuras se transforman y alternan de manera sistemática para conseguir sus características físicas y químicas, el desarrollo de las actividades y funciones empiezan a ser más compleja.⁵³

Organización:

La organización céfalo- caudal: La cual nos indica que se irá controlando aquellas partes del cuerpo más próximas a la cabeza.

Progresivamente, el control se ejercerá hacia la pelvis. De ahí que el niño mueva la cabeza y el cuello antes de sentarse.⁵⁴

La organización próximo- distal: Por la que se desarrollarán y controlarán primero aquellas partes más próximas al eje corporal, que divide imaginariamente el cuerpo en dos partes simétricas, de arriba abajo. ⁵⁴

La organización globales- específicas: Consiste en el desarrollo a partir de operaciones sencillas de actividades y funciones más complejas, inicia con tipos de conductas globales hasta convertirse en específicas y refinadas, ocurre en las áreas del desarrollo físico, mental, social y emocional. Para conseguir el control muscular fino se trabaja en base a los movimientos

musculares toscos. Los lactantes responden en forma indiferenciada a todas las personas antes de reconocer y preferir a sus padres. ⁵⁴

Áreas involucradas

El área coordinación⁴⁸:

La coordinación es la utilización conjunta de distintos grupos de músculos para lograr resolver una tarea compleja. Existen patrones motores que inicialmente eran independientes; ahora se relacionan para formar nuevos patrones que serán luego automatizados (óculo-motriz y de adaptación ante los objetos). La coordinación dinámica en general es importante en el incremento de los mandos nerviosos y en la precisión en la sensación de las percepciones.

En la gesticulación es preciso que se den las siguientes características motrices: precisión, ligada al equilibrio general y a la independencia muscular, repetir el mismo gesto sin pérdida de precisión, independencia izquierda- derecha, adaptación al esfuerzo y adaptación sensorio motriz. Se permitirá que

se coordine lo que se ve con lo que se hace, lo que oiga con lo que vea, entre otras relaciones. Son los inicios de la coordinación del ojo y la mano.

Área Motriz

El desarrollo motor de los lactantes depende esencialmente de la maduración global física es decir del desarrollo esquelético y muscular. El desarrollo ocurre en forma secuencial y progresiva, las habilidades motoras que se van adquiriendo permiten un mayor dominio del cuerpo en relación con el entorno, orientado a conseguir el control sobre su propio cuerpo: tono muscular, equilibrio, comprensión de las relaciones espacio- temporales. Todo logro del lactante influye de manera importante en las relaciones sociales. La dirección que sigue el desarrollo motor es de arriba hacia abajo; es decir primero se controla cabeza, luego el tronco.

Además, del control de la postura y motricidad, habilidad para moverse y desplazarse; así el niño controla cada una de las partes de su propio cuerpo y sus movimientos. Se divide en motor grueso (locomoción y desarrollo postural) y fino (prensión).

Desarrollo Motor Grueso (Locomoción y desarrollo postural): Es el control de las acciones musculares globales como gatear, levantarse, andar, posición sentado, posición erecta, correr, saltar.

Desarrollo Motor Fino (Prensión): Implican la utilización de los músculos más pequeños del cuerpo utilizados para alcanzar, manipular, hacer movimientos de tenazas, aplaudir, abrir, torcer, garabatear,

pintar.⁵⁵

Área del Lenguaje

El lenguaje es un instrumento de la capacidad cognitiva y afectiva del individuo, está referida a las habilidades que le permitirán al niño comunicarse

con su entorno y abarca tres aspectos: capacidad comprensiva, expresiva y gestual.⁵⁶

Para el lenguaje se requiere de una correcta agudeza auditiva, el deseo de comunicarse y las integridades anatómicas y cerebrales; además de un entorno que le proporcione los medios necesarios para desarrollar las habilidades.

El bebé emite sonidos guturales de carácter emocional, su llanto tiene un valor de comunicación, por su capacidad comprensiva desde el nacimiento es preciso hablar frecuentemente al bebé, a pesa que no lo entienda; además que percibe la carga afectiva del lenguaje materno, este se convierte en el mejor estímulo para él.

Al término del año el lactante pronuncia los primeros bisílabos, a partir del segundo año, expresa las primeras palabras, primero con lentitud y después con menor rapidez. A los 5 años es capaz de componer frases con varias palabras y definir cosas de ellas.

Área socio-emocional

El ser humano es sociable por naturaleza; durante su desarrollo, el lactante irá obteniendo patrones de conducta que usarán para su interacción con el entorno. Las diferencias en cada

niño se dan por el temperamento individual, maduración del sistema nervioso y la gran cantidad de factores ambientales y educacionales que influyen en su desarrollo. Esta área incluye las experiencias afectivas y la socialización del niño, que le permitirá sentirse seguro, capaz de relacionarse con otros de acuerdo a normas comunes, proporciona el mayor grado de autonomía e iniciativa posible. Por eso la importancia de la labor de los padres de abrazar y besar a sus hijos, no castigarlos con golpes ni insultos, de esa manera lo estará educando con amor y respeto.⁵⁷

Las habilidades sociales que tiene el niño a esta edad son que sonríe a la madre, ríe a carcajadas, reconoce el biberón, come una galleta.

Teorías relacionadas al desarrollo de la personalidad:

Teoría del desarrollo Psicosocial “Erickson”: Las funciones del ego tienen un papel fundamental en la teoría. Resalta la importancia de que el niño sienta que sus necesidades y deseos son compatibles con los de la sociedad, esto permitirá que él valla adquiriendo el sentido de identidad. Destaca mucho la relación padre- hijo.

Confianza frente desconfianza (nacimiento al 1 ° año): El niño adquiere la confianza en el ambiente y en sí mismo, si generalmente se satisfacen sus necesidades mientras crece, la desconfianza aparece cuando las experiencias positivas son deficientes o inexistentes, produciendo un niño temeroso, receloso.⁵⁸

Teoría del Desarrollo Psicosexual “Freud”: considera que los instintos sexuales son un factor decisivo en el desarrollo de la personalidad; durante la infancia algunas zonas del cuerpo asumen una importancia psicológica prominente. Las etapas psicosexuales son cinco y las vivencias en cada etapa da un posible perfil de personalidad. Se destaca el ELLO, Yo y Super yo.

Fase Oral (nacimiento al 1 año): Se da durante la primera infancia, la fuente principal de búsqueda de placer se centra en actividades orales como succionar el pecho de la madre, morder, masticar y vocalizar. Los niños que obtienen gratificación en esta etapa tienden a ser adultos optimistas, crédulos y confiables.⁵⁸

Teoría del Desarrollo cognitivo “Piaget”: Indica determinadas situaciones por las que atraviesa el desarrollo del ser humano; sin embargo, menciona que no todas las personas pasan exactamente por todos los estadios, dependiendo de las características individuales de cada persona y del lugar en donde se desarrolla; es decir, el contexto forma una parte importante en el proceso de adquisición de conocimiento.

Etapa sensorio-motriz (del nacimiento a los 2 años) Se explicará tres estadios, que abarca las edades de 0 a 10 meses.⁵⁹

Tercer Estadio: Reacciones circulares secundarias (4-10 meses): Se producen cuando el bebé descubre y reproduce un efecto interesante que se produce fuera de él, en su entorno.

Evaluación del desarrollo psicomotor del niño:

La Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP), fue elaborada por las psicólogas Rodríguez, Arancibia, Undurraga y Cols en 1974. La EEDP es un instrumento estandarizado que se utiliza para medir el rendimiento del niño ante circunstancias que para ser resueltas necesitan cierto grado de desarrollo psicomotor según la edad.

Tiene 75 ítems, 5 por cada edad. Las evaluaciones de los ítems no aceptan graduaciones, existe sólo dos posibilidades: éxito o fracaso de la tarea propuesta. La escala está clasificada en 15 grupos de edad entre los 0 y 24 meses (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,12,15,18,21 y 24 meses). Esta prueba sirve para evaluar a un niño de cualquier edad entre 0 y 24 meses, niños que tengan hasta 732 días. Se enfoca en las áreas de social, lenguaje, coordinación y motricidad. ⁴⁷

Batería de prueba:

La batería de prueba comprende:

Una campanilla de metal.

Una argolla roja de 12 cm de diámetro con cordel o pabilo de 50 cm.

Una cuchara de plástico de 19 cm. de largo (color vivo).

10 cubos rojos de madera de 2.5 cm. por lado.

Pastilla rosada polivitamínica.

Un pañal pequeño (35 cm*35 cm).

Una botella entre 4 y 4¹/₂ cm. de alto y 2 cm. de diámetro.

Una hoja de papel de tamaño oficio, sin líneas.

Un lápiz de cera.

Un palo de 41 cm de largo y de 1 cm. de diámetro.

Una muñeca (dibujo).

Ítems a evaluar del E.E.D.P de acuerdo a la edad ⁴⁷

Seis meses de edad:

El lactante se mantiene sentado solo momentáneamente. Vuelve la cabeza hacia la cuchara caída.

Coge la argolla. Coge el cubo.

Vocaliza cuando se le habla.

Siete meses de edad:

Se mantiene sentado solo por 30 seg. o más. Intenta agarrar pastillas.

Escucha selectivamente palabras familiares. Cooperar en los juegos.

Coge dos cubos uno en cada mano.

Ocho meses de edad:

Se sienta solo y se mantiene erguido. Tracciona hasta lograr la posición en pie. Iniciación de pasos sostenidos bajo los brazos. Coge la pastilla con movimientos de rastrillo.

Teoría de Enfermería de Nola Pender Promoción de la salud⁶⁰

La teoría del modelo de la promoción de la salud muestra la naturaleza multifacética de las personas en su entorno al decidir alcanzar la salud esperada. Consta de tres componentes, el primero con las conductas y experiencias individuales; el segundo, por las cogniciones y afectos relativos a la conducta específica y por último, el tercero con el resultado conductual.

El primer componente está conformado por la conducta previa y los factores biológicos, psicológicos y socioculturales. El segundo componente consta de 6 conceptos: La

percepción de beneficios de la acción, la percepción de barreras para la acción, percepción de auto-eficacia, afectos relacionados a

la actividad, influencias personales e situacionales. En el último componente se encuentra el compromiso para un plan de acción que da paso a la conducta promotora de salud.

Relacionándolo con la investigación se aprecia como la madre antes de la intervención educativa cuenta con conocimientos previos del tema, percepción de su realidad, sentimientos profundos, costumbres arraigadas, hábitos de vida. En el intermedio de las intervenciones educativas la madre de familia esta en el proceso de modificación de conceptos con relación a las definiciones, importancia, consecuencias, riesgos, hábitos de vida y medidas preventivas.

Sus limitaciones para conseguir el objetivo deseado pueden ser la pobreza, falta de tiempo, sentimientos, como también la influencia situacional e interpersonal. Todo esto dará como resultado la conducta de promoción de la salud esperada es decir conocimiento y hábitos correctos en la preparación y suministro de una alimentación complementaria saludable en sus hijos reflejada en su peso, talla y mejora en el desarrollo psicomotriz del menor. Demostrándose que la madre está capacitada para brindar un cuidado integro en la alimentación de su menor.

2.4 Definición de Términos

Alimentación complementaria Es la introducción de otros alimentos distintos a la leche materna en la dieta del lactante, inicia a los 6 meses y cambia de manera progresiva y gradual según cantidad, calidad, consistencia y frecuencia hasta el año ^{26, 27}. Se debe cubrir los requerimientos de energía del menor, con nutrientes esenciales y de calidad hasta conseguir una dieta similar a la de un adulto.^{22, 23}

Intervención educativa Es la acción intencional cuya finalidad es realizar acciones para conseguir el logro del desarrollo integral del educado, por medio de la promoción en salud permitiendo al individuo participar, conocer y decidir sobre su salud.

Lactante: Es el niño con edad entre 0 y el año, definiéndose el término porque la alimentación láctea es el principal producto del modelo nutricional a seguir del niño.

2.5 Hipótesis

Hipótesis General

La intervención educativa sobre la alimentación complementaria desarrollada con las madres influye significativamente en el incremento de peso y talla del menor, además de un desarrollo psicomotor adecuado para la edad en lactantes de 6 meses que asisten a sus controles en el Centro de Salud Micaela Bastidas Ate 2015.

Hipótesis Específicas

El nivel de conocimiento de las madres; antes de la intervención educativa sobre alimentación complementaria era en su mayoría de nivel bajo; después de la aplicación educativa se mejoró notablemente.

Las habilidades prácticas en la preparación de los alimentos de 6 y 7-8 meses de las madres antes de la intervención educativa serán en mayor porcentaje inadecuadas posterior a la educación mejoran notablemente las habilidades prácticas.

Existe diferencia significativa en la evaluación del estado nutricional de los lactantes; antes de la intervención era en gran porcentaje inadecuado y después de la aplicación educativa se convertirá en la mayoría adecuada, según indicadores antropométricos y bioquímicos.

Existe diferencia significativa en la evaluación del desarrollo psicomotor; antes de las intervenciones era en gran porcentaje riesgoso y después de la aplicación educativa será en su mayoría normal respecto al área de coordinación, lenguaje, motricidad y social.

2.6 Variables y Operacionalización de variables

Variables

Variable Independiente

Intervención educativa sobre alimentación complementaria: Es un proceso socio educativo intencional dirigido a las madres, quienes tienen el acompañamiento del profesional de enfermería que por medio de un conjunto de actividades, técnicas y métodos educativos sobre los conocimientos y prácticas de la alimentación complementaria del lactante enfocados en los pilares: cantidad, calidad, frecuencia y consistencia, permite que ellas además de interpretar el significado de la información entiendan la utilidad y finalidad de una buena nutrición para que tomen la mejor decisión de crianza de sus hijos.

Variables Dependientes

Estado nutricional del lactante menor de un año: El estado nutricional es el resultado del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes, necesario para el proceso metabólico de tejidos y órganos del cuerpo, debe ser suficiente, equilibrada, completa, adecuada y variada.

El estado nutricional del lactante debe ser medido por exámenes físicos (evaluación antropométrica) y bioquímicos (nivel de hemoglobina). Es indispensable asegurar un estado nutricional adecuado en los lactantes menores de un año por la rapidez de su crecimiento y utilización de energía en su actividad, cualquier factor puede alterar su evolución.

Desarrollo psicomotor del lactante menor de un año: Es el fenómeno complejo ubicado dentro del proceso de maduración general del organismo; en el que se obtienen y perfeccionan nuevas habilidades en la motilidad, coordinación, lenguaje y conducta social en la constante relación con su entorno.

CAPÍTULO 3 : METODOLOGÍA

3.1 Enfoque de la Investigación

El enfoque o naturaleza de la investigación es cuantitativo, cuenta con un proceso metódico y sistemático, asume una posición objetiva, estudia poblaciones, emplea métodos estadísticos, busca cuantificar los datos.

3.2 Tipo y Método de la Investigación

El tipo de investigación es aplicada con método experimental.

Investigación aplicada: Su principal objetivo se basa en resolver problemas prácticos, con un margen de generalización limitado. De este modo genera pocos aportes al conocimiento científico desde un punto de vista teórico.

Método experimental: Se da la aplicación de un conjunto de manipulaciones, procedimientos y operaciones de control, de tal forma que proporcionan información no ambigua sobre el fenómeno que se trata de estudiar.

3.3 Diseño de la investigación

El diseño es pre- experimental, también llamado diseño N=1. Son una extensión del diseño de series de tiempo interrumpidas ya que el estudio es en un solo sujeto, o a pocos participantes más no a un grupo entero.



G.E= Grupo Experimental O₁= Pre- Test

X = Intervención educativa O₂= Post- Test

3.4 Lugar de Ejecución de la Investigación

La investigación se llevó a cabo en el Centro de Salud Micaela Bastidas ubicado en Mz. V-AA.HH. M. Bastidas- Parque Central Lima-Este. Es un establecimiento de primer nivel. Micro red Ate II que pertenece a la DISA IV Lima Este. Está dirigido por el Doctor: Jesús Huapaya Villegas; el equipo de salud consta de: 2 enfermeras, 1 odontólogo, 1 psicólogo, 2 obstétricas, 1 asistente social, 1 químico farmacéutico y 7 técnicos de enfermería. La atención es de 8.00 am-8.00 p.m. de lunes a sábados excepto feriados.

El Centro de Salud Micaela Bastidas, cuenta con el servicio destinado al programa nacional del control de crecimiento y desarrollo del niño donde la enfermera operativiza actividades preventivo promocionales orientadas a fomentar la salud de los niños de acuerdo al modelo a atención integral en salud. Actualmente se pone en práctica el plan NutriWawa con el aporte de los multi-nutrientes reforzando los niveles de hierro, calcio, zinc y vitamina.

3.5 Población, muestra, selección y unidad de análisis

La población: Constituida por los 470 lactantes menores de un año que asisten a sus controles de CRED en el Centro de Salud Micaela Bastidas en el mes de diciembre, según informe de la jefa de Enfermeras.

La Muestra: El grupo de investigación fue seleccionado por criterio no probabilístico por conveniencia, respetando los criterios de inclusión y exclusión. Obteniendo una muestra de 19 lactantes de 6 meses para el programa de intervenciones educativas, considerando que una madre tuvo gemelos.

La unidad de análisis: Los lactantes de 6 meses y sus madres

3.6 Criterio de Inclusión y Exclusión

Los criterios de selección de la población en estudio fueron:

Lactantes:

Criterios de Inclusión

Lactantes oriundos del lugar

Lactantes de 6 meses

Lactantes nacidos a termino

Lactantes continuadores a su control en el Centro de Salud Micaela Bastidas.

Criterios de Exclusión

Niños con afecciones físicas (congénitas y adquiridas)

Niños prematuros

Madres

Criterios de Inclusión

Madres que desean participar voluntariamente

Familias con saneamiento básico

Criterios de exclusión

Madres multíparas

3.7 Instrumentos y técnicas de recolección

La técnica que se utilizó para medir el conocimiento de las madres fue la encuesta y como instrumento un cuestionario de 20 preguntas, con un puntaje de 1 para la respuesta correcta y 0 puntos a la incorrecta. Este cuestionario fue elaborado por la investigadora para medir el nivel educativo de las madres sobre la alimentación complementaria; está diseñado con un lenguaje claro y sencillo para la comprensión del lector. Para la categorización de la variable en conocimiento alto, medio y bajo se utilizó la escala de Staninos.

Con respecto a las prácticas se utilizó como instrumento la lista de observaciones de 6 y 7-8 meses, cada una con 8 ítems, con un puntaje de 2 para la respuesta correcta y 1 para la incorrecta.

En relación a la evaluación del estado nutricional de los lactantes se utilizó como instrumento la lista de recolección de datos, que comprende la edad, peso(Kg), talla(cm.) y el diagnóstico nutricional y para el desarrollo psicomotor se utilizó la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (E.E.D.P.)

Para mejorar los instrumentos, estos fueron sometidos a la validez de contenido, mediante la revisión de 9 profesionales especialistas en el área: que contribuyeron con sus aportes con la mejora del estudio; reformulando algunos ítems del mismo, siendo justificado su contenido en el marco teórico.

3.8 Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos, primero se realizó los trámites administrativos para la aprobación del Comité de Ética de la DISA IV; además la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza solicitó la autorización para ejecutar “Las intervenciones educativas sobre alimentación complementaria” al jefe del Centro de Salud Micaela Bastidas el Dr. Jesús Huapaya Villegas.

De igual manera se realizó las coordinaciones correspondientes con la jefa de enfermeras Lic. Janeth Valera quien mostró su apoyo incondicional en la realización del trabajo. Por otro lado, se buscó el apoyo de las dirigentes del vaso de leche, comedores populares de la jurisdicción para ubicar prontamente a las progenitoras. Se invitó a participar del estudio a 18 madres asistentes al control de CRED del Centro de Salud Micaela Bastidas.

Para la invitación se hace la primera visita domiciliaria casa por casa, la madre firma el consentimiento informado y se procedió a hacer en su hogar la primera evaluación del desarrollo psicomotriz del lactante de 6 meses. Posteriormente se evalúa el pre- test del conocimiento sobre alimentación complementaria y la lista de observaciones de la preparación de los alimentos del lactante de 6 meses momento antes de iniciar la sesión educativa, además se controla el peso y talla de los lactantes que faltaron a su control del mes respectivo.

Se realizó la segunda visita domiciliaria para orientar a la madre sobre alguna duda de la alimentación y se realizó la segunda evaluación del E.E.D.P y nuevamente la lista de observaciones de preparaciones de alimentos para lactantes de 6 meses. Pasado 15 días aproximadamente de la primera sesión educativa se realizó la segunda sesión educativa al iniciar se evalúa con la lista de observaciones de preparación de alimentos para lactantes de 7-8 meses además se toma el peso y talla de los lactantes que faltaron a su control.

Se realizó la tercera visita domiciliaria para orientar a la madre con la nutrición y se evaluó la lista de observaciones de preparación de alimentos para lactantes de 7-8 meses. Pasado 15 días aproximadamente se realizó la tercera sesión educativa donde se les toma la hemoglobina a todos los niños y a los lactantes que faltaban su control de peso y talla. Las intervenciones educativas se realizaron de 3:30 pm- 4:50 pm en el ambiente del Centro de Salud Micaela Bastidas, con 1-2 facilitadores por intervención. Posteriormente a la última sesión en otra oportunidad se evaluó el post- test de conocimiento. Se realizó la última visita domiciliaria para evaluar el desarrollo psicomotor del lactante.

3.9 Análisis de Datos

Para la realización del análisis de datos se procedió a la asignación de códigos de cada prueba y respuesta a cada pregunta del instrumento, una vez tabulado de manera electrónica en la base de datos Excel 2010 se realizó el control de calidad del informe obtenido, procediendo a verificar los datos erróneos y corregirlos.

Posteriormente los datos fueron procesados en el programa SPSS versión 15, para las univariabes se utilizó la conocida estadística descriptiva e inferencial. Luego se procedió a la elaboración de tablas y gráficos que respondan a los objetivos de la investigación mediante el uso de la estadística descriptiva e inferencial mediante la aplicación de la prueba de T de Student para comprobar la variación entre las puntuaciones del pre-test y el post-test.

La escala de valoración para la variable de conocimiento y práctica de las madres se realizó mediante la aplicación de la escala de staninos, que trabaja con el promedio y la desviación estándar para asignar los valores de bajo, medio y alto y media para hallar la escala de adecuado e inadecuado.

3.10 Aspectos éticos

Se aplicarán los cuatro principios fundamentales de justicia, beneficencia, no maleficencia y autonomía; los datos de las madres permanecerán en anonimato y guardados bajo confidencialidad; así mismo los datos recolectados sirvieron para conseguir los fines del estudio y si son publicados se presentarán de modo general guardando sus debidas identificaciones.

La justicia: Todas las madres del grupo recibieron el mismo trato, la misma información y oportunidad de participación, además se les atenderá sus interrogantes de igual forma.

La beneficencia: Se busca enriquecer el conocimiento y prácticas de la alimentación complementaria desarrolla con las madres por medio de capacitaciones continuas para mejorar la calidad de alimentación del lactante resultado que se verá reflejado en el peso, talla y desarrollo psicomotor del lactante.

No maleficencia: Cuando la investigadora educa con información veraz y actualizada de los conceptos y prácticas de la alimentación complementaria, además propone una práctica de alimentación complementaria basada en el consumo de productos de la realidad poblacional.

Autonomía: El trabajo fue desarrollado en su totalidad por la autora del trabajo basada en investigaciones previas.

CAPÍTULO 4 : RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Resultados

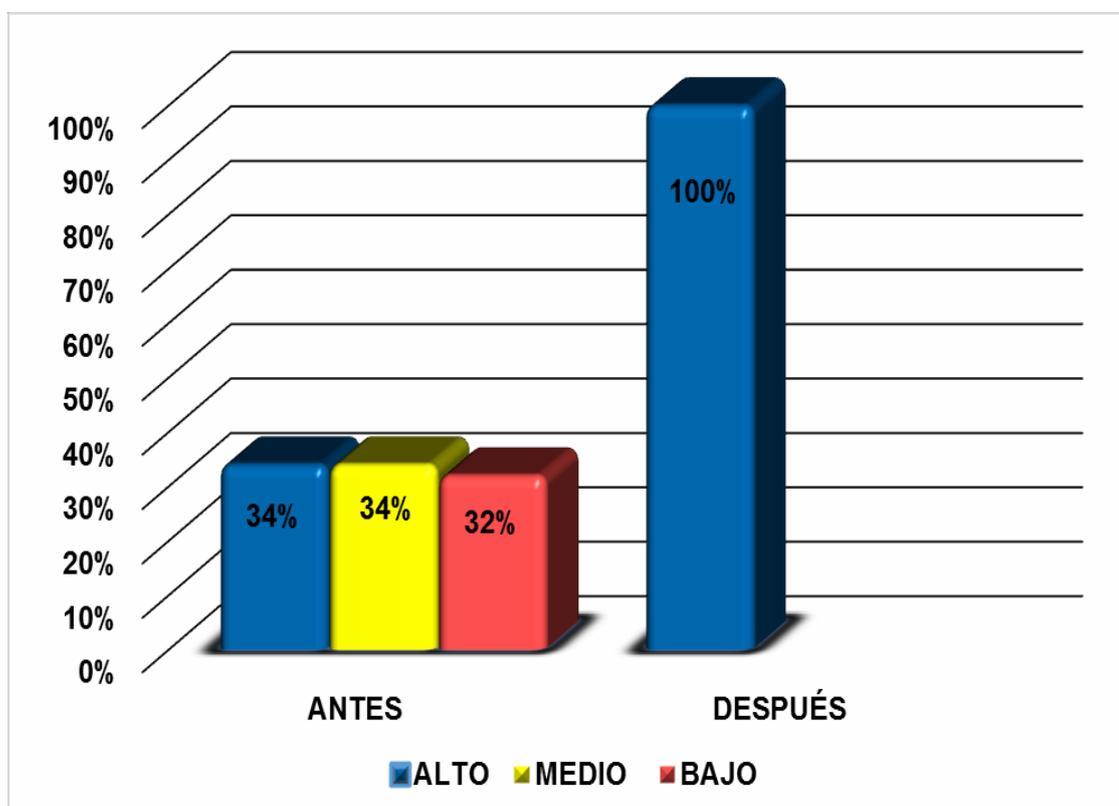
Se presenta a continuación los datos sociodemográficos de 18 madres de lactantes menores de un año que asisten al Centro de Salud Micaela Bastidas- Ate.

Tabla 1: Características socio demográficas de las madres que asisten a la intervención educativa en el Centro de Salud Micaela Bastidas Ate

DATOS	CATEGORÍA	N	100%	
Edad de la madre	15 a 19 años	5	28%	
	20 a 25 años	4	22%	
Región de procedencia	de Costa Sierra Selva	10	55%	
		5	28%	
Estado civil	Soltera	Casada	3	17%
	Conviviente	2	11%	
Grado de Instrucción	de Primaria	Secundaria	1	6%
	Técnico Superior	14	77%	
¿Labora actualmente?	Si	9	50%	
	No	9	50%	
Ingreso económico mensual	<750 soles	9	50%	
	750 – 850 soles	7	38%	

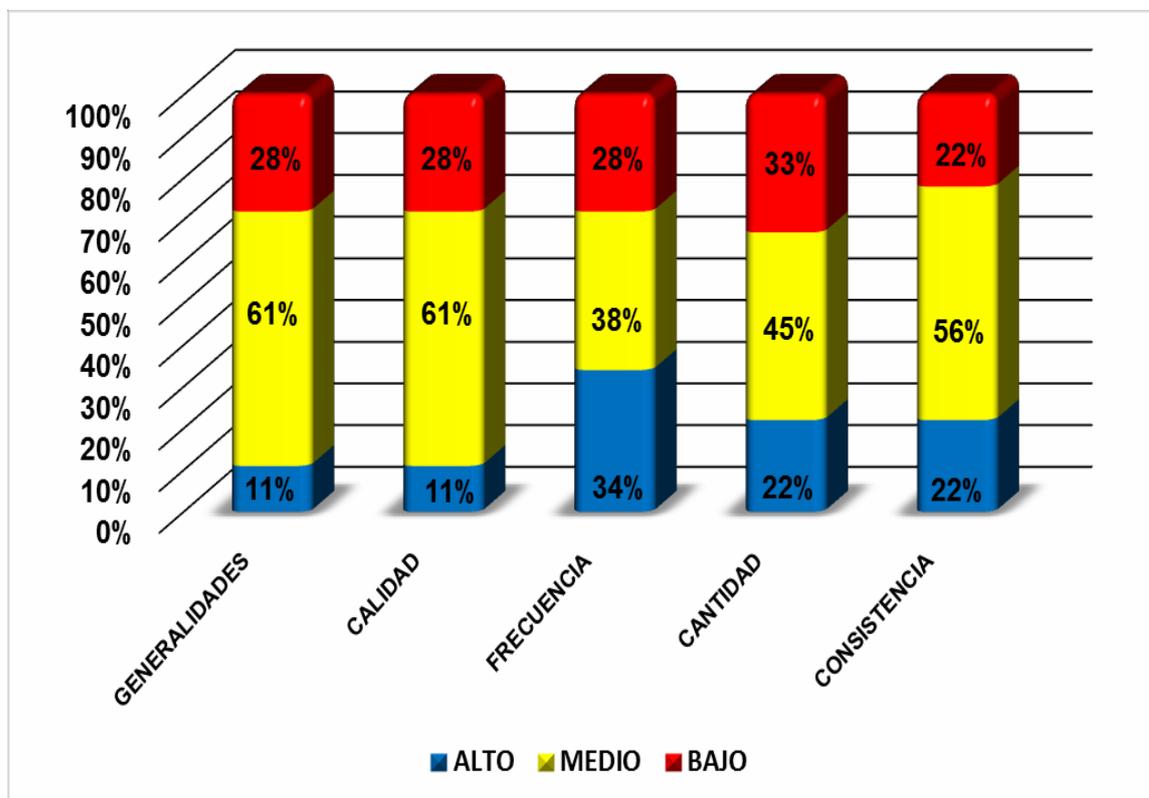
La edad de las madres se encuentra mayormente entre 15 - 19 años 28%(5) y 31 a más 28%(5), procedencia costeña 53%(10), su estado civil es 72%(13), su grado de instrucción es secundaria 78% (14), laboran 50%(9) y su ingreso económico <750 soles es 50%.

Gráfico 1: Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria antes y después de la intervención educativa de las madres que asisten al Centro de Salud Micaela Bastidas Ate



En el gráfico 1, con respecto al nivel de conocimiento de las madres sobre la alimentación complementaria del lactante menor de un año en el Centro de Salud Micaela Bastidas. En el pre test, se observa que de un total de 100%(18), el 32% (6) tiene un nivel bajo, el 34% (6) tienen un nivel medio y el 34%(6) tiene un nivel alto. En el post- test, se observa que el 100%(18) tiene un nivel alto.

Gráfico 2: Nivel de conocimiento sobre la alimentación complementaria según dimensiones antes de la intervención educativa de las madres que asisten al Centro de Salud Micaela Bastidas Ate



En el gráfico 2, el conocimiento de las madres sobre la alimentación complementaria antes de la intervención educativa según las dimensiones fue de un nivel medio, respecto a la dimensión generalidades 61% (11), calidad 61% (11), frecuencia 38% (7), cantidad 45% (8) y consistencia 56% (10).

Tabla 2: Efectividad de la intervención educativa en el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en las madres que asisten al Centro de Salud Micaela Bastidas Ate

	<i>Pre- test</i>	<i>Post- test</i>
Media	8,6111	18,1111111
Varianza	22,6046	2,45751634
Observaciones		18
Grados de libertad		17
Estadístico t	-8,5418	
P(T<=t) una cola		0,0000
Valor crítico de t (una cola)	1,7396	
P(T<=t) dos colas	0,000000	
Valor crítico de t (dos colas)	+2,1098	

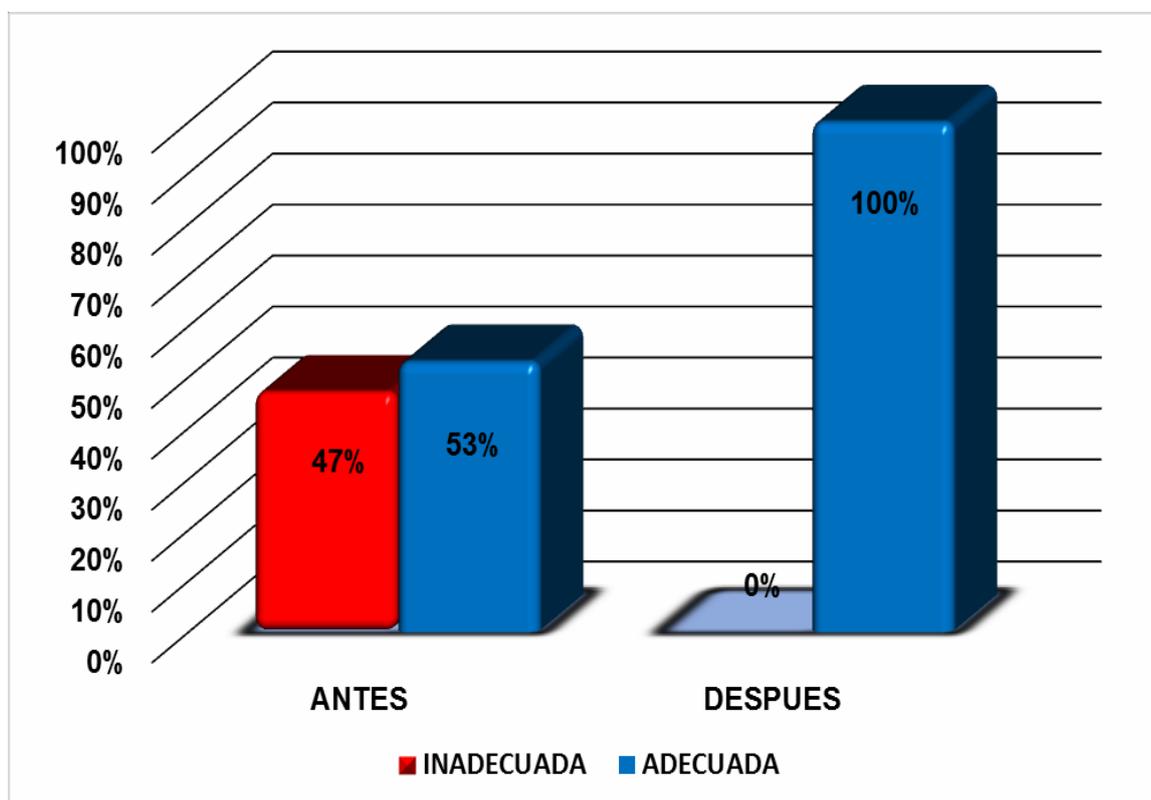
H⁰: La intervención educativa sobre alimentación complementaria no produce efecto significativo en el nivel de conocimiento de las madres participantes

H₁: La intervención educativa sobre alimentación complementaria produce efecto significativo en el nivel de conocimiento de las madres participantes.

Decisión: Dado que el valor **T de Student** es -8,54 y este es mayor que el valor crítico de -2,10, se puede afirmar que la diferencia entre las medias en las evaluaciones de pre test y post test es distinta a cero, por lo tanto, las medias de las muestras son significativamente diferentes, eso también es corroborado con el valor de P=0.0000 encontrado, que es menor de 0.05 con un intervalo de confianza del 95%.

Conclusión: Lo que llevo a afirmar que la intervención educativa sobre alimentación complementaria produce efecto significativo en el nivel de conocimiento de las madres participantes.

Gráfico 3: Práctica en la preparación de los alimentos para los lactantes de 6 meses, antes y después de la intervención educativa realizada por las madres que asisten al Centro de Salud Micaela Bastidas Ate.



En el gráfico 3, las madres antes de la intervención educativa de enfermería sobre la alimentación complementaria demostraron una práctica en la preparación de los alimentos de 6 meses de forma adecuada 53% (10) y después de la intervención adecuada 100%.

Tabla 3: Efectividad de la intervención educativa en las prácticas de preparación de los alimentos para lactantes de 6 meses realizada por las madres que asisten al Centro de Salud Micaela Bastidas Ate.

	<i>Pre- intervención</i>	<i>Post- Intervención</i>
Media	12,6316	15,6315789
Varianza	2,4678	0,46783626
Observaciones		19
Grados de libertad		18
Estadísticos T	-10.8805	
P(T<=t) una cola	0,0000	
Valor crítico de t (una cola)	1,7341	
P(T<=t) dos colas	0,000000	
Valor crítico de t (dos colas)	+2,1009	

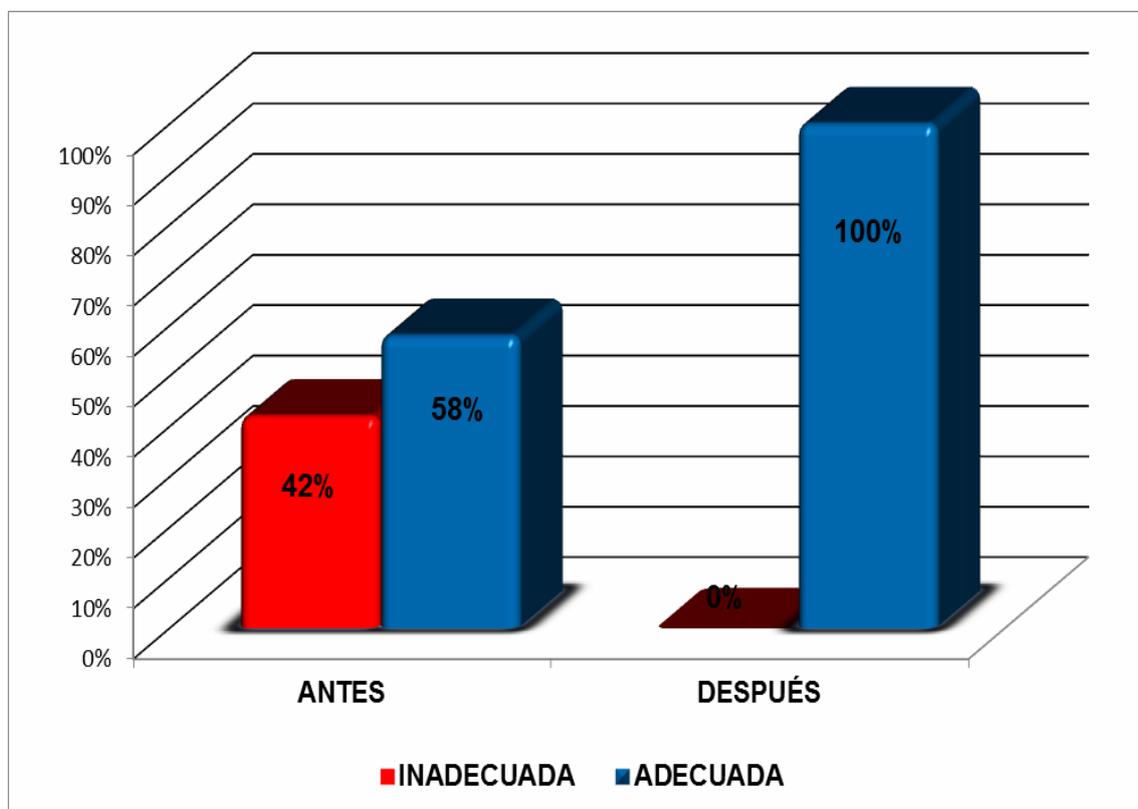
H^o: La intervención educativa sobre alimentación complementaria no produce efecto significativo en la práctica de preparación de alimentos de 6 meses en las madres participantes.

H₁: La intervención educativa sobre alimentación complementaria produce efecto significativo en la práctica de preparación de alimentos de 6 meses en las madres participantes.

Decisión: Dado que el valor **T de Student** es -10,88 y este es mayor que el valor crítico de -2,10, se puede afirmar que la diferencia entre las medias en las evaluaciones de pre test y post test es distinta a cero, por lo tanto, las medias de las muestras son significativamente diferentes, esto también es corroborado con el valor de P=0.00 encontrado, que es menor de 0.05 con un intervalo de confianza del 95%.

Conclusión: Lo que llevo a afirmar que la intervención educativa sobre alimentación complementaria produce efecto significativo en la práctica de la preparación de alimentos de 6 meses en las madres participantes.

Gráfico 4: Práctica en la preparación de los alimentos para los lactantes de 7-8 meses, antes y después de la intervención educativa realizada por las madres que asisten al Centro de Salud Micaela Bastidas Ate.



En el gráfico 4, las madres antes de la intervención educativa de enfermería sobre alimentación complementaria demostraron una práctica sobre la preparación adecuada 58% (11). Al término se observa que el 100% (19) de la población obtuvo adecuados resultados.

Tabla 4: Efectividad de la intervención educativa en las prácticas de preparación de los alimentos para lactantes de 7-8 meses realizada por las madres que asisten al Centro de Salud Micaela Bastida Ate.

	<i>Pre- Intervención</i>	<i>Post- Intervención</i>
Media	14,0526	15,7894737
Varianza	2,2749	0,1754386
Observaciones		19
Grados de libertad		18
Estadístico t	-4.9749	
P(T<=t) una cola	0,0000	
Valor crítico de t (una cola)	1,7341	
P(T<=t) dos colas	0,000098	
Valor crítico de t (dos colas)	+2,1009	

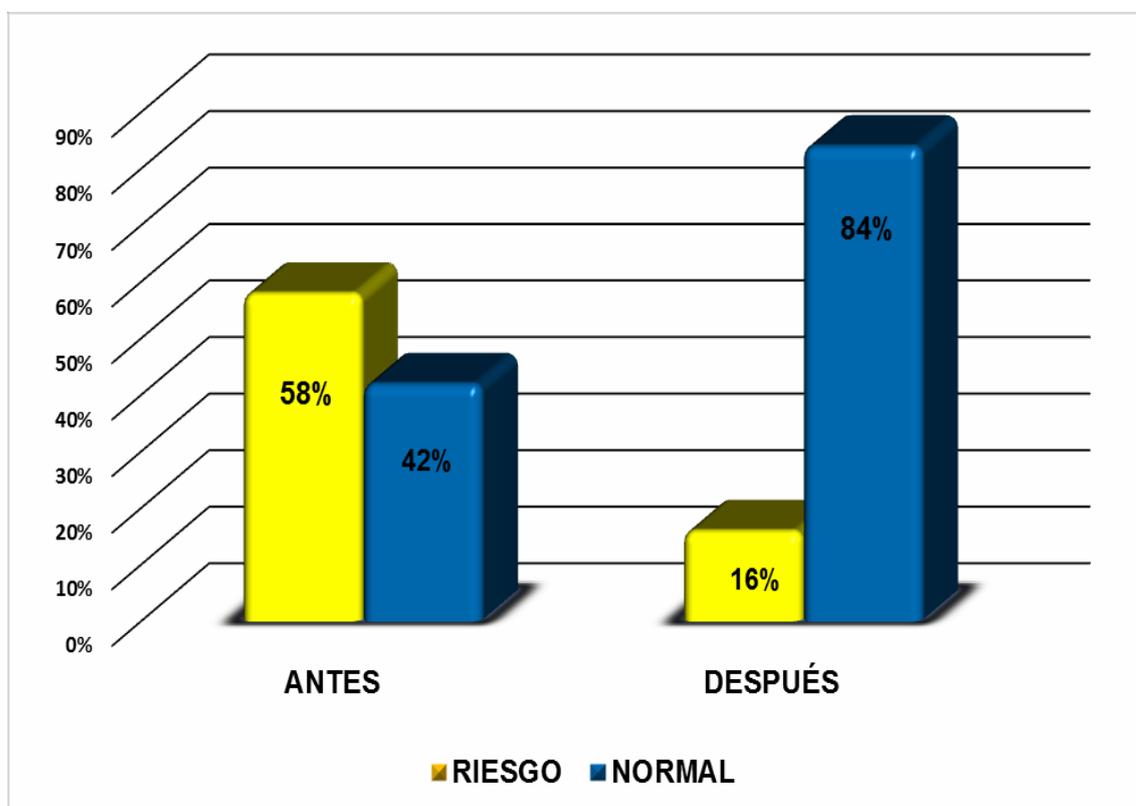
H⁰: La intervención educativa sobre alimentación complementaria no produce efecto significativo en la práctica de preparación de alimentos a los 7-8 meses de las madres participantes.

H₁: La intervención educativa sobre alimentación complementaria produce efecto significativo en la práctica de preparación de alimentos de 7-8 meses de las madres participantes.

Decisión: Dado que el valor **T de Student** es -4,97 y este es mayor que el valor crítico de -2,10, se puede afirmar que la diferencia entre las medias en las evaluaciones de pre test y post test es distinta a cero; por lo tanto, las medias de las muestras son significativamente diferentes, esto también es corroborado con el valor de $P=0.0000$ encontrado, que es menor de 0.05 con un intervalo de confianza del 95%.

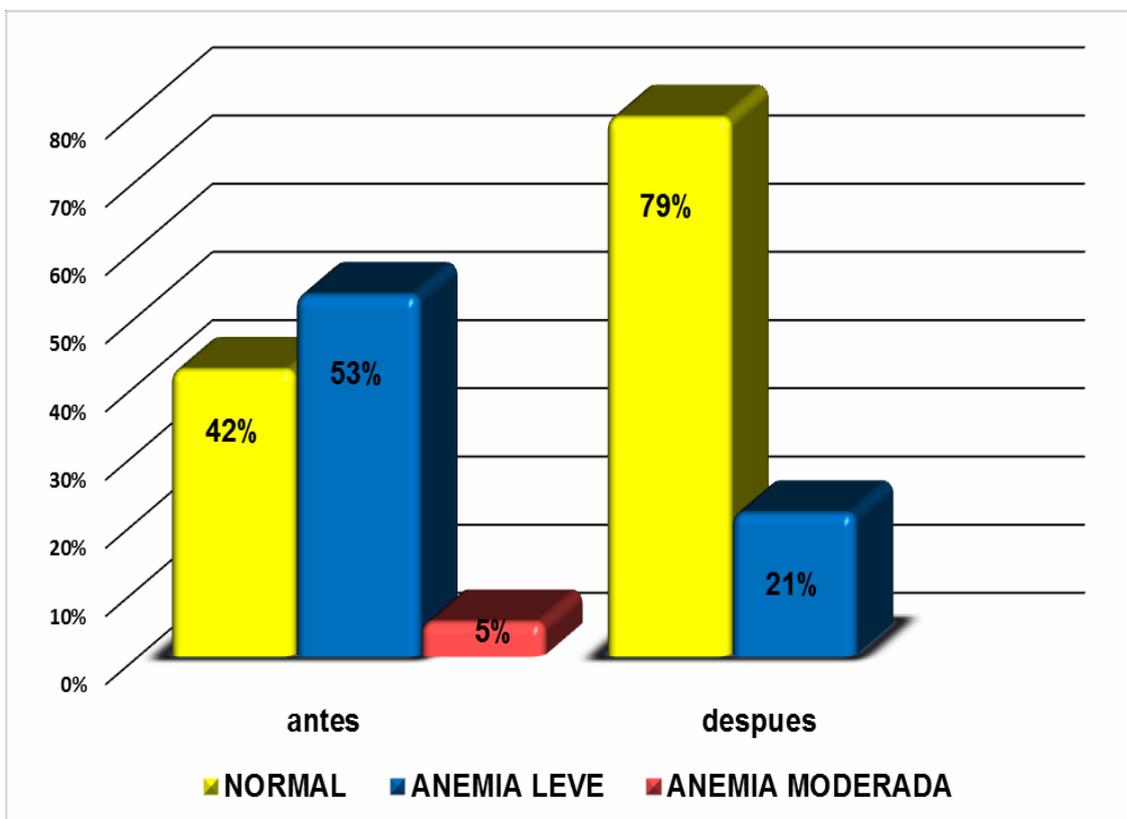
Conclusión: Lo que llevo a afirmar que la intervención educativa produce efecto significativo en la práctica de la preparación de alimentos de los lactantes de 7-8 meses en las madres participantes.

Gráfico 5: Estado nutricional de los lactantes según medidas antropométricas antes y después de la aplicación de la intervención educativa realizada en el Centro de Salud Micaela Bastidas Ate.



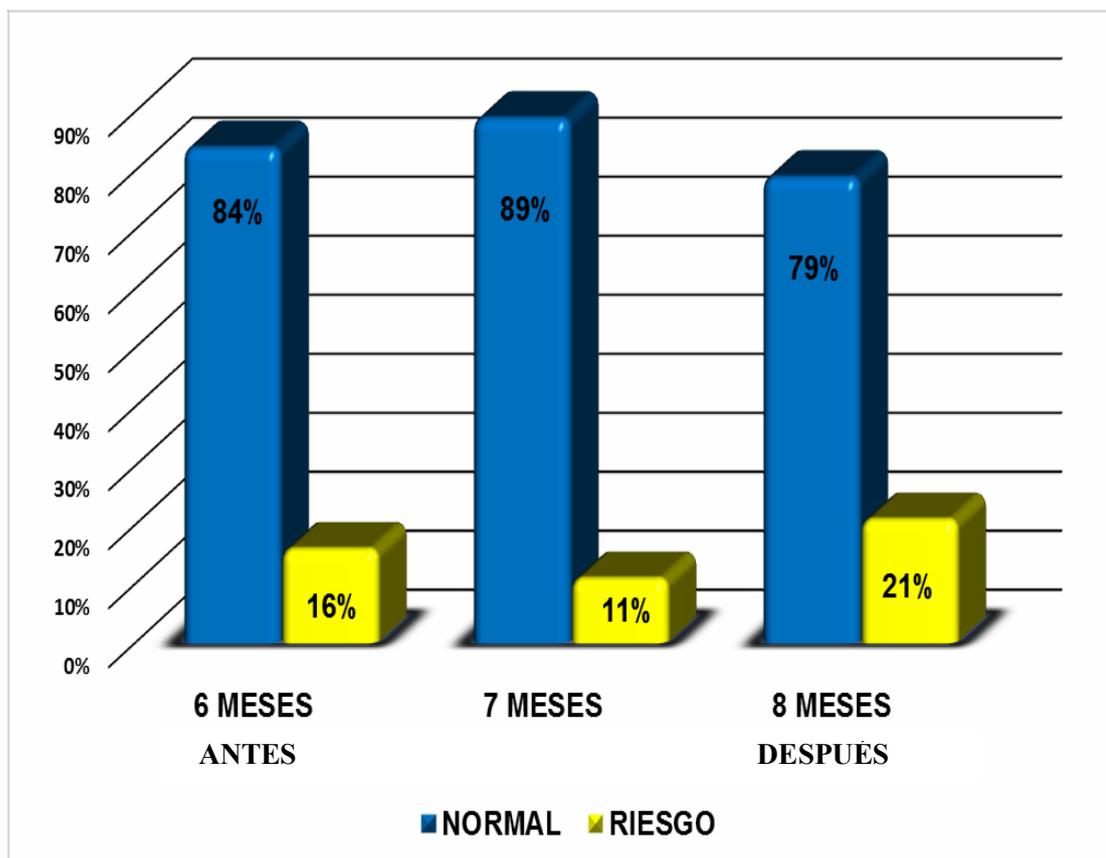
En el gráfico 5, se evalúa el estado nutricional de los lactantes antes de la aplicación de la intervención educativa en la cual se observa que del 100% (19) lactantes, el 58% (11) presentaron riesgo a malnutrición aguda y el 42% (8) se encontraron normal. A los 7 meses se observa que el 16% (3) persisten en riesgo a malnutrición aguda y el 84% (16) se encuentra normal.

Gráfico 6: Estado nutricional de los lactantes de acuerdo a medidas bioquímicas antes y después de la aplicación de la intervención educativa realizada en el Centro de Salud Micaela Bastidas Ate.



En el gráfico 6, se evalúa el estado nutricional de los lactantes de acuerdo a medidas bioquímicas antes de la aplicación de la intervención educativa en la cual se observa que del 100% (19) lactantes, el 42% (8) presentaron una hemoglobina normal, el 53% (10) se encontraron con anemia leve y 5% (1) tenían anemia moderada. Después de la intervención educativa el 79% (15) lactantes presentaron una hemoglobina normal y el 21% (4) presentaron anemia leve.

Gráfico 7: Desarrollo psicomotor de los lactantes antes y después de la aplicación de la intervención educativa realizada en el Centro de Salud Micaela Bastidas Ate.



En el gráfico 7, el desarrollo psicomotor de los lactantes de acuerdo al

E.E.D.P. en la primera evaluación de los lactantes a los 6 meses del 100% (19); el 84% (16) tiene un perfil normal, 16% (3) tiene un perfil en riesgo; en la segunda evaluación de los lactantes a los 7 meses del 100% (19); el 89% (17) tiene un perfil normal, 11% (2) tiene un perfil en riesgo y en la última evaluación a los 8 meses (post intervención educativa) el 79% (15) perfil de normalidad y 21% (4) perfil en riesgo, durante el periodo de estudio.

4.2 Discusión

La desnutrición y la anemia son problemas que han afectado a la población peruana durante décadas. Según la OMS⁶¹; la solución a esta problemática no solo se conseguirá aumentando la producción de suministros sino educando a la población sobre el uso y preparación correcta de los alimentos.

La orientación nutricional durante la niñez e infancia temprana es indispensable para conseguir que los niños logren su máximo potencial en relación al crecimiento, salud y desarrollo. Se destaca la importancia de la educación en las etapas de transición como es la alimentación complementaria en el que la mayoría los lactantes disminuyen considerablemente su peso, talla y estado de la hemoglobina.⁶²

Luego de la aplicación de la intervención educativa sobre alimentación complementaria en lactantes menores de un año en el Centro de Salud Micaela Bastidas se demostró que fue efectivo en el estado nutricional de los lactantes puesto que las hipótesis de estudio fueron demostradas con las pruebas estadísticas elegidas para el estudio (T Student pareado).

En el presente estudio se observó en la Tabla 1 que el 28% de las madres tienen entre 15 - 19 años; la adolescencia es considerada una etapa sujeta a diversos cambios biológicos, psicológicos y sociales; considerada una etapa de conflictos y desequilibrios emocionales⁶³
64.

Diversos estudios afirman que la madre adolescente puede convertirse en un factor de riesgo a la malnutrición de los hijos por la falta de preparación y madurez; así lo señala por experiencia clínica Rico de Alonso ⁶⁵, dice que el

80% de niños hospitalizados por desnutrición severa eran hijos de madres adolescentes. Esta aseveración es apoyada por el estudio de Escarpín ⁶⁷ donde hace mención que de una muestra de 275 niños encontró mayor desnutrición leve en niños de madres adolescentes 13.8 vs 10.5% en los hijos de madres adultas.

Por lo consiguiente, se puede afirmar que la adolescente por estar en una etapa de vulnerabilidad emocional, falta de madurez física y psicológica no está totalmente preparada para asumir el rol de madre en la crianza de sus hijos; poniendo en riesgo la estabilidad de ambos.

Asimismo, se observa que el grado de instrucción predominante es la secundaria 78% (14), el ingreso económico <S/. 750.00 soles es 50%. Resultados similares se encuentra en el estudio de Terrones ⁶⁶ con una muestra de 80 madres, su grado de instrucción es secundaria 60%, y su ingreso económico es 85.6%.

Por tales razones, se afirma que las madres solamente al tener un nivel educativo básico cuentan con una preparación limitada lo que reduce o alarga las posibilidades de crecimiento profesional y personal además de una posible mejora en la solvencia económica para cubrir con tranquilidad las necesidades familiares y personales. En la realización del estudio a pesar de que en los resultados se obtuvo un bajo nivel de ingreso, se hizo énfasis en la calidad, cantidad, consistencia y frecuencia de la alimentación complementaria.

En el gráfico 1 acerca del nivel de conocimiento de las madres se observó que antes de la sesión educativa de un total de 100%, el 32% tiene un nivel bajo, el 34% tiene un nivel medio y el 34% tiene un nivel alto. Luego de la intervención el 100% alcanza un nivel alto, se incrementó significativamente de 8,61 a 18,11 la medición de la media (tabla 2) los conocimientos de las madres después de la aplicación del programa educativo.

Luego de la aplicación de la prueba T de Student para diferencia de muestras relacionadas se encontró que se rechaza la hipótesis nula y existen diferencias entre los puntajes obtenidos antes y después de la aplicación del programa educativo $P=0.00$ (Tabla 2). Estudio similar lo desarrollo Mellano ²¹

en un grupo de 60 madres se incrementó su nivel de conocimiento de un promedio de 8% a 92% luego de la intervención educativa.

Mamani ²⁴ en su estudio de una muestra de 44 madres se incrementó el nivel de conocimiento de un promedio de 7.1 a 16.4 en el grupo experimental. Cisneros y Vallejo ²³ en su estudio con un total de 50 madres, de un promedio

de 43.3% a 96.7%, luego de la intervención educativa por medio a las enseñanzas del personal de salud se logra enriquecer la información que tienen y conseguir un mejor desempeño en la crianza de sus hijos.

Por lo mencionado, se puede afirmar que el conocimiento de las madres esta presto a modificaciones de acuerdo a la persuasión y acogida que demuestre el personal de salud; la motivación e integración grupal con dinámicas que permitan generar la confianza entre los participantes tiene un papel importante; así como también la utilización de técnicas como la lluvia de ideas, mapas conceptuales, utilización de metáforas y demostraciones activas

además de la confianza que se le brinde a las madres para preguntar y expresar sus inquietudes sin ser criticadas y una supervisión constante permiten notablemente mejorar el nivel de conocimiento.

En el gráfico 3 se puede observar que del 100% de madres participantes antes de la sesión educativa demostraron una práctica sobre la preparación de 6 meses adecuada un 53% y el 47% no lo realiza, después de la intervención se observa que incrementó en un 100% la práctica correcta. De igual manera en el gráfico 4 en las prácticas de 7-8 meses se muestra un incremento de un

58% al 100%. De forma similar fueron los resultados de Soncco.²⁵ con una

muestra de 17 madres se observó la mejora de las prácticas en la alimentación en un 70.6% de las madres.

Mamani ²⁴ con una muestra de 44 madres mejoró significativamente las prácticas sobre seguridad nutricional el grupo experimental mostró un promedio de 4.6 a 6.0. Por lo tanto, se puede afirmar que el refuerzo educativo de las prácticas en el uso y preparación de los alimentos por medio de las técnicas demostrativas con la participación activa de las madres en la realización de diversos platos de acuerdo a la edad da como resultado prácticas favorables, consiguiéndose una preparación enriquecedora en el tema para mejora en la crianza de los niños.

Unicef ⁴ menciona; las pruebas revelan que mejorar el conocimiento y las prácticas de alimentación puede conllevar a una mayor ingesta en la dieta y un mayor crecimiento en los lactantes. Díaz ⁶⁸ en su estudio hace mención que en una muestra de 95 madres, encontró que existe relación entre las prácticas con

el estado nutricional y desarrollo psicomotor valores obtenidos luego de la aplicación de la T de student.

En el gráfico 5, el estado nutricional de los lactantes se observó que antes de la sesión educativa 58% presentaron riesgo a malnutrición aguda, al término de la intervención solamente el 16%. De acuerdo a indicadores

antropométricos. Estudio semejante es el de la Universidad de Pekín China ²¹

con una población de 599 niños, los niños en el grupo de intervención logran mayores puntuaciones de peso para la edad y peso para la talla que el control (0,18 vs 0,01 y 0,49 vs 0,19, respectivamente), y eran menos propensos a tener retraso en el crecimiento.

De igual manera Rodríguez ²² con una población de 1576 niños demuestra que más del 50% que ingresaron con valores -2 DE, tuvieron una mejoría parcial o normalizaron su estado nutricional. La FAO ⁷¹ hace mención que está comprobada la competencia de la educación nutricional para incrementar el comportamiento dietético y el estado nutricional.

Por tal razón, se puede fundamentar que es posible conseguir resultados favorables en el crecimiento de los lactantes por medio de un adecuado aporte educativo además de una supervisión otorgado por el profesional de salud dirigida a las madres de familia. Así mismo, lograr conseguir resultados nutricionales favorables de acuerdo a los indicadores antropométricos (peso y talla) nos da un panorama básico del bienestar nutricional del menor para asegurar un rendimiento en las habilidades del lactante a corto y a largo plazo .

En el gráfico 6, se observó que antes de la sesión educativa el 42% tuvo una hemoglobina normal, el 53% presentó anemia leve y el 5% anemia moderada. Después de la intervención educativa el 79% de lactantes presenta hemoglobina normal y el 21% anemia leve. Dentro de los dos primeros años de vida el cuerpo humano crece y se desarrolla a gran velocidad; los tejidos corporales constantemente necesitan el aporte de oxígeno y nutrientes que permiten cubrir sus necesidades energéticas. Por eso en los niños que padecen anemia el organismo no estaría preparado para responder al nivel óptimo, esto puede manifestarse en un efecto negativo en el desarrollo físico e

intelectual del niño.⁷²

De igual manera Programa Mundial de Alimentación (PMA)⁷³ realizó un estudio en Pachacutec, estudios realizados en la zona desde el 2001 hasta el 2006; se conoció que al momento inicial de la intervención la anemia afectaba al 60,2% de los niños, mientras que en la medición a finales del 2006 este problema afectó al 18,4% de los niños denominados continuadores.

La hemoglobina es un indicador oculto. En Perú, la anemia está considerada un problema de salud pública severo, a pesar que las cifras nacionales han disminuido en los últimos años de 60,9% en el 2000 a 44,5% en

el 2012, haciendo la similitud que cuatro de cada diez niños y niñas de entre 6 a 35 meses padecen de anemia.⁷⁴

Por lo mencionado se puede afirmar que no solo basta con los indicadores antropométricos para determinar un adecuado estado nutricional, el dosaje de hemoglobina es indispensable. Siendo de total importancia la

evaluación periódica de dichos valores. Solo de esa manera podremos asegurar en un mayor porcentaje el bienestar nutricional de los niños.

Según Irwin L.⁷⁵ El desarrollo del niño está influenciado por el estado de salud y nutrición; pero también por las interacciones que se crean con los cuidadores en su entorno además de las propias características biológicas. Resaltando las etapas más sensibles del crecimiento es decir los ocho primeros años.

En el gráfico 7, el desarrollo psicomotor de los lactantes antes de la sesión educativa en la primera evaluación del 100%, el 84% tiene un perfil de normalidad, 16% tiene un perfil en riesgo, en la segunda evaluación el 89% tiene un perfil normal y el 11% tiene un perfil en riesgo y en la última evaluación el 79% tiene un perfil de normalidad y el 21% tiene un perfil en riesgo durante el periodo de estudio. Por lo que se determina que no existe relación significativa entre el estado nutricional y el desarrollo psicomotor.

Estudios similares como el de Beltrán⁶⁹ en Huari, Ancash que de una muestra de 80 niños 53,8% tiene un desarrollo psicomotor normal, en riesgo 37,5% y sólo el 8,8% con retraso. Y con un estado nutricional normal T/E, P/T,

Y P/E es normal en 30%, 62,5% y 66,3% concluyendo que no existe relación entre dichas variables. Por otro lado, el estudio de Morales⁷⁰ con una muestra

de 70 pre-escolares, el estado nutricional 64% normal; 43% riesgo nutricional. El 80% tiene anemia. El 70% tiene desarrollo psicomotor normal y el 7% presenta retraso.

Diversos autores mencionan que en circunstancia como está la plasticidad cerebral tiene un papel importante por la capacidad adaptativa del sistema nervioso para minimizar los efectos de las lesiones o daño a través de

modificar su propia organización estructural y funcional.⁷⁶Por lo tanto, se

afirmar que el desarrollo psicomotor se ve influenciado por diversos factores, y que si bien el estado nutricional tiene relevancia en la nutrición neuronal esto no es un determinante en el desarrollo, el cerebro del lactante está diseñado para tener una alta plasticidad y flexibilidad que le permita realizar habilidades a pesar de su condición de malnutrición.

El profesional de enfermería en el primer nivel de atención es destacado por su función de promoción y prevención de la salud al servicio de la comunidad; para conseguir su objetivo es necesario que de manera constante realice estrategias de intervención para orientar, informar, persuadir y dirigir a los pobladores sobre la importancia del cuidado en la salud como tarea de todos.

Es destacada la teoría de Nola Pender ⁵¹ por el valor que le atribuye a las características y experiencias individuales además de las cogniciones y afectos relativos a la conducta. Solo con el entendimiento y comprensión de quienes son las personas a quienes nos vamos a dirigir y educar, podremos dar intervenciones de calidad; el personal de salud debe tener mucha paciencia, dedicación, trabajar sin juzgar a la población por sus costumbres o preferencias, además de utilizar múltiples técnicas de aprendizaje para captar la atención y concentración del público, tendremos así un resultado favorable y contribuir al desarrollo y crecimiento del país, que tanto se necesita.

La aplicación de la teoría de Pender en la presente investigación se demuestra en el trato amable a las madres de familia, en la confianza que se les brindó para expresar sus inquietudes, además de un acompañamiento en sus hogares y la aplicación de diversas técnicas de aprendizaje resaltando siempre la capacidad de la madre para tener hijos bien criados.

La enfermera tiene un papel imprescindible en el bienestar de la comunidad, su trabajo constante en la promoción y prevención de la salud permite que el poblador sea responsable y consciente de mantener un buen estado de salud para su bienestar y el de su entorno. El aporte de la enfermera es crucial en el desarrollo de la población, porque solo con bienestar y cuidado de las personas, estas serán capaces de explotar al máximo su potencial, transformándose en riqueza para la nación.

En la investigación se observa limitantes como la falta de actualización de información brindada por las historias clínicas y la falta de compromiso de algunas madres por seguir las indicaciones y falta de tiempo.

CAPÍTULO 5 : CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

La intervención educativa sobre la alimentación complementaria desarrollada con las madres demostró ser efectiva respecto al incremento de peso y talla del menor; sin embargo, no se consiguió el efecto con relación al desarrollo psicomotor en los lactantes de 6 meses que asisten a sus controles en el Centro de Salud Micaela Bastidas Ate 2015.

El nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria antes de las aplicaciones de las intervenciones educativas era entre medio y alto. Después de la educación se incrementó de manera significativa, llegando a alcanzar un 100% el nivel alto.

Las habilidades prácticas en la preparación correcta de los alimentos de

6 y 7-8 meses desarrolladas por las madres participantes antes de la intervención educativa eran en mayor porcentaje inadecuadas, posterior a la educación el 100% de madres consiguieron una práctica adecuada.

Existe diferencia significativa entre el estado nutricional, antes de la intervención un gran porcentaje presentaba riesgo nutricional, posterior a la educación la mayoría de lactantes mejoró notablemente el estado nutricional.

No existe diferencia significativa entre el desarrollo psicomotor, antes de la intervención educativa el estado de desarrollo era normal y después de la educación continuó manteniéndose con normalidad, durante el periodo de estudio.

5.2 Recomendaciones

Centro de Salud Micaela Bastidas

Se recomienda seguir manteniendo una comunicación constante entre el personal de salud, madres dirigentes de vasos de leche y comedores populares, promotores de salud, jefes de organizaciones, municipalidades, alcaldes sobre las necesidades primarias de la población y la búsqueda conjunta de soluciones a la problemática.

Se debe continuar capacitando al personal de enfermería sobre las diversas estrategias del ministerio de salud, lineamientos, normas técnicas y reglamentos vigentes de atención a la comunidad; esto permitirá ser un profesional competente capaz de brindar un servicio de calidad a la población.

Se sugiere mejorar la planificación y organización del trabajo en equipo durante la jornada laboral, que facilite la rapidez en la atención y la adecuada orientación al público además, aplicando lo planteado se disminuirá los niveles de estrés de los profesionales de salud por las quejas y reclamos de la población.

Se recomienda aumentar la difusión a las familias de la comunidad con paneles, volantes, gigantografías, megáfonos sobre charlas educativas gratuitas de temas como lactancia materna, alimentación, inmunizaciones, crecimiento y desarrollo con el objetivo de promocionar y prevenir la salud de las familias del poblado.

Enfermería

Las enfermeras siempre deben tener un trato humanizado con las personas, sobre todo las enfermeras tezzianas caracterizadas por el lema: “Cuidar al enfermo como lo hace una madre con su único hijo enfermo” siendo modelo para los demás profesionales de la salud.

Para la Investigación:

Se recomienda motivar a los estudiantes y asesores de investigación a continuar realizando estudios pre - experimentales con la finalidad de llevar a la práctica los conocimientos científicos y también realizar los estudios cuasi- experimentales para obtener resultados comparativos de acuerdo a la realidad de distintas poblaciones.

Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza

Al respecto es importante que los docentes de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza durante la enseñanza siempre refuercen la importancia de la comunicación verbal entre los estudiantes, esto permitirá que constantemente

se refuercen las habilidades de comunicación con el entorno para facilitar el acercamiento con la comunidad.

Para fomentar en los estudiantes el cuidado humanizado se sugiere incrementar el horario de prácticas comunitarias para que los estudiantes se sientan identificados con la población, reconozcan los principales problemas y junto al personal profesional sean partes de la planificación y operatividad de estrategias de abordaje.

Para generar el compromiso al servicio de la comunidad se debe educar al estudiante además de los temas del sílabus con talleres expositivos enfocados al desarrollo de comunidades peruanas que han surgido gracias al aporte del profesional de salud; enfermeras líderes de cambio, el aporte logrado, las estrategias utilizadas y métodos de abordaje a la población.

Realizar las coordinaciones con las empresas de la jurisdicción en busca de apoyo económico dispuestas a apoyar la realización de intervenciones educativas en beneficio de la población aledaña.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Organización Panamericana de la Salud. 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. [en línea]. Washington: Informe realizado por un grupo de científicos de la OPS; 2010. [actualizado el 4 de mayo del 2015; citado el 1 de junio del 2014]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789275330944_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. [en línea]. Ginebra: Informe de un grupo de científicos de la OMS; 2003. [actualizado el 19 de diciembre del 2015; citado el 1 de mayo del 2014]. Disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/estrategia_mundial_para_la_alimentacion_del_lactante.pdf

Daza W, Dadán S. Alimentación complementaria en el primer año de vida. Precop SCP [en línea]. 2009 [citado el 15 de octubre del 2014]; 8(4): 18-24. Disponible en: <https://scp.com.co/descargasnutricion/Alimentaci%C3%B3n%20complementaria%20en%20el%20primer%20a%C3%B1o%20de%20vida.pdf>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Alimentación y alimentación complementaria. UNICEF.[en línea]. 2012 [citado el 13 de octubre del 2014]. Disponible en http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24826.html

Martínez R, Fernández A. Desnutrición infantil en América latina y el Caribe. Boletín: Desafíos[en línea]. Paraguay; 2006 [citado el 12 de marzo 2015];(2):4-

9. Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/Desafiosnutricion\(13\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Desafiosnutricion(13).pdf)

Cruz Y, Jones A, Berti P, Larrea S. Lactancia materna, alimentación complementaria y malnutrición infantil en los Andes de Bolivia. Rev. Scielo [en línea]. 2010 [citado el 2 de octubre del 2014]; 60(1).Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S000406222010000100002&script=sci>

_arttext

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Informe anual 2013. [en línea]. Estados Unidos: Desarrollado por un Grupo Científico de la UNICEF; 2014[actualizado el 19 de noviembre del 2015, citado el 29 de diciembre del 2015]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/publications/files/SP_UNICEF_Annual_Report_2013_web_10_June_2014.pdf

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Mejorar la Nutrición Infantil: El imperativo para el progreso mundial que es posible lograr. [en línea]. Estados Unidos: Informe realizado por un grupo de científicos de la UNICEF; 2013 [actualizado el 1 de Junio del 2015; citado el 12 de noviembre del 2015].Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/publications/files/Spanish_UNICEFNutritionReport_low_res_10May2013.pdf

Wisbaum W. Desnutrición: causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. [en línea]. Estados Unidos: Informe realizado por un grupo de expertos de UNICEF; 2011[actualizado el 24 de noviembre del 2011; citado el 15 de marzo del 2015]. Disponible en : <https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>

OPS, UNICEF, PMA. Alimentación y nutrición del niño pequeño. Memoria de la Reunión subregional de los países de Mesoamérica. 9-12 de febrero del 2010, Managua Nicaragua. Disponible en: http://www.unicef.org/lac/Reunion_Nutricion_1_21_2011.pdf

OPS, UNICEF, PMA. Alimentación y nutrición del niño pequeño. Memoria de la Reunión subregional de los países de Sudamérica. 2 - 4 diciembre 2008, Lima- Perú. Disponible en: http://www.unicef.org/lac/Reunion_Sudamericana_de_Alimentacion_y_Nutricion_del_Nino_Pequeno%282%29.pdf

Organización Panamericana de la Salud. La Desnutrición en Lactantes y Niños Pequeños en América Latina y El Caribe: Alcanzando los Objetivos de Desarrollo del Milenio. [en línea]. Estados Unidos: Informe realizado por un grupo de científicos de la OPS; 2008. [actualizado el 27 de setiembre del 2012; citado el 13 de noviembre del 2015]. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/MalnutritionSpa.pdf>

Ministerio de Salud. Análisis de situación de Salud 2013. Dirección de Salud IV Lima Este. [en línea]. Lima- Perú: Análisis desarrollado por un grupo de científicos del Ministerio de Salud; Mayo 2013. [actualizado el 6 de Enero del 2014; citado el 12 de diciembre del 2014]. Disponible en: <http://www.limaeste.gob.pe/limaeste/DIRECCIONES/OEP/Asis/SemanasEpi/Analisis%20de%20Situacion%20de%20Salud/2013/ASIS%20DISA%20IV%20LIMA%20ESTE%202013.pdf>

Comisión Económica para América Latina. Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe. [en línea]. Chile: Informe realizado por una división de estadística de CEPAL; 2010. [actualizado el 2 de enero del 2016; citado el 25 de Febrero del 2016]. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/924/S2009663_mu.pdf?sequence=1

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estado de la niñez en el Perú. [en línea]. 1 era edición. Estados Unidos: Informe realizado por un grupo de científicos de la UNICEF; 2011. [actualizado el 19 de noviembre del 2015; citado el 16 de diciembre del 2015]. Disponible en: http://www.unicef.org/peru/spanish/Estado_Ninez_en_Peru.pdf

Municipalidad Metropolitana de Lima: advierte que cifras de desnutrición y anemia en zonas pobres de Lima triplican el promedio nacional. Editado por Oficina de comunicación del Sistema Metropolitano de la Solidaridad Lima, Perú: 2013. [Citado el día 02 de julio del 2015]. Disponible en:

http://www.sisol.gob.pe/home/hs/images/prensa/NP_DESNUTRICION_18_10_13.pdf

Oscar Benavides Majino. Ate vive. [en línea]. Lima-Perú. informe realizado por la gestión municipal de Ate Vitarte; 2011. [actualizado el 6 de mayo del 2015; citado el día 2 de julio del 2015]. Disponible en: http://www.muni.ate.gob.pe/ate/files/transparencia/INFORMACION_ADICIONAL_estado_i_trimestre.pdf

Figueiras A, Neves de Souza I, Rios V, Benguigui Y. Manual para la vigilancia del Desarrollo Infantil en el contexto de Aiepi. [en línea]. 2da Edición. Washington Estados Unidos: Informe realizado por la Organización Panamericana de la Salud; 2006[28 de octubre del 2011; citado el 3 de junio del 2015]. Disponible en:

<http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/manual-vigilancia-desarrollo-infantil-aiepi-2011.pdf>

Universidad Pekín Centro de Ciencias de la Salud. Efectividad de una intervención educativa para mejorar las prácticas de alimentación infantil y el crecimiento en la China rural: resultados actualizados a los 18 meses de edad. China, Edit. Departamento de Niños, Adolescentes y salud de la Mujer. De la universidad de Pekín de Ciencias de la Salud. (2012) [citado el 20 de febrero del 2016]. Disponible en:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23020102>

Rodriguez L, Pizarro T, Benavides X, Atalah E. Evaluación del impacto de una intervención alimentario nutricional en niños chilenos con malnutrición por

déficit, Chile: Rev Chilena de Pediatría [en línea]. 2007 [citado el 10 de febrero del 2016]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037041062007000400005

Mellado P.A.M. Intervención educativa a madres de niños menores de un año de edad para elevar el nivel de conocimientos sobre nutrición en un sector del municipio de Zacualpa, abril-setiembre 2005. Rev.Ciencia. [en línea] 2005

[citado el 30 de marzo del 2015]. Disponible en

<http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEuAApEEVucbudyiqh.php>

BhandariNita , Mazumder S, BahlRajiv , MartinesJ ,NegroR. ,BhanMaharajK

,et all. Una intervención educativa para promover prácticas de alimentación complementaria adecuada y el crecimiento físico de los bebés y niños pequeños en Haryana rural, India. Rev. La Sociedad Americana de Ciencias de la Nutrición. 2004. vol. 134 (no. 9).

Cisneros E, Vallejos Y. Efectividad del programa educativo en conocimientos, prácticas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6-24 meses - Reque -2014.Perú, Edit. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo [en línea] 2015. [citado del 20 de febrero del 2016]. Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/379/1/TL_CisnerosPomaEvelin_VallejoEsquivesYacarly.pdf

Mamani.R. Efectividad del programa educativo “niño sano y bien nutrido” para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas en seguridad nutricional aplicado a madres con niños menores de 1 año del centro de salud Moyopampa, Chosica-lima 2008.Rev RECIEN.2008

Soncco M. Efectividad del programa educativo para la mejora de prácticas de alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 12 meses de edad, en el asentamiento humano Los Olmos, Pucallpa, Perú.2005.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Alimentación complementaria. Artículo realizado por un grupo de científicos de la UNICEF[en línea]. 2012 (2005).[citado el 4 de octubre del 2014].Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/

MINSA. Nutrición por etapa de vida: alimentación complementaria de 6 a 24 meses. [en línea]. Lima- Perú: Informe realizado por un grupo de expertos de MINSA; 2006. [actualizado el 1 de agosto del 2015, citado el 20 de abril del 2015]. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe//descargas/ogc/especiales/2007/nutricion/archivos/ALIMENTACION6MESESA24.pdf>

Nestel P, Et all. Complementary food supplements to achieve micronutrient adequacy for infants and young children. [en línea].J Pediatr Gastroenterol Nutr (USA) 2003,36(3):316-28.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12604969>

World Health Organization. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. WHO (1998) Ginebra [citado el 4 de octubre del 2014]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_NUT_98.1.pdf?ua=1

Organización Panamericana de la Salud. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. [en línea]. Washington D.C: Informe realizado por un grupo de científicos de la OPS; 2003. [actualizado el 25 de febrero del 2015; citado el 21 de octubre del

2015]. Disponible en:

http://whqlibdoc.who.int/paho/2003/9275324603_spa.pdf

31-Junta de Andalucía. Guía para la promoción de la alimentación equilibrada en niños y niñas menores de tres años. [en línea]. España: Informe realizado por un grupo de científicos de la consejería de Salud de la junta de Andalucía. España; 2012 [actualizado el 21 de diciembre del 2019; citado el 2 de octubre del 2014]. Disponible en: http://www.uco.es/ugt/proyectocentros/archivo/AnexoI_GUIA_ALIMENTACION_0a3.pdf

Organización Panamericana de la Salud (OPS), Fondo de las Naciones para la Infancia (UNICEF). Lineamientos de nutrición materno infantil del Perú. Informe realizado por un grupo de expertos de la OPS. [en línea]. EE.UU:

;2004. [citado 24 mayo de 2014] disponible en

[:http://bvs.minsa.gob.pe/local/INS/158_linnut.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/INS/158_linnut.pdf)

Naylor A y Morrow A. Readiness of Normal Full Term Infants to Progress from Exclusive Breastfeeding to the Introduction of Complementary Foods.[en línea] Improving nutrition and reproductive health Developmental.(USA)2001 [citado el 3 de setiembre del 2014]. Disponible en: <http://www.linkagesproject.org/media/publications/technical%20reports/devreadiness.pdf>

Lázaro A., Martínez B. Alimentación del lactante Sano. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. [en línea] 2008.[citado el 25 de junio del 2015]:311-320. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2alimentacion_lactante.pdf

Flores S, Martinez G, Toussaint G, Adell A, Copto A. Alimentación complementaria en los niños mayores de seis meses de edad. Boletín Med. Hosp. Infant. [en línea] 2006: [citado el 12 de febrero del 2016].63 (2). Disponible en: <http://cmuch.mx/plataforma/lecturas/nutriact/2.1.pdf>

Escott S, Kathleen L, Raymond J. Krause dietoterapia. 13ª ed.; Mexico: Editorial Elsevier 2012. [actualizado en el 2013; citado el 4 de noviembre del 2014]. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=lqm9_G9rzpUC&printsec=frontcover&dq=nutricion+y+dietoterapia+autor+Krause&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjA6aO2i9vLAhXG6iYKHa6mAdEQ6AEILjAB#v=onepage&q&f=false

Zavaleta S. Conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses que asisten al consultorio CRED, en el P.S. Cono Norte 1 trimestre 2012. [tesis de licenciatura]. Universidad Jorge Basadre Grohmann]: Tacna-Perú; 2013

González L, Plasencia M, María L. Fenómeno alimentario y fisiología del subsistema digestivo. [en línea]. Ciudad de La Habana, Cuba. Editorial Política Cuba, 2008 [citado el 20 de marzo del 2016]. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=yqA3twAACAAJ&dq=Fen%C3%B3meno+alimentario+y+fisiolog%C3%ADa+del+subsistema+digestivo&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjS6OiE6d7LAhXKOiYKHWU3CIwQ6AEIGjAA>

Macip A. La nutrición puede determinar el futuro de su hijo. España: Editorial Lulu. 2007.

Organización Mundial de la Salud. Nutrición. OMS. [en línea]. 2015. [citado el 01 de junio de 2014], disponible en: <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>

Casanueva E, Kaufer- Horwits M, Perez- Lizaur A, Arroyo P. Nutriología médica. [en línea]. 4ª Edición. México: Edit. Panamericana, 2008. [actualizado el 20 de marzo 2015; citado el 10 de noviembre del 2015]. Disponible en: <http://books.google.com.pe/books?id=ZjcGp1sulUC&pg=PA289&dq=factores+que+afectan+el+estado+de+la+nutricion+en+lactantes+menores+de+la+a%C3%B1o&hl=es&sa=X&ei=vYdgVIIAg6U21pOB6Ag&ved=0CCQQ6AEwAA#v=onepag>

e&q=factores%20que%20afectan%20el%20estado%20de%20la%20nutricion%
20en%20lactantes%20menores%20del%20a%C3%B1o&f=false

42.- Helens M, Henderikaj R, Linnea A, Dibble M. Nutricion y dieta de cooper. 3^{ra} Edicion. México: Edit. Interamericana; 1978. [citado el 04 de noviembre del 2014].

43.- Marin Z. Elementos de nutrición humana. [en línea].3^a edición, Costa Rica: Edit. Universidad Estatal a Distancia San Jose. 1998. [actualizado el 3 de junio del 2000, citado el 3 de noviembre del 2015]. Disponible en: <http://books.google.com.pe/books?id=txKXD0mWGhoC&pg=PR6&dq=elementos+de+la+nutricion+humana+autora+marin&hl=es&sa=X&ei=UQ1YVJnhJc3LsASDzYDIDw&ved=0CBwQuwUwAA#v=onepage&q=elementos%20de%20la%20nutricion%20humana%20autora%20marin&f=false>

44.- Instituto Nacional de Investigación Agraria. Los Cultivos Nativos en las Comunidades del Perú. Perú: Editorial INIA, 2007 [citado el 10 de noviembre del 2015]. Disponible en: http://www.bvcooperacion.pe/biblioteca/bitstream/123456789/5472/1/BVCI0005_219_1.pdf

45.- Oliveira G. Manual de nutrición clínica y dietética. [en línea]. 2^{da} Edición. Madrid: Editorial Diaz de Santos; 2000. [citado el 3 de diciembre del 2015]. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=ejXytdXNjZkC&printsec=frontcover&dq=manual+de+nutrici%C3%B3n+cl%C3%ADnica+y+diet%C3%A9tica+gabriel+oliveira+fuster&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwi6k7qUu9_LAhVQySYKHbkoDc0Q6AEIzAA#v=onepage&q=manual%20de%20nutrici%C3%B3n%20cl%C3%ADnica%20y%20diet%C3%A9tica%20gabriel%20oliveira%20fuster&f=false

46.- Martínez C, Pedrón C. Valoración del estado nutricional. Protocolos diagnóstico- terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP.[En línea]. 2010[Actualizado el 10 de mayo del 2010; citado el 10 de setiembre del 2015]:313-320. Disponible en : https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/valoracion_nutricional.pdf

47.- El Asmar A, Gómez JM, Revilla E. Las 50 principales consultas en Pediatría de Atención Primaria. [en línea]. Madrid, España: comité editorial: Fernández – Cuesta Miguel Angel; 2008. [citado 10 de noviembre del 2015]. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=Y5qm_fovnVAC&pg=PA103&dq=talla+baja+infantil+pdf&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwjRsIXk4_rLAhWJKh4KHd6yAyUQ6AEIITAB#v=onepage&q&f=true

48.- Ministerio de Salud del Perú. Guía técnica de prácticas clínica para el diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niñas, niños y adolescentes en establecimientos de salud del primer nivel de atención.[en línea]. Lima, Perú: MINSA; 2015. [citado el 10 de enero del 2015]. Disponible en:

http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM028-2015MINSA_guia.pdf

49.- Sociedad Venezolana de Puericultura y pediatría. Nutrición Pediátrica. [En línea]. México: Editorial Médica Panamericana; 2009. [citado el 09 de febrero del 2016]. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=MouniMMFRl4C&printsec=frontcover&dq=valoraci%C3%B3n+del+estado+nutricional+pdf&hl=es->

419&sa=X&ved=0ahUKEwjKideK8fjLAhVBGB4KHXL2CiYQ6AEIOjAF#v=onepage&q&f=true

50.- Witriw AM. Valoración nutricional en la Práctica Clínica Atención Ambulatoria e Internación. [en línea]. Ponencia presentada en la cátedra de Evaluación Nutricional, 2015. España. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/nutrievaluacion/2015/evaluacion.pdf>

51.- Instituto Nacional de Salud. Módulo: Medidas antropométricas, registro y Estandarización. Lima: INS.1998. [actualizado el 10 de febrero 2007, citado el 10 de agosto del 2015]. Disponible en: http://www.bvs.ins.gob.pe/insprint/cenan/modulo_medidas_antropometricas_registro_estandarizacion.pdf

52.- Ministerio de Salud. Escala de evaluación del desarrollo psicomotor de 0 a 24 meses (EEPD). [Internet]. Perú: Editorial MINSAL;1974. [actualizado el 15 de mayo del 2014; citado el 19 de junio del 2015].

53.- Mayurí A. Conocimiento materno sobre estimulación temprana y grado de desarrollo psicomotor en niños menores de 1 año Gustavo Lanatta. [tesis para licenciatura]. Perú: edit Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza (2014). [citado el 12 de febrero del 2014]. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/348/1/Mayuri_am.pdf

54.- Palau E. Aspectos básicos del desarrollo infantil, la etapa de 0 a 6 años. [en línea]. España: editorial CEAC educación infantil: 2001. [citado del 05 de diciembre del 2015]. Disponible en:

<https://books.google.com.pe/books?id=lkupHJydSUIC&printsec=frontcover&dq>

=desarrollo+psicomotor+del+ni%C3%B1o+pdf&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwiGjKbA0fvLAhVGPiYKHaVWDFwQ6AEISjAJ#v=onepage&q&f=true

55.- Hernández M. Pediatría. [Internet]. 2^{da} Edición. Madrid-España: Edit. Díaz de Santos;1994 [citado el 17 de noviembre del 2014]. Disponible en: <http://books.google.com.pe/books?id=OzKTix0nQDIC&pg=PA39&dq=definicion>

+del+desarrollo+psicomotor&hl=es419&sa=X&ei=QmFqVI78DoKfNrvfgqgB&ved=0CBsQ6AEwAA#v=onepage&q=definicion%20del%20desarrollo%20psicomotor&f=false

56.- Gassier J. Manual del desarrollo psicomotor del niño. [en línea]. Editorial Masson; 1983.[citado el 4 de enero del 2016]. Disponible en; <https://books.google.com.pe/books?id=nqWFqFQlO4gC&printsec=frontcover&dq=desarrollo+psicomotor+del+ni%C3%B1o+pdf&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwiGjKbA0fvLAhVGPiYKHaVWDFwQ6AEIGjAA#v=onepage&q&f=true>

57.- Iceta A., Yoldi M. Desarrollo psicomotor del niño y su valoración en atención primaria. [en línea]. México: Editado por Anales SisNavarra.[actualizado el 7 de agosto del 2012; citado el 13 de enero del 2016].Disponible en: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/educacion/content/download/149387/732092/file/Desarrollo%20psicomotor%20del%20ni%C3%B1o.pdf>

58.- Cantero V, Delgado B, Gonzales C, Martinez A, Perez N, Navarro I, et al. Psicología del desarrollo humano: Del nacimiento a la vejez. [en línea]. Ecuador: Edit Club Universitario; 2011 [actualizado el 3 de octubre del 2011; citado el 14 de febrero del 2016]. Disponible en:

<http://www.editorial-club-universitario.es/pdf/5330.pdf>

59.- Seelbach G. Teoría de la personalidad.[en línea]. México: Red del Tercer Milenio; 2012.[actualizado el 4 de junio de 2015; citado el 05 de enero del 2016]. Disponible en: http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/Psicologia/Teorias_de_la_personalidad.pdf

60.- Aristizábal P, Blanco D, Sanchez A, Ostiguin R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM [Internet]. 2011. [actualizado el 28 de setiembre del 2012; citado el 23 de mayo del 2014] :8(4): 16-23. Disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>.

61.- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. El desarrollo sostenible comienza por la educación.[en línea]. Francia: Informe realizado por un grupo de científicos de la UNESCO; 2015. [actualizado el 14 de octubre del 2015; citado el 20 de febrero del 2016]. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002305/230508s.pdf>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Análisis de situación de los alimentos complementarios fortificados para la niñez entre los 6 y 36 meses de edad. En la región de América Latina y el Caribe. [En línea]. Estados Unidos

Editorial UNICEF.; 2006. [Actualizado el 16 de setiembre del 2015, citado el 20 de febrero del 2016]. Disponible en: [http://www.unicef.org/honduras/Analisis_de_Situacion_ACF_final\(6\).pdf](http://www.unicef.org/honduras/Analisis_de_Situacion_ACF_final(6).pdf)

Galeano M, Balbuena H, Zacarías M, Huespe M. Riesgo al nacer en el hijo de madre adolescente. {en línea}. Editorial Universidad Nacional del Nordeste. 2005.[citado el 11 de febrero del 2016]. Disponible en: http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-111_Falta%20Corregir.pdf

Sanchez G. Análisis de la escala de inmadurez del adolescente en el

M.M.P.I a su significación con el M.A.P.I de TH Millon. [en línea]. Portugal: Edit. Universidad de Minho; 1997. [actualizado el 21 de octubre del 2009; citado el 11 de febrero del 2016]. Disponible en: http://campus.usal.es/~petra/Profesores/GuadalupeSanchez/Congresos/Inmadurez.MMPIA_MAPI%20%281997%29.pdf

Rico de Alonso. Madres solteras adolescentes. Vol 35 Bogotá: editorial Colombia LTDA;1986

66.- Terrones M. E. Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6-12 meses en el Centro de Salud Micaela Bastidas febrero 2013. [tesis de Licenciatura], Lima, Perú: Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, EEPLT;2013.

Escartín M, Vega G, Torres O, Manjarrez C. Estudio comparativo de los hijos de madres adolescentes y adultas de comunidades rurales del estado de

Querétaro.[en línea]. México: Edit. Ginecología y Obstetricia de México.2011 [citado el 11 de febrero del 2016]; 79(3); 131-136. Disponible en:<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2011/gom113e.pdf>

Díaz D. Prácticas de ablactancia, estado nutricional y desarrollo psicomotor en lactantes de 6-12 meses de edad, comunidad de Manchay- Lima 2012 [tesis de Licenciatura], Lima, Perú: Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, EEPLT;2013.[citado el 10 de febrero del 2016].

Beltrán J. Desarrollo psicomotor y su relación con el estado nutricional en los niños de 6 a 24 meses del proyecto Ally Micuy de Adra en Huari, Ancash,2009[tesis de licenciatura], Ancash, Perú: edit Revista científica de Ciencias de la Salud; 2010.[citado el 23 de febrero del2016].

Morales L. Relación entre estado nutricional y desarrollo psicomotor de pre- escolares en la Institución Educativa N° 055 Las Carmelitas. [tesis de licenciatura], Lima, Perú: edit Escuela de enfermería Padre Luis Tezza EEPLT; 2014. [citado el 25 de febrero del 2016]. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/383/1/Morales_ll.pdf

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. La importancia de la Educación Nutricional. [en línea]. Estados Unidos: Informe realizado por un grupo de científicos de FAO; 2011. [citado el 20 de febrero del 2016]. Disponible en: <http://www.fao.org/ag/humannutrition/3177902a54ce633a9507824a8e1165d4ae1d92.pdf>

72.-Badham J, Zimmermann M, Kraemer K. Guía sobre Anemia Nutricional. [en línea]. Suiza: Editorial Sight And Life, 2016. [Actualizado 31 de mayo del 2014, citado el 1 de marzo del 2016]. Disponible en: http://www.sightandlife.org/fileadmin/data/Books/guidebook_spanish.pdf

Programa Mundial de Alimentos. Intervención Educativa en Prevención de la Anemia y Desnutrición en Pachacútec. [en línea]. Perú: editorial PMA, 2008. [actualizado el 19 de marzo del 2014, citado el 20 de febrero del 2016]. Disponible en: <http://www.alter.org.pe/intervencion-educativa-en-prevencion-de-la-anemia-y-desnutricion-en-pachacutec-peru-construccion-de-un-modelo-de-intervencion-para-la-mejora-del-nivel-nutricional-de-ninos-en-zonas-periurbanas-un/>

Ministerio de Salud del Perú. Plan nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el país 2014-2016. [en línea]. Perú: editado por MINSA; 2014. [actualizado el 19 de mayo del 2015, citado el 20 de febrero del 2016]. Disponible en: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/otros_lamejo_cenan/Plan%20DCI%20Anemia%20%20Versi%C3%B3n%20final.pdf

Irwin L, Siddiqi A, Hertzman C. Desarrollo de la Primera Infancia un potente ecualizador. [en línea]. Estados Unidos: Informe realizado por el Centro de Investigaciones del Instituto Universitario de Estudios Multidisciplinarios; 2007.[actualizado el 26 de junio del 2009; citado el 23 de febrero del 2016].Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/publications/early_child_dev_ecdkn_es.pdf

76.- Aguilar F. Plasticidad cerebral. [en línea].México: Edit. Medigraphic Artemisa; 2003. [citado el 25 de febrero del 2016]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2003/im031h.pdf>

Anexo

Anexo 1 Operacionalización de las Variables

TIPO VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	DEFINICIÓN	INDICADORES	VALOR
VARIABLE DEPENDIENTE Estado Nutricional	Es el resultado de la alimentación en un tiempo y espacio, el cual se centra en el proceso metabólico de tejidos y órganos del cuerpo.	Medidas antropométricas	Es la ciencia encargada de la medición de las dimensiones del cuerpo humano. Se encargas de medir el nivel de metabolito en sangre, la concentración de hierro	*Peso/edad *Talla/edad *Peso/talla *Perímetro cefálico *Concentración de Hb.	Normal Riesgo desnutrición

<p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Desarrollo psicomotor</p>	<p>Proceso dinámico en el cual se mide el grado de actividad del niño por edades</p>	<p>Coordinación</p>	<p>Capacidad del lactante para realizar movimientos específicos, haciendo uso de aspectos viso motores.</p>	<p>6 meses:</p> <p>*Realiza movimientos bimanuales y simétricos.</p> <p>*Emplea la prensión palmar.</p> <p>Es capaz de aproximarse lateralmente hacia algún objeto de interés.</p> <p>Es capaz de llevarse los pies a la boca con ayuda de sus manos.</p>	
---	--	----------------------------	---	--	--

			<p>El comportamiento</p>	<p>voluntad y no por desviación de atención.</p> <p>A través del movimiento de barrido arrastra los objetos pequeños.</p> <p>Tiene la destreza en dar golpes y sacudir objetos.</p> <p>6-7 meses</p> <p>* Va adquiriendo ciertas normas sociales.</p> <p>*Ha interiorizado el significado del no.</p> <p>*Muestra satisfacción y agrado al compartir tiempo con su madre y/o cuidador.</p>	
--	--	--	--------------------------	---	--

				<p>Atiende al llamado de su nombre.</p> <p>Siente interés al observar su imagen en el espejo.</p> <p>Inicia pequeñas rutinas diarias.</p> <p>Aprende a dar aplausos.</p> <p>*Siente satisfacción al juego del objeto perdido.</p> <p>6-7 meses</p> <p>Perfecciona el laleo.</p> <p>Emite sonidos vocales continuos.</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>7-8 meses</p> <p>Repite sílabas continuas.</p> <p>Expresa emociones y estado de ánimo en su distinción de entonaciones.</p> <p>Se desarrolla el lenguaje comprensivo práctico.</p> <p>6-7 meses</p> <p>Permanece sentado de manera vacilante y por poco tiempo.</p> <p>Inicia el gateo de arrastre hacia adelante.</p> <p>Se da vueltas sobre sí mismo en posición acostado.</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>* Va dominando la postura erguida.</p> <p>Es probable que ya se siente solo, apoyado en sus manos.</p> <p>Sus movimientos son más seguros.</p>	
--	--	--	--	---	--

<p>VARIABLE INTERVINIENTE</p> <p>Conocimiento sobre Alimentación Complementaria de las madres</p>	<p>Es el proceso mental que refleja la realidad objetiva en la conciencia del hombre.</p> <p>El conocimiento sobre alimentación complementaria comprende aspectos nutricionales, psicoafectivos que permiten a la madre tomar decisiones efectivas en la alimentación de sus hijos.</p>	<p>Generalidades</p>	<p>Son conceptos básicos sobre la alimentación complementaria que posee la madre adquirida por la experiencia previa o educación.</p> <p>Es el pilar de la alimentación complementaria en el que se refiere al valor</p>	<p>*Conceptos</p> <p>*Importancia</p> <p>*Principios</p> <p>*Higiene de manos y utensilios</p> <p>*Alimentación Interactiva</p>	<p>Alto</p> <p>Bajo</p> <p>Medio</p>
--	---	-----------------------------	--	---	--------------------------------------

		Cantidad	Es el pilar de la alimentación complementaria en el que se enfoca los volúmenes de alimentación de acuerdo a la edad.	*Número de cucharadas de la comida	Alto Bajo	Medio
			Es el pilar de la alimentación complementaria en el que se enfoca en la	*desayuno	Alto Bajo	Medio

<p>VARIABLE INTERVINIENTE Práctica</p>	<p>Es la habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad. Es el uso continuado o habitual que se hace de una cosa.</p>	<p>Demostración</p>	<p>enfocada en la textura que tiene el alimento.</p> <p>Es la parte aplicativa en donde se trabaja interactivamente con las madres, demostrando</p>	<p>*Preparación de alimentos. *Alimentación del lactante.</p>	<p>Adecuada Inadecuada</p>
---	---	----------------------------	---	---	--------------------------------

CÓDIGO:



ESCUELA DE ENFERMERIA DE PADRE LUIS TEZZA

AFILIADA A LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA



CUESTIONARIO MATERNO EN CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN EL LACTANTE MENOR DE UN AÑO

INTRODUCCIÓN: Buen día, soy la estudiante Geraldine Dina Vilca Herrada de la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza. La presente encuesta tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre la alimentación complementaria en madres de niños con 6 meses atendidas en el Centro de Salud Micaela Bastidas. Los datos que usted proporcione son de carácter anónimo y confidencial; por lo que solicito conteste con entera libertad y sinceridad a las respuestas expuestas a continuación.

INSTRUCCIONES:

Marque con un aspa (X) solo una respuesta, la que usted considere adecuada. I.- Datos Generales:

Edad de la madre:

- a) De 15 a 19 ()
- b) De 20 a 25 ()
- c) De 26 a 30 ()
- d) d) De 31 a más ()

Región de procedencia:

Costa ()

Sierra ()

Selva ()

Estado civil:

Soltera()

Casada()

Conviviente ()

Divorciada ()

Viuda ()

Grado de Instrucción:

Primaria ()

Secundaria ()

Superior ()

Técnico ()

¿Labora actualmente?

a) Si () b) No ()

Ingreso económico mensual:

a) Entre <750 ()

b) Entre 750-850 ()

c) Entre 850- 950 ()

d) Entre 950 a más ()

Datos del niño:

Edad en meses del niño:.....

Sexo:

a) Masculino () b) Femenino () **II.- Datos específicos:**

¿Qué es Alimentación Complementaria?

Consumo de la leche materna (LM) en la dieta del bebe ()

Consumo de alimentos distintos a la LM en la dieta del bebe ()

Consumo de frutas, verduras y/o agua en la dieta del bebe ()

Consumo de mariscos, pescados y pollo en la dieta del bebe ()

No sabe/ no conoce ()

¿Por qué es importante la alimentación complementaria?:

Permite que este relajado y se divierta jugando

con otros bebes ()

Favorece su crecimiento - desarrollo y reduce el

riesgo de contraer enfermedad ()

Permite que no tenga dolor en el estómago en las 24

horas del día ()

Aumenta solo su crecimiento y la capacidad de su

lenguaje en un 80% ()

No sabe / no conoce ()

Con que alimentos podría iniciar la alimentación complementaria:

Hígado, yema de huevo, arroz ()

Sangrecita, hígado, bazo, pollo ()

Clara de huevo, menestra, espinaca ()

Pollo, carnero, pavita, papa ()

No sabe/ no conoce ()

Cuantos días se debe dar un alimento nuevo al bebe:

0 veces por semana ()

1 vez por semana ()

3 veces por semana ()

Todos los días ()

No sabe/ no conoce ()

¿Qué grupos de alimentos contienen mayor fuente de vitamina A y C?

Cereales y frutas ()

Frutas y verduras ()

Tubérculos y verduras()

Cereales y carnes ()

no sabe/ no conoce ()

¿Qué grupo de alimentos contienen mayor fuente de Zinc?

Carnes y mariscos ()

Frutas y verduras ()

Legumbres (menestras) ()

Cereales ()

No sabe/ no conoce ()

¿Cuántas veces al día debe comer el bebe a los 6 meses?:

Desayuno + almuerzo + cena + LM ()

Desayuno + almuerzo + LM ()

Almuerzo + cena ()

Desayuno + LM ()

No sabe/ no conoce ()

¿Cuántas cucharadas se debe dar de comer al bebe a los 6 meses?:

2-3 cucharadas 1/4 plato de bebe ()

3-5 cucharadas 1/2 plato de bebe ()

5-7 cucharadas 3/4 plato de bebe ()

7-10 cucharadas 1 plato de bebe ()

no sabe/ no conoce ()

¿Cuál de estos platos sería el más recomendado para darle a un bebé de 6 meses?

Arroz con leche evaporada ()

Ensalada de frutas ()

Puré de papa con hígado ()

Guiso de trigo ()

No sabe/no conoce ()

¿Cuántas veces al día debe comer el bebe a los 7-8 meses?:

Desayuno + almuerzo + cena + refrigerio + LM ()

Desayuno + almuerzo + cena + refrigerio ()

Desayuno + almuerzo + cena + LM ()

Desayuno + almuerzo + LM ()

No sabe/ no conoce ()

¿Cuantas cucharadas se debe dar de comer al bebe a los 7-8 meses?:

2-3 cucharadas 1/4 plato de bebe ()

3-5 cucharadas 1/2 plato de bebe ()

5-7 cucharadas 3/4 plato de bebe ()

7-10 cucharadas 1 plato de bebe ()

No sabe/ no conoce ()

En una comida del bebe se debe añadir:

Sudado de pescado ()

Caucau de bofe ()

Pepián de choclo ()

Mazamorra de pera ()

no sabe/ no conoce ()

¿Cuántas veces debe comer el bebe a los 9-11 meses?:

Desayuno + almuerzo + cena + refrigerio + LM ()

Desayuno + almuerzo + cena + refrigerio ()

Desayuno + almuerzo + cena + LM ()

Desayuno + almuerzo + LM ()

No sabe/ no conoce ()

¿Cuántas cucharadas se debe dar de comer al bebe a los 9-11 meses?:

De 2-3 cucharadas 1/4 plato de bebe ()

De 3-5 cucharadas 1/2 plato de bebe ()

De 5-7 cucharadas 3/4 plato de bebe ()

De 7-10 cucharadas 1 plato de bebe ()

No sabe/ no conoce ()

¿Cuál de estos platos sería el más recomendado para darle a un bebé de 9-11 meses?

Camotillo de piña ()

Ajiaco de olluco ()

Papilla de bazo ()

Yuca y plátano triturado ()

No sabe/ no conoce ()

¿Cuántas veces debe comer el bebe a los 12-24 meses?:

Desayuno + refrigerio + almuerzo + lonche + cena+ LM ()

Desayuno + refrigerio + almuerzo + cena + LM ()

Desayuno + almuerzo + cena + LM ()

Desayuno + almuerzo + LM ()

No sabe no conoce ()

¿Cuantas cucharadas se debe dar de comer al bebe a los 12-24 meses?:

De 2-3 cucharadas 1/4 plato de bebe ()

De 3-5 cucharadas 1/2 plato de bebe ()

De 5-7 cucharadas 3/4 plato de bebe ()

De 7-10 cucharadas 1 plato de bebe ()

No sabe/ no conoce ()

¿A qué edad el bebe come todos los alimentos de la olla familiar?:

Puré de sangrecita ()

Bofe picado ()

Ensalada de fruta ()

Garbanzo guisado con pescado ()

No sabe/ no conoce ()

¿Cómo asegurar la higiene en los alimentos?

Lavarnos bien solamente las manos, brazos y rostros()

Lavarnos bien las manos, los alimentos y los utensilios ()

Lavar bien los recipientes a usar, las cucharas y el pollo ()

Lavar bien la cocina, los recipientes a usar y las ollas ()

No sabe/ no conoce ()

¿Qué es la alimentación interactiva?:

Es la alimentación que considera importante la cantidad

y calidad de los alimentos ()

Es la alimentación que responde al ¿Qué?, ¿Cómo?,

¿Quién?, ¿Cuándo? Se debe dar de comer ()

Es la alimentación que ofrece aceptación y

cariño durante la primera comida ()

Es la alimentación en gran cantidad en la que se acompaña

al bebé con toda la familia ()

No sabe no conoce ()



Escuela de Enfermería de Padre Luis Tezza

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma



Guía de observaciones

(6 meses)

Nombre del niño:----- Código: -----

Edad en meses: -----

	SI	NO	
1) Se lava las manos antes de iniciar el procedimiento:			
2) Utiliza 2 cucharadas de alimento de origen animal en la preparación de la comida: *Sangrecita *hígado*Yema de Huevo *Bazo *Bofe			
3) Utiliza 1 cucharada de verduras en la preparación de los alimentos: * Zanahoria *Espinaca * Zapallo			
4) Utiliza 1 cucharada de tubérculos en la preparación de los alimentos: *Tubérculo:*Papa *Camote *Yuca *Plátano			
5) Utiliza una cucharita de aceite en la preparación de los alimentos			

6) Utiliza sal yodada en la preparación de los alimentos			
7) *En los alimentos preparados se agrega los multi-nutrientes			
8) La consistencia de la preparación es adecuada para la edad			

*Se dará el mismo puntaje en el caso de utilizar sulfato ferroso por indicación médica

Ane



ESCUELA DE ENFERMERIA DE PADRE LUIS TEZZA

AFILIADA A LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA



Guía de observaciones

(7-8 meses)

Nombre del niño:----- Código: ----- Edad en meses: -----

	SI	NO	
1) Se lava las manos antes de iniciar el procedimiento			
2) Utiliza 2 cucharadas de alimento de origen animal en la preparación de la comida: *Sangrecita *hígado *Yema de Huevo *Bazo *Bofe *Pollo *carnes rojas *Pescado azul			
3) Utiliza 1 cucharada de verduras en la preparación de los alimentos: * Zanahoria *Espinaca * Zapallo *Brócoli *Vainita *Acelga			
4) Utiliza 2 cucharadas de tubérculos, cereales o menestras sin cascara en la preparación de los alimentos: * Tubérculo: *Papa *Camote *Yuca *Plátano * Cereales: * Fideo * Arroz *Sémola *Quinoa			
5) Utiliza una cucharita de aceite en la preparación de los alimentos			
6) Utiliza sal en la preparación de los alimentos			

7) *En los alimentos preparados se agrega los multi-micronutrientes			
8) La consistencia de la preparación es adecuada para la edad			

*Se dará el mismo puntaje en el caso de utilizar sulfato ferroso por indicación médica

Ane



ESCUELA DE ENFERMERIA DE PADRE LUIS TEZZA

AFILIADA A LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA



CÓDIGO:

Lista de Recolección de Datos

La finalidad de la lista es registrar los datos antropométricos de cada lactante a evaluar, con el objetivo de definir el estado nutricional del niño(a), con base en la escala de percentiles de la Organización Mundial de la Salud.

<u>LISTA DE RECOLECCIÓN DE DATOS</u>				
Nombre del examinador: Nacimiento: Género/sexo: (F) (M)				
Fecha	Edad	Peso (Kg)	Talla (cm)	Diagnóstico Nutricional

--	--	--	--	--

Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor

Nombre de la madre: Edad mental:

Nombre del niño: Edad cronológica

Fecha de evaluación: EM/EC:

Establecimiento: P.E:

	21. (M)	Se mantiene sentado solo momentaneamente	6 C/U	
	22. (C)	Vuelve la cabeza hacia la cuchara caida		
	23. (C)	Coge la argolla		
	24. (C)	Coge el cubo		
	25. (LS)*	Vocaliza cuando vse le habla (imitación)		
7		Se mantiene sentado solo por 30 seg. O más	6 C/U	
	26. (M)	Intenta agarrar pastillas		
	27. (C)	Escucha selectivamente palabras familiares		
	28. (L)	Coopera en los juegos		
	29. (S)	Coge dos cubos uno en cada mano		
	30. (C)	Se sienta solo y se mantiene erguido		
	31. (M)	Tracciona hasta lograr la posicion en pie	6 C/U	
	32. (M)			

LEYENDA: M: Motora, C: Coordinación, L: Lenguaje, S: Social, LS: Lenguaje y social

La Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor, elaborada por las psicologas S. Rodríguez, V. Arancibia y C. Undurraga (1974). *Última actualización: Enero 2009

		Iniciacion de pasos sostenidos bajo los brazos		
	33. (M)			
		Coge la pastilla con movimientos de rastrillo		
	34. (C)			
		Dice da-da o equivalente		
	35. (L)			

Anexo 7 PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

1 ERA SESIÓN A MADRES: “MAMITAS AL ATAQUE”

Responsable: Geraldine Dina Vilca Herrada

Lugar: Centro de Salud Micaela Bastidas

Objetivo: -Mejorar los conocimientos generales y de la alimentación complementaria del lactante de 6 meses.

-Mejorar las prácticas de la alimentación complementaria del lactante de 6 meses.

-Pesar y tallar a los lactantes.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIAL	TIEMPO
Asistencia de cada madre en el registro. Entrega de sus solapines con sus nombres	Las madres colocan sus nombres en una hoja de registro. Solapines diseño pollos con nombre de los participantes.	Hoja de registro Lapiceros Solapines	3:30 p.m a 3:35 p.m
Las madres resuelven el pre-test sobre conocimiento de alimentación complementaria	El cuestionario tiene por finalidad medir el nivel educativo de las madres de familia en los conocimientos sobre alimentación complementaria previos a las sesiones educativas .	Cuestionarios Lapiceros Tableros	3.35 p.m. a 3:50 p.m.

Se realiza una dinámica integracional: HAY VIENE EL PIOJO HUANCHO	La dinámica consiste en colocar al público en una redondela y junto al motivador dirigir cada paso desde que viene el piojo Huancho hasta que lo matamos al compás del sonido del cajón. Tiene por finalidad integrar al grupo de trabajo.	Amplificador de voz USB	3:50 p.m. a 4:00p.m
Seleccionar al grupo en dos mitades	Se separa el grupo en dos		4:00 p.m. a 4:05 p.m.
Con la primera mitad de forma individual hacer que las madres preparen los alimentos de seis meses y evaluar con la lista de observaciones	Este procedimiento tiene por finalidad evaluar la práctica de preparación de los alimentos para los lactantes de seis meses pre- intervención educativa.	Balde de agua Jabón Toalla Jarra Mesas Alimentos Platos Cucharas Lista de	4:05 p.m. a 4:20p.m
Con la segunda mitad en colaboración de la licenciada de enfermería se evaluará el peso y talla de los bebés que faltaron a su	Este procedimiento se realizará de forma individual evaluando el peso y talla del bebé, registrando los valores en su hoja de registro.	Hoja de registro Lapicero Portahojas Tallmetro balanza	4:10 p.m. a 4.20 p.m.

<p>Se expone los ítems generales de una adecuada alimentación complementaria para lactantes de seis meses</p>	<p>La expositora dirigirá el trabajo en temas como:</p> <p>*Conceptos: Es la introducción en la dieta del lactante con otros alimentos diferentes a la leche materna.</p> <p>*Importancia:</p> <p>Permite un mejor desarrollo y crecimiento en sus valores ponderales</p> <p>La alimentación complementaria permite crear un vínculo de afecto y estímulo entre el cuidador y el menor.</p> <p>*Principios:</p> <p>Aplicados para los lactantes de 6 meses:</p> <p>Cantidad: 2 cucharadas de alimento de fuente animal, 1 cucharada de tubérculo, 1 cucharada de verdura.</p> <p>Calidad: Alimentos de fuente animal, vegetal y tubérculos</p> <p>Consistencia: Aplastado</p>	<p>Cartulina dúplex Plumones</p>	<p>4:20 p.m. a 4.40p.m</p>
---	--	--------------------------------------	--------------------------------

	<p>Utilizar utensilios limpios</p> <p>Evitar el uso de biberones y chupones</p> <p>Colocar la basura o restos de comida en recipientes tapados.</p> <p>*Alimentación Interactiva Se reconoce que la alimentación complementaria depende no sólo de qué alimentos se le ofrece</p>		
<p>Se expondrá 4 principales carteles sobre el número de niños afectados de anemia en el país, las consecuencias de la desnutrición, peruanos inteligentes, nuestros principales amigos las vitaminas.</p>	<p>Se pide la colaboración de 4 participantes quienes desfilarán con un letrero cada uno al público.</p> <p>Anemia: Enfermedad que se caracteriza por la disminución anormal del número o tamaño de los glóbulos rojos de la sangre</p> <p>Desnutrición: Es un estado patológico resultado de una ingesta insuficiente de alimentos que provoca una alteración de la composición corporal.</p> <p>Se dio el desfile de las vitaminas:</p>	<p>Carteles diseñados</p>	<p>4.40 p.m. a 4.45p.m</p>

	Hierro: Soy un mineral que ayudo al transporte de oxígeno a las células me encuentro principalmente en las carnes y mariscos		
	Zinc: Soy tu amigo el Zinc te ayudo al desarrollo del		
Se demostrará a los participantes la preparación correcta de los alimentos	La expositora realizará la preparación correcta de los alimentos de acuerdo a cantidad, consistencia, calidad y frecuencia para la edad de seis meses: “Papillón de hígado” 2 cucharadas de hígado 1 cucharada de zapallo 1 cucharada de papa amarilla	Platos Cuchara Alimentos Servilleta mesas Mandil Gorra cocinera Ollas Cocina pequeña	4.45 p.m. a 4.55p.m
De forma individual hacer que las madres preparen los alimentos de seis meses y evaluar con la lista de observaciones	Este procedimiento tiene por finalidad evaluar la práctica de preparación de los alimentos de seis meses para medir el rendimiento post intervención	Ingredientes Cubiertos Mandiles Mesa Alimentos Platos individuales	5.05 p.m. a 5:010 p.m.
Se hará la retroalimentación de la información brindada	Por medio de una canción la expositora resume los puntos principales de la exposición.	Amplificados de sonidos	5:10 p.m.
Se escoge a dos madres y se	El alicomplegrama trata de colocar en un papelografo	Papelografos	

pide que desarrollen el alicomplegrama, y luego	tanto la cantidad, consistencia, frecuencia y calidad de los alimentos para los lactantes de seis meses. La persona que	Plumones	
Se juega la ruleta de la suerte con las madres.	La ruleta de la suerte tiene por finalidad que si la madre acierta en el color donde la ruleta se detiene gana su premio	Ruleta de la suerte	
Término de la sesión			5.:20 pm

Anexo 8 PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

2 DA SESIÓN A MADRES: “MAMIS EMPEÑOSAS”

Responsable: Geraldine Dina Vilca Herrada

Lugar: Centro de Salud Micaela Bastidas

Objetivos: -Mejorar los conocimientos de la alimentación complementaria del lactante de 7-8 meses.

-Mejorar las prácticas de la alimentación complementaria del lactante de 7-8 meses.

-Pesar y tallar a los lactantes.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIAL	TIEMPO
Toma de asistencia de cada madre en el registro.	Las madres colocan sus nombres en la hoja de registro	Hoja de registro	3.00 p.m. a
Entrega de sus solapines con sus nombres	Solapines diseño pollos con nombre de los participantes.	Tablero Lapiceros Solapines	3.05 p.m.

<p>Se realiza una dinámica motivacional: ARMANDO MIPIRÁMIDE</p>	<p>La dinámica consiste en que las madres escojan una imagen al azar y en grupos de 4 desfilen al son de la música hacia la pirámide una por una y ubiquen en que grupo pertenece el elemento seleccionado.</p>	<p>Amplificador de voz. Pirámide de</p>	<p>3:05 p.m. a 3:12 p.m.</p>
--	---	---	----------------------------------

<p>Evaluación de la práctica de la alimentación complementaria para los lactantes de 7-8 meses pre-intervención educativa.</p>	<p>La evaluación previa intervención educativa por medio de una lista de observaciones permite tener un panorama de la realidad de la preparación de los alimentos antes de recibir la orientación profesional.</p>	<p>Balde de agua Jabón Toalla Jarra Mesas Alimentos Platos Cucharas Lista de</p>	<p>3.12 p.m. a 3:25p.m.</p>
<p>Se les presenta a las mamás un mapa mental titulada “La alimentación de 7-8 meses” que abarca</p> <p>Importancia de la alimentación 7-8 meses</p> <p>Los pilares de acuerdo a la edad:</p> <p>Consistencia</p> <p>Calidad</p> <p>Cantidad</p>	<p>Importancia: Pilares como:</p> <p>Calidad: Alimentos de fuente animal, vegetal y tubérculo o cereal, aceite.</p> <p>Consistencia: Triturado</p> <p>Cantidad: 2 cucharadas de alimento de fuente animal, 2 cucharadas de tubérculo o cereal, 1 cucharada de verdura.</p> <p>Frecuencia: consumo de tres veces al día: desayuno, almuerzo y cena.</p> <p>Alimentos para la edad:</p> <p>Alimento de fuente animal: Bazo, Hígado, bofe, sangrecita,</p>	<p>Mapa mental Limpia tipo</p>	<p>3:25 p.m. a 3:45 p.m.</p>

	Alimento fuente de grasa: aceites y mantequilla. Frutas: plátano, durazno, pera, manzana, mandarina dulce, sandia, granadilla.		
Se demostrará la preparación correcta de platos adecuados para la edad como: “Sangrecita con frijolito” “salsa de hígado con quinua” “enrollado de carne” “arroz a la jardinera con pescado” “pepián de choclo”	Se demuestra la preparación correcta de platos como: “Sangrecita con frijolito” 2 cucharadas de sangrecita, 2 cucharadas de frejol pelado, 1 cucharada de zanahoria y 1 cucharita de aceite de oliva. “Salsa de hígado con quinua” 2 cucharadas de hígado, 1 cucharada de zanahoria aderezada con un poco de cebolla, 2 cucharadas de quinua y 1 cucharita de aceite de oliva. “Enrollado de carne” 2 cucharadas de carne aderezada con un poco de ajos, hierbabuena, 1 cucharada de zapallo, 2 cucharadas de papa amarilla y 1 cucharita de mantequilla.	Silla Balde de agua Jabón jabonera Toalla Jarra Mesas Alimentos Tapers Platos Servilletas Cucharas Individuales Letreros	3.45 p.m. a 3:55 p.m.
“Ensalada de frutas”: Se forman	Se forman 4 grupos de cinco personas escogidas por sorteo de tickets con los nombres de 4 frutas diferentes.	Platos Alimentos	3:55 p.m.

personas de forma aleatorio, las madres preparan un platillo	Cada grupo debe de presentar un platillo diferente de acorde a lo recomendado para la edad.	Tapers Manteles Cucharas	4: 10p.m
Las madres preparan los alimentos para lactantes de 7- 8 meses y evaluar con la lista de observaciones	La evaluación permite a la investigadora valorar la práctica post intervención educativa con la finalidad de evidenciar la efectividad del trabajo efectuado.	Lista de observaciones Balde de agua Jabón Toalla Jarra Mesas Alimentos Platos	4:10 p.m. a 4.25 p.m.
Se realiza el feedback de la sesión educativa	Por medio de un rotafolio se realiza el feedback de los puntos expuestos en la sesión educativa.	Amplificados de sonidos Rotafolio	4.25 p.m. a 4.40 p.m.
Se resuelven las dudas de las madres	Se resuelven las dudas de la madre de la charla educativa expuesta.	Amplificador de sonidos	4.40 p.m. a 4.48 p.m.
Se juega la ruleta de la suerte con las madres.	La ruleta de la suerte tiene por finalidad que si la madre acierta en el color donde la ruleta se detiene gana su premio	Ruleta de la suerte Sonido de fondo	4:48 p.m. a 5.10p.m.
Término de la sesión	Término de la sesión educativa		5:20 p.m

Anexo 9 PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

3RA SESIÓN A MADRES: “MAMIS SABIAS”

Responsable: Geraldine Dina Vilca Herrada

Lugar: Centro de Salud Micaela Bastidas

Objetivo: -Mejorar los conocimientos de la alimentación complementaria del lactante de 9-11 meses y de 1-2 años.

-Hallar la Hemoglobina de los lactantes.

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	MATERIAL	TIEMPO
Toma de asistencia de cada madre en el registro.	Las madres colocan sus nombres en la hoja de registro	Hoja de registro Tablero Lapiceros	3.00 p.m. a 3.05 p.m.
Entrega de sus solapines con sus nombres	Solapines diseño pollos con nombre de los	Solapines	

Se realizó un socio drama titulado: "La alimentación de mi panchito".	El socio drama consiste en que las madres eligen 2 grupos de 3 miembros cada uno. El primer grupo realiza el socio drama de una madre empeñosa por aprender todo lo que le enseñan en la sesión educativa y alimenta a su hijo con mucho amor.	Amplificador de voz USB	de 3:05 p.m. a 3:15 p.m.
---	--	-------------------------	--------------------------

	<p>paciencia, y dedicación.</p> <p>El segundo grupo realiza el socio drama de una madre desinteresada en la alimentación de su hijo y los posibles</p>	Algunos implementos de disfraces.	
<p>Se les enseñó a las madres por medio de una gigantografía los pilares básicos a seguir en los 9-11 meses y 1-2 años</p>	<p>Pilares:</p> <p>Calidad: Alimentos de fuente animal, vegetal y tubérculo o cereal, aceite.</p> <p>Consistencia: Picado</p> <p>Cantidad: 2-3 cucharadas de alimento de fuente animal, 2 cucharadas de tubérculo, menestra sin cascara o cereal, 2 cucharada de verdura.</p> <p>Frecuencia: consumo de tres veces al día: desayuno, almuerzo y cena; además de una refrigerio.</p> <p>Alimentos para la edad:</p>	Gigantografía Pabito	3.15 p.m. a 3:40 p.m.
<p>Las madres ingresan al laboratorio para que le saquen su examen de hemoglobina a los bebés.</p>	<p>Las madres en grupo de tres esperan a que cada una entre al laboratorio para que le tomen el examen de hemoglobina de su bebé de manera gratuita</p>	Implementos del laboratorio	3:40 p.m. a 4:00 p.m.
<p>Se demostrará la preparación</p>	<p>Se demuestra la preparación correcta de platos como:</p>	Silla	4:00 p.m.

correcta de platos adecuados para la edad como: 9-11 meses	“Quinua en salsa de carne” 3 cucharadas de carne, 2 cucharadas de quinua, 2 cucharada de zanahoria y 1 cucharita de aceite de oliva.	Balde de agua Jabón jabonera Toalla Jarra Mesas	4:15 p.m.
“Quinua en salsa de carne” “Ajiaco de olluco” “garbanzo con pescado” 1-2 años “tallarines con saltado de sangrecita” “Lentejas con hígado frito”	“Ajiaco de olluco” cucharadas de sangrecita, 1 cucharada de zanahoria aderezada con un poco de cebolla y gotas de achote, 2 cucharadas de olluco rallado y 1 cucharita de aceite de oliva. “Garbanzo con pescado” cucharadas de pescado al vapor con su hierbabuena, 1 cucharada de acelga, 2 cucharadas de garbanzo y 1 cucharita de mantequilla	Alimentos Tapers Platos Servilletas Cucharas Individuales Letreros	
Se resuelven las dudas de las madres	Se da paso a las madres exponer sus dudas con relación al tema expuesto o dudas anteriores	Amplificador de sonidos	4:15 p.m.
Ruleta de preguntas	Las madres juegan a la ruleta de preguntas sobre las enseñanzas en las sesiones educativas	Ruleta de la suerte	a 4.20 p.m. 4.20 p.m. a
Término de la sesión	Término de la sesión educativa		4.35 p.m. 4.40 p.m.

Ap



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA



Afiliada a la Universidad Ricardo Palma

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Items	Jueces expertos									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,002
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,002
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,002
4	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0,017
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,002
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,002
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,002
8	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0,0176
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,002
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,002
Resultado final										0,0051

Se ha considerado:

0: Si la respuesta es negativa 0: Si la respuesta es positiva

Excepto en la pregunta 7 y 8 que es lo contrario $n = 9$ $P = 0,051/10 = 0,005$

Si “P” es menor de 0.05 entonces la prueba es significativa: Por lo tanto, el grado de concordancia es significativo, siendo el instrumento válido según la prueba binomial aplicada al juicio de experto **P = 0,005**.



E DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA

Afiliada a la Universidad Ricardo Palma

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Según la fórmula de alfa (α) de Crombach

$$\alpha = \frac{k \sum \sigma^2_i}{1 - \sigma^2_x (k - 1)}$$

(

Donde:

K : Es el número de ítems de la prueba o test $(\sigma_i)^2$: Varianza de cada ítem

$(\sigma_x)^2$: Varianza del cuestionario total

DIMENSIÓN	N	ALFA DE GRADO DE CRONBACH	CONFIABILIDAD
Conocimiento sobre alimentación complementaria.	32	0,838	Acceptable

Los coeficientes de alfa de Crombach mayores a 0.60 se considera aceptable por lo tanto el instrumento es confiable.



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



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada madre de familia:

Soy **Geraldine Vilca Herrada** estudiante del X ciclo de la Escuela Padre Luis Tezza, responsable del trabajo de investigación titulado: **INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL LACTANTE MENOR DE UN AÑO PARA MEJORAMIENTO DE SU ESTADO NUTRICIONAL Y DESARROLLO PSICOMOTOR, ATE.**

La presente es para invitarle a participar del estudio, el cual tiene como objetivo determinar la efectividad de la intervención educativa en madres sobre alimentación del lactante menor de un año de edad para mejoramiento de su estado nutricional y desarrollo psicomotor.

Para poder participar en el estudio Usted. Tendrá que llenar un cuestionario de manera anónima sobre sus datos generales y posteriormente permitir la observación de la preparación de sus alimentos en las visitas domiciliarias realizadas lo cual demandara un tiempo de 20 a 25 minutos.

La información que Usted. Brinde al estudio será de uso exclusivo de la investigadora y se mantendrá la debida confidencialidad.

Su participación es voluntaria y puede decidir retirarse del estudio en cualquier etapa del mismo.

Por participar del estudio Usted. No recibirá ningún beneficio, salvo la satisfacción de contribuir en esta importante investigación.

Si tuviese alguna duda con respecto al estudio puede comunicarse a los siguientes teléfonos: 990875247 o 258-3103.

Yo,, dejo constancia que se me han explicado el estudio titulado:
INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL LACTANTE
MENOR DE UN AÑO PARA MEJORAMIENTO

DE SU ESTADO NUTRICIONAL Y DESARROLLO PSICOMOTOR, ATE., realizado

por la estudiante de VIII ciclo: **Geraldine Dina Vilca Herrada**

He tenido el tiempo y la oportunidad de realizar preguntas con relación al tema, las cuales fueron respondidas de manera clara.

Sé que mi participación es voluntaria, que los datos que se obtengan se manejen confidencialmente y que en cualquier momento puedo retirarme del estudio.

Por todo lo anterior doy mi consentimiento voluntario para participar en el presente estudio.

Nombres y Apellidos del Participante Fecha:..... DNI:
.....



ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA

Creada por Decreto Supremo N° 026-83-SA de fecha 18-08-83
AFILIADA A LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
Av. El Polo 641 Santiago de Surco - Lima - Perú • Telfs: 434-2770 / 436-7283 Fax: 434-3166
✉ escuelatezza@eeplt.edu.pe • www.eeplt.edu.pe



CARRERA DE ENFERMERÍA ACREDITADA EN EL PERÚ POR EL CONEAU
Resolución de Presidencia del Consejo Superior N° 028-2014-COSUSINEACE/P

Surco, 03 de Julio del 2015

Carta N°015-2015/D-EEPLT

Señor Doctor
JESÚS HUAPAYA VILLEGAS
Jefe del Centro de Salud Micaela Bastidas- Ate Vitarte
Presente.

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo muy cordialmente, asimismo conocedora de su alto espíritu de colaboración para la formación del personal de salud, me permito solicitarle su autorización para que nuestra estudiante **GERALDINE DINA VILCA HERRADA** del IX ciclo de estudios en Enfermería, pueda realizar la Investigación titulada: **“INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL LACTANTE MENOR DE UN AÑO PARA MEJORAMIENTO DEL ESTADO NUTRICIONAL Y DESARROLLO PSICOMOTOR-ATE”**.

Agradeciendo anticipadamente la acogida que se sirva brindar a la presente, me despido reiterándole las muestras de mi mayor consideración y deferente estima.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
DISA - Lima - Este
Centro de Salud Micaela Bastidas
Dr. JESÚS HUAPAYA VILLEGAS
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 31110

Recv 16/07/15



Mg. SOR FELIPA GASTULO MORANTE
DIRECTORA
C.E.P. 35671

SFGM/ynm



PERÚ

Ministerio
de Salud

DIRECCIÓN DE SALUD
IV LIMA ESTE

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
"Año de la Diversificación Productiva y del
Fortalecimiento de la Educación"

CONSTANCIA N° 018 – 2015

AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Expediente N° 10056 - 2015

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

Srta.: GERALDINE DINA VILCA HERRADA

Investigadora principal del Proyecto de Investigación "**Intervención educativa sobre alimentación complementaria del lactante menor de un año para mejoramiento del estado nutricional y desarrollo psicomotor Ate**", luego de revisar el expediente y contar con la aprobación del área de Investigación y el Comité de Ética en investigación de la Dirección de salud a mi cargo, se concluye el proceso correspondiente y se **AUTORIZA** el inicio del desarrollo del mismo, sujeto a las características que se indican en esta comunicación:

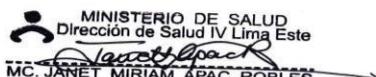
El desarrollo del Proyecto de investigación se realizará en el ámbito de las Dirección de Salud IV Lima Este según lo establecido en el proyecto

Así mismo, hacemos de su conocimiento, que **es importante para nuestra institución contar con el informe final** así como las conclusiones y recomendaciones del estudio para su consideración en el Análisis de la Situación de Salud de nuestra Institución; la Oficina de Epidemiología realizará el monitoreo respectivo del proyecto, en esta etapa del desarrollo del mismo.

Considerando la fecha de finalización del estudio, la presente tendrá vigencia hasta el **09 de julio del 2,016**, 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.

El Agustino, 09 de Julio del 2015.

Atentamente,


MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud IV Lima Este
MC. JANET MIRIAM ÁPAC ROBLES
DIRECTORA GENERAL
CMP. 15730

JMAR/EAS/DMC

www.limaeste.gob.pe

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



PERÚ

Ministerio
de Salud

DIRECCIÓN DE SALUD IV
LIMA ESTE

"Año de la Diversificación Productiva y del
Fortalecimiento de la Educación"

El Agustino, de julio del 2015

OFICIO DG N° 1958-2015- OE N° 197 - DISA IV LE

Mg. SOR:
FELIPA GASTULO MORANTE
Directora Escuela Enfermería
Padre Luis Tezza
Av. El Polo 641 Santiago de Surco - Lima -Perú
Telef. 434 2770 / 4367283
Presente

Asunto: Autorización para ejecución de proyecto investigación.
Referencia: a) Expediente N° 10056 - 2015.

b) Informe N° 14-2015-CET IS-OE-DISA IV-LE

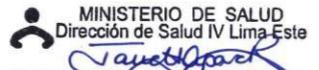
De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente y en atención a los documentos de la referencia, a través del cual presenta a la Srta. Geraldine Dina Vilca Herrada como investigadora y solicita aprobación y autorización para ejecución de proyecto de investigación denominada **"Intervención educativa sobre alimentación complementaria del lactante menor de un año para mejoramiento del estado nutricional y desarrollo psicomotor Ate"**, del cual es el investigador principal;

Al respecto, visto el informe N° 14 -2015-CET IS-OE-DISA IV-LE del área de investigación en salud y contando con la aprobación del Comité de Ética en investigación de mi representada, mi despacho emite y hace llegar la Constancia de Autorización N° 018 – 2015 autorizando la ejecución de la investigación mencionada.

Agradeciendo su atención al presente, hago propicia la ocasión para reiterarle las muestras de mi consideración y estima personal.

Atentamente,


MINISTERIO DE SALUD
Dirección de Salud IV Lima Este
MC. JANET MIRIAM APAC ROBLES
DIRECTORA GENERAL
CMP. 15730

JMAR/EAS/dmc
Cc.: Archivo

Anexo 15

Anexo 16

Coordinación con promotoras de salud



Madres esperando ser atendidas en el Centro de Salud



Facilitadores que apoyaron en la realización del trabajo



Sesiones Educativas

ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

CONCEPTO: CONSUMO DE ALIMENTOS DISTINTOS A LA LECHE MATERNA EN LA DIETA DEL BEBÉ.

	FRECUENCIA	CANTIDAD
6 MESES	2 VECES	2-3 CUCHARADAS
7-8 MESES	3 VECES	3-5 CUCHARADAS
9-11 MESES	4 VECES	5-7 CUCHARADAS
1-2 AÑOS	5 VECES	7-11 CUCHARADAS

ALL INTERACTIVA
¿QUÉ? ¿CÓMO? ¿QUIÉN?
¿CUÁNDO? ¿SE DEBE DAR DE COMER?

HIERRO
ZINC

VITAMINA A
C

CARNES Y MARISCOS
TUBÉRCULOS CEREALES MENESTRAS
FRUTAS Y VERDURAS





Talleres prácticos:





Lavado de manos



Muestra de Hemoglobina





Evaluación del E.E.D.P.



