

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LA MADRE SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO
NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 06 - 12 MESES
DEL C.S. CIUDAD NUEVA, TACNA 2014

TESIS

Presentada por:

Bach. Tannia Evelyn Vergara López

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TACNA - PERÚ

2014

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

**NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LA MADRE SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL
DEL NIÑO DE 06 - 12 MESES DEL C.S. CIUDAD NUEVA,
TACNA 2014**

TESIS

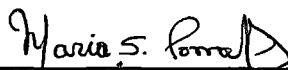
Presentada por:

BACH. TANNIA EVELYN VERGARA LÓPEZ

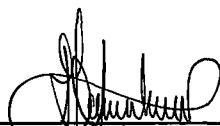
Para Optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Aprobada por unanimidad : Ante el Siguiendo Jurado



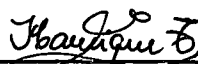
**Mgr. María Soledad Porras Roque
PRESIDENTA**



**Mgr. Luz Marina Ticona Pajares
JURADO**



**Mgr. Elena Cachicatari Vargas
JURADO**



**Mgr. Ingrid Manrique Tejada
ASESORA**

Dedicatoria:

A mis padres Cesar y Tina, quienes desde un principio con su ayuda, su amor, y comprensión me alentaron a lograr esta hermosa realidad, gracias por brindarme ánimos incluso en los momentos difíciles. Los amo con todo mi corazón, este trabajo se los dedico a ustedes, pues es fruto de todo el apoyo y esfuerzo que siempre me brindaron en mi formación como profesional.

Tannia V.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme encaminado a la elección de esta noble carrera.

A todos mis docentes de la Escuela Profesional de Enfermería por las buenas enseñanzas que contribuyeron a mi formación profesional.

A la Mgr. Ingrid María Manrique Tejada por su asesoramiento, optimismo e incondicional apoyo en la realización del presente trabajo de investigación.

A los miembros del jurado: Mgr. María Porras Roque, Mrg. Elena Cachicatari Vargas y Mgr. Luz Marina Ticona Pajares, por el asesoramiento en la etapa final de esta investigación.

Al personal que labora en el C.S. de Ciudad Nueva, por brindarme apoyo e información necesaria para la consolidación del presente trabajo de investigación.

A mis amigas Lisseth Condori Silés y Selene Rodríguez Carigñano por su apoyo incondicional en todo momento y circunstancia.

Tannia V.

ÍNDICE

Pág.

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCION.....1

CAPITULO I : PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.- Fundamentos y Formulación del Problema.....3

1.2. Objetivos.....11

1.3. Justificación..... 12

1.4. Formulación de Hipótesis.....14

1.5. Operacionalización de Variables.....15

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de la Investigación.....17

2.2. Bases Teóricas.....25

2.3. Definición Conceptual de Términos..... 49

CAPITULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. Material y métodos.....	51
3.2. Población y Muestra.....	51
3.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección.....	53
3.4. Procedimiento de Recolección de Datos.....	57
3.5 Procesamiento de Datos.....	58

CAPITULO IV: DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados.....	60
4.2. Discusión.....	77

CONCLUSIONES.....	85
--------------------------	-----------

RECOMENDACIONES.....	86
-----------------------------	-----------

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	87
--	-----------

ANEXOS

RESUMEN

El presente estudio de investigación se realizó en el Centro de Salud de Ciudad Nueva , ubicado en la Ciudad de Tacna ; el trabajo es de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional, transversal , el objetivo fue determinar el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses de edad que asisten al consultorio de CRED. La muestra fue de 100 niños con sus respectivas madres. Los resultados fueron que la mayoría de las madres tienen un nivel medio de conocimientos 68% sobre alimentación complementaria. La mayoría de los niños evaluados, tiene un estado nutricional normal 82%, talla normal 90%, mientras que 14 % de niños tiene sobrepeso, 5% obesidad, 3 % desnutrición aguda, y talla baja 2%. Concluyendo existe relación entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño indicadores peso- edad y peso- talla (Correlación Pearson $R_s P= 0,110$ y $r_s P= 0,113$ negativa débil) mientras que según indicador talla - edad (Correlación Pearson $r_s P = 0,913$ positiva muy fuerte)

Palabras Clave: Conocimiento, Alimentación complementaria, y estado nutricional

ABSTRACT

This research study was conducted at the Health Centre New Town, located in the city of Tacna; work is quantitative, descriptive, correlational, cross type, the aim was to determine the level of knowledge of the mother on complementary feeding and its relation to nutritional status of children aged 6-12 months who attend the clinic CRED . The sample consisted of 100 children with their mothers. The results were that most mothers have an average 68% level of knowledge on complementary feeding. Most children evaluated, has a normal nutritional status 82%, normal size 90%, while 14% of children are overweight, obesity 5%, 3% acute malnutrition and stunting 2%. Concluding correlation between the level of knowledge on complementary feeding mother and child nutritional status indicators weight-age and weight-height (Pearson Correlation $R_s P = 0.110$ and $P = 0.113$ rs weak negative) while according to size indicator - Age (Pearson Correlation $r_s P = 0.913$ strong positive)

Keywords : Complementary feeding Nutritional Knowledge and state

INTRODUCCIÓN

El presente estudio de investigación trata acerca del "Nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses de edad que asisten al consultorio de CRED del C.S. Ciudad Nueva Tacna 2014"

La alimentación complementaria o ablactancia, es la introducción de alimentos semisólidos acompañados de la leche materna, a lo que denominamos alimentación complementaria o ablactancia iniciándose a partir de los 06 meses para satisfacer las necesidades nutricionales.

El Estado nutricional es resultante del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes. En este sentido, el conocimiento y las prácticas de alimentación de las madres influyen en la nutrición de los niños condicionando su potencial de desarrollo y crecimiento en la infancia.

El aporte del presente trabajo de investigación, es importante para el profesional de Enfermería y para la población infantil, desde una

perspectiva preventivo –promocional, lo cual fortalece su rol de liderazgo dentro del equipo de salud, porque las nuevas generaciones lo necesitan, ya que los conocimientos sobre alimentación no están fortalecidos, debido a un gran problema “la población adulta” quienes son los que han quedado con los malos hábitos alimentarios trasmitiéndolos a sus niños.

Esta investigación consta de cuatro capítulos: El primero se ocupa del planteamiento del problema, se hace referencia a los fundamentos y formulación del problema, objetivos, justificación, formulación de hipótesis y operacionalización de variables. El segundo, como marco teórico, desarrolla los antecedentes de la investigación y las bases teóricas. El tercero presenta la metodología de la investigación, en el que aparece el material y los métodos, la población y la muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, los procedimientos de recolección y el procesamiento de datos. Finalmente, el cuarto capítulo trata sobre los resultados y la discusión.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. FUNDAMENTOS Y FORMULACION DEL PROBLEMA

Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el cuarto objetivo para el desarrollo del milenio, es reducir la tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años; las principales causas de la mortalidad infantil mundial, son enfermedades prevenibles como: neumonía, diarrea, paludismo y malnutrición. Considerando dentro de este último a la desnutrición, produce 6 millones de muertes anuales de niños menores de 5 años. En contraste a nivel mundial el 7% de los niños menores de 5 años tiene sobrepeso.

A nivel mundial, África es el continente con mayor desnutrición crónica infantil, En 2011, la preponderancia de la deficiencia de peso tuvo su máxima expresión en Asia meridional (31%) y en África subsahariana (21%). Esos porcentajes equivalen a 57 millones y a 30 millones de niños con deficiencia de peso, respectivamente. (1)

Países como la India, en el 2013 respecto a los niños menores de cinco años 50 % tiene desnutrición global, 20% tiene desnutrición aguda, 45% talla baja. Según género frecuente en niñas. Seis estados Bihar, Chhattisgarh, Jharkhand, Madhya Pradesh, Rajasthan y Uttar Pradesh, zonas rurales que representan el 50% de los casos de malnutrición del país, mientras que un 8% a 10% adicional se concentra en zonas urbanas de Andhra Pradesh y Maharashtra. (2)

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, en el año 2012 2,8 % de los menores de cinco años presentaron desnutrición global, 1,6% desnutrición aguda 13,6 % baja talla y, 23,8 % sobrepeso, 9,8 % obesidad. Similar situación de incremento de obesidad infantil se aprecia en países europeos como España. (3)

América Latina considerado el continente más desigual del mundo con diferencias sociales, culturales, económicas, geográficas, donde observamos que la desnutrición crónica y deficiencias de micronutrientes son los problemas más graves en los niños menores de cinco años. Muchos gobiernos han designado grandes cantidades de recursos públicos para la implementación

de programas, La pobreza y la desnutrición crónica, son los criterios principales para la selección de los beneficiarios.

En Colombia durante el año 2010, el 3% los menores de 05 años tiene desnutrición global, 13% desnutrición crónica, 1% desnutrición aguda y 5% sobrepeso, asimismo en Guatemala en el primer trimestre del año 2014 el 23% de niños menores de cinco años padece de desnutrición aguda mientras la desnutrición crónica 49.8%. El estado nutricional infantil en Bolivia en el año 2008, reportó que 27% de menores de 05 años presentaron desnutrición crónica 1% desnutrición aguda, 4% desnutrición global y el 8% talla baja (4)

En Perú al igual que los demás países de Latinoamérica, uno de los principales problemas es la malnutrición infantil que abarca desde la desnutrición a la obesidad. Según el Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, en el año 2006. A nivel nacional. Entre los años 2005 y 2009 la tasa de desnutrición crónica se redujo de 25% a 18% especialmente en zonas rurales., la desnutrición crónica en las áreas rurales disminuyó de 40% a 33% y en el 60% de la población más pobre las mejoras fueron importantes: de 47% a 37% en el quintil pobre, de 33% a 23% en el

segundo quintil más pobre y de 16% a 10% en el quintil intermedio de ingresos. (5)

El reporte Análisis de la situación de salud de Perú en el 2012 menciona que Huancavelica, Cajamarca ;tienen altas tasas de desnutrición crónica en menores de tres años , Madre de Dios, Loreto y San Martín presentan altas tasas de desnutrición aguda en menores de tres años. Las prevalencias a nivel de las demás regiones están calificadas como aceptables por la Organización Mundial de la Salud. Mientras que la región de Tacna que ocupa el primer lugar a nivel nacional con sobrepeso u obesidad, con 17.32% de niños menores de tres años seguida de la región Moquegua con 15%.(6)

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2013, la desnutrición crónica afectó al 17,5% de niños menores de cinco años de edad, mientras que la desnutrición aguda afectó al 0,4%, y la desnutrición global afectó 3,5% niños. Respecto a la frecuencia de la alimentación complementaria, el 71,5 % de niños de seis a ocho meses recibieron alimentos dos veces al día con lactancia materna. En los grupos de niños de nueve a once meses

y niños de doce a diecisiete meses 85 % y 90,8 % recibieron alimentos tres veces al día con lactancia respectivamente.. (7)

Según el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN), en su informe del Estado nutricional de niños menores de 5 años del Perú I Semestre 2013, refiere que los casos de desnutrición global representan 3,9%, desnutrición aguda 1,9%, desnutrición crónica 21,3%, sobrepeso 6,3%, y obesidad 2,5% en menores de 5 años (8)

En la región Tacna, según el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) del año 2013; la desnutrición crónica en menores de en zonas rurales como en el distrito Ticaco es 23% y Tarucachi 34%, seguidos de Tarata 14,8%, Sitajara 21%, Estique Pampa 13,3%, Las Yaras 18,0% y Camilaca 14,4% se encuentran en el estrato de moderado riesgo y los restantes distritos se encuentran en bajo riesgo, es decir, sus porcentajes fluctúan entre 2,2% a 12,8%. (9)

La Obesidad en niños es otro indicador que muestra una gran variabilidad entre sus distritos, en Curibaya con 9,8% y Alto de la Alianza 12,0%, estos superan el porcentaje promedio regional 3,3%. También los distritos de Las Yaras 6,1% y Pachía 7,1% se ubican en el estrato de moderado riesgo y superan el promedio

regional; el resto de distritos se encuentran en bajo riesgo con porcentajes que fluctúan entre 1,2% a 4,8%, mientras que Ticaco, Cairani y Estique no tienen niños menores de 5 años con obesidad. Es preocupante observar que Tacna cuenta con 17.32% de proporción de niños menores de tres años con sobrepeso u obesidad, y según la OMS está cercana a presentar prevalencia moderada. (10).

En el Centro de Salud de Ciudad Nueva, ubicado en el Cono Norte de la ciudad de Tacna. Los reportes mensuales del estado nutricional del Sistema de Investigación del Estado Nutricional (SIEN) 2014 de niños menores de 05 años, los casos de malnutrición persisten, mencionando que de un total de 346 niños evaluados en el mes de agosto del presente año, 0% desnutrición global, 1% desnutrición aguda, 3 % presentan desnutrición crónica, 11% sobrepeso, y un 3 % obesidad. Los datos mencionados son alarmantes pues impiden el avance de las metas.

Durante las prácticas pre- profesionales en diversos centros de salud, las atenciones de control Crecimiento y Desarrollo del niño, al interactuar con las madres muchas manifestaban que iniciaban la alimentación complementaria antes o después de los 6 meses,

algunas madres en especial las primíparas no sabían que alimentos darles. Entonces considerando que el conocimiento de las madres es clave, se necesita de muchos esfuerzos e influencia del personal de salud para mejorarlo, amoldarlo a sus costumbres y prácticas alimenticias.

Es necesario establecer el conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria, ya que influirá en la salud del niño fortaleciendo o retardando su crecimiento y desarrollo. Teniendo en cuenta que el conocimiento de las madres es clave, se necesita de muchos esfuerzos e influencia del personal de salud para mejorar dicho conocimiento, amoldarlas a sus costumbres y prácticas alimenticias.

Con los datos presentados se puede inferir que el rol de la madre en el cuidado de la primera infancia es importante en la lucha contra la malnutrición pues la madre que recibe consejería sobre alimentación complementaria, adquirirá nuevos conocimientos, que le conducirán a cambios de actitudes, lo que a su vez dará como resultado un mejoramiento en conductas y/o prácticas.

Formulación del Problema

Frente a lo expuesto se considera pertinente plantear el siguiente problema:

¿Cuál es el nivel de conocimientos de las madres sobre la alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño de 6 - 12 meses del C.S. Ciudad Nueva 2014?

1.2.-OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar el nivel conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño de 6 - 12 meses del C.S. Ciudad Nueva, Tacna 2014.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en las madres del niño de 6 - 12 meses del C.S. Ciudad Nueva, Tacna.
- Establecer el estado nutricional de los niños de 6 - 12 meses de edad del C.S. Ciudad Nueva. Tacna.
- Relacionar el nivel conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 -12 meses del C.S. Ciudad Nueva, Tacna.

1.3. JUSTIFICACIÓN

La nutrición durante los primeros años de vida es importante para asegurar un óptimo crecimiento y desarrollo del niño lo cual influye sobre su salud. En contraste la existencia de una alimentación inadecuada , enfermedades infecciosas y nutricionales como la desnutrición crónica infantil es una de las variables más sensibles de las condiciones de vida y desarrollo de un país, se usa para dar seguimiento a los objetivos del milenio.

En el Perú, las regiones de Huancavelica, Cajamarca poseen altas tasas de desnutrición crónica infantil y desnutrición global. Madre de Dios, Loreto y San Martín presentan altas tasas de desnutrición aguda en menores de tres años. En Tacna especialmente en zonas Alto Andinas Tarata y Candarave los casos de desnutrición crónica infantil son frecuentes, en contraste con la zona urbana de Tacna donde se aprecia mayores porcentajes de sobrepeso y obesidad.

En el Centro de Salud de Ciudad Nueva, ubicado en el Cono Norte de la ciudad de Tacna., Los reportes del estado nutricional del Sistema de Información Nutricional del estado nutricional SIEN de niños menores de 05 años son preocupantes, debido

a que los casos de desnutrición crónica, aguda, global, sobrepeso, y obesidad persisten.

Estos reportes de malnutrición debe motivar al personal reforzar la educación nutricional en los adultos , porque las nuevas generaciones lo necesitan ya que los conocimientos sobre alimentación no están fortalecidos en los más pequeños , debido a un gran problema “la población adulta” quienes son los que han quedado con los malos hábitos alimentarios. Los problemas de malnutrición en el niño, ocasionan doble carga en el desarrollo de cualquier sociedad, por el aumento de costos de atención sanitaria y pérdidas indirectas perpetuadas en el deterioro del desarrollo cognitivo de los niños.

El aporte del presente trabajo de investigación, es importante para el profesional de Enfermería del primer nivel de atención, porque es el primer contacto de la madre y el niño, cumpliendo un rol relevante en la educación, los programas y proyectos en relación al estado nutricional infantil , fortalecerán su rol de liderazgo desde una perspectiva preventivo –promocional, lo dentro del equipo de salud y la comunidad. Asimismo el estudio se pretende dar a conocer el estado nutricional de los niños de

seis a doce meses, pues no existe trabajos de investigación en esta edad en dicho establecimiento.

1.4. FORMULACIÓN DE LA HIPOTESIS

Existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos de la madre sobre la alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 06-12 meses C.S. Ciudad Nueva.

1.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

- **Variable Independiente:** Nivel de Conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria
- **Variable Dependiente :** Estado nutricional del niño de 06-12 meses

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
<p style="text-align: center;">VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p style="text-align: center;">Nivel de Conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria</p>	<p style="text-align: center;">NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA</p> <p>Es el grado de conocimientos que posee la madre sobre la alimentación complementaria ,que implica la introducción de alimentos adicionales a la leche materna de la niña o niño, iniciándose partir de seis meses , el nivel de conocimientos se clasifica como:</p>	<p>Características de a Alimentación Complementaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición • Edad apropiada del inicio de A.C. • Beneficios de la A.C. • Riesgos de la A.C. tardía • Cantidad adecuada de alimento • Frecuencia adecuada del alimento • Consistencia adecuada del alimento <p>Contenido Nutricional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejemplos de alimentos energéticos • Ejemplos de alimentos constructores • Ejemplos de alimentos protectores <p>Practicas Saludables</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad máxima de lactancia materna complementaria • Adición de sal • Adición de aceites • Alimentos que favorecen la absorción de hieo • Elección de alimento más nutritivo • Combinación apropiada de alimento <p>Entorno del Niño</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lugar adecuado para la alimentación • Actitud adecuada de la madre en la alimentación <p>Medidas de Higiene</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos <p>Manipulación de alimentos</p>	<p style="text-align: center;">Nivel de conocimiento alto: 16– 20 puntos</p> <p style="text-align: center;">Nivel de conocimiento medio: 11 – 15 puntos</p> <p style="text-align: center;">Nivel de conocimiento bajo: 1 – 10 puntos</p>	<p>ORDINAL</p>

<p>VARIABLE DEPENDIENTE: Estado nutricional del niño de 06-12 meses</p>	<p>ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 06-12 MESES: Resultado de la asimilación de nutrientes por el organismo, para lo utilizamos de indicadores antropométricos peso-edad, peso-talla, talla-edad. Los resultados van desde la normalidad hasta desnutrición crónica, aguda, global, sobrepeso y obesidad, considerando que el concepto de niño comprende entre los cero días y once años ; a su vez se subdivide en recién nacido, lactante, pre-escolar y escolar. En el presente trabajo ,se evalúa el estado nutricional del niño de 06-12 meses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • GENERO • EDAD • PESO • TALLA 	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino <p>PESO/EDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normal • Sobrepeso • Desnutrición <p>PESO/ TALLA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normal • sobrepeso • obesidad • Desnutrición aguda • Desnutrición crónica <p>TALLA/EDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normal • Talla baja • Talla alta 	<p>NOMINAL</p>
--	---	---	---	----------------

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

Calle S., Morocho B. y colab. realizaron un estudio denominado “ Conocimiento materno sobre la alimentación y su relación con el estado nutricional de niños menores de 02 años que acuden Al C.S. San Pedro del Cebollar mayo-junio 2013 ” , en Ecuador, estudio descriptivo, la muestra fue de 74 niños, las técnicas fueron la entrevista y observación. Los resultados fueron : el 56 % de niños tienen bajo peso y el 1% sobrepeso ; esto relacionado con el déficit de conocimientos maternos sobre nutrición y con el deterioro de la condición socioeconómica familiar. El 43 % de niños tienen peso normal, estado nutricional que está ligado al conocimiento materno así como una condición socioeconómica de mejor calidad. (11)

Fundación Social FES en Colombia, realizó un estudio titulado: “Factores asociados a la iniciación inapropiada de alimentación complementaria en el primer año de vida de infantes de Cali y Manizales” en el año 2009, el estudio fue de cohorte prospectivo en una población de las salas de puerperio se aplico el

instrumento acerca de sus conocimientos, creencias e intenciones frente a la alimentación de los infantes. Conclusiones : “El inicio de la alimentación complementaria inapropiada es alto en mujeres primíparas. Existen deficiencias en conocimientos, percepciones e intenciones y características a intervenir para mejorar la alimentación de los infantes. (12)

Rodríguez C., en Lima el año 2005, realizó un estudio sobre “Actitud de las madres hacia la alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas. Santa Anita”. El método fue descriptivo transversal, la población estuvo constituida por 58 madres; el instrumento fue un cuestionario tipo escala de Lickert y la ficha de evaluación nutricional del lactante. Entre sus conclusiones: El 70% de las madres tienen actitud de indiferencia hacia el inicio de la alimentación complementaria, la consistencia, tipos de alimentos, finalización de la lactancia materna exclusiva, frecuencia de la alimentación y tiempo en especial para alimentar a sus hijos. El 81% de las madres tienen una actitud de indiferencia de acerca del inicio de la alimentación complementaria. El 57 % de los lactantes evaluados tienen un peso normal de acuerdo a su talla y 43% tienen

alteraciones nutricionales como obesidad, sobre peso, bajo peso, desnutrición, entre otras. (13)

Benites J. , en la ciudad de Lima realizó una investigación titulada “Relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que asisten al Consultorio de CRED, en el C.S. Conde de la Vega Baja, enero 2007 ”. Entre sus conclusiones se tiene que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses de edad, el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria mayoritariamente fluctúa entre medio y alto, siendo el nivel bajo el de menor porcentaje. Los conocimientos que en mayor porcentaje tiene la madre son definición, edad inicio, consistencia, combinación y medidas higiénicas de la alimentación complementaria. La mayoría de las madres desconoce la frecuencia, alimento de inicio, cantidad e inclusión de los alimentos en la alimentación complementaria. Con respecto al estado nutricional de los niños predomina la normalidad y es mayor la malnutrición por defecto que por exceso. (14)

Jiménez C., realizó una investigación titulada "Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses que acuden al centro de salud fortaleza Lima-Perú 2008". El método que se utilizó fue correlacional de corte transversal, para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista encuesta. Dentro de las conclusiones tenemos: La mayoría de lactantes del centro de salud Fortaleza inicio la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad. Los lactantes que iniciaron la alimentación complementaria tardía tienen mayor índice de Desnutrición de I grado, que los lactantes que iniciaron un alimentación precoz. Los lactantes que iniciaron una alimentación complementaria normal, tienen un mayor índice de desnutrición , que los lactantes que iniciaron una alimentación precoz. Por lo tanto se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula. H0: No existe relación entre el inicio de la alimentación complementaria y el estado nutricional. (15)

Cárdenas L. , en la ciudad de Lima ,realizó una investigación titulada: "Relación entre el nivel de conocimientos y practicas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 meses a 24 meses que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del niño en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita 2009". Los

resultados más significativos fueron : “Las madres primíparas tienen en su mayoría un nivel de conocimiento medio y realizan prácticas desfavorables sobre alimentación complementaria”. (16)

Gamarra R. Porroa J. y Colab., en la ciudad de Lima realizaron el estudio “Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en el distrito de villa María del triunfo - Lima 2010” cuyo objetivo fue identificar conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre alimentación del niño menor de 3 años. El Estudio fue observacional descriptivo, cualitativo. La muestra estuvo constituida por 161 madres. Las conclusiones fueron que las madres presentaron nivel de conocimientos alto 81 % y actitudes favorables 66,7 % sobre alimentación infantil, y sus percepciones en general coincidían con ello. (17)

Piscoche N., en la ciudad de Lima realizó un estudio titulado “conocimiento de los padres sobre alimentación complementaria en el centro de salud san juan de Miraflores ,2011” .El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal. La población estuvo conformada por 30 padres, obtenida

por muestreo no probabilístico. Los resultados mostraron que la mayoría de los padres tienen conocimientos generales sobre alimentación complementaria siendo estos 66,7%, sin embargo en cuanto a las características un porcentaje significativo de padres desconocen sobre la cantidad y frecuencia de alimentos que se debe brindar al niño según su edad; por tanto se debe hacer énfasis en la educación sobre las características para garantizar un adecuado crecimiento y desarrollo. (18)

Galindo D. en la ciudad de Lima realizó el estudio titulado "Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud Nueva Esperanza 2011 ", El estudio fue cuantitativo, método descriptivo transversal. La muestra estuvo conformada por 40 madres. La técnica fue la entrevista y el instrumento, el cuestionario, aplicado previo consentimiento informado. Los Resultados fueron que 55% de las madres encuestadas conocen sobre la alimentación complementaria; 45 % desconocen. En cuanto a las prácticas 61 % tienen prácticas adecuadas; mientras que 39 % tienen prácticas inadecuadas. : 70 % de las madres conocen la edad de inicio de la alimentación complementaria, el 60 % conoce los riesgos de una alimentación complementaria a destiempo y el 57.5 % ,la inclusión de alimentos de

acuerdo a la edad; sin embargo las dimensiones que desconocen son: los alimentos ricos en hierro con un 62 % , la definición y las características de la alimentación complementaria con 47 % y 45 % respectivamente. Referente a las prácticas de la madre sobre la alimentación complementaria, 57.5 % tienen prácticas adecuadas en la interacción en el momento de la alimentación; mientras que el 42.5 % tienen prácticas inadecuadas, de las cuales el 70 % optan por una interacción estilo “controlador” y 30% estilo “tolerante ” ; 65% tienen prácticas adecuadas de higiene en la manipulación de alimentos y 35% tienen prácticas inadecuadas de higiene en la manipulación de alimentos. (19)

Rojas H. en la ciudad de Tacna en el año 2010, realizó un estudio titulado : “ Factores relacionados con el retraso de crecimiento en niños menores de 3 años del puesto de salud cono norte ” , trabajo de tipo cuantitativo descriptivo retrospectivo y relacional ,de acuerdo al muestreo se tomaron 120 niños de edades comprendidas entre los 12 y 36 meses con controles completos de crecimiento y desarrollo ,para poder relacionar su talla/edad con los factores genéticos ,familiares, nutricionales y mórbidos los resultados del estudio mencionaron que si existe relación entre estos factores .En cuanto a los factores nutricionales a pesar de tener buenas practicas

alimentarias, el grado de instrucción, ocupación de los padres, desnutrición intrauterina, y enfermedades prevalentes ocasionan el retraso de crecimiento del niño. (20)

Zavaleta S. en la ciudad de Tacna, realizó un estudio titulado "Conocimiento de la madre sobre la alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 06 a 24 meses que asisten al consultorio CRED ,en el P.S. cono norte 1er trimestre 2012" El trabajo de investigación fue de tipo cuantitativo no experimental de corte transversal, diseño descriptivo correlacional, El objetivo fue determinar la relación entre el conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses de edad. La muestra fue de 100 madres del programa de Niño Sano del establecimiento. Los resultados fueron : que del 71,0% de los niños evaluados con estado nutricional normal, sus madres tienen un nivel de conocimiento bueno sobre alimentación complementaria y el 6,0% de los niños con sobrepeso, sus madres poseen un nivel de conocimientos regular sobre alimentación complementaria.. Finalmente si existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses de edad que asiste al Consultorio de CRED, P.S. Cono Norte. (21)

2.2. BASES TEORICAS

TEORÍA DE RAMONA MERCER : ADOPCION DEL ROL MATERNAL

La teoría de la adopción del rol maternal de Mercer y su modelo fueron presentados en 1991 en California. Realiza su enfoque en la maternidad, considera la adopción del papel maternal como un proceso interactivo y evolutivo, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencias en la realización de los cuidados asociados a su papel, experimenta placer y gratificación dentro del mismo. El modelo de la adopción del rol maternal de Mercer se sitúa en los círculos concéntricos de microsistema, mesosistema y macrosistema. (22)

- El microsistema representa el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol maternal, que incluye familia, apoyo social y estrés, recalca la importancia del padre en la adopción del rol ya que ayuda disminuir la tensión o estrés en la dualidad madre –niño puesto que el también participa en parte de los cuidados.

- El mesosistema ,agrupa y delimita al microsistema ,incluye al resto de la familia ,la escuela ,el trabajo, iglesia y otras entidades que se encuentren en la comunidad más inmediata a la madre.
- El macrosistema, hace referencia a los prototipos generales que existen en una cultura transmitida. Incluye las influencias sociales, políticas.

La adopción del rol maternal es un proceso que sigue cuatro estadios adaptados a partir de las investigaciones previas Thorton y Nardy 1975.

- Anticipación: empieza durante la gestación la madre aprende las expectativas del rol, fantasea sobre él, establece una relación con el feto.
- Formal: cuando el niño nace e incluye el aprendizaje de su rol y activación. Las conductas se orientan por medio de las expectativas formales de los otros sistemas sociales.
- Informal: la madre desarrolla sus propias maneras de realizar su rol, la mujer hace que el rol encaje a su nuevo estilo de vida basándose en experiencias pasadas y objetivos futuros.

- Personal: se produce cuando la mujer interioriza el rol ,la madre experimentara armonía, confianza y experiencia en el modo en el que lleva la maternidad.

PRINCIPALES SUPUESTOS:

1. Un núcleo propio relativamente estable, adquirido por medio de la socialización determina las percepciones con respeto a su maternidad y respuestas del niño.
2. El nivel de desarrollo y características de la personalidad de la madre influyen en la conducta.
3. Su hijo, es compañero activo del rol reflejara la competencia de su madre, por medio de su crecimiento y desarrollo.
4. La pareja de la madre influye en la adopción del rol maternal pues, se encuentra en constante interacción con ella y el niño.

METAPARADIGMAS:

- **Persona:** Se refiere al "si mismo". A través de la individualización maternal una mujer puede alcanzar de nuevo su propia condición de persona.
- **Salud:** La define como la percepción por parte del padre y de la madre de su salud previa.
- **Entorno:** Describe la cultura del individuo, la pareja, la familia o red de apoyo y la forma como dicha red se relaciona con la adopción del papel maternal. El amor, el apoyo de cónyuge y familiares son factores importantes para hacer a la mujer capaz de adoptar el papel de madre.
- **Enfermería:** Se refiera a ella como las responsables de proveer salud, dada la continua interacción desde la gestación y durante toda la maternidad.

Los estadios de adopción del rol se ven modificados por el crecimiento y desarrollo del niño. Por ejemplo cuando la madre adopta el rol de alimentar niño debe saber que aún no es capaz de mantenerse sentado, es recomendable que, siente a su hijo sobre sus piernas. Con un plato colorido y una cuchara en la mano derecha puede golpear el extremo del

plato para llamar la atención de su hijo con este sonido. La cuchara, ya cargada con el alimento, de una manera suave mientras la madre canta y se acerca a la boca su hijo a una altura que pueda seguirla con los ojos.. Se espera a que degluta y se inicia una nueva cucharada o se interrumpe si el niño muestra resistencia a continuar alimentándose. Esta nueva experiencia es vivida por el niño en estrecho contacto físico con su madre y en una forma compleja en que se integran estímulos afectivos, táctiles, sonoros, visuales y gustativos.

2.2.1. CONOCIMIENTO

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia, el aprendizaje o a través de la observación. Tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. La teoría cognitiva de Piaget aborda la forma en que los sujetos construyen el conocimiento teniendo en cuenta el desarrollo cognitivo. Desde el punto de vista de la educación para la salud (EPS), se entiende como un instrumento que sirve a los profesionales y a la población para mejorar y tomar decisiones con respecto a su Salud o enfermedad.

Los Tipos de conocimientos se clasifican en tres: *analítico a priori*, que es exacto y certero, aclara lo que está contenido en las definiciones; *a posteriori*, que transmite información sobre lo aprendido a partir de la experiencia, pero está sujeto a los errores de los sentidos, y *sintético a priori*, que se descubre por la intuición, ya la mente impone producto de la experiencia.(23)

El nivel de conocimiento de la madre, es el grado de conocimiento de la madre sobre determinado tema , que alcanza en el transcurso de su rol materno ,mediante una buena orientación e información, ayudará a mantener la salud de sus hijos y prevenir enfermedades se clasifica en tres categorías :

Nivel de Conocimiento alto es la capacidad de entender correctamente, asimilar y procesar información, haciéndola útil para el desarrollo personal. Se manifiesta en las distintas actividades que se desarrollan. El Nivel de Conocimiento medio, capacidad de asimilar los conocimientos elementales, sin embargo podrían desconocer algunos pues no tienen un fundamento claro. En tercer lugar el nivel de Conocimiento bajo referidos a la persona que posee un conocimiento escaso, con una conducta inapropiada.

Según Díaz los factores que determinan el conocimiento de la madre ,son tres : El factor socioeconómico- cultural ; que abarca el nivel educativo de la madre ,representa la probabilidad de morbi –mortalidad infantil en los primeros años de vida del niño .asimismo la procedencia, nivel de ingresos los que limita el acceso a los alimentos, la experiencia según el número de hijos madres primíparas o multíparas ,los consejos de la familia que manejan un conjunto de creencias, muchas veces, erróneas, profundamente arraigadas en nuestra cultura. El factor biológico, como el deficiente estado nutricional materno, aumenta los riesgos de desnutrición del niño y bajo peso del recién nacido. El factor ambiental que abarca aspectos de saneamiento básico también es una gran influencia. (24)

2.2.2. ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

La alimentación complementaria es la introducción de alimentos semisólidos adicionales a la leche materna. La edad propicia para iniciar la alimentación complementaria es a los seis meses. (25)

Alrededor del sexto mes los músculos y nervios de la boca se desarrollan suficientemente para masticar, controlan mejor la lengua y pueden mover mejor la mandíbula. Todo ello les da la

madurez para recibir alimento. Asimismo se inician la erupción de los dientes deciduales temporales, con los incisivos centrales y laterales, caninos y molares; a los tres años el niño ya tiene sus 20 piezas dentales completas, la mucosa gastrointestinal y la función peristáltica están más desarrolladas.(26)

Los beneficios para el niño comprenden desarrollo y crecimiento adecuado principalmente de peso y talla, además de un buen desarrollo cerebral, para evitar retrasos en el desarrollo psicomotor. En el aspecto Psicológico se genera un vínculo madre - niño de mayor seguridad y confianza para el niño. Los riesgos de la alimentación complementaria después de los 6 meses de edad, aumentan el riesgo de malnutrición y deficiencia el hierro. (27)

Características de la alimentación complementaria

La cantidad, se refiere a la ración de comida de acuerdo a la edad, partir de los 6 a 8 meses, será de $\frac{1}{2}$ taza (100 gramos) equivalente a 3 - 5 cucharadas; entre los 9 y 11 meses, se incrementará a $\frac{3}{4}$ taza (150 gramos) equivalente a 5 a 7 cucharadas); y entre los 12 y 24 meses 1 taza (200 gramos) equivalente a 7 a 10 cucharadas. (27)

- Niño de 6 - 8 meses : 3-5 cucharadas
- Niño de 9 - 11 meses : 5-7 cucharadas
- Niño de 12 meses a más : 7-10 cucharadas

La consistencia, se aconseja aumentar gradualmente la consistencia y variedad de los alimentos a medida que el niño crece, adaptándose al masticado y el contacto con nuevos sabores. Las preparaciones líquidas no contienen suficientes nutrientes. En cambio las preparaciones espesas como purés y mazamoras, tienen la ventaja de poder concentrar alto contenido nutricional en una pequeña porción para satisfacer las nutricionales del niño. Las preparaciones deben realizarse a base de combinaciones de alimentos principales como: cereales, leguminosas (menestras), alimentos de origen animal como tubérculos, verduras, lácteos (derivados) y frutas.

A los seis meses, se iniciara con alimentos aplastados en forma de papillas, mazamoras o purés; entre los 7 y 8 meses se tendrá hacia los alimentos triturados bajo las mismas formas de preparación; entre los 9 y 11 meses, se introducirá los alimentos picados; y finalmente; entre los 12 y 24 meses deberá integrarse a la alimentación de su entorno familiar.

- Niño de 6 - 8 meses : Papillas, o purés
- Niño de 9 - 11 meses : Alimentos picados
- Niño de 12 meses a más : Alimentos de olla familiar.

La frecuencia , en los lactantes tenemos que la capacidad gástrica del niño guarda relación con su peso (30 g/kg de peso corporal), estimándose así el volumen de alimentos capaz de tolerar en cada comida. De acuerdo a la edad del niño o niña, se debe ofrecer el número adecuado de comidas al día.

- Niño de 6 - 8 meses : 3 comidas + Lactancia Materna.
- Niño de 9 - 11 meses : 4 comidas + Lactancia Materna
- Niño de 12 meses a más : 5 comidas + Lactancia Materna.

Clasificación de alimentos según contenido nutricional

- **Alimentos Energéticos:** pertenecen a este grupo los carbohidratos aportan 4 calorías por cada gramo, las grasas 9 calorías por cada gramo y azúcares , constituyen del 60%- 80% de la energía de una dieta .Entre ellos tenemos papa, camote, azúcar, miel, fideos entre otros.

- **Alimentos Constructores:** Pertenecen a este grupo las proteínas que intervienen en la formación de nuevos tejidos, Los alimentos de origen animal ricos en proteínas son la leche y derivados, carnes y huevos. Las proteínas de origen vegetal se encuentran habitualmente en las menestras como las lentejas, pallares, habas, garbanzos . frejoles, arvejas, soya.
- **Alimentos Protectores:** pertenecen a este grupo las frutas y verduras, proveen minerales y vitaminas. Se deben seleccionar de preferencia frutas y verduras de color anaranjado y verde oscuro (zanahoria, zapallo, acelga, espinaca). (28)

Prácticas saludables

Las prácticas son las habilidades o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad .La Edad máxima de mantenimiento de la lactancia materna es hasta los dos años .La Adición de aceite en la comida del niño es fundamental para un adecuado aporte de energía y óptimo desarrollo cerebral ;ya que forman parte de la estructura de la membrana celular de la mielina de las neuronas. Es recomendable agregar en cada preparación una cucharadita de aceite y/o mantequilla lo que hará más suave la comida del niño. Asimismo favorece la absorción de vitaminas

liposolubles (A, D, E, K). Asimismo la adición de sal yodada en las comidas del niño se hace con el fin de evitar el bocio (27)

Alimentos que favorecen la absorción de hierro : para ello Se debe utilizar frutas ricas en vitamina C (naranja, mandarina, papaya, piña, limón, mango, etc. Evitar el consumo de infusiones como el té, anís, canela, café, hierva luisa, manzanilla, emoliente, etc. Junto con las comidas, porque interfieren en la absorción de hierro. En lugar de éstas se puede indicar el consumo de limonada, naranja o refrescos de frutas.(27)

Combinación correcta del alimento:

Se debe favorecer el consumo de alimentos de bajo costo y alto valor nutritivo, por lo tanto evitaremos darles sopas. Se recomienda realizar las siguientes combinaciones para lograr una alimentación balanceada en el hogar (29)

Mezclas Dobles:

Existen tres formas de mezclas dobles:

- Alimento base (Papa) + Leguminosas
- Alimento base (Arroz) + alimentos de origen animal

- Alimento base (Garbanzo) + vegetales de hoja verde o vegetales amarillos.

Mezclas Triple:

Existen tres formas de mezclas triples:

- Alimento base (Papa) + Leguminosas (Quinoa)+ Alimentos de origen animal (Pollo).
- Alimento base (Arroz) + leguminosas (Habas) + vegetales de hoja verde o vegetales amarillos (Zanahoria)
- Alimento base (Trigo) + alimentos de origen animal (Hígado) + vegetales de hoja verde o vegetales amarillos (Zapallo).

Mezcla cuádruple:

La mejor de todas es la mezcla cuádruple que combina los cuatro principales tipos de alimentos:

- Alimento base (Papa) + leguminosas (Arveja) + alimentos de origen animal (pescado) + vegetales verde oscuro o amarilloso (Acelga).

Actitud de la madre en la alimentación complementaria

La madre debe tener una actitud de paciencia hasta que el niño se acostumbre a la alimentación complementaria, tener conocimiento de cómo reaccionará su niño a la introducción de alimentos, le ayudará a realizar mejor su cuidado nutricional del niño. La interrelación entre el niño(a) y la madre durante la alimentación puede ser crítica e influenciar sobre el consumo de nutrientes. Se describe los siguientes estilos. (27)

Un estilo "Interactivo" incluye comportamientos como paciencia y amor que permiten una óptima inter-relación madre o cuidadora-niño. Un estilo «Autoritario », donde la madre decide cuándo y cómo come el niño(a), obligándolo a que coma todo puede ocasionar que los niños no reconozcan adecuadamente sus propias señales de apetito y autorregulación de su ingesta de energía, poniendo al niño(a) en riesgo de sobrepeso. Un estilo « Tolerante », donde la madre o cuidadora ofrece muy poca ayuda física o poco ánimo verbal en el momento de la alimentación, aun a niños(as) menores de un año, salvo que el niño(a) este enfermo o que no coma.

El entorno durante la alimentación complementaria

El mejor lugar para la alimentación es el comedor ya que otros lugares pueden ser medios de distracción. Así mismo la madre debe considerar las comidas de acuerdo a horarios establecidos. Al momento de brindarle la alimentación el niño debe encontrarse sentado en la silla o en la rodilla de la madre según sea conveniente, la madre debe estar a la altura del niño para ayudarlo a alimentarse, minimizar las distracciones como televisión y juguetes durante la comida. En lo posible los utensilios y comida del niño deben ser coloridos.(28)

Higiene y cuidado de los alimentos

La Organización Mundial de la Salud, difunde la "Reglas para la preparación higiénica de los alimentos, cuya aplicación sistemática reduce considerablemente el riesgo de las enfermedades de origen alimenticio. A continuación presentaremos las reglas: Consumir alimentos frescos que hayan sido manipulados higiénicamente. Cocinar correctamente los alimentos, Asegurar el lavado de manos , limpieza adecuada en todas las superficies de la cocina y utensilios ,Mantener los alimentos fuera del alcance de insectos,

roedores y animales de compañía, finalmente utilizar exclusivamente agua potable.(29)

2.2.3 ESTADO NUTRICIONAL

El estado nutricional es el balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes, va desde la normalidad hasta el desequilibrio que causa desnutrición crónica, aguda, global y obesidad. Para la evaluación del estado nutricional se pueden utilizar métodos directos e indirectos o ambos. Los métodos indirectos más comunes incluyen el uso de indicadores socioeconómicos. Dentro de los métodos directos se encuentran los indicadores antropométricos, bioquímicos y la evaluación clínica, siendo los antropométricos los más utilizados en los servicios de salud el peso, la talla, perímetro cefálico para el caso de los niños. Al establecer relaciones entre ellos se denominan índices

Evaluación nutricional según la Organización Mundial de la Salud

La organización mundial de la salud (OMS) realizó un 'Estudio Metacéntrico' entre 1997 y 2003, con el propósito de generar nuevos patrones de crecimiento para menores de cinco años, en todo el mundo. Debido a que desde finales de los años 60, no representaban adecuadamente el crecimiento en los niños más

pequeños en diversos países del mundo .En el 2006 realizaron un nuevo patrón de curvas de crecimiento para los niños menores de 05 años basados en el Estado Nutricional de Nacional Center for Health Statistics NCSH. Estos muestran cómo evaluar el crecimiento de todos los niños del mundo, independientemente de su origen étnico, son una herramienta efectiva para la detección de trastornos antropométricos

Índices de evaluación nutricional

- **Peso para la edad P/E:** mide la desnutrición global, Índice compuesto de los anteriores ($P/T \times T/E = P/E$) . Utilizando el indicador podemos saber si el niño tiene o ha tenido adelgazamiento y/o retardo en el crecimiento. Sin embargo, este es un indicador muy inespecífico, pues no distingue entre niños adelgazados y niños con retardo en el crecimiento.
- **Peso para la talla P /T :** mide la desnutrición aguda. Es el peso que corresponde a un niño para la talla que tiene en el momento de la medición, el déficit de peso indica un adelgazamiento.
- **Talla para la edad T/E :** mide la desnutrición crónica, el crecimiento en talla es más lento que el peso, las deficiencias en talla tienden a ser

también lentas y a tomar más tiempo para recuperarse. A mayor déficit nutricional, mayor cronicidad de la desnutrición. Este indicador es muy específico para esta condición nutricional, pero no es útil para evaluar el adelgazamiento. Frecuentemente se puede observar en niños mayores de un año.

Mediciones del peso para la niña o niño menor de 24 meses

El procedimiento consiste en fijar la balanza en una superficie plana y firme equilibre la balanza hasta que quede en cero. Solicite a los padres de la niña o niño que retire los zapatos y la mayor cantidad de ropa que sea posible. Colocar al niño desnudo o con la menor cantidad de ropa, sobre el platillo, sentado o acostado buscar equilibrarlo. El personal de salud se situará enfrente de la balanza y procederá a leer el peso marcado. Registre el peso en los documentos y formatos correspondientes y compare el valor con el peso esperado para la edad.

Medición de la talla para la niña o niño menor de 24 meses de edad

Se utilizara un Infantómetro de base ancha y de material consistente y un tope móvil o escuadra, se hace con el niño en posición horizontal o echado. El Infantómetro debe estar ubicado sobre una superficie que

este lo más nivelada posible, sin pegarlo a la pared por ninguno de sus extremos para permitir que la persona que mide y el asistente ocupen estos lugares. Se coloca al niño sin gorro, ni zapatos, en decúbito supino, El Asistente debe situarse al extremo del Infantómetro y tomar la cabeza con ambas manos colocándola de modo que toque suavemente el tope fijo. La persona que mide debe situarse sujetando los tobillos juntos del niño y con el codo hacer presión suavemente sobre las rodillas del niño para evitar que las flexione. Acercar el tope móvil con la mano libre hasta que toque las plantas, ejerciendo una presión constante. Leer la medida sobre la cinta métrica y anotar el número que aparece inmediatamente por delante del tope móvil. Repetir la medición de la talla hasta conseguir una diferencia máxima de un milímetro entre una medición y otra. Una vez realizada la medición, se anotara el valor en la historia clínica.(30)

Clasificación del estado nutricional de la niña y niño menor de 05 años según índices

PUNTO DE CORTE	PESO - EDAD	PESO-TALLA	TALLA- EDAD
Desviación estándar	Clasificación	Clasificación	Clasificación
> + 3		Obesidad	
> + 2	Sobrepeso	Sobrepeso	Alto
+ 2 - 2	Normal	Normal	Normal
< - 2 a - 3	Desnutrición	Desnutrición Aguda	Talla baja
< - 3		Desnutrición crónica	

La clasificación del estado nutricional dependerá del género del niño y Patrones de Crecimiento Infantil de la Organización Mundial de la Salud ,desde el nacimiento hasta los cinco años ,según indicadores. (anexo 04)

- **Normal:** Estado nutricional adecuado , se encuentra dentro de los parámetros antropométricos apropiados para su edad ,peso y talla . en la curvas de crecimiento proporcionadas por la OMS se identificas con los parámetros entre + 2 a -2 desviación estándar.

- **Desnutrición:** Estado patológico resultante de una dieta deficiente en cantidad o calidad de los alimentos, en los patrones de crecimiento infantil de la OMS se identifica con los parámetros de -2 a -3 desviación estándar contribuye a la aparición de enfermedades como anemia . Detrás de estas causas la pobreza, falta de atención sanitaria, inadecuado saneamiento básico, prácticas deficientes de alimentación, y una escasa educación de las madres.
- **Desnutrición global:** Deficiencia de peso para la edad. .Es la forma de desnutrición más grave . P/E Insuficiencia ponderal. que se usa para dar seguimiento a los Objetivos del Milenio. en los patrones de crecimiento infantil de la OMS se identifica con los parámetros de -2 a -3 desviaciones estándar. El niño tiene un peso muy por debajo del estándar en relación a su edad. Altera todos los procesos vitales del niño y conlleva un alto riesgo de mortalidad. Requiere atención médica urgente
- **Desnutrición Aguda:** Deficiencia de peso para talla (P/T). Delgadez extrema. en los patrones de crecimiento infantil de la OMS se identifica con los parámetros de -2 desviación estándar . Resulta de una pérdida de peso asociada con periodos recientes

de enfermedad que se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo. Requiere un tratamiento inmediato para prevenir que empeore.

- **Desnutrición Crónica:** Retardo de altura para la edad (T/E), Indica una carencia de los nutrientes durante un tiempo prolongado, en los patrones de crecimiento infantil de la OMS se identifica con los parámetros de -3 desviaciones estándar. Un niño que sufre desnutrición crónica presenta un retraso en su crecimiento talla baja, por lo que aumenta el riesgo de que contraiga enfermedades como marasmo y kwashiokor, afecta al desarrollo físico e intelectual del niño. (31)
- **Sobrepeso:** Se habla de sobrepeso, cuando los indicadores peso edad se sitúan por encima de +2 desviaciones estándar (DE). La causa fundamental es un excesivo aporte de calorías. La atención nutricional debe ser inmediata.
- **Obesidad:** Se habla de obesidad en un niño, cuando ésta se sitúa por encima de +3 desviaciones estándar (DE) De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, es una enfermedad crónica, caracterizada por el aumento de la grasa corporal. La causa se asocia a factores genéticos, ambientales, metabólicos y

endocrinológicos. Solo 2 a 3% de los obesos tendría como causa alguna patología endocrinológica. La atención nutricional debe ser inmediata.

- **Talla Normal:** Se habla de talla normal, cuando ésta se sitúa entre +2 a -2 en las desviaciones estándar (DE) para la talla y edad del niño.
- **Talla Baja:** Se habla de talla baja cuando se sitúa por debajo de -2 y -3 desviaciones estándar (DE) para la edad y sexo del niño. El concepto de talla baja incluye tanto la talla baja patológica y talla baja genética son debidas a un menor potencial genético de crecimiento (talla baja familiar)
- **Talla Alta:** Se habla de talla alta en un niño cuando ésta se sitúa por superior a +2 y +3 desviaciones estándar (DE) para la edad llamada también talla alta genética familiar. se debe diferenciar de el gigantismo, que se caracteriza por talla alta y alargamiento desproporcionado de las extremidades, acompañado de factores faciales anómalos (alargamiento de los arcos supraorbitarios, la nariz, los pabellones auriculares, los labios y los pliegues nasolabiales). Tanto el gigantismo como la acromegalia pueden deberse a una secreción excesiva de HGH.

2.2.4. ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERIA

La enfermera en la Atención Primaria en Salud tiene el liderazgo de las actividades preventivo-promocionales, principalmente en el área Niño, ya que es responsable de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones (ESNI) y del componente de Crecimiento y Desarrollo (CRED); por ello, como miembro del equipo de salud, al estar la mayor parte del tiempo en contacto directo con los padres de familia posee una función muy importante como educadora, ya que tiene un trato directo con los padres de los lactantes, quienes no solo reciben recomendaciones de personal de salud sino también de su familia. La consejería puede reforzarse con actividades de proyección a la comunidad como las sesiones educativas y demostrativas. Una buena educación nutricional permitirá a los padres mantener sano al niño, prevenir enfermedades o agravar el estado nutricional del niño.

Asimismo el profesional de enfermería utiliza como base la Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de 5 años”, del MINSA con el objetivo de detectar de manera oportuna riesgos o factores determinantes de su salud. Para ello se utiliza la entrevista, la observación, el

examen clínico, anamnesis, exámenes de laboratorio, aplicación de instrumentos de evaluación del desarrollo e instrumentos para valoración del crecimiento físico, entre otros. Esta información es consignada en la historia clínica.

El monitoreo del crecimiento y desarrollo del niño se hace de manera individual, porque cada niño tiene características propias y específicas; por lo tanto, debe ser visto desde su propio contexto y entorno. Es integral, porque aborda la salud, el desarrollo psicoafectivo y la nutrición del niño, oportuna porque se realiza acorde a su edad, periódico porque se debe realizar de acuerdo a un cronograma establecido de manera individual, secuencial porque cada control actual debe guardar relación con el anterior control, observando el progreso en el crecimiento y desarrollo, especialmente en los periodos considerados críticos.

2.3.- DEFINICION CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

A continuación se presenta la definición conceptual de términos a fin de facilitar la comprensión en el estudio.

2.3.1. Nivel de Conocimiento de la madre

Es el grado de conocimientos que posee la madre sobre la alimentación complementaria, que implica la introducción de alimentos adicionales a la leche materna de la niña o niño, iniciándose partir de seis meses, el nivel de conocimientos se clasifica como:

2.3.2. Alimentación complementaria:

Es la introducción de alimentos semisólidos adicionales a la leche materna, es necesaria para cubrir los requerimientos nutricionales del niño(a) para su crecimiento y desarrollo. La edad propicia para iniciar la alimentación complementaria es a los seis meses.

2.3.3. Estado nutricional del niño de 06-12 meses

Resultado de la asimilación de nutrientes por el organismo, para lo utilizamos de indicadores antropométricos peso-edad, peso-talla, talla-edad. Los resultandos van desde la normalidad hasta

desnutrición crónica, aguda, global, sobrepeso y obesidad, considerando que el concepto de niño comprende entre los cero días y once años; a su vez se subdivide en recién nacido, lactante, pre-escolar y escolar. En el presente trabajo, se evalúa el estado nutricional del niño de 06-12 meses.

2.3.4. Madre:

Persona que se encarga del cuidado, alimentación y cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo del niño.

2.3.5. Niño:

Periodo de vida que comprende entre los cero días y once años ; a su vez se subdivide en recién nacido, lactante, pre-escolar y escolar; poseen características propias, en cada etapa específica de su ciclo vital, con un entorno familiar y social concreto.

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. MATERIAL Y MÉTODOS

El presente trabajo de investigación de método cuantitativo debido a que las variables se miden estadísticamente; descriptivo porque está orientado a determinar cómo está la situación de del nivel de conocimientos de la madre y el estado nutricional del niño . Correlacional porque describe relación entre las variables mencionadas y de corte transversal porque se realizó en un periodo determinado.

3.2.-POBLACION Y MUESTRA

La población estuvo conformada por 175 niños de 6 a 12 meses de edad que acuden al control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), el tipo de muestreo no probabilístico; por conveniencia.

La muestra fue de 100 niños menores de 06-12 meses con sus respectivas madres, para la selección de las unidades muestrales se consideró los criterios de inclusión y exclusión.

a) CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Madres:

- Madres de niños de 6 a 12 meses con controles CRED regulares en el C.S. Ciudad nueva .
- Madres con grado de instrucción mínimo primaria
- Madres que se comunican en el idioma español

Lactantes:

- Lactantes de 06-12 meses de edad.
- Lactantes nacidos a término .

b) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Madres

- Madres con niños menores de 06 meses y mayores de 1 año.

- Madres que asistan en forma irregular consultorio de CRED.
- Madres que hablen otro idioma

Lactantes:

- Lactantes menores de 6 meses y mayores de un año de edad.
- Lactantes pre- términos .
- Lactantes que estén cursando con una enfermedad aguda.

3.3. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Las técnica que se utilizaron fueron la entrevista y la observación .

Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos:

ENTREVISTA ESTRUCTURADA SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LA MADRE EN ALIMENTACION COMPLEMENTARIA (ANEXO N°03)

Elaborado por la autora del presente trabajo de investigación, consta de 20 preguntas cerradas dirigida a las madres sobre el nivel

de conocimientos sobre la alimentación complementaria al niño de 6 meses a 12 meses. Asimismo, se consideró necesario el consentimiento informado, el cual responde al principio bioético de la autonomía, explicando los objetivos del estudio, explicando que la aplicación de la encuesta será bajo anonimato.

Dicho instrumento fue validado por 4 expertos (dos enfermeras, una nutricionista y una docente del área de niño) que acreditaron experiencia en el tema para emitir los juicios y modificar la redacción del texto a fin que sea comprensible para el entrevistado. Se realizó la prueba piloto en el C.S. Leoncio Prado, que conto de 20 madres participantes y sus niños.

El valor DPP fue 1,82 cayendo en la zona "A" lo cual significa una adecuación total del instrumento y que puede ser aplicado en la recolección de información de este estudio.

El criterio de confiabilidad se determinó a través del coeficiente Alfa de Crombach (índice de consistencia interna), mediante el método de la varianza, aplicado a la prueba piloto cuyos resultados fueron lo siguiente:0.730. Considerando a Rosenthal propone una confiabilidad mínima de 0.50 para propósitos de investigación; También Vellis plantea que un nivel entre 0.70 a 0.80 es respetable y

alrededor de 0.90 es un nivel elevado de confiabilidad. Por lo tanto, el instrumento es aplicable en la presente investigación. (33)

Para en análisis de cada ítem, se le asignó un punto por cada respuesta correcta y cero por cada incorrecta, con la categoría conoce y desconoce, es decir

- CONOCE : 1 punto
- DESCONOCE : 0 puntos

Para la categorización general del cuestionario nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria se realizó la siguiente clasificación obteniéndose lo siguiente:

- NIVEL DE CONOCIMIENTO ALTO: 16– 20 puntos
- NIVEL DE CONOCIMIENTO MEDIO: 11 – 15 puntos
- NIVEL DE CONOCIMIENTO BAJO: 0 – 10 puntos

- **Nivel de Conocimiento alto** es la capacidad de entender correctamente, asimilar y procesar información, haciéndola útil para el desarrollo personal. Se manifiesta en las distintas actividades que se desarrollan.
- **Nivel de Conocimiento medio:** asimilan los conocimientos elementales, sin embargo podrían desconocer algunos pues no tienen un fundamento claro .
- **Nivel de Conocimiento bajo:** referidos a la madre que posee un conocimiento escaso, con una conducta inapropiada. Mientras que para establecer el estado nutricional de los niños se utilizó los patrones de crecimiento infantil de la OMS según indicadores.

FICHA DE DATOS ANTROPOMÉTRICOS DEL NIÑO DE 06-12 MESES Y PATRONES DE CRECIMIENTO INFANTIL DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (ANEXO N°04)

La ficha de datos antropométricos fue elaborada por la autora constó de información básica del niño consta de género, edad, peso y talla del niño de 6 a 12 meses.

Se utilizaron los nuevos patrones de crecimiento infantil de la OMS, mostraron el estado nutricional de los niños de 06-12 meses , con los

indicadores peso para la edad, talla para la edad, peso para la talla, según género del niño , estos se encuentran aprobados en la Norma Técnica para el control de crecimiento y desarrollo de niño menor de 05 años , que permitió establecer el estado nutricional a través de la valoración de tres procesos: desnutrición, normal y sobrepeso.

3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de los datos se solicitó autorización del Gerente del Centro de Salud mediante la carta de presentación otorgada por la universidad

- Se informó sobre el trabajo de investigación al personal de enfermería que labora en la institución y su objetivos a las madres de niños menores de un año asistentes al consultorio de CRED (crecimiento y desarrollo) sobre la encuesta
- Las madres participantes fueron informadas sobre el trabajo de investigación que se realizó, se solicitó consentimiento informado, y se verificó que las madres, lactantes cumplan con los criterios de inclusión y Exclusión. La muestra se logró completar en un periodo de 2 meses durante las mañanas y las tardes, según horario del establecimiento.
- Se aplicaron aproximadamente 3 a 5 cuestionarios diarios , dependiendo de la demanda de madres y sus niños que asistían al

la consulta de niño sano, en un tiempo promedio de 15 a 20 minutos por persona.

- Se utilizó la historia clínica y carnet de crecimiento y desarrollo del niño para el llenado de la ficha de antropometría, por lo cual se corrobora la edad, peso y talla de los lactantes participantes del trabajo de investigación.

3.5 PROCESAMIENTO DE DATOS

Luego de recolectar los datos, estos fueron procesados mediante el uso del paquete estadístico SPSS previa elaboración de la tabla de códigos y tabla matriz. Los resultados fueron presentados en tablas y gráficos estadísticos para su análisis e interpretación respectiva.

La relación entre el nivel de conocimiento de la madre y el estado nutricional del Niño se determinó con la prueba de significancia estadística: Chi- cuadrado (X^2).

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

RESPETO : Incluye, tres consideraciones éticas fundamentales primero la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones por su capacidad de

autodeterminación; la segunda es la privacidad o confidencialidad se refiere al mantenimiento de la intimidad y a que el investigador se debe cuidar de no invadirla más allá de lo necesario. En tercer lugar el consentimiento informado cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía ,este debe ser autorizado por la persona que es objeto de investigación presentado por escrito o de manera verbal y firmado por el paciente

BENEFICENCIA : Se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación.

JUSTICIA : Se refiere a la obligación ética de trato moralmente correcto y apropiado para cada persona de acuerdo con lo que se considera. La justicia requiere también que la investigación responda a las condiciones de salud o a las necesidades de las personas vulnerables. Las personas seleccionadas debieran ser lo menos vulnerables posible para cumplir con los propósitos de la investigación

CAPITULO IV DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

En este capítulo se presenta tablas y gráficos estadísticos obtenidos a partir de la información obtenida durante la ejecución del estudio de investigación

TABLA N° 01

**CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA DEL NIÑO DE 06 A 12 MESES
C.S. CIUDAD NUEVA TACNA 2014**

CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA	CONOCE		NO CONOCE		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA						
• Definición	79	79,00	21	21,00	100	100,00
• Edad de inicio de la alimentación	74	74,00	26	26,00	100	100,00
• Beneficios	65	65,00	35	35,00	100	100,00
• Riesgos ablactancia tardía	96	96,00	4	4,00	100	100,00
• Cantidad apropiada según edades	33	33,00	67	67,00	100	100,00
• Consistencia apropiada según edades	59	59,00	41	41,00	100	100,00
• Frecuencia apropiada según edades	31	31,00	69	69,00	100	100,00
CLASIFICACION SEGÚN EL CONTENIDO NUTRICIONAL DEL ALIMENTO						
• Ejemplos de Alimentos energéticos	11	11,00	89	89,00	100	100,00
• Ejemplos de Alimentos constructores	65	65,00	35	35,00	100	100,00
• Ejemplos de Alimentos protectores	76	76,00	24	24,00	100	100,00
PRACTICAS DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA						
• Edad máxima de lactancia materna	36	36,00	64	64,00	100	100,00
• Adición de aceite en comidas	71	71,00	29	29,00	100	100,00
• Adición de sal yodada en comidas	93	93,00	7	7,00	100	100,00
• Favorecen la absorción de hierro	46	46,00	54	54,00	100	100,00
• Alimento más nutritivo	71	71,00	29	29,00	100	100,00
• Combinación adecuada de alimentos	93	93,00	7	7,00	100	100,00
ENTORNO QUE RODEA AL NIÑO						
• Lugar adecuado para alimentación	40	40,00	60	60,00	100	100,00
• Actitud adecuada de la madre	56	56,00	44	44,00	100	100,00
MEDIDAS DE HIGIENE						
• Importancia del lavado de manos	94	94,00	6	6,00	100	100,00
• Correcta Manipulación de alimentos	68	68,00	32	32,00	100	100,00

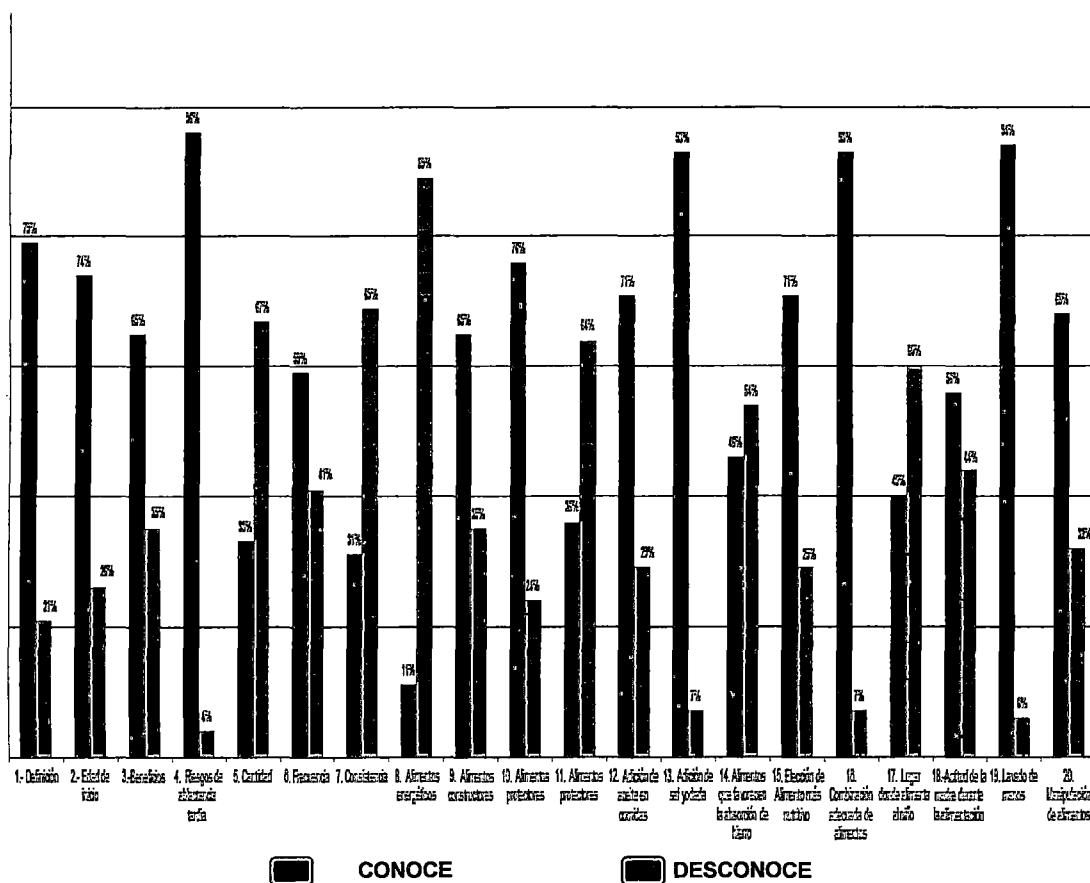
Fuente: Entrevista a madres del distrito de Ciudad Nueva -C.S. Ciudad Nueva 2014
Elaborado por: Vergara T.

INTERPRETACIÓN:

En el siguiente cuadro, observamos que en la dimensión de características de la alimentación complementaria la mayoría de las madres conocen la definición 79%, edad apropiada 74%, beneficios de la alimentación complementaria 65%, riesgos de la alimentación complementaria tardía 96%, la consistencia apropiada de alimentos 59%. Sin embargo es preocupante observar que la mayoría de las madres desconocen la cantidad 67%, y frecuencia apropiada de alimento 69%. En la dimensión de alimentos según contenido nutricional; 89% desconocen ejemplos de alimentos energéticos, contrariamente conocen ejemplos de alimentos constructores 65%, y alimentos protectores 76%. Respecto a dimensión prácticas saludables, el 64% desconocen la edad máxima de mantenimiento de la lactancia materna; y alimentos que favorecen la asimilación de hierro 54%, ; sin embargo conocen la elección del alimento más nutritivo 71% ; combinación adecuada de los alimentos 93%, .En relación al entorno la mayoría 60% desconocen el lugar adecuado para la alimentación ; 56% conocen a la actitud adecuada (estilo interactivo)que deben adoptar durante la alimentación . Respecto a medidas de higiene la mayoría 94% conocen la importancia del lavado de manos y adecuada manipulación de alimentos 68%.

GRÁFICO N° 01

CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL NIÑO DE 06 A 12 MESES QUE ASISTEN AL CONSULTORIO CRED C.S. CIUDAD NUEVA TACNA 2014



Fuente: Entrevista a madres del distrito de Ciudad Nueva -C.S. Ciudad Nueva 2014
Elaborado por: Vergara T.

TABLA N° 02

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA DEL NIÑO DE 06 A 12 MESES QUE ASISTEN AL
CONSULTORIO CRED C.S. CIUDAD NUEVA TACNA 2014**

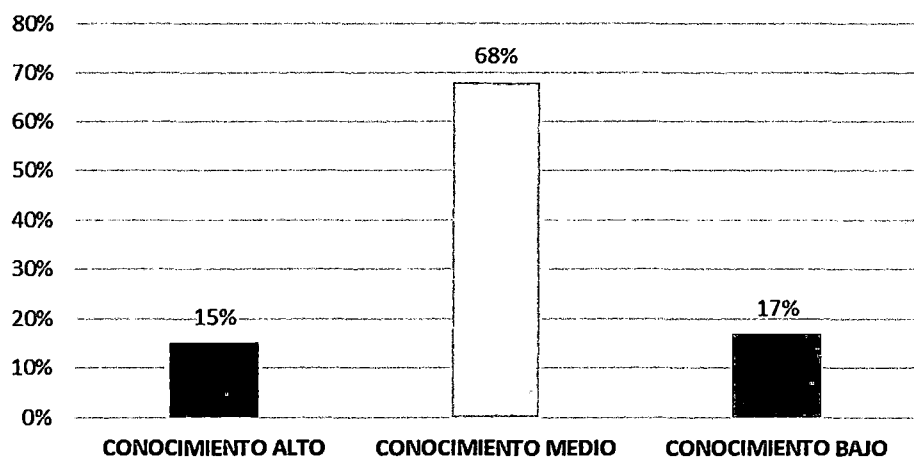
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA	N°	%
Nivel de Conocimiento Alto	15	15,00
Nivel de Conocimiento Medio	68	68,00
Nivel de Conocimiento Bajo	17	17,00
TOTAL	100	100,00

Fuente: Entrevista a madres del distrito de Ciudad Nueva -C.S. Ciudad Nueva 2014
Elaborado por: Vergara T.

INTERPRETACIÓN:

Se presenta la información obtenida del nivel de conocimientos de las madres sobre la alimentación complementaria en donde observamos que un 15% de madres encuestadas tienen un conocimiento alto ,seguido de un 68% de madres que tienen un conocimiento medio ,finalmente un 17% de madres posee un conocimiento bajo respecto a la alimentación complementaria.

GRAFICO Nº 02
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL NIÑO DE 06 A 12
MESES QUE ASISTEN AL CONSULTORIO CRED C.S. CIUDAD
NUEVA TACNA 2014



Fuente: Entrevista a madres del distrito de Ciudad Nueva - C.S. Ciudad Nueva 2014
Elaborado por: Vergara T.

TABLA N° 03

**ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 06-12 MESES
QUE ASISTEN AL CONSULTORIO CRED C.S. CIUDAD
NUEVA TACNA 2014**

EVALUACIÓN SEGÚN P/E	N	%
Normal	82	82,00
Sobrepeso	14	14,00
Desnutrición	4	4,00
<i>Total</i>	100	100,00

EVALUACIÓN SEGÚN P/T

Normal	79	79,00
Sobrepeso	13	13,00
Obesidad	5	5,00
Desnutrición Aguda	3	3,00
Desnutrición Crónica	0	0,00
<i>Total</i>	100	100,00

EVALUACIÓN SEGÚN T/E

Normal	90	90,00
Talla alta	8	8,00
Talla baja	2	2,00
<i>Total</i>	100	100,00

Nota: OMS - Patrones de Crecimiento Infantil.

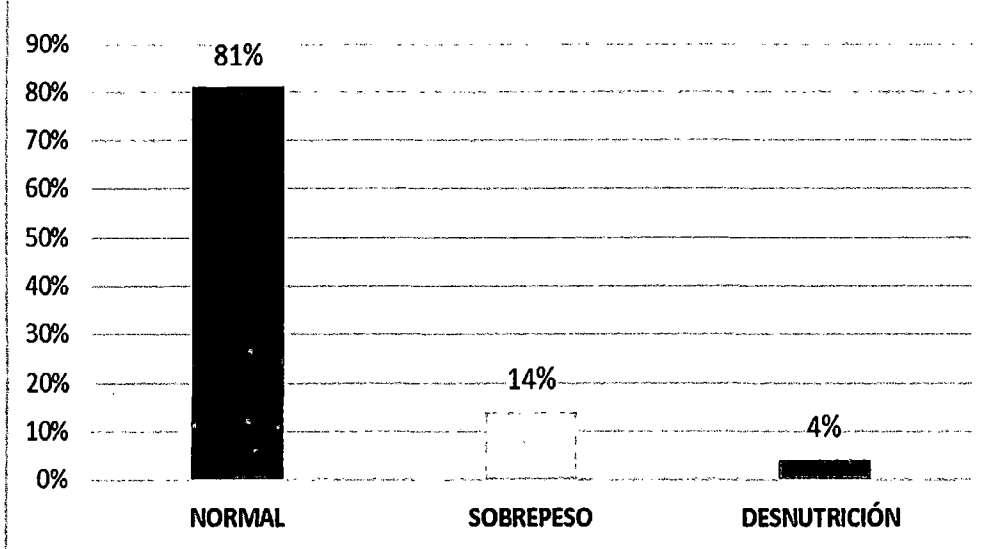
Fuente: Distrito Ciudad Nueva C.S. Ciudad Nueva 2014.

Elaborado: por Vergara T. - Ficha de Datos Antropométricos

INTERPRETACION:

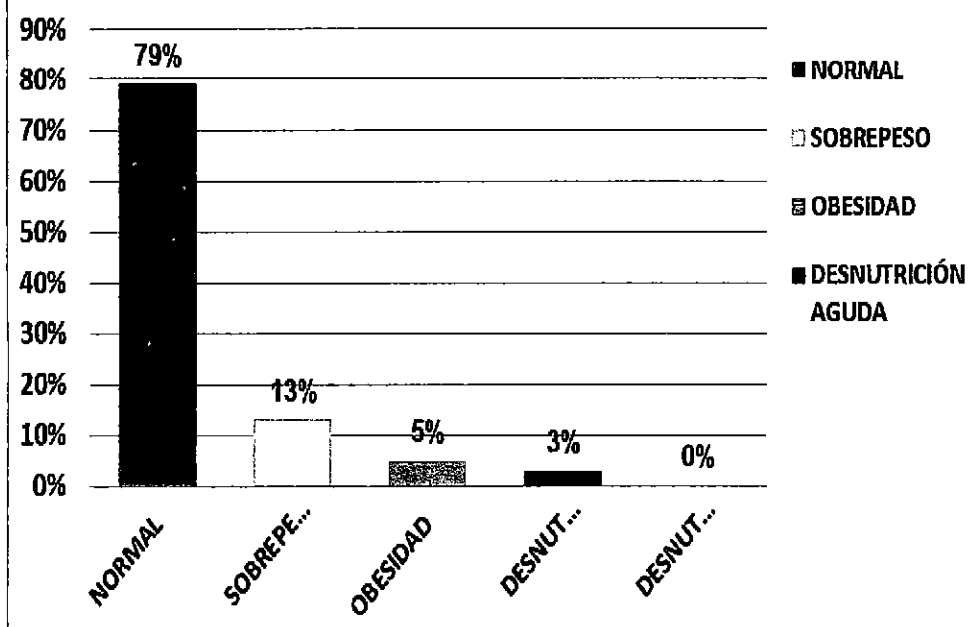
Se presenta la información obtenida sobre el estado nutricional del niño de seis a doce meses en donde observamos que según el indicador peso-edad: 82% de niños tienen un peso normal, y 4% de niños presenta desnutrición, mientras que con el indicador peso-talla observamos que 79% de los niños son normales y 3% desnutrición aguda. Según el indicador talla para la edad observamos que el 90% de niños poseen un talla adecuada para su edad, y finalmente un 2% talla baja.

GRAFICO N° 03 (01)
ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 06-12 MESES SEGÚN P/E
QUE ASISTEN AL CONSULTORIO CRED C.S. CIUDAD NUEVA TACNA
2014



Nota : OMS - Patrones de Crecimiento Infantil.
Fuente : Distrito Ciudad Nueva C.S. Ciudad Nueva 2014.
Elaborado : por Vergara T. - Ficha de Datos Antropométricos

GRAFICO N° 03 (02)
ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 06-12 MESES SEGÚN P/T DE QUE
ASISTEN AL CONSULTORIO CRED C.S. CIUDAD NUEVA TACNA 2014

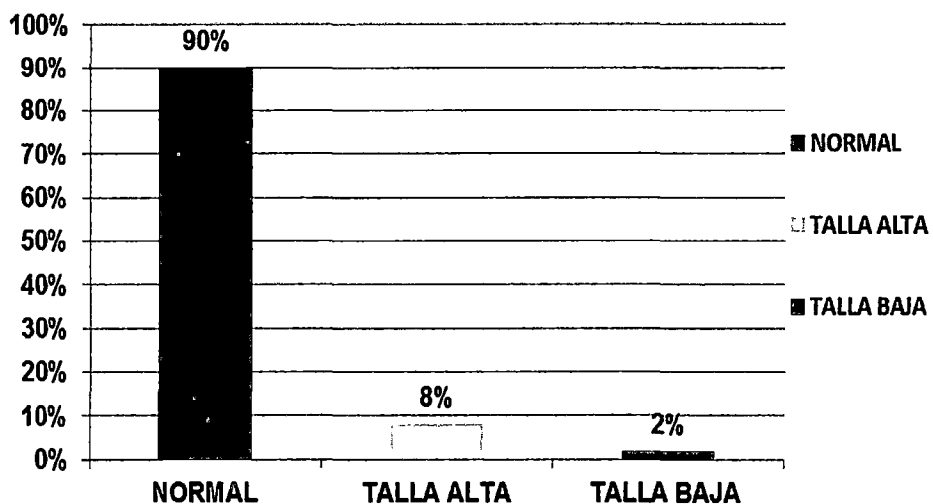


Nota : OMS - Patrones de Crecimiento Infantil.

Fuente : Distrito Ciudad Nueva C.S. Ciudad Nueva 2014.

Elaborado por: Vergara T. - Ficha de Datos Antropométricos

GRAFICO N° 03(03)
ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 06-12 MESES SEGÚN T/E DE QUE
ASISTEN AL CONSULTORIO CRED C.S. CIUDAD NUEVA TACNA 2014



Nota: OMS - Patrones de Crecimiento Infantil.

Fuente: Distrito Ciudad Nueva C.S. Ciudad Nueva 2014.

Elaborado: por Vergara T. - Ficha de Datos Antropométricos

TABLA N° 04

RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 06-12 MESES SEGÚN P/E QUE ASISTEN AL CONSULTORIO CRED C.S. CIUDAD NUEVA TACNA 2014

CONOCIMIENTO	Normal		Sobrepeso		Desnutrición		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo	12	12,0%	1	1,0%	4	4,0%	17	17,0%
Medio	59	59,0%	9	9,0%	0	0,0%	68	68,0%
Alto	11	11,0%	4	4,0%	0	0,0%	15	15,0%
Total	82	82,0%	14	14,0%	4	4,0%	100	100,0%

rs P=0.110

Rho S =0.537

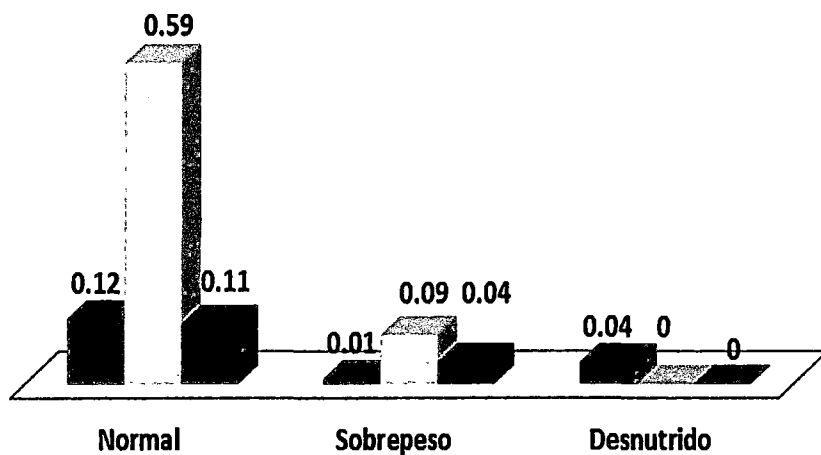
Nota: Entrevista de conocimientos a madres sobre alimentación complementaria –Ficha OMS Patrones de Crecimiento Infantil
Fuente: Distrito de Ciudad Nueva - C.S. Ciudad Nueva 2014 .
Elaborado por: Vergara T.

INTERPRETACIÓN:

En la siguiente tabla de contingencia , la mayoría 59% de niños con estado nutricional normal poseen madres con un nivel de conocimiento medio, 9% de niños con estado nutricional de sobrepeso dependen de madres con nivel de conocimiento medio, y un 4% de niños con estado nutricional de desnutrición tienen madres con nivel de conocimientos bajo.

GRAFICO N° 04
RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y EL ESTADO
NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 06-12 MESES SEGÚN P/E
QUE ASISTEN AL CONSULTORIO CRED C.S. CIUDAD
NUEVA TACNA 2014

■ Bajo □ Medio ■ Alto



Nota: Entrevista de conocimientos a madres sobre alimentación complementaria -Ficha OMS Patrones de Crecimiento Infantil
 Fuente: Distrito de Ciudad Nueva - C.S. Ciudad Nueva 2014 .
 Elaborado por: Vergara T.

TABLA N° 05

RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 06-12 MESES SEGÚN P/T QUE ASISTEN AL CONSULTORIO CRED C.S. CIUDAD NUEVA TACNA 2014

CONOCIMIENTO	PESO - TALLA								Total	
	Normal		Sobrepeso		Obesidad		Desnutrición Aguda		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Bajo	11	11,0%	3	3,0%	0	0,0%	3	3,0%	17	17,0%
Medio	57	57,0%	9	9,0%	3	3,0%	0	0,0%	68	68,0%
Alto	12	12,0%	1	1,0%	2	2,0%	0	0,0%	15	15,0%
Total	79	79,0%	13	13,0%	5	5,0%	3	3,0%	100	100,0%

Rs P=0.113

Rho S =0.233

Nota: Entrevista de conocimientos a madres sobre alimentación complementaria –Ficha OMS Patrones de Crecimiento Infantil.

Fuente: Distrito de Ciudad Nueva - C.S. Ciudad Nueva 2014 .

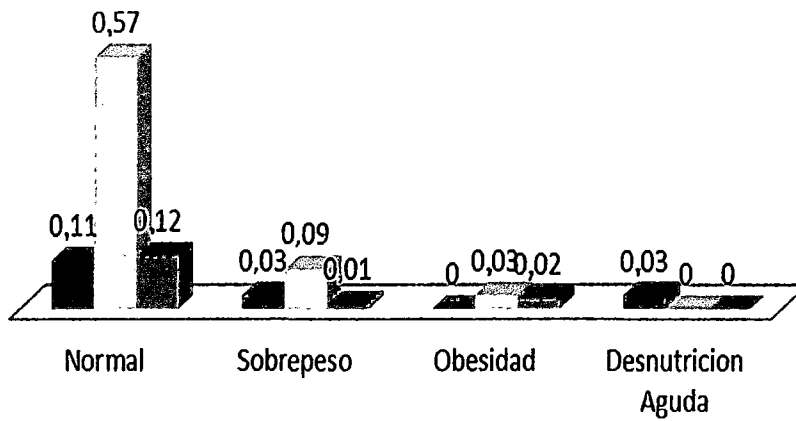
Elaborado por: Vergara T.

INTERPRETACIÓN:

En el siguiente tabla de contingencia destacamos que según indicador peso talla, la mayoría 57 % de niños con estado nutricional normal poseen madres con un nivel de conocimiento medio, un 9 % de niños con sobrepeso tienen madres con nivel de conocimiento medio, y un 3% de niños con obesidad tienen de madres con nivel de conocimientos alto, asimismo 3% de los niños con estado de desnutrición aguda tienen madres con un nivel de conocimientos bajo.

GRAFICO N° 05
RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y EL
ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 06-12 MESES SEGÚN
P/T QUE ASISTEN AL CONSULTORIO CRED
C.S. CIUDAD NUEVA TACNA 2014

■ Bajo □ Medio ■ Alto



Nota: Entrevista de conocimientos a madres sobre alimentación complementaria -Ficha OMS Patrones de Crecimiento Infantil
Fuente: Distrito de Ciudad Nueva - C.S. Ciudad Nueva 2014 .
Elaborado por: Vergara T.

TABLA N° 06
RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 06-12 MESE SEGÚN T/E QUE ASISTEN AL CONSULTORIO CRED C.S. CIUDAD NUEVA TACNA 2014

CONOCIMIENTO	TALLA - EDAD						Total	
	Normal		Talla Alta		Talla Baja		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Bajo	15	15,0%	1	1,0%	1	1,0%	17	17,0%
Medio	62	62,0%	6	6,0%	0	0,0%	68	68,0%
Alto	13	13,0%	1	1,0%	1	1,0%	15	15,0%
Total	90	90,0%	8	8,0%	2	2,0%	100	100,0%

rs P=0.913 *Rho S =0.912*

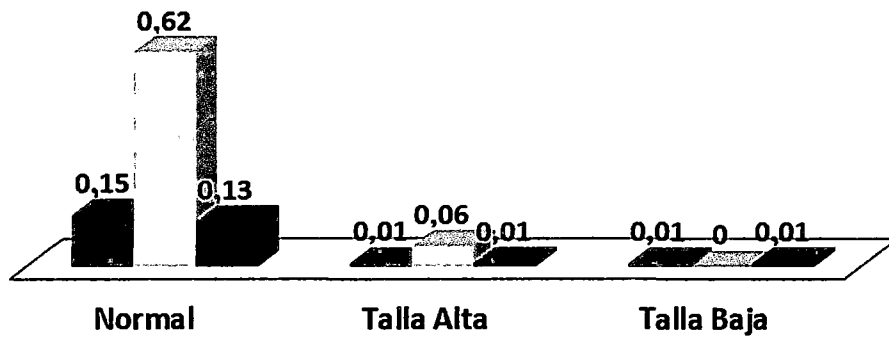
Nota: Entrevista de conocimientos a madres sobre alimentación complementaria –Ficha OMS Patrones de Crecimiento Infantil
Fuente: Distrito de Ciudad Nueva - C.S. Ciudad Nueva 2014 .
Elaborado por: Vergara T.

INTERPRETACIÓN:

En el siguiente tabla de contingencia destacamos que según indicador talla - edad, la mayoría 62 % de niños con talla normal tienen madres con un nivel de conocimiento medio, 6 % de niños con talla alta poseen madres con nivel de conocimiento medio, y 1 % de niños con talla baja tienen madres con un nivel de conocimientos bajo, así mismo 1% de niños con talla baja tienen madres con nivel de conocimiento bajo.

GRAFICO N° 06
RELACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y EL ESTADO
NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 06-12 MESES SEGÚN T/E QUE
ASISTEN AL CONSULTORIO CRED C.S. CIUDAD
NUEVA TACNA 2014

■ Bajo □ Medio ■ Alto



Nota: Entrevista de conocimientos a madres sobre alimentación complementaria- Ficha OMS Patrones de Crecimiento Infantil
 Fuente: Distrito de Ciudad Nueva - C.S. Ciudad Nueva 2014 .
 Elaborado por: Vergara T.

4.2. DISCUSION

Se presentó el análisis de las dimensiones de la alimentación complementaria (tabla N° 01), , que la mayoría de madres entrevistadas conocen la definición, edad de inicio ,beneficios ,riesgos de la ablactancia tardía, consistencia, ejemplos de alimentos constructores , protectores, adición de aceite y sal en comidas ,alimentos más nutritivo, combinación adecuada de alimentos, actitud adecuada de la madre , lavado de manos y medidas de higiene (79%, 74%, 65%, 96%, 59%, 65%, 76%, 71%, 93%, 56%,94%, 68%) respectivamente. Sin embargo es preocupante observar que las madres desconocen la cantidad y frecuencia, ejemplos de alimentos energéticos, edad, máxima de mantenimiento de la lactancia materna, alimentos que favorecen la asimilación de hierro, el lugar adecuado para la alimentación (67%; 69%; 89%; 64%; 54%; 60%) respectivamente.

Coinciden con Piscoche N Los resultados mostraron que en cuanto a las características un porcentaje significativo de padres desconocen sobre la cantidad y frecuencia de alimentos que se debe brindar al niño según su edad. (18)

Similares resultados obtuvo Galindo D. En sus conclusiones 70 % de las madres conocen la edad de inicio, el 60% conoce los riesgos de ablactancia a destiempo y el 57,5 % ; sin embargo desconocen alimentos

ricos en hierro con un 62 %, características de la alimentación complementaria 45 % , optan por una interacción estilo “controlador” 70% ; tienen prácticas adecuadas de higiene en la manipulación de alimentos 65 % .(19).

MINSA en sus Lineamientos de Nutrición Materno Infantil, detalla la nutrición del niño de 06-24 meses. Sus lineamientos específicos mencionan: la lactancia materna hasta los dos años, alimentación complementaria a partir de los 06 meses, promover prácticas de higiene y manipulación de alimentos, alimentar a niño según consistencia , cantidad y frecuencia, promover el consumo alimentos constructores , protectores y energéticos , adicionar de aceites y sal yodada a la comida ,suplementación con micronutrientes ,finalmente durante los procesos infecciosos se debe fraccionar la comida del niño.

El cuestionario permitió identificar aquellos aspectos que las madres conocen y aquellos que requieren un reforzamiento. En conclusión luego de haber identificado los conocimientos de las madres encuestadas, el profesional de Enfermería debería elaborar programas educativos que promuevan un estado nutricional adecuado del niño reforzando los conocimientos de las madres, todo esto desde una perspectiva

preventivo-promocional, lo cual fortalece su rol de liderazgo dentro del equipo de salud.

Respecto a la (tabla N° 02) se presentó el nivel de conocimientos de las madres sobre la alimentación complementaria se observó que un 68% tienen conocimiento medio, un 17 % de madres posee un conocimiento bajo .Finalmente 15% tienen un conocimiento alto.

Similares a Benites J. entre sus conclusiones se tiene que el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria es medio y alto. (14)

Concuerdan con Piscoche N. debido a que sus resultados mostraron que la mayoría de los padres 66,7%, conocen sobre alimentación complementaria. (18)

Difieren con Cárdenas L. sus conclusiones fueron: 60,0% tiene un nivel alto de conocimientos; 32,7% nivel medio y un 7,3% tiene un nivel bajo de conocimientos bajo. (16)

Los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación en especial énfasis al nivel de conocimiento bajo podrían vincularse con la inexperiencia de las madres que en su mayoría son primíparas 53 % , de igual manera el lugar de procedencia también influye debido a las

costumbres 34 % proceden de la región sierra ,en cuanto al grado de instrucción el 7 % de madre tienen grado de instrucción de primaria . (Anexo N° 09). Asimismo las madres con un nivel de conocimiento medio a bajo tienen una mayor posibilidad a que sus niños presenten malnutrición por defecto o exceso. Por ello el profesional de enfermería también debe tener en consideración factores sociodemográficos como procedencia, nivel de instrucción, madre primípara o multípara entre otros, que influyen significativamente en el nivel de conocimientos, ya que luego estos conocimientos se expresan en las practicas; por lo tanto debemos enfocar nuestros programas educativos en aras de mejorar el nivel de conocimientos de las madres.

Se presentó el estado nutricional (tabla N° 03) del niño de seis a doce meses en donde observamos que según el indicador peso-edad: 81% de niños tienen un peso normal ,y 4% desnutrición. Según el indicador peso-talla 79% de los niños son normales, y 3% tienen desnutrición aguda con el indicador talla –edad observamos que el 90% de niños poseen un talla adecuada para edad y un porcentaje mínimo 2% talla baja.

Se asemejan con Rodríguez C. Concluyendo que menciona que 57 % de lactantes evaluados tienen un peso normal y 43% tienen alteraciones nutricionales como obesidad, sobrepeso, y desnutrición. (13)

Difieren parcialmente con Zavaleta S.; debido a que en su evaluación nutricional no se detectaron niños con desnutrición. Sus conclusiones fueron que del 71,0% de los niños evaluados con estado nutricional normal, 6,0% de los niños con sobrepeso, y ninguno con desnutrición.
(20)

Los estados nutricionales de los niños con sobrepeso son factores de riesgo, porque a futuro podrían padecer de enfermedades cardiovasculares. En contraste la desnutrición desencadenaría la aparición de enfermedades como la anemia. La mejor forma de erradicar estos problemas es la detección temprana y tratamiento oportuno.

Se presentó las tablas de contingencia para determinar la relación del nivel de conocimientos de la madre y el estado nutricional del niño de 06-12 meses (tablas N° 04 ,05 y 06) ; según indicadores; los niños que tienen un estado nutricional normal dependen de madres con nivel de conocimientos medio, los niños con talla normal dependen de madres con nivel de conocimientos medio, mientras que los niños detectados con desnutrición aguda dependen de madres con nivel de conocimientos bajos , Por lo cual existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad según los indicadores peso

-edad y peso- talla. Sin embargo no existe relación del conocimiento materno con el indicador talla para la edad.

Similares a Rojas H. Sus resultados afirman que no existe relación del indicador talla para la edad, menciona que los factores nutricionales no influyen en el retardo de crecimiento (talla baja); las madres pueden realizar buenas practicas alimentarias, sin embargo el grado de instrucción, ocupación de los padres, desnutrición intrauterina, y enfermedades prevalentes si influyen significativamente en el retraso de crecimiento del niño.(21)

Similares resultados obtuvo Zavaleta S. se destaca entre sus conclusiones que el 71,0% de los niños evaluados con estado nutricional normal, tienen madres con un nivel de conocimiento bueno sobre alimentación complementaria y el 6,0% de los niños con sobrepeso, dependen de madres con un nivel de conocimientos regular sobre alimentación complementaria. (20)

Así mismo Calle S., Morocho B. ; Et.al. sus resultados refieren : 56 % de niños tienen bajo peso y el 1% sobrepeso ; esto relacionado con el déficit de conocimientos maternos sobre nutrición y con el deterioro de la condición socioeconómica familiar El 43 % de niños tienen peso normal

,estado nutricional que está ligado al conocimiento materno así como una condición socioeconómica de mejor calidad. (11)

Finalmente considerando que el conocimiento de las madres influye en el estado nutricional del niño, es importante mejorar este nivel de conocimiento porque a futuro asegura un óptimo crecimiento y desarrollo del niño.

CONCLUSIONES

- Las madres encuestadas que asistieron al consultorio CRED del C.S. Ciudad Nueva, tienen un nivel de conocimientos medio (68%) sobre alimentación complementaria y menos de la mitad tienen un nivel de conocimientos alto (15%)
- Los niños evaluados según indicadores , tienen un estado nutricional peso normal (82%) ,talla normal (90%) , mientras los niños fueron detectados con sobrepeso (14%), obesidad (5%), desnutrición aguda (3%), talla alta (8%) y talla baja (2%).
- Existe relación entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional para indicadores peso- edad y peso- talla (Correlación Pearson $R_s P= 0,110$ y $rs P= 0,113$ negativa débil) mientras que según indicador talla - edad (Correlación Pearson $rs P = 0,913$ positiva muy fuerte)

RECOMENDACIONES

- Todos los programas de Crecimiento y Desarrollo de Centros de Salud, reforzar sus acciones de capacitación al personal, a fin de fortalecer la información que recibe la madre sobre alimentación complementaria.
- A la gerencia del C.S. Ciudad Nueva, fortalecer el paquete de atención integral al niño con el trabajo en equipo, para que los niños que acuden al establecimiento que están en riesgo nutricional, se mantengan con un estado nutricional normal.
- Difundir los resultados de la investigación a las universidades, y sociedad, para junto con la municipalidad realicen actividades de promoción y prevención del estado nutricional del niño.
- Se recomienda realizar futuras investigaciones con temas como factores socioculturales con el nivel de conocimientos de las madres sobre la alimentación complementaria, y trabajos experimentales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización de las Naciones Unidas ONU – Objetivos de desarrollo del milenio , informe del año 2013.Nueva York 2013. [Fecha de acceso 15 de mayo 2014] URL Disponible desde: <http://www.unicef.org/spanish/mdg/childmortality.html>
2. Banco Mundial. La Esquiva Equidad en el Desarrollo Latinoamericano, Noviembre del 2005; Indicadores del desarrollo mundial, 2005. [Fecha de acceso 15 de mayo 2014]URL disponible desde : www.bancomundial.org/informe/desnutricion-cronica-redujo_0_1624637649.html
3. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT. Nutrición infantil . México 2012.[Fecha de acceso 15 de mayo 2014].URL Disponible en <http://www.ensanutmex.gob.com/nutricioninfantil.html>
4. BANCO MUNDIAL. Reporte de nutrición infantil en la India (citado en mayo del 2013). [Fecha de acceso 04 de junio 2014] URL Disponible desde: <http://www.bancomundial.org/es/news/feature/2013/05/13/helping-india-combat-persistently-high-rates-of-malnutrition>
5. CEPAL .Anuario Estadístico de América Latina y El Caribe. [Fecha de acceso 02 de junio2014] Datos estadísticos 2006.URL disponible desde :www.unicef.org/es /faecture/anuary-stadistics-america latina-caribbean

6. Ministerio de Salud MINSA. Análisis de la Situación de salud del Perú 2012. [Fecha de acceso 27 de junio 2014] URL Disponible en : www.minsa.gob.pe
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2013. Capitulo 10: lactancia y nutrición de niños y madres. pág. 287, 297-302
8. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición CENAN . Estado nutricional en niños menores de 5 años / menores de 3 años y gestantes que acuden a los establecimientos de salud periodo I Semestre Perú 2013
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2013. Capitulo 10: lactancia y nutrición de niños y madres. pág. 287, 297-302 [Fecha de acceso 22 de junio 2014]. URL Disponible en: http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/liaison_offices/wfp202881.pdf
10. DIRESA TACNA .Análisis de la Situación de salud de la región Tacna 2012 pag.61. [Fecha de acceso 22 de junio 2014]. URL Disponible en: www.minsa.gob.pe
11. Calle S. ; Morocho B.; y otros. Conocimiento materno sobre la alimentación y su relación con el estado nutricional de niños menores de 02 años que acuden al C.S. San Pedro del Cebollar [tesis de licenciatura] .Universidad Nacional de Cuenca Ecuador 2013.
12. FUNDACIÓN FES SOCIAL. Factores asociados a la iniciación inapropiada de alimentación complementaria en el primer año de vida de infantes de Cali y Manizales. Colombia 2009

13. Rodríguez C. Actitud de las madres hacia la alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas. Santa Anita. [tesis de licenciatura] Lima-Perú 2005

14. Benites J. Relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que asisten al Consultorio de CRED, en el C.S. Conde de la Vega Baja, . [tesis de licenciatura].Universidad Nacional Mayor de San Marcos.Lima. Perú 2007

15. Jiménez C. Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses que acuden al centro de salud fortaleza. [tesis de licenciatura] Lima-. Perú 2008”

16. Cárdenas L. Relación entre el nivel de conocimientos y practicas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 meses a 24 meses que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo. [tesis de licenciatura].Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima Perú 2010

17. Gamarra R.,Porroa J. et.al. Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en el distrito de villa María del triunfo [tesis de licenciatura] Lima Perú 2010”

18. Piscoche N. Conocimiento de los padres sobre alimentación complementaria en el centro de salud san juan de Miraflores , [tesis de licenciatura].Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima Perú 2011

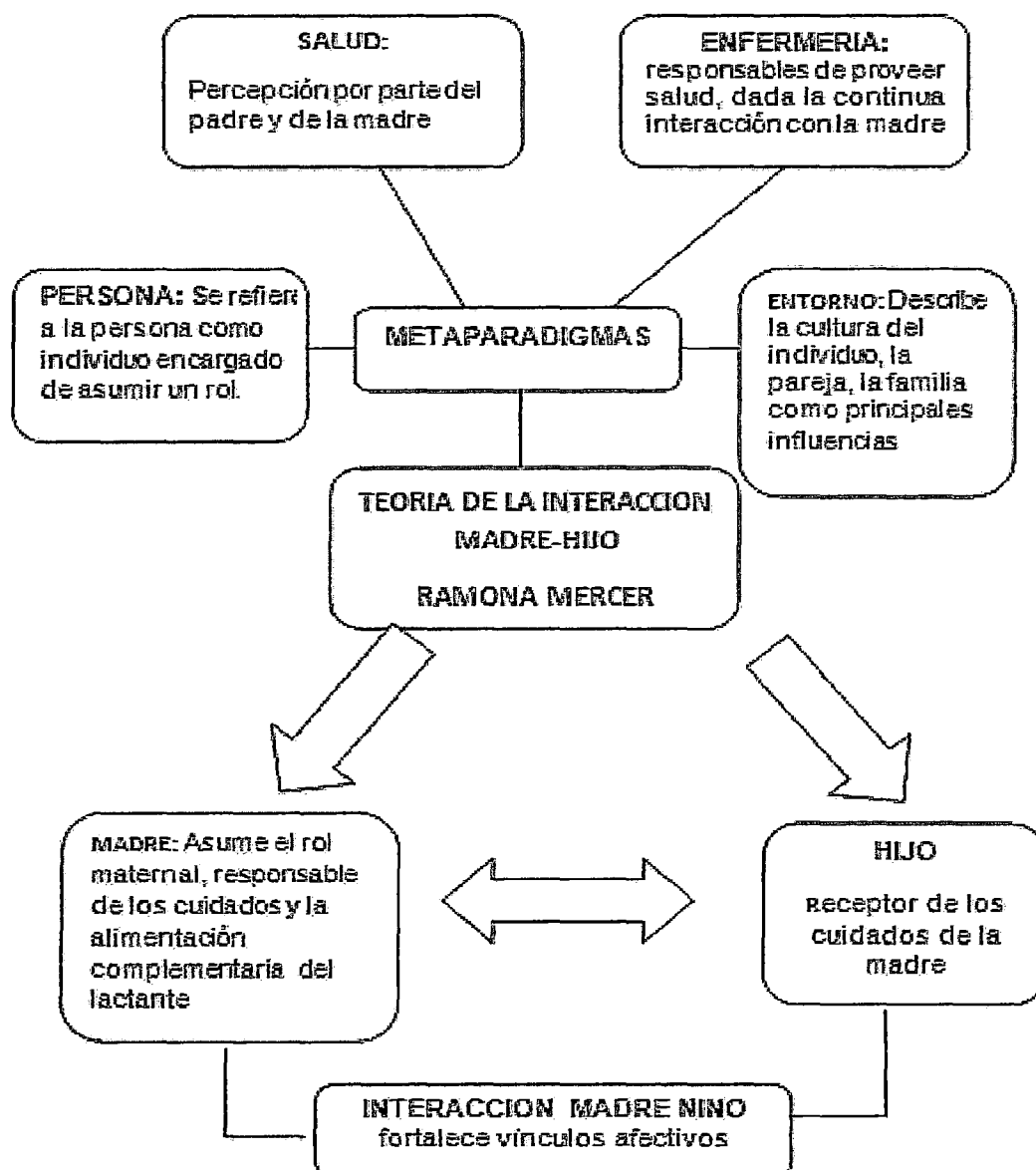
19. Galindo D. Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud Nueva Esperanza. [tesis de licenciatura]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima Perú 2011
20. Zavaleta S. Conocimiento de la madre sobre la alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 06 a 24 meses que asisten al consultorio CRED ,en el P.S. cono norte 1er trimestre 2012 [tesis de licenciatura] .Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann Tacna Perú 2012
21. Rojas H. Factores relacionados con el retraso de crecimiento en niños menores de 3 años del puesto de salud cono norte, [tesis de licenciatura]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna Perú 2010
22. Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. Barcelona: Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos. Ediciones Rol México: El Manual Moderno; 1986:6.
23. Hernández R.; Fernández C.; Baptista P. Metodología de la investigación.4ta.edición .Editorial Mc-Graw Hill Interamericana. México 2006.
24. Díaz J. Hábitos y costumbres que influyen en la alimentación de Latinoamérica y el caribe 3ra edición .cuba .editorial CEAL2009 .pag. 113-217
25. ADRA PERU. Rotafolio de nutrición coma sano, viva sano.4ta edición editorial Esmirna SAC. Ancash- Perú 2008.
26. Ticona L.M. Enfermería en salud del niño. III unidad: Atención de enfermería al lactante y pre-escolar; sistema digestivo del lactante y pre-escolar.

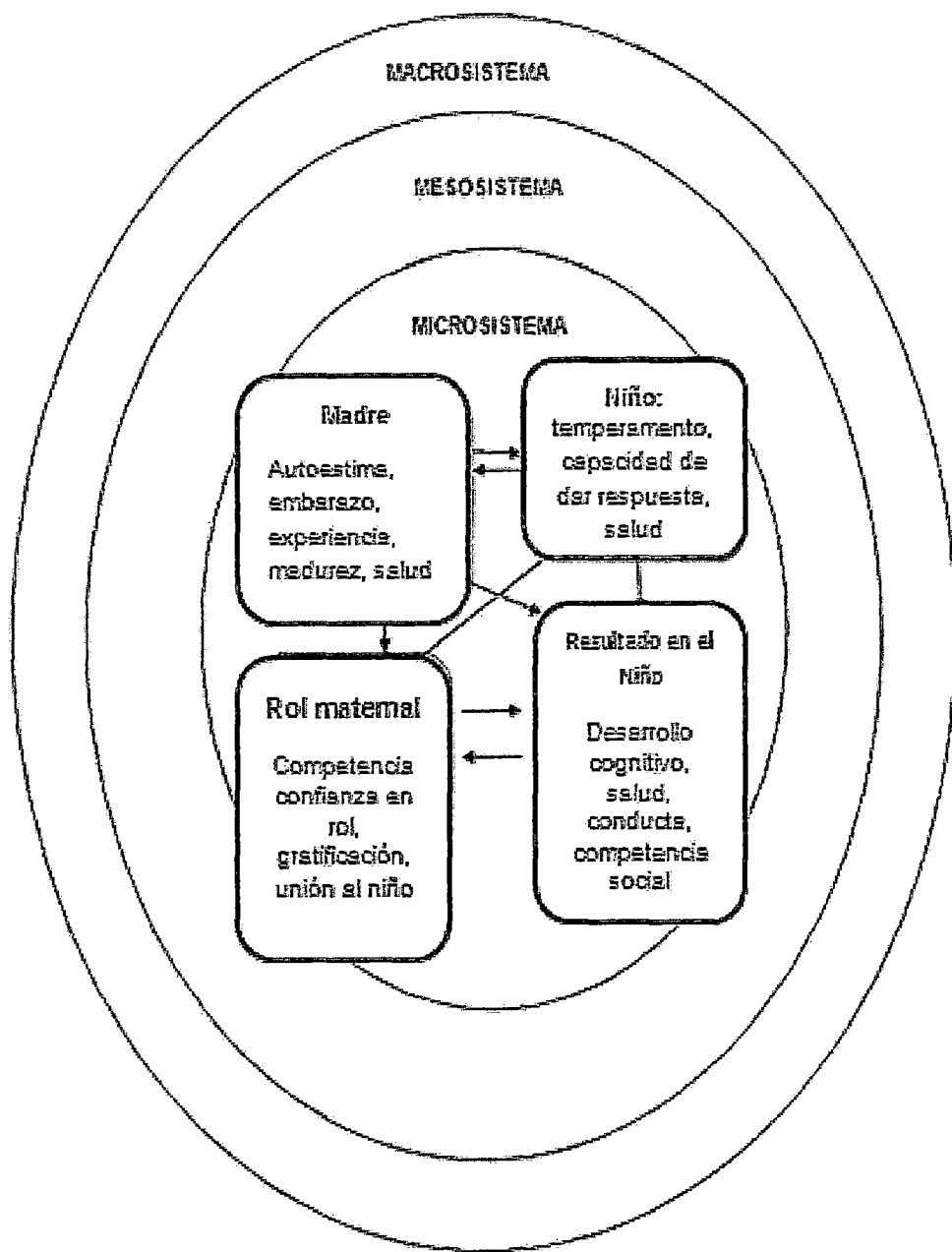
27. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, CENTRO NACIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN (CENAN). Lineamientos de nutrición materno infantil del Perú. Lima – Perú, 2004
28. CARE Perú. Sesión Demostrativa para hacer preparaciones nutritivas. Lima – Perú, 2006
29. MINSA .guía para el facilitador sesiones demostrativas de preparación de alimentos para la población materno infantil .lima- Perú 2009
30. MINSA. Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años. Lima 2011.
31. UNICEF. Glosario de términos: desnutrición aguda, global y crónica. Seguridad Alimentaria y Nutricional. Conceptos básicos del Programa Especial para la Seguridad Alimentaria –PESA– Centroamérica. FAO, Agencia Española de Cooperación Internacional
32. Canales F., Alvarado E., Pineda E. Metodología de la investigación .2da edición. copyright organización panamericana de la salud. washington. 1994. pag. 13, 77-81.
33. Hernandez R. ; Fernandez C.; Baptista P. Metodología de la investigación. 4ta. edición .Editorial Mc-Graw Hill Interamericana. Capítulo cuarto: definición del tipo de investigación a realizar; capítulo ocho: como seleccionar una muestra. México 2006

ANEXOS

ANEXO N° 01

ESQUEMA DE TEORIA DE ENFERMERIA RAMONA MERCER:
ADOPCION DEL ROL DE LA MADRE





ANEXO N° 02

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

(ENCUESTA MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)

INSTRUCCIONES:

La validación del instrumento tiene como objetivo el de recoger información útil de personas especializadas en el tema:

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LA MADRE SOBRE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA Y SU RELACION CON EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 06-12 MESES DEL C.S. CIUDAD NUEVA ,TACNA 2014 ”

Se compone de 10 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una abolición escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución del ítem en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
5. Representa el mayor valor de escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de manera totalmente suficiente.

Marque con una "X" en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. Qué los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?.					
2. ¿Considera Ud. Qué la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?					
3. ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?					
4. ¿Considera Ud. Qué si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?					
5. ¿Considera Ud. Qué los conceptos utilizados en éste instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?					
6. ¿Considera Ud. Qué todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?					
7. ¿Considera Ud. Qué el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.					
8. ¿Considera Ud. Qué la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					
9. ¿Considera Ud. Qué las escalas de medición son pertinentes a los objetos materia de estudio?.					
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse?					

Firma del experto

PROCEDIMIENTO

1. Se construye una tabla donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios:

N° de Ítems	EXPERTOS				PROMEDIO
	A	B	C	D	
1	4	3	5	5	4,25
2	5	3	5	5	4,50
3	5	4	5	4	4,50
4	4	3	5	5	4,25
5	5	3	5	5	4,50
6	5	4	5	5	4,75
7	4	4	5	4	4,25
8	4	4	5	5	4,50
9	5	3	5	4	4,25

2. Con las medidas resumen (promedio) de cada uno de los ítems se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$\text{En } \mathbf{DPP} = \sqrt{(X - Y_1)^2 + (X - Y_2)^2 + \dots + (X - Y_9)^2}$$

este estudio: DPP = 1,82

3. Determinar la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero(0), con la ecuación.
4. La D máx. se divide entre el valor máximo de la escala, lo que nos da un valor de :

Hallado con la fórmula:

$$D_{\max} = \sqrt{(X_1 - 1)^2 + (X_2 - 1)^2 + \dots + (X_9 - 1)^2}$$

$$D_{\max} = 12.0$$

Donde X = Valor máximo de la escala para cada ítem (5)

Y = Valor mínimo de la escala para cada ítem (1)

5. Con éste último valor hallado se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a D máx. dividiéndose en intervalos iguales entre si. Llamándose con las letras A, B, C, D, E.

Siendo:

A y B : Adecuación total

C : Adecuación promedio

D : Escasa adecuación

E : Inadecuación

A.

0,00 2,40

B.

2,40 4,80

C.

4,80 7,20

D.

7,20 9,60

E.

9,60 12,00

6. El punto DPP debe caer en las zonas A y B en caso contrario, la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos.

En el caso nuestro, El valor DPP fue **1,82** cayendo en la zona "A" lo cual significa una ***adecuación total*** del instrumento y que puede ser aplicado en la recolección de información de este estudio.

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

VALIDEZ

Los instrumentos fueron validados por la autora, para ello se sometió al juicio y criterios de expertos que fueron: (02) Enfermeras y (01) Estadista.

PRUEBA PILOTO

Los instrumentos utilizados en la presente investigación ,fueron aplicados en una muestra de 20 madres que acuden a consultorio de crecimiento y desarrollo del niño del C.S. Leoncio prado , previa entrevista con gerencia y solicitud para la aplicación se tomó en cuenta que la población tuviese características similares a la población objeto de estudio. Posteriormente se realizaron las modificaciones que se estimaron por convenientes en los diferentes ítems del instrumento.

El propósito de la prueba piloto es conocer la comprensión, practicidad y tiempo en la aplicación de los instrumentos, así como proporcionar las bases necesarias para las pruebas de validez y confiabilidad.

CONFIABILIDAD

El criterio de confiabilidad se determinó a través del coeficiente Alfa de Cronbach (índice de consistencia interna), mediante el método de la varianza, aplicado a la prueba piloto cuyos resultados fueron lo siguiente:

CUESTIONARIO		ALFA DE CRONBACH	Nº DE ELEMENTOS
1	Nivel de conocimientos de la madre sobre la alimentación complementaria del niño de 6 a 12 meses	0,730	20

Considerando a Rosenthal (García 2005) propone una confiabilidad mínima de 0.50 para propósitos de investigación; También Vellis (García 2005) plantea que un nivel entre 0.70 a 0.80 es respetable y alrededor de 0.90 es un nivel elevado de confiabilidad. Por lo tanto, el instrumento es aplicable en la presente investigación.

**FIABILIDAD DE NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LA MADRE SOBRE LA
ALIMENTACION COMPLEMENTARIA DEL NIÑO DE 6 A 12 MESES**

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	20	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,730	20

ANEXO N° 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....Autorizo a la Srta. Tannia Evelyn Vergara López, a realizarme una entrevista encuesta para obtener datos sobre el tema a estudiar: "CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y SU RELACION CON EL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 06-12 MESES EN EL C.S.CIUDAD NUEVA ,TACNA 2014", así mismo afirmo haber sido informada de los objetivos del estudio, haber comprendido la importancia del tema y estar habilitada a desistir en cualquier momento, si fuera mi voluntad.

Firma

ENTREVISTA ESTRUCTURADA CONOCIMIENTOS DE LA MADRE SODRE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA DEL NIÑO DE 6 A 12 MESES

Sra. buenos días, soy egresada de la escuela de enfermería la U.N.J.B.G.. estoy realizando un trabajo de investigación en coordinación con Enfermería de este Centro de Salud a fin de obtener información para un estudio acerca de Los conocimientos de las madres sobre la alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses, motivo por el cual se solicita su colaboración respondiendo con la mayor sinceridad posible, se trata de una encuesta anónima.

Muchas gracias.

I.- DATOS GENERALES

a) De la madre:

Edad de la madre

15-19 años () 20-34 años () 35 a mas ()

Lugar de nacimiento según región:

Costa () sierra () selva ()

Grado de instrucción

Primaria () secundaria () superior ()

Ocupación

Ama de casa () trabajador dependiente () trabajador independiente()

II.- DATOS ESPECÍFICOS:

CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

1.-La alimentación complementaria consiste en darle al niño :

- a) Alimentos sólidos y agüitas
- b) Leche materna y leche de fórmula

- c) Alimentos sólidos y leche materna
- d) Leche materna y agüitas

2. La edad apropiada para el inicio de la Alimentación Complementaria en el niño es

- a) 4 meses
- b) 5 meses
- c) 6 meses
- d) 7 meses

3.-La alimentación complementaria es beneficiosa para el niño porque:

- a) Protege al niño contra a enfermedades
- b) Permite la participación y unión de la familia
- c) Favorece el crecimiento y desarrollo del niño
- d) Todas las anteriores

4.-. Señale cual es un riesgo de alimentación complementaria tardía:

- a) Desnutrición
- b) Aumenta el crecimiento
- c) Hay riesgo de no caminar al año
- d) Hay problemas en el habla

5.- La cantidad de alimentos que debe recibir el niño

DE 6-8 MESES ES:	DE 9-11 MESES ES:	DE 12 MESES A MAS:
a)2-3 cucharadas b)3-5 cucharadas c)5-7 cucharadas d)7-10 cucharadas	a) 2-3 cucharadas b) 3-5 cucharadas c) 5-7 cucharadas d) 7-10 cucharadas	a) 2-3 cucharadas b) 3-5 cucharadas c) 5-7 cucharadas d) 7-10 cucharadas

6.-La consistencia de los alimentos que debe recibir el niño

DE 6-8 MESES ES:	DE 9-11 MESES ES:	DE 12 MESES A MAS:
a) Licuado b) Picado c) Purés d) Entero	a) Licuado b) Picado c) Purés d) Entero	a) Licuado b) Picado c) Purés d) Entero

7.- La frecuencia de la alimentación complementaria del niño

DE 6-8 MESES ES:	DE 9-11 MESES ES:	DE 12 MESES A MAS:
a) 2 comidas + lactancia b) 3 comidas + lactancia c) 4 comidas+ lactancia d) 5 comidas + lactancia	a) 2 veces + lactancia b) 3 veces + lactancia c) 4 veces + lactancia d) 5 veces + lactancia	a) 2 veces + lactancia b) 3 veces + lactancia c) 4 veces + lactancia d) 5 veces + lactancia

CONTENIDO NUTRICIONAL

8.- ¿Cuáles son ejemplos de alimentos que le brindan fuerza y energía a su niño ?

- a) Platano,papaya ,zanahoria
- b) Carnes, huevos, lentejas
- c) Arroz, papa, mantequilla.
- d) Gaseosas,embutidos,conservas

9.- ¿Cuáles son ejemplos de alimentos que ayudan en el crecimiento y desarrollo del niño?

- a) Platano,papaya ,zanahoria
- b) Carnes, huevos, lentejas
- c) Arroz, papa, mantequilla.
- d) Gaseosas,embutidos,conservas

10.- ¿Cuáles son ejemplos de alimentos que protegen al niño de enfermedades niño ?

- a) Platano,papaya ,zanahoria
- b) Carnes, huevos, lentejas
- c) Arroz, papa, mantequilla.
- d) Gaseosas,embutidos,conservas

11.-Hasta que edad el niño debe recibir leche materna complementaria :

- a) Hasta los 06 meses
- b) Hasta los 09 meses
- c) Hasta los 12 meses
- d) Hasta los 02 años

PRACTICAS SALUDABLES EN LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

12.-¿ Añade una cucharita de aceite ,margarina, o mantequilla a la comida del niño?

SI ()

NO ()

13.- ¿Añade sal yodada a la comida del niño?

Si ()

NO ()

14. Para absorber mejor el hierro de los alimentos y suplementos de hierro se deben combinar con:

- a) Anís y Manzanilla
- b) Té y Café
- c) naranja y limón (Cítricos)
- d) Avena y soya

15. Señale cual es el alimento que proporciona una mayor nutrición al niño:

- a) Sopa
- b) Segundo
- c) Mazamorras
- d) Ensaladas

16. Señale la combinación que usted cree adecuada para el almuerzo de su niño:

- a) puré de papa + hígado + fruta o jugo de fruta
- b) arroz + salchichas + mate de hierba
- c) puré de papa + arroz + jugo de fruta.
- d) caldo de pollo + jugo de frutas + galletas

ENTORNO DEL NIÑO

17.- El lugar y los objetos que utiliza para alimentar a su niño son :

- a) En la cocina con platos y cubiertos coloridos
- b) En su cuarto con juguetes y televisión prendida
- c) En la cocina con juguetes y televisión prendida
- d) En la sala con juguetes y televisión prendida

18.-Generalmente la actitud que usted toma para alimentarlo es :

- a) Obligándolo a que coma todo
- b) Apurada porque tiene otras responsabilidades
- c) Paciencia hasta que termine su comida
- d) Despacio no importa sino acaba la comida

MEDIDAS DE HIGIENE

19. ¿En qué momento debe realizar el lavado de manos?

- a) Antes de preparar los alimentos
- b) Después de preparar los alimentos
- c) Durante la alimentación del niño
- d) Todas las anteriores

20. ¿Qué debe tener en cuenta al preparar los alimentos ?

- a) Lavar los alimentos
- b) Lavarme las manos
- c) Usar útiles de cocina limpios
- d) Todas las anteriores

Gracias por su
colaboración

RELACIÓN DE RESPUESTAS CORRECTAS

PREGUNTA	RESPUESTA CORRECTA
1.	C
2.	C
3.	D
4.	A
5.	B /C/ D
6.	C /B/ D
7.	B /C/ D
8.	C
9.	B
10.	C
11.	D
12.	A
13.	A
14.	C
15.	B
16.	A
17.	A
18.	C
19.	D
20.	D

ANEXO N° 04

FICHA DE EVALUACION NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 06-12 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED DEL C.S. CIUDAD NUEVA 2014

I.- DATOS GENERALES DEL NIÑO

EDAD:

6-8 meses ()

9-11 meses ()

12 meses ()

SEXO:

Femenino ()

Masculino ()

II.- MEDIDAS ANTOPOMETRICAS

Peso actual.....

Talla actual.....

III.- EVALUACIÓN NUTRICIONAL

Evaluación nutricional según Patrones de Crecimiento Infantil de la Organización Mundial de la Salud

P/E

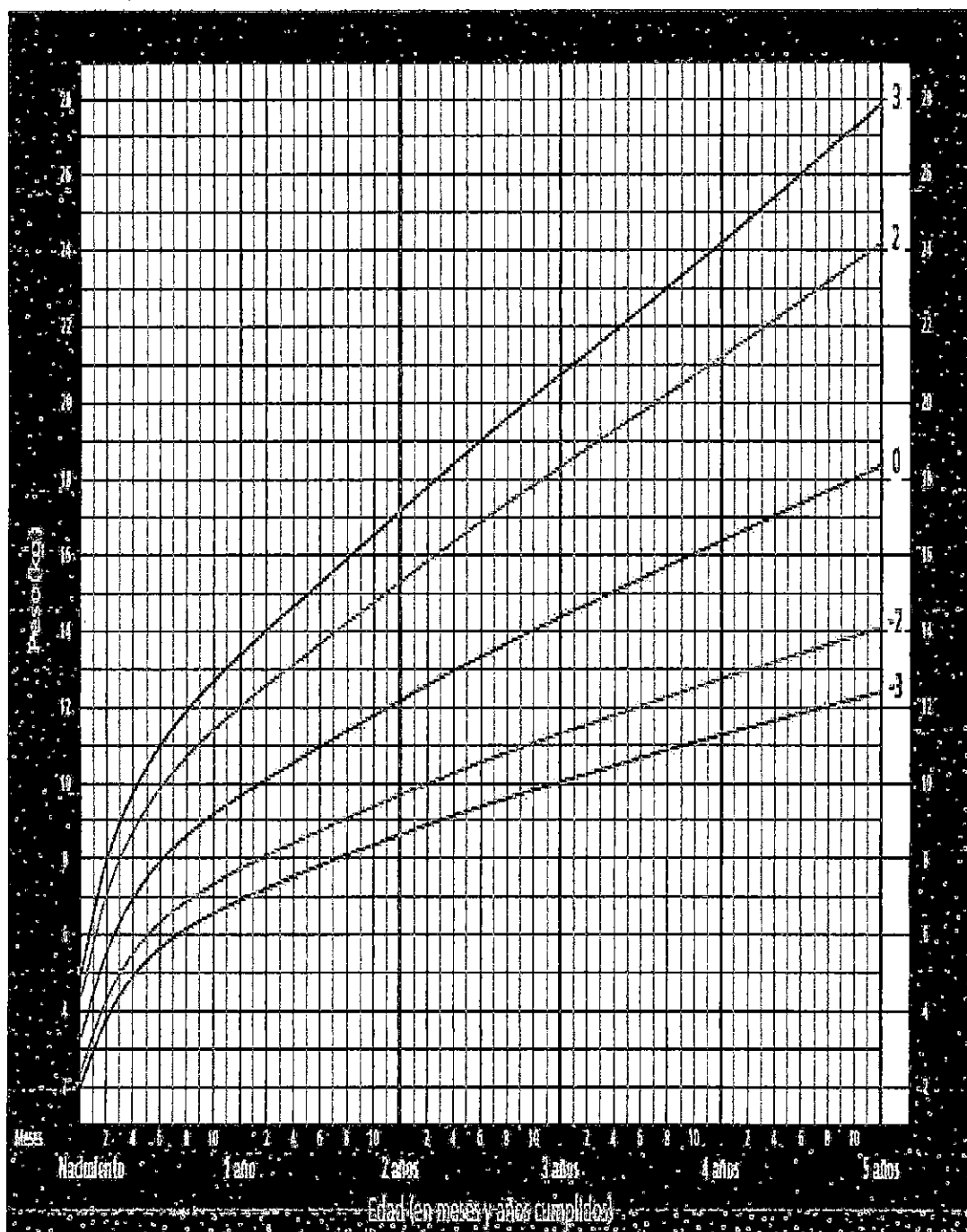
P/T

T/E

PATRONES DE CRECIMIENTO INFANTIL DE LA OMS

Peso para la edad Niños

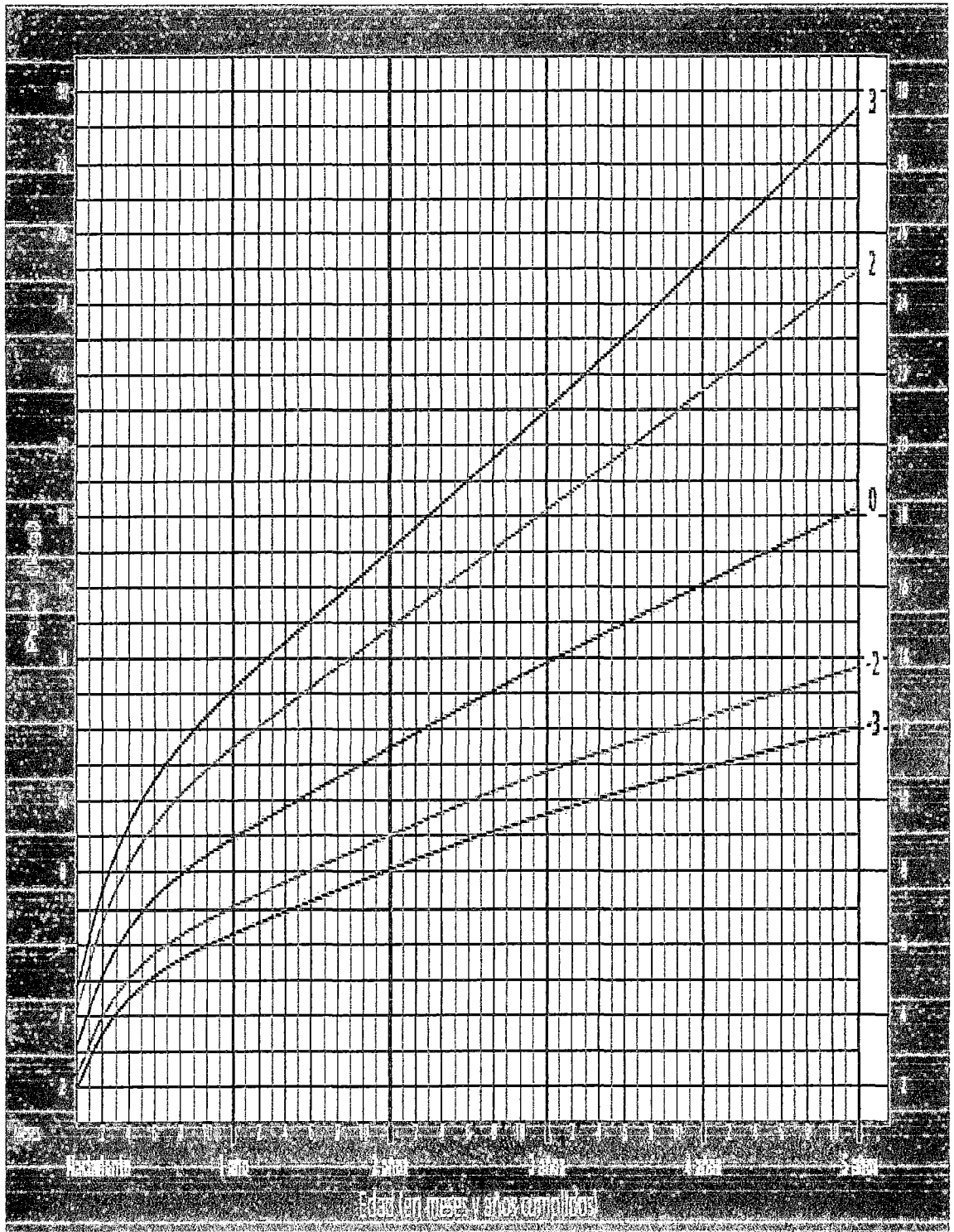
Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de Crecimiento infantil de la OMS

Peso para la edad Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

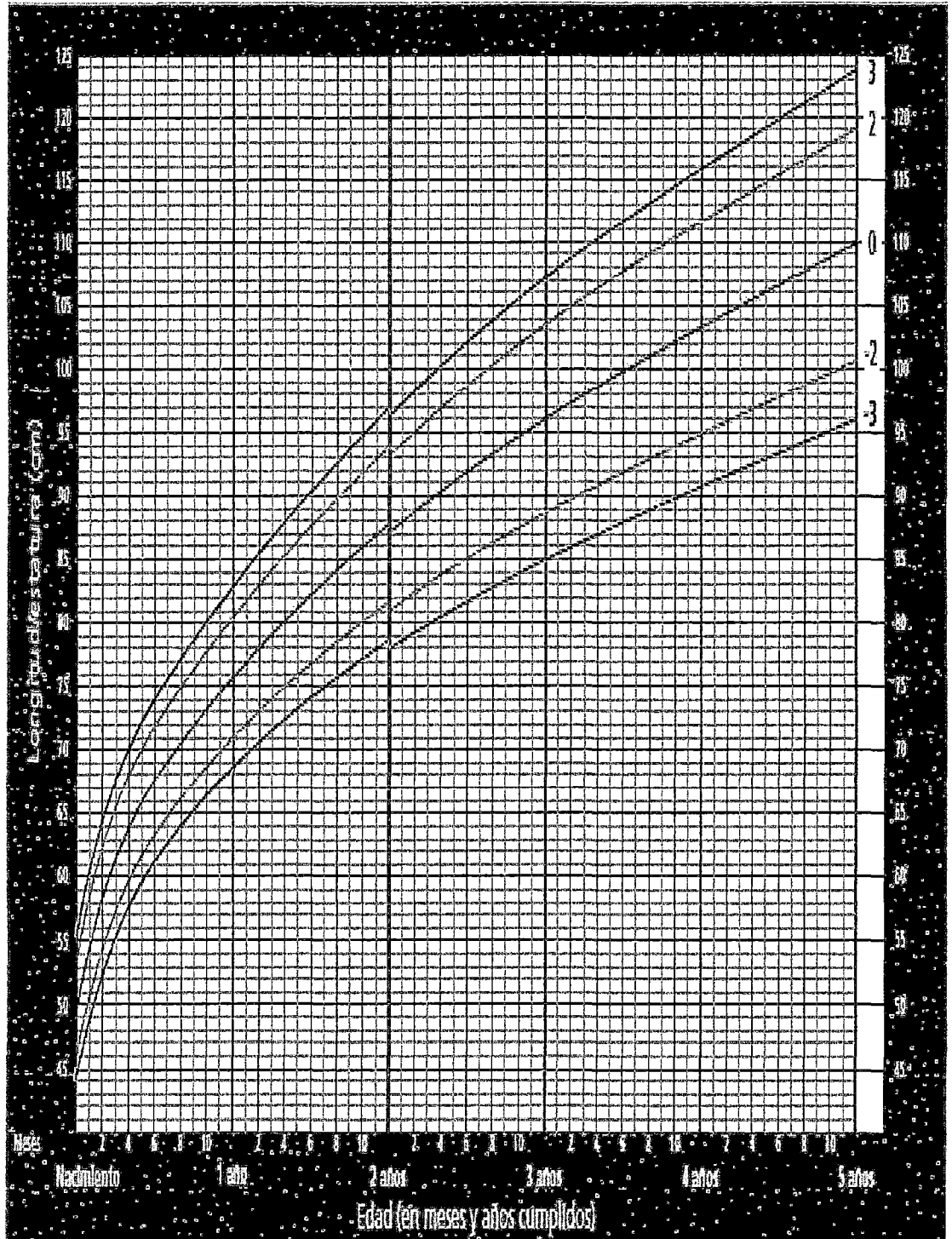


Patrones de Crecimiento infantil de la OMS

Longitud/estatura para la edad Niños



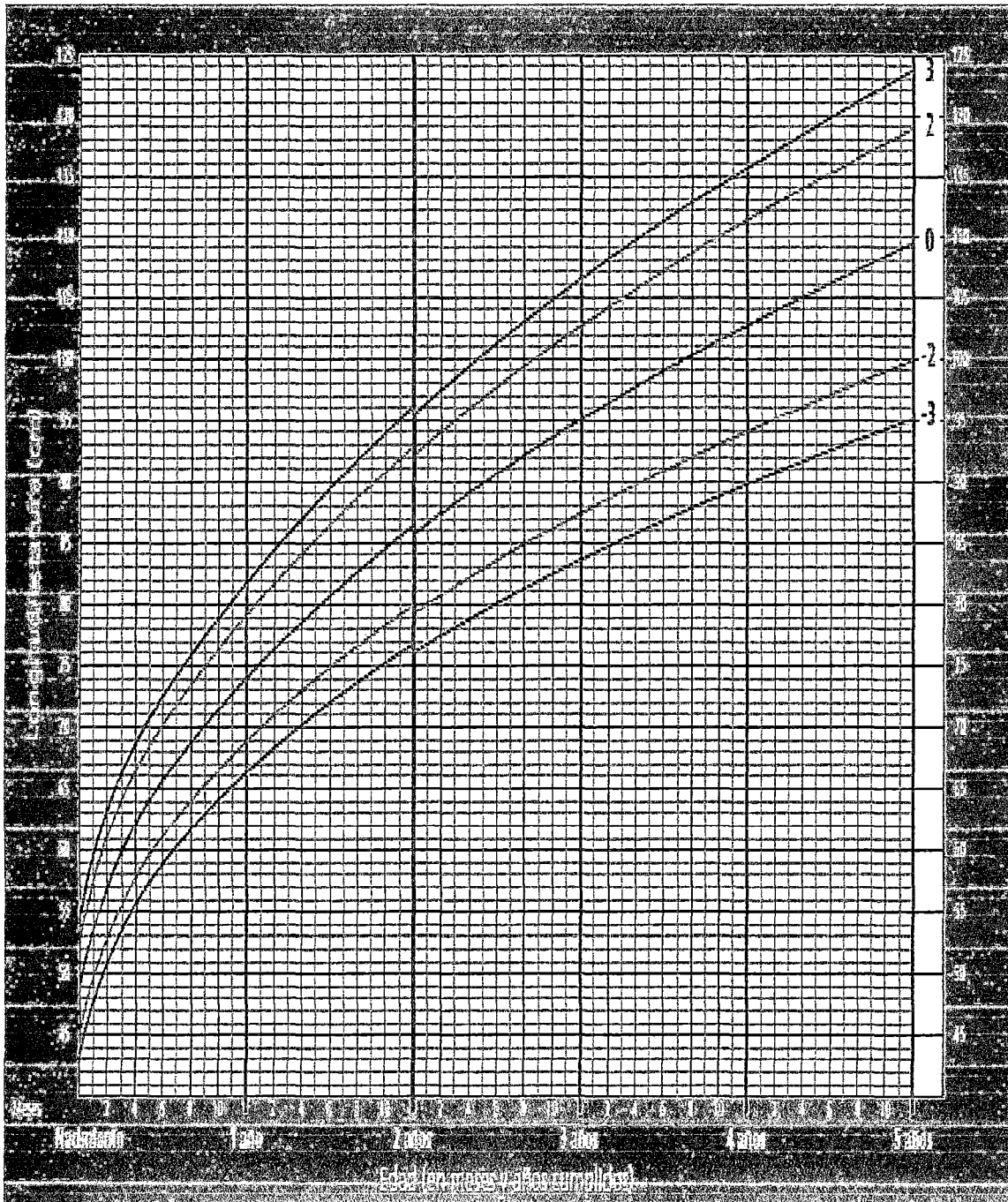
Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de Crecimiento Infantil de la OMS

Longitud/estatura para las Niñas

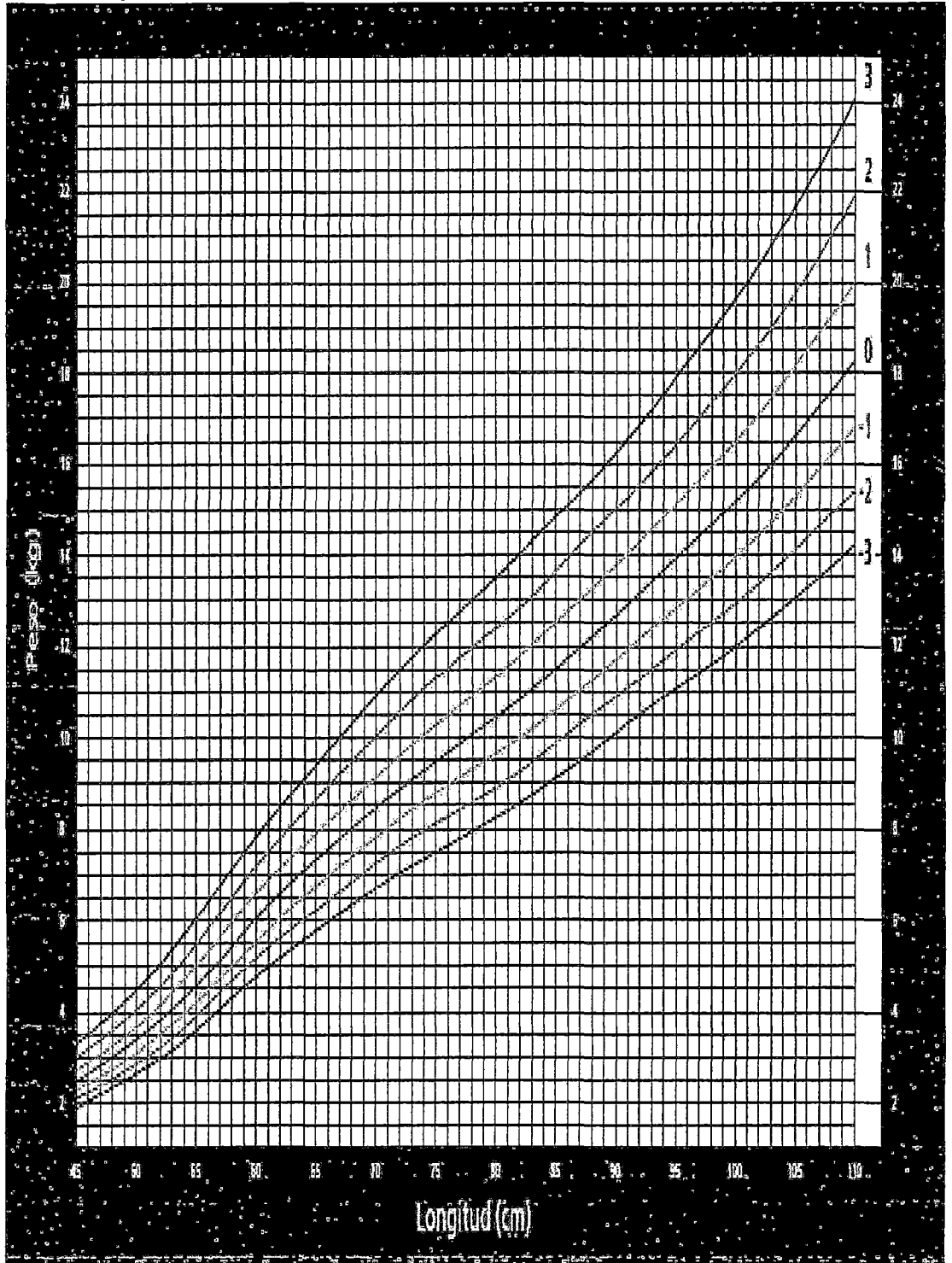
Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de Crecimiento infantil de la OMS

Peso para la longitud - Niños

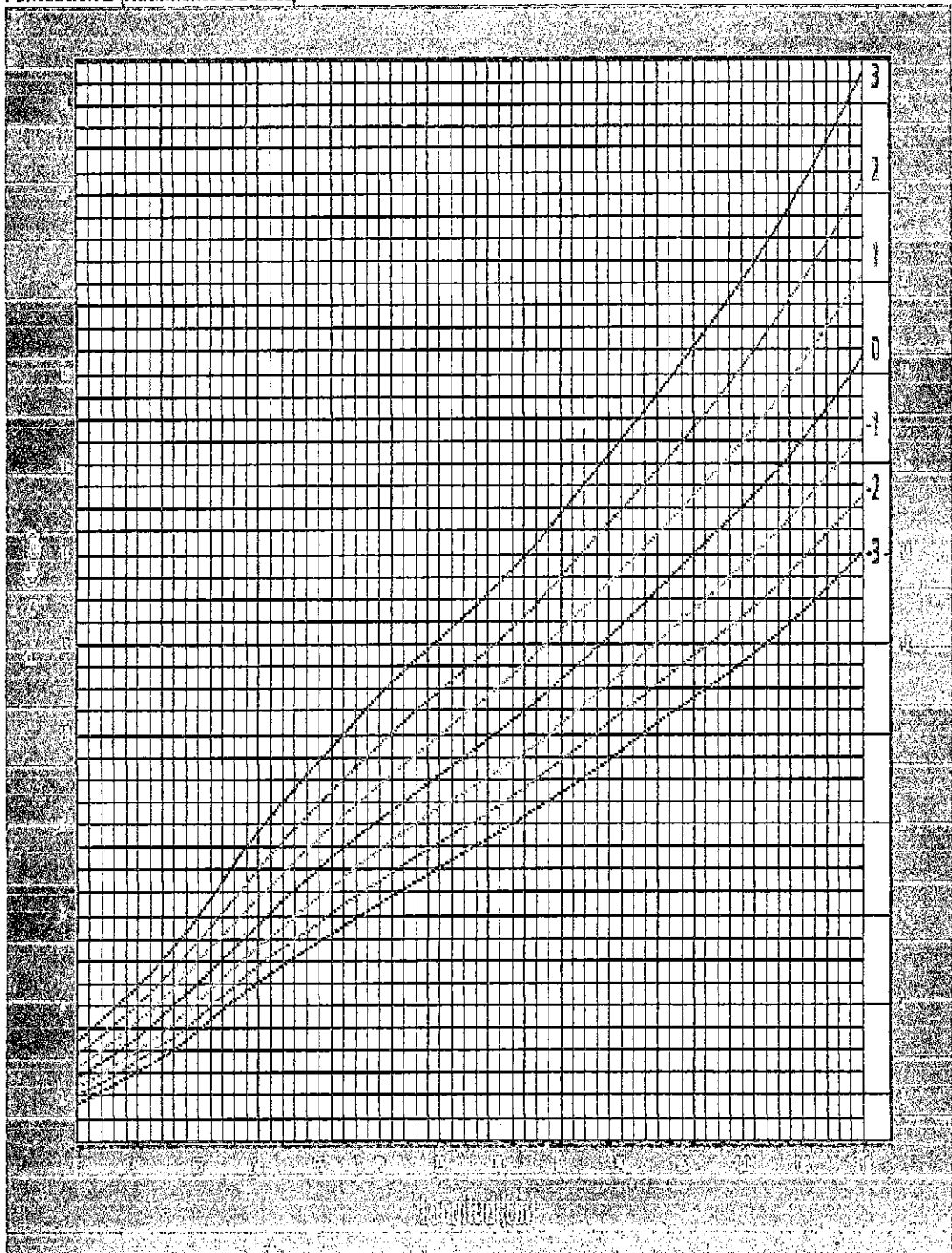
Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la longitud Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

EVALUACION NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 06-12 MESES QUE ACUDE AL CONSULTORIO CRED DEL C.S. CIUDAD NUEVA

ID	SEXO	EDAD	PESO	TALLA	PVE	PAT	TNE
1	F	8m	8.200 Kg	73.5cm	N	N	N
2	F	7m	8.200 Kg	71 cm	N	N	N
3	M	10m	10.500 Kg	75 cm	N	N	N
4	F	8m	9.500 Kg	68 cm	N	SP	N
5	F	12m	10.200 Kg	74 cm	N	N	N
6	M	12m	10.500 Kg	76 cm	N	N	N
7	F	9m	9.100 Kg	74.5 cm	N	N	N
8	M	12m	9.200 Kg	76 cm	N	N	N
9	F	12m	8.500 Kg	73 cm	N	N	N
10	F	8m	8 Kg	73 cm	N	N	T.A.
11	F	12m	11.500 Kg	80 cm	S.P.	N	T.A.
12	F	12m	10.500 Kg	76cm	N	N	N
13	M	11m	9.500 Kg	76cm	N	N	N
14	M	8m	8.400Kg	70 cm	N	N	N
15	F	12m	10.700 Kg	79 cm	N	N	N
16	M	8m	9.200 Kg	69 cm	N	N	N
17	F	6m	8.700 Kg	66 cm	N	N	N
18	M	12m	9.200 Kg	74.5 cm	N	N	N
19	F	9m	9.100 Kg	70.5 cm	N	N	N
20	M	10m	11 Kg	75 cm	N	N	N
21	M	12m	11.300 Kg	75.cm	N	N	N
22	F	11m	10 Kg	75 cm	N	N	N
23	F	6m	7.200 Kg	69 cm	N	N	N
24	F	7m	9.300 Kg	68 cm	N	SP	N

25	F	11m	9.100 Kg	71 cm	N	N	N
26	F	7m	11.100 Kg	71 cm	SP	OB	N
27	M	6m	9.7 Kg	68 cm	N	SP	N
28	M	12m	10.900 Kg	73 cm	N	N	N
29	M	9m	11.500 Kg	72.5 cm	SP	SP	N
30	F	9m	8.700 Kg	71.3 cm	N	N	N
31	M	11m	11.400 Kg	78 cm	N	N	N
32	M	9m	9.100 Kg	73 cm	N	N	N
33	M	6m	9.200 Kg	69 cm	N	N	N
34	M	6m	9.700 Kg	71 cm	N	N	N
35	M	9m	9.900 Kg	72 cm	N	N	N
36	M	10m	11.300 Kg	75 cm	N	N	N
37	F	9m	9.000 Kg	71 cm	N	N	N
38	F	12m	10.500 Kg	75 cm	N	N	N
39	F	9m	10 Kg	70 cm	N	SP	N
40	F	7m	10.400 Kg	69 cm	SP	SP	N
41	M	12m	9.600 Kg	75.5 cm	N	N	N
42	F	10m	10.400 Kg	73 cm	N	N	N
43	M	7m	9.600 Kg	70 cm	N	N	N
44	F	9m	11.500 Kg	72 cm	SP	OB	N
45	M	11m	9.900 Kg	77 cm	N	N	N
46	F	9m	9.900 Kg	69 cm	N	SP	N
47	F	6m	9.700 Kg	68 cm	SP	SP	N
48	M	6m	9 Kg	68 cm	N	N	N
49	M	12m	12 Kg	77 cm	N	SP	N
50	M	10m	9.400 Kg	75.5 cm	N	N	N
51	F	9m	7.150 Kg	70 cm	N	N	N
52	M	6m	9.700 Kg	69 cm	N	N	N

53	M	8m	9.100 Kg	70 cm	N	N	N
54	F	8m	8.900 Kg	73 cm	N	N	N
55	F	12m	9 Kg	76 cm	N	N	NA
56	M	8m	10.800 Kg	70 cm	SP	SP	N
57	F	9m	8 Kg	63.3 cm	N	N	TB
58	F	8m	8.200 Kg	66 cm	N	N	N
59	F	12m	12.500 Kg	76 cm	SP	DB	N
60	F	8m	12 Kg	73 cm	SP	DB	TA
61	M	8m	10.100 Kg	72 cm	SP	N	N
62	F	10m	9.700 Kg	73 cm	N	N	N
63	F	10m	9.200 Kg	75 cm	N	N	N
64	F	8m	9.300 Kg	71 cm	SP	N	TA
65	M	9m	8 Kg	72.5 cm	N	N	N
66	M	8m	10 Kg	70 cm	N	N	N
67	M	12m	10.500 Kg	73 cm	N	N	N
68	M	10m	12 Kg	76 cm	SP	SP	N
69	F	7m	9.500 Kg	66 cm	N	SP	N
70	F	9m	9.300 Kg	72 cm	N	N	N
71	M	8m	8.900 Kg	68.2 cm	N	N	N
72	F	8m	8.500 Kg	71.5 cm	N	N	N
73	F	9m	8.400 Kg	71 cm	N	N	N
74	M	9m	9.400 Kg	70 cm	N	N	N
75	M	8m	8.700 Kg	70 cm	N	N	N
76	M	8m	9 Kg	73.5 cm	N	N	N
77	F	12m	7 Kg	66 cm	D	N	TB
78	M	8m	6.200	66 cm	D	DA	N
79	F	8m	8.200 Kg	71 cm	N	N	N
80	F	11m	10 Kg	73 cm	N	N	N

81	F	10m	10.100 Kg	77 cm	N	N	TA
82	M	6m	8.900 Kg	71.5 cm	N	N	N
83	F	10m	9.500 Kg	71 cm	N	N	N
84	M	12m	9.100 Kg	73 cm	N	N	N
85	F	10m	11 Kg	75.4 cm	SP	SP	TA
86	M	6m	10 Kg	74.5 cm	N	N	TA
87	M	10m	9.800 Kg	73 cm	N	N	N
88	F	6m	6.300	65 cm	N	N	N
89	M	6m	6.400 Kg	67 cm	D	DA	N
90	F	6m	8.100 Kg	71 cm	N	N	TA
91	F	10m	8.500 Kg	76 cm	N	N	N
92	M	11m	10.500 Kg	74.5 cm	N	N	N
93	F	11m	11 Kg	78 cm	N	N	N
94	F	6m	7.600 Kg	68 cm	N	N	N
95	M	9m	8 Kg	68 cm	N	N	N
96	F	11m	9.400 Kg	69 cm	N	N	N
97	F	9m	9.400 Kg	75 cm	N	N	N
98	M	8m	8.450 Kg	70.5 cm	N	N	N
99	F	12m	7.100 Kg	73 cm	D	DA	N
100	M	10m	13kg	75.5 cm	SP	OB	N

ANEXO N° 05

VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS Y CORRELACIÓN PEARSON

Para contrastar la hipótesis, se usó el estadístico de la Prueba de correlación Pearson ; porque se hizo uso del el nivel de conocimientos de la madre sobre la alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 06-12 meses del C.S. Ciudad Nueva.

Es una prueba estadística para analizar la relación entre dos variables medidas en un nivel por intervalos 0 de razón. *Se simboliza: rs P*

Hipótesis a probar: Correlacional, del tipo de "A mayor X, mayor Y", "A mayor X, menor y", "altos valores en X estan asociados con altos valores en Y", "altos valores en X se asocian con bajos valores de Y".

Variables: Dos variables la prueba en si no considera a una como independiente y a otra como dependiente, ya que no evalúa la causalidad. La noción de causa-efecto (independiente-dependiente) es posible establecerla teóricamente, pero la prueba no considera dicha causalidad. El coeficiente de correlación de Pearson se calcula a partir de las puntuaciones obtenidas en una muestra en dos variables. Se relacionan las puntuaciones obtenidas de una variable con las puntuaciones obtenidas de la otra, con los mismos participantes 0 casos.

Nivel de medición de las variables: Intervalos 0 razón.

Interpretación: El coeficiente r de Pearson *puede variar de ~ 1.00 a $+1.00$, donde: $-1.00 =$ correlación negativa perfecta. ("A mayor X , menor Y ", de manera proporcional. Es decir, cada vez que X aumenta una unidad, Y disminuye siempre una cantidad constante.) Esto también se aplica "a menor X , mayor Y ".*

$-0.90 =$ Correlación negativa muy fuerte.

$-0.75 =$ Correlación negativa considerable.

$-0.50 =$ Correlación negativa media.

$-0.25 =$ Correlación negativa débil.

$-0.10 =$ Correlación negativa muy débil.

$0.00 =$ No existe correlación alguna entre las variables.

$+0.10 =$ Correlación positiva muy débil.

$+0.25 =$ Correlación positiva débil.

$+0.50 =$ Correlación positiva media.

$+0.75 =$ Correlación positiva considerable.

$+0.90 =$ Correlación positiva muy fuerte.

$+ 1.00 =$ *Correlación positiva perfecta.*

INDICADOR PESO PARA LA EDAD		Valor	Error típ. asint.(a)	T aproximada (b)	Sig. aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	-.161	.126	-1.613	.110(c)
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	-.063	.126	-.620	.537(c)
N de casos válidos		100			

INDICADOR PESO PARA LA TALLA		Valor	Error típ. asint.(a)	T aproximada	Sig. aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	-.159	.125	-1.599	.113(c)
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	-.120	.115	-1.200	.233(c)
N de casos válidos		100			

INDICADOR PESO PARA LA EDAD		Valor	Error típ. asint.	T aproximada	Sig. aproximada
Intervalo por intervalo	R de Pearson	.011	.139	.110	.913
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	.011	.114	.110	.912
N de casos válidos		100			

ANEXO N° 06

TABLA N°07

DISTRIBUCIÓN SEGÚN DATOS GENERALES DE MADRES ENTREVISTADAS QUE ACUDEN A CRED DEL NIÑO C.S. CIUDAD NUEVA 2014

DATOS GENERALES DE LAS MADRES ENCUESTADAS			
ITEMS	CATEGORIA	N°	%
EDAD DE LA MADRE	15-19 años	8	8,00
	20-34 años	82	82,00
	35 años a mas	10	10,00
	Total	100	100,00
LUGAR DE NACIMIENTO	Costa	65	65,00
	Sierra	34	34,00
	Selva	1	1,00
	Total	100	100,00
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria	7	7,00
	Secundaria	58	58,00
	Superior	35	35,00
	Total	100	100,00
OCUPACION	Ama de casa	65	65,00
	Trabajadora dependiente	11	11,00
	Trabajadora independiente	24	24,00
	Total	100	100,00
NUMERO DE HIJOS	Madre Primípara	53	53,00
	Madre Multípara	47	47,00
	Total	100	100,00

Fuente: Entrevista a madres del distrito de Ciudad Nueva -C.S. Ciudad Nueva 2014
Elaborado por: Vergara T.

TABLA N°07 (01)

**DISTRIBUCION SEGÚN EDAD DE LAS MADRES QUE
ACUDEN A CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO
DEL NIÑO C.S. CIUDAD NUEVA 2014**

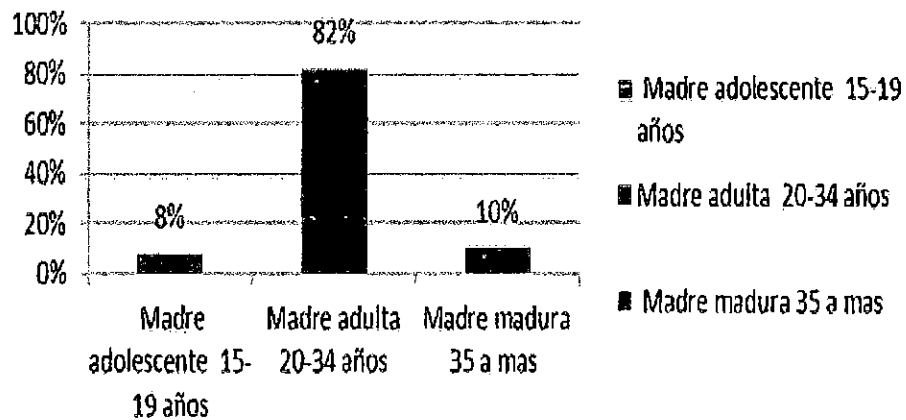
EDAD DE LA MADRE ENTREVISTADA	N°	%
Madre adolescente 15-19 años	8	8,00
Madre adulta 20-34 años	82	82,00
Madre madura 35 a mas	10	10,00
Total	100	100,00

Fuente: Entrevista a madres del distrito de Ciudad Nueva -C.S. Ciudad Nueva 2014
Elaborado por: Vergara T.

INTERPRETACIÓN:

En el siguiente cuadro podemos apreciar que el 8% de las madres encuestadas tienen edades que fluctúan entre 15-19 años considerándose a este grupo como madres adolescentes , seguidamente el 82% de madres adultas entre los 20-34 años ,finalmente observamos un 10% de madres maduras.

GRÁFICO N°07 (01)
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE LAS MADRES QUE ACUDEN A
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO C.S.
CIUDAD NUEVA 2014



Fuente: Entrevista a madres del distrito de Ciudad Nueva -C.S. Ciudad Nueva 2014
Elaborado por: Vergara T.

TABLA N°07 (02)

**DISTRIBUCION SEGÚN REGIONES NATURALES DEL PERU DE
LAS MADRES QUE ACUDEN A CONTROL DE CRECIMIENTO Y
DESARROLLO DEL NIÑO C.S. CIUDAD NUEVA 2014**

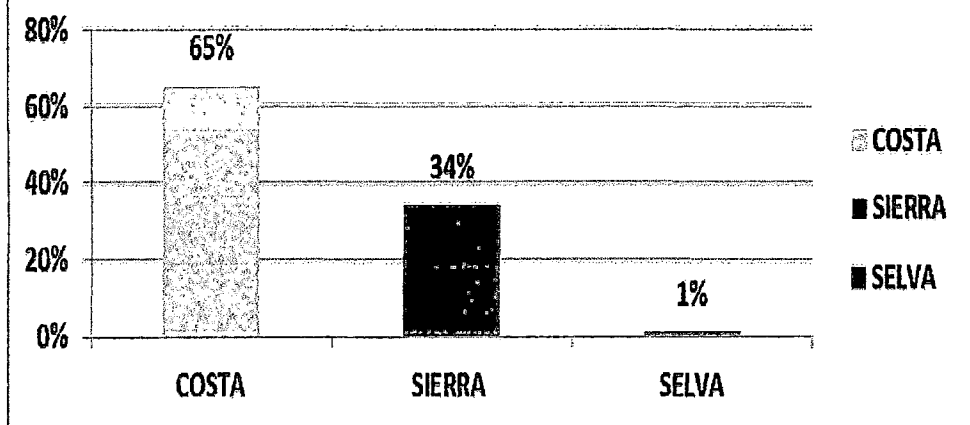
LUGAR DE NACIMIENTO	N°	%
Costa	65	65,00
Sierra	34	34,00
Selva	1	1,00
Total	100	100,00

Fuente: Entrevista a madres del distrito de Ciudad Nueva -C.S. Ciudad Nueva 2014
Elaborado por: Vergara T.

INTERPRETACIÓN:

En el siguiente cuadro observamos según el lugar de procedencia de la madre el cual se clasificó según regiones naturales del Perú obteniéndose los siguientes datos: el 65 % de las madres encuestadas son de la región costa , seguidamente de un 34% de madres procedentes de la región sierra ,finalmente observamos un 1% proveniente de la región selva

GRÁFICO N°07 (02)
DISTRIBUCIÓN SEGÚN REGIONES NATURALES DEL PERÚ DE LAS
MADRES QUE ACUDEN A CONTROL DE CRECIMIENTO Y
DESARROLLO DEL NIÑO C.S. CIUDAD NUEVA 2014



Fuente: Entrevista a madres del distrito de Ciudad Nueva -C.S. Ciudad Nueva 2014
Elaborado por: Vergara T.

TABLA N°07 (03)

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE
LAS MADRES QUE ACUDEN A CRED C.S. CIUDAD
NUEVA 2014**

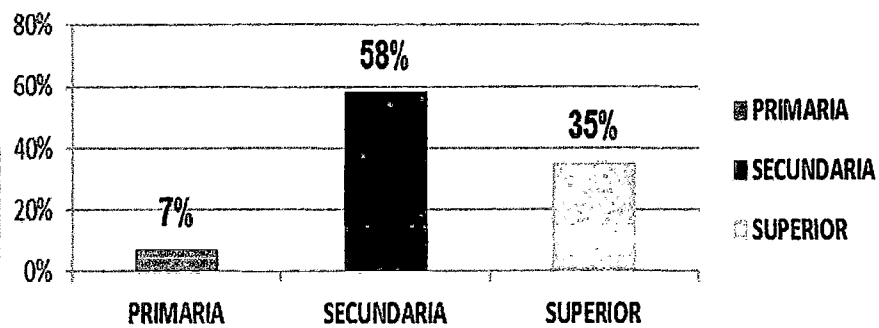
GRADO DE INSTRUCCIÓN	N°	%
Primaria	7	7,00
Secundaria	58	58,00
Superior	35	35,00
Total	100	100,00

Fuente: Entrevista a madres del distrito de Ciudad Nueva -C.S. Ciudad Nueva 2014
Elaborado por: Vergara T.

INTERPRETACIÓN:

En el siguiente cuadro observamos según el grado de instrucción de las madres encuestadas se obtuvo los siguientes datos: el 58 % de las madres tienen secundaria completa, seguidamente de un 35% de madres tienen grado de instrucción superior, finalmente observamos solo un 7% posee grado de instrucción primario.

GRÁFICO N°07 (03)
DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS
MADRES QUE ACUDEN A CONTROL DE CRECIMIENTO Y
DESARROLLO DEL NIÑO C.S. CIUDAD NUEVA 2014



Fuente: Entrevista a madres del distrito de Ciudad Nueva -C.S. Ciudad Nueva 2014
Elaborado por: Vergara T.

TABLA N°07 (04)

**DISTRIBUCION SEGÚN OCUPACION DE LAS MADRES
QUE ACUDEN A CRED C.S. CIUDAD NUEVA 2014**

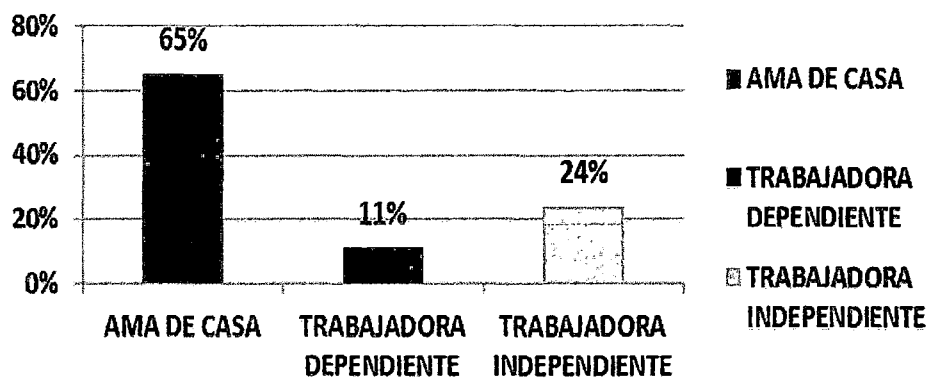
OCUPACION	N°	%
Ama de casa	65	65,00
Trabajadora dependiente	11	11,00
Trabajadora independiente	24	24,00
Total	100	100,00

Fuente: Entrevista a madres del distrito de Ciudad Nueva -C.S. Ciudad Nueva 2014
Elaborado por: Vergara T.

INTERPRETACIÓN:

En el siguiente cuadro observamos según el tipo de educación de las madres encuestadas se obtuvo los siguientes datos: el 65 % de las madres son amas de casa, seguidamente de un 11 % de madres que son trabajadoras dependientes, finalmente observamos un 24 % son trabajadoras independientes.

GRÁFICO N°07 (04)
DISTRIBUCIÓN SEGÚN OCUPACIÓN DE LAS MADRES QUE
ACUDEN A CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO
DEL NIÑO C.S. CIUDAD NUEVA 2014



Fuente: Entrevista a madres del distrito de Ciudad Nueva -C.S. Ciudad Nueva 2014
 Elaborado por: Vergara T.

TABLA N°07 (05)

**DISTRIBUCION SEGÚN NUMERO DE HIJOS DE LAS
MADRES QUE ACUDEN A CONTROL DE
CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO C.S.
CIUDAD NUEVA 2014**

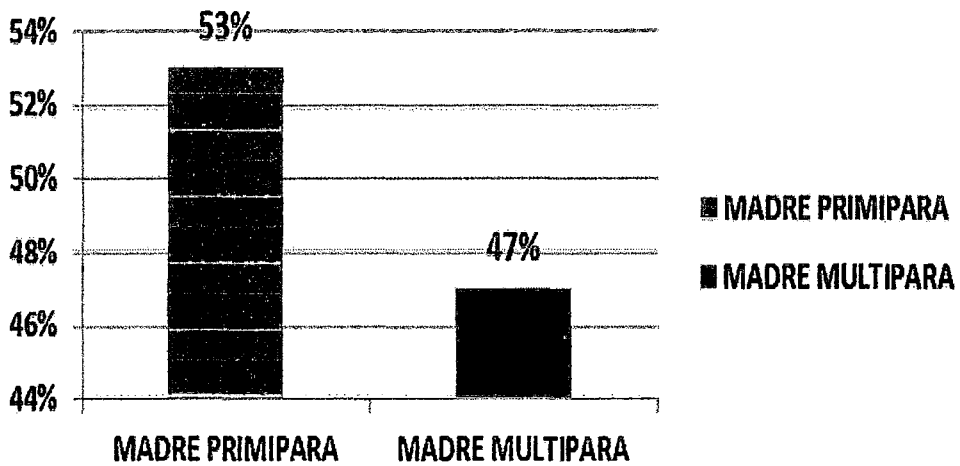
DISTRIBUCIÓN SEGÚN NUMERO DE HIJOS	N°	%
Madre Primípara	53	53,00
Madre Multípara	47	47,00
TOTAL	100	100,00

Fuente: Entrevista a madres del distrito de Ciudad Nueva -C.S. Ciudad Nueva 2014
Elaborado por: Vergara T.

INTERPRETACIÓN:

En la siguiente tabla observamos según el número de hijos, el 53 % de las madres encuestadas son primíparas es decir tienen un hijo, mientras que un 47% son madres multíparas es decir tienen más de dos hijos.

GRÁFICO N°07 (05)
DISTRIBUCIÓN SEGÚN NUMERO DE HIJOS DE LAS MADRES
QUE ACUDEN A CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO
DEL NIÑO C.S. CIUDAD NUEVA 2014



Fuente: Entrevista a madres del distrito de Ciudad Nueva -C.S. Ciudad Nueva 2014

Elaborado por: Vergara T.

TABLA N° 08
DISTRIBUCION SEGÚN DATOS GENERALES DEL NIÑO
QUE ACUDE A CONTROL DE CRECIMIENTO Y
DESARROLLO DEL NIÑO C.S. CIUDAD NUEVA 2014

CARACTERISTICAS DEL NIÑO			
ITEMS	CATEGORIA	N°	%
SEXO	Femenino	54	54,00
	Masculino	46	46,00
	Total	100	100,00
EDAD	6-8 Meses	40	40,00
	9-11 Meses	40	40,00
	12 Meses	20	20,00
	TOTAL	100	100,00

Fuente: Entrevista a madres del distrito de Ciudad Nueva -C.S. Ciudad Nueva 2014
Elaborado por: Vergara T.

TABLA N° 08 (01)
DISTRIBUCION SEGÚN SEXO DEL NIÑO QUE ACUDE A CONTROL
DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO C.S. CIUDAD NUEVA
2014

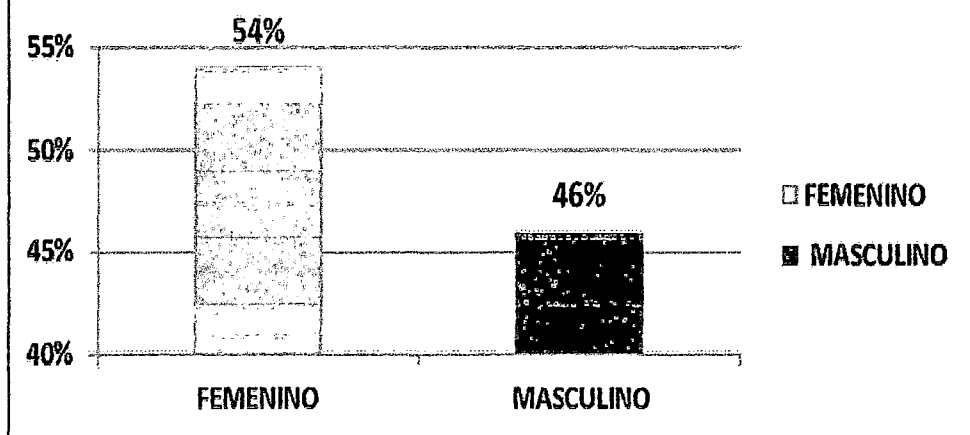
SEXO DEL NIÑO	N°	%
Femenino	54	54,00
Masculino	46	46,00
Total	100	100,00

Fuente: Entrevista a madres del distrito de Ciudad Nueva -C.S. Ciudad Nueva 2014
Elaborado por: Vergara T.

INTERPRETACIÓN:

En el cuadro podemos apreciar que según género la distribución de los lactantes muestra que un 54 % son del sexo femenino, mientras que un 46% de lactantes son del género masculino.

GRÁFICO N°08 (01)
DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO DEL NIÑO QUE ACUDE A
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO
C.S. CIUDAD NUEVA 2014



Fuente: Entrevista a madres del distrito de Ciudad Nueva -C.S. Ciudad Nueva 2014
Elaborado por: Vergara T.

TABLA N° 08 (02)
DISTRIBUCION SEGÚN EDAD DEL NIÑO QUE ACUDE A
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO
C.S. CIUDAD NUEVA 2014

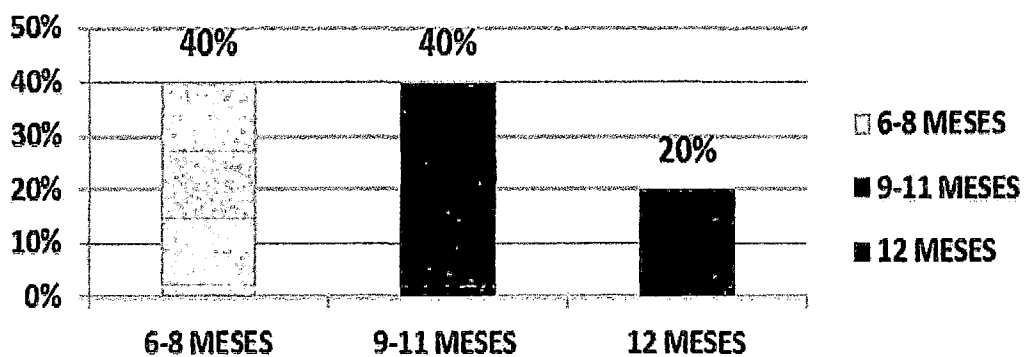
EDAD DEL NIÑO	N°	%
6-8 Meses	40	40,00
9-11 Meses	40	40,00
12 Meses	20	20,00
Total	100	100,00

Fuente: Entrevista a madres del distrito de Ciudad Nueva -C.S. Ciudad Nueva 2014
 Elaborado por: Vergara T.

INTERPRETACIÓN:

En el cuadro podemos apreciar que según la distribución por edades el 40% son lactantes de 6-8 meses; seguidos de un segundo de 9-11 mese con un 40 %, asimismo el 20% de lactantes tenían la edad de 12 meses.

GRÁFICO N° 08 (02)
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DEL NIÑO QUE ACUDE A
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO
C.S. CIUDAD NUEVA 2014



Fuente : Cuestionario sobre nivel Conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria de las madres que acuden al C.S. Ciudad Nueva 2014 .Elaborado por: Vergara T.

ANEXO N° 07

Cuadro N°1

Proporción de Desnutrición Crónica en niños menores de 5 años que acuden a los establecimientos de salud
Perú 2009 – I Semestre 2013

Ámbito Perú	Total de Niños Atendidos	Número de Casos de DC	Proporción DC (%)
I Semestre 2013	1843033	350408	21.3
Anual 2012	2356785	520927	22.1
Anual 2011	2377375	550884	23.2
Anual 2010	2352889	564002	24.0
Anual 2009	2110792	531488	25.2

FUENTE: Sistema de Información del Estado Nutricional – SIEN 2009 – I Semestre 2013, según OMS.

En el Cuadro N°2 respecto a la proporción de niños menores de 5 años con desnutrición aguda, se aprecia la misma tendencia de una disminución de 0.2% en el I Semestre 2013 respecto al anual 2012. Desde el 2009 a la fecha, la desnutrición aguda ha disminuido 1.1% a nivel nacional.

Cuadro N°2

Proporción de Desnutrición Aguda en niños menores de 5 años que acuden a los establecimientos de salud
Perú 2009 – I Semestre 2013

Ámbito Perú	Total de Niños Atendidos	Número de Casos de DA	Proporción DA (%)
I Semestre 2013	1846667	31351	1.9
Anual 2012	2361674	50693	2.1
Anual 2011	2382283	54351	2.3
Anual 2010	2355335	64383	2.7
Anual 2009	2109536	63817	3.0

FUENTE: Sistema de Información del Estado Nutricional – SIEN 2009 – I Semestre 2013, según OMS.

El sobrepeso y la obesidad en niños menores de 5 años, se mantienen casi sin variación desde el año 2009 (ver Cuadros N°3 y N°4). Para el I Semestre 2013, tanto el sobrepeso y la obesidad, disminuyeron tan sólo 0.1%; en el primer caso afectando a 1 de cada 16 niños y en el segundo a 1 de cada 49 niños en el ámbito nacional.

Cuadro N°3
Proporción de Sobrepeso en niños menores de 5 años que acuden a los establecimientos de salud
Perú 2009 – I Semestre 2013

Ámbito Perú	Total de Niños Atendidos	Número de Casos de Sobrepeso	Proporción Sobrepeso
I Semestre 2013	1646867	103376	6.3
Anual 2012	2361674	151218	6.4
Anual 2011	2362283	152185	6.4
Anual 2010	2356385	146559	6.2
Anual 2009	2109536	133398	6.3

FUENTE: Sistema de Información del Estado Nutricional – SIEN 2009 – I Semestre 2013, según OMS.

Cuadro N°4
Proporción de Obesidad en niños menores de 5 años que acuden a los establecimientos de salud
Perú 2009 – I Semestre 2013

Ámbito Perú	Total de Niños Atendidos	Número de Casos de Obesidad	Proporción Obesidad
I Semestre 2013	1646867	40862	2.5
Anual 2012	2361674	62198	2.6
Anual 2011	2362283	63492	2.7
Anual 2010	2356385	63699	2.7
Anual 2009	2109536	61052	2.9

FUENTE: Sistema de Información del Estado Nutricional – SIEN 2009 – I Semestre 2013, según OMS.

La proporción acumulada de sobrepeso y obesidad (exceso de peso) en el I Semestre 2013 muestra una disminución de 0.2% con relación al 2012, manteniéndose la proporción de niños afectados por exceso de peso en 1 de cada 11 niños a nivel nacional, en los últimos 4 años.

Cuadro N°5
Proporción de Desnutrición Global en niños menores de 5 años que acuden a los establecimientos de salud
Perú 2009 – I Semestre 2013

Ámbito Perú	Total de Niños Atendidos	Número de Casos de DG	Proporción DG (%)
I Semestre 2013	1646769	63590	3.9
Anual 2012	2360289	97074	4.1
Anual 2011	2379084	103301	4.3
Anual 2010	2349769	116667	5.0
Anual 2009	2106851	115360	5.5

FUENTE: Sistema de Información del Estado Nutricional – SIEN 2009 – I Semestre 2013, según OMS.

Con relación a la proporción de desnutrición global, en el Cuadro N°5 se mantiene la tendencia a una disminución discreta (1.6%) en el lapso del año 2009 al I Semestre 2013. La desnutrición global conserva su tendencia de disminución lenta pero continua, afectando aproximadamente a 1 de cada 26 niños.