

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA Y EL ESTADO NUTRICIONAL DEL MENOR
DE UN 1 AÑO DEL CENTRO DE SALUD AUGUSTO B.
LEGUIA, TACNA 2010**

TESIS

Presentada por:

Bach. Regina Hualpa Choque

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TACNA - PERÚ

2011

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA Y EL ESTADO NUTRICIONAL DEL MENOR DE
UN 1 AÑO DEL CENTRO DE SALUD AUGUSTO B. LEGUÍA,
TACNA 2010”**

TESIS

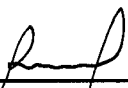
Presentada por:

BACH. REGINA HUALPA CHOQUE.

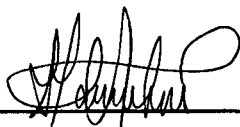
Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

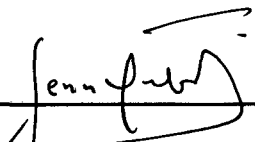
Aprobado por Mayoría, ante el siguiente Jurado



Dra. Victoria Nora Vela Paz
PRESIDENTA



Mgr. Luz Marina Ticona Pajares
JURADO



Lic. Jenny Mendoza Rosado
JURADO



Mgr. Elena Cachicatari Vargas.
ASESORA

DEDICATORIA

A Dios, ya que gracias a él tengo esos padres maravillosos, los cuales me apoyan en mis derrotas y celebran mis triunfos.

A mi asesora Mgr. Elena Cachicatari Vargas, por su enseñanza y orientación para el desarrollo de mi profesión.

Y en especial a mis padres y hermanos, a quienes les debo la existencia, comprensión y apoyo incondicional en todo lo que soy.

INDICE

	Pág.
RESUMEN.....	i
ABSTRACT.....	ii
INTRODUCCIÓN.....	01
CAPÍTULO I: DEL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del Problema.....	03
1.2. Antecedentes del Problema.....	08
1.3. Fundamentos Teóricos.....	10
1.4. Objetivos.....	33
1.5. Hipótesis.....	33
CAPÍTULO II: DE LA METODOLOGÍA	
2.1. Tipo y Diseño de Investigación.....	34
2.2. Población y Muestra de Estudio.....	34
2.3. Variables de Estudio.....	35
2.4. Métodos y Técnicas de Recolección de Datos.....	35
CAPÍTULO III: DE LOS RESULTADOS	
3.1. Discusión.....	45
3.2. Conclusiones.....	50
3.3. Recomendaciones.....	51
3.4. Referencias	52
ANEXOS	

RESUMEN

El presente estudio de investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo, de relación, corte transversal y, de diseño no experimental; se realizó con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del menor de un 1 año del Centro de Salud Augusto B. Leguía, Tacna 2010, la muestra estuvo conformada por 60 madres y niños. El trabajo permitió, confirmar la relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y el estado nutricional, y que el 60% de madres presentó nivel de conocimiento alto sobre alimentación complementaria y un 3,33% bajo, el 90% de niños menores de 1 año presentó estado nutricional según peso para la edad normal, el 80% estado nutricional normal según talla para la edad y, el 96,67% estado nutricional normal según peso para talla.

ABSTRACT

This research study is a quantitative, descriptive, relational, cross-sectional, nonexperimental design, was carried out to determine the relationship between the level of knowledge of mothers on complementary feeding and nutritional status of children than 1 year of Augusto B. Health Center Leguia, Tacna 2010, the sample consisted of 60 mothers and children. The study allowed to confirm the relationship between the level of knowledge on complementary feeding and nutritional status, and that 60% of mothers had high level of knowledge on complementary feeding and a low 3,33%, 90% of children under 1 year presented nutritional status as normal weight for age, 80% normal nutritional status according to height for age and 96,67% the normal nutritional status according to weight for height.

INTRODUCCIÓN

La desnutrición es uno de los problemas de alcance mundial relacionado con más de la mitad de los casos de mortalidad infantil, la persistencia de esta amenaza trae graves consecuencias sobre los lactantes ya que tendrán mayor propensión a sufrir enfermedades.

El inicio adecuado de la alimentación complementaria resulta imprescindible para el lactante ya que después de los seis meses de edad necesita mayor cantidad de nutrientes que la leche materna. En esta edad el lactante está apto para comenzar a ingerir nuevos alimentos que le ayudarán en el crecimiento y desarrollo. Este inicio debe ser exactamente a los 6 meses, no antes ni después. Se debe tener en cuenta que la leche materna continuará con la alimentación del lactante.

Los nuevos alimentos prepararan el terreno para el consumo de los alimentos sólidos que el lactante compartirá con la familia, esta situación involucra a dos personas: al lactante que las consume y la madre que los prepara, es por este motivo que esta última persona tiene un papel importante en este proceso.

El profesional de enfermería cumple un rol importante en la educación del usuario, ya que su función involucra todas las etapas del ciclo vital; así que en el consultorio de enfermería se realizan actividades preventivo promocionales dirigidas a las madres con la finalidad que el lactante tenga un crecimiento y desarrollo óptimo de acuerdo a su edad.

El presente trabajo sobre “el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y estado nutricional del menor de 1 año del Centro de Salud Augusto B. Leguía, Tacna 2010” pretende incentivar programas educativos o actividades de prevención y promoción de la salud dirigidos hacia la población en riesgo, los lactantes menores de 1 año y las madres responsables de su cuidado, lo que repercutirá en el mejor estado nutricional de los lactantes.

El presente trabajo de investigación consta de: el Capítulo I, Del Problema; Capítulo II, De la metodología; Capítulo III, De los Resultados y finalmente los Anexos.

CAPÍTULO I

DEL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

Actualmente la desnutrición constituye uno de los más graves problemas de salud a nivel mundial, el cual conlleva a incrementar las altas tasas de morbilidad y mortalidad, que afecta a hombre, mujeres y niños principalmente. Tanto que en el Perú, uno de los principales problemas que viene aquejando es la prevalencia de la desnutrición, que particularmente se presenta durante los primeros años de vida. El Perú presenta una tasa de desnutrición crónica de 25,4% según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 2004) y 24% según ENDES 2005 lo que equivale a la cuarta parte de la población de niños menores de 5 años, teniendo como una de las causas las deficiencias nutricionales.

El retardo de crecimiento se observa desde los 6 meses de edad y alcanza el 28,5% de los niños a los 2 años de edad. Es decir la desnutrición crónica es una condición que se va adquiriendo a lo largo del tiempo y que difícilmente se revierte.⁽¹⁾

⁽¹⁾ OPS/OMS/UNICEF (2009) "Inmunización 2009 Dirección General de Epidemiología-MINSA". Disponible en: <http://www.unicef.org/peru/spanish/children.html>

Para la Organización Panamericana de la Salud en el 2009, más de 480 000 niños menores de 5 años continúan muriendo cada año en la región de las Américas y cerca de 15 200 (3,1%) debido a deficiencias nutricionales. Las enfermedades infecciosas y la desnutrición representan entre el 40% y 70% de las hospitalizaciones y entre el 60 y 80 % de las consultas en este grupo de niños.⁽¹⁾

En Venezuela aunque en las últimas décadas no se han registrado casos de mortalidad por esta enfermedad si es esta responsable de una alta morbilidad. Se estima que en este país cerca del 15 % de los niños menores de 5 años poseen algún grado de desnutrición proteico-energética.

Según datos de los Censos Nacionales del Instituto Nacional de Estadística Informática (INEI-2009) en el Perú habitan 27,4 millones de personas. El 37% de esta población está conformado por niños, niñas y adolescentes de 0 a 17 años (10'012 730). Alrededor del 60% de ellos vive en condición de pobreza. Durante los últimos años ha mejorado la situación de la niñez en el Perú. Los principales avances tienen que ver con la reducción de la mortalidad infantil y la mortalidad de niños menores de cinco años, con el incremento del control prenatal y el parto institucional, y con el aumento de la cobertura de la educación primaria. Por otro lado, hay problemas que persisten como la alta prevalencia de la desnutrición crónica infantil y de la anemia.

⁽¹⁾ OPS/OMS/UNICEF (2009) Ibid

La prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años a nivel nacional 28,50% con respecto a la desnutrición crónica infantil, se toman en cuenta dos patrones de medida de la Organización Mundial de la Salud (OMS-2006). Más del 30% de niños y niñas menores de 5 años padecen desnutrición crónica en 8 regiones; en 14, según la OMS, Huancavelica es el caso más alarmante, con 52,2% y 59,2% de desnutrición crónica.⁽²⁾

El Gobierno Regional de Tacna al 2010, informó que en comparación de años anteriores, el índice de desnutrición en menores de 5 años es de 5%, actualmente esta cifra se ha reducido a 4,1%. Señaló que las jurisdicciones que presentan mayor incidencia de desnutrición son sobre todo los distritos y provincias de la zona andina como Tarata y Candarave. Pese a ello, indicó que la población de Santa Cruz (Candarave) bajó notablemente la cifra de desnutrición, ya que en el año 2009 era del 40% y hasta fines de enero de este año registró 13%, mientras que en Tarata, era 16%, hoy alcanza un 13%. Otras jurisdicciones donde se redujeron los porcentajes son Cairani, de 7% a 5%; y Alto Perú, de 15% a 6%. Respecto de la zona urbana, sostiene que en Pampas de Viñani se redujo la cifra de 15% a 5%, y en el distrito Alto de la Alianza de 6% a 4%.⁽³⁾

Es así que la edad comprendida entre 6 a 12 meses el niño se encuentra en pleno desarrollo biológico, físico, psíquico y social. En esta etapa se producen cambios notables con las magnitudes físicas, psicológicas y

⁽²⁾ OMS (2009) "Las Condiciones de Salud de las Américas". Editorial Publicación Científica y Técnica. Washington. p. 34

⁽³⁾ Gobierno Regional de Tacna (2010) "Informe sobre la desnutrición en Tacna. Disponible en: http://www.regiontacna.gob.pe/grds/index.php?opt=11&cod_noticia=45&cod_proyecto=PY0007.

sociales que tiene como base una alimentación. Si las necesidades nutricionales presentes en este grupo de edad no son satisfechas, el organismo sufre alteraciones bioquímicas y fisiológicas a las que se agrega retardo en el crecimiento y alteraciones en el desarrollo psicomotor.

El personal de enfermería cumple un rol importante en la evaluación de los usuarios, por estar capacitados para ejercer esta función orientadas al cuidado de la salud en todas las etapas del ciclo de la vida. En el consultorio de enfermería se realizan actividades preventivo promocionales dirigidas a las madres cuya finalidad es que el lactante tenga un crecimiento y desarrollo óptimo de acuerdo a su edad. El problema, se origina en el consultorio del Centro de Salud "Augusto B. Leguía", donde llegan casos de niños cuyas madres refieren que sus niños iniciaron la alimentación complementaria antes de los 6 meses de edad y otros casos donde refieren que les iniciaron después de los 6 meses de edad, evidenciado por desconocimiento de las madres sobre el inicio de la alimentación complementaria luego de tener una entrevista de control con los usuarios.

En referencia al peso de los lactantes y a su estado nutricional, las enfermeras del servicio, manifiestan que siguen aumentando la tasa de desnutrición y debido a que algunos lactantes no tienen un adecuado inicio de la alimentación complementaria, sin embargo las normas de la alimentación del niño de 0 a 5 años, según el Ministerio de Salud, establece de la leche materna es exclusiva hasta los 6 meses de edad y continua

hasta los 2 años, y que el inicio de la alimentación complementaria si inicia a los 6 meses de edad.

Por lo expuesto anteriormente se creyó conveniente realizar un estudio sobre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional en los lactantes de 6 a 12 meses de edad, lo cual me permitirá identificar y así intervenir en los aspectos del área de enfermería, previniendo los problemas de nutrición en el niño. Además de hacer llegar los resultados a las autoridades pertinentes, para que éste tome las acciones correctivas en pro de este grupo poblacional.

Ante el contexto descrito se formuló la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del menor de un 1 año del Centro de Salud Augusto B. Leguía, Tacna 2010?

1.2. Antecedentes del Problema

DÍAZ, Julio. (2008) En un estudio sobre los factores que influyeron en la desnutrición proteico-energética en edad pediátrica en menores de 5 años en la Parroquia Guanayen del Municipio Urdaneta en Venezuela en el periodo Enero-Diciembre de 2007. De 123 personas, en un estudio

descriptivo, que concluyó: “en relación a los posibles factores estudiados resultan factores de riesgo para la desnutrición proteico-energética la lactancia materna no exclusiva hasta los 4 meses y los antecedentes personales de enfermedad diarreica aguda e infecciones respiratorias agudas, mientras que cantidad de alimentos y la variedad de estos en la dieta, así como un nivel escolar de la madre superior al 9no grado (Liceo) actuaron como factores protectores, también pudo determinar que existe una relación perjudicial entre baja per cápita familiar, y edad de la madre menor de 19 años (Adolescente) y la malnutrición proteico-energética”.⁽⁴⁾

ROMERO, Luz. (2001) En el estudio ¿Obesidad o desnutrición? Problema actual de los niños peruanos menores de 5 años en el año 2000. “Durante el período evaluado, la desnutrición crónica disminuyó de 39% a 32%, la desnutrición global de 12% a 9% y la desnutrición aguda de 2% a 1%. Mientras tanto, el sobrepeso y la obesidad ascendieron de 17% y 5% a 19% y 7%, respectivamente. Las variables más influyentes para el desencadenamiento del problema son el nivel de pobreza, la edad del niño y el área de residencia, descartándose el género, la instrucción de la madre y el departamento de proveniencia, como variables significativas. Y concluyó: que aunque persiste el problema de desnutrición en los niños peruanos, el sobrepeso y la obesidad vienen alcanzando valores considerablemente elevados, con proyecciones que van en rápido incremento”.⁽⁵⁾

⁽⁴⁾ DÍAZ, Julio. (2008) “Factores que influyeron en la desnutrición proteico-energética en edad pediátrica en menores de 5 años en la Parroquia Guanayen del municipio Urdaneta en Venezuela”. Universidad Nacional de Venezuela. Para optar Licenciatura en Medicina. p.89.

⁽⁵⁾ ROMERO, Luz. (2001) ¿Obesidad o desnutrición? Problema actual de los niños peruanos menores de 5 años en el año 2000. Ministerio de Salud. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v67n3/pdf/a04v67n3.pdf>.

CÁRDENAS, Catherine. (2005) En Lima, 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.

En 58 madres; “entre sus conclusiones se tuvo que: “el 70% de las madres tuvieron 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 tuvo una actitud de indiferencia acerca del inicio de la alimentación complementaria, el 57% de los lactantes evaluados tienen un peso normal de acuerdo a su talla y el 43% tuvo alteraciones nutricionales como obesidad, sobre peso, bajo peso, desnutrición, entre otras”.⁽⁶⁾

GÓMEZ, Bety. (2006) en Lima, realizó un estudio sobre El nivel de conocimientos de las madres de lactantes hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Rebagliati sobre la alimentación complementaria, para prevenir la anemia en 65 madres. Las conclusiones fueron entre otras: “el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria es alto y el inicio se dio cuando el lactante tiene más de 6 meses, es regular cuando ellas tienen 31 años de edad, es alto con madres de instrucción superior, el 82,2% de las madres identifican al pescado como alimento que contiene alto porcentaje de hierro y, el 79,5% consideran que se debe dar

⁽⁶⁾ CÁRDENAS, Catherine. (2005) “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” Ministerio de Salud. Tesis para optar la Licenciatura en Enfermería. .Lima – Perú.p.70.

suplementos de sulfato de hierro a los lactantes, del total de lactantes en estudio 79,4% presentan anemia moderada y 20,6% anemia severa. ⁽⁷⁾

1.3. Fundamentos teóricos

Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria:

El conocimiento es una apreciación de la posesión de múltiples datos interrelacionados por sí solos poseen menor valor cualitativo. Significa, en definitiva, la posesión de un modelo de la realidad en la mente. ⁽⁸⁾

El conocimiento comienza por los sentidos, pasa de estos al entendimiento y termina en la razón. Igual que en el caso del entendimiento, hay un uso meramente *formal* de la misma, es decir un uso lógico ya que la razón hace abstracción del todo un contenido, pero también hay un uso real.

El conocimiento es una relación entre sujeto y objeto, si a un ser se le considera como un objeto es por la relación a un objeto, y si a otro se le considera es por la relación a un sujeto, el conocimiento es un fenómeno complejo que implica los *cuatro elementos* (Sujeto, Objeto, Operación y Representación interna) de tal manera que si fuera uno de estos, aquel no

⁽⁷⁾ GÓMEZ, Bethy. (2006) "El nivel de conocimientos de las madres de lactantes hospitalizados en el servicio de pediatría sobre la alimentación complementaria, para prevenir la anemia". En tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. UNMSM. Lima – Perú. p. 80.

⁽⁸⁾ BUNGE, Mario. (2000) "La ciencia su método y filosofía". Editorial Siglo XX. Buenos Aires. Argentina. p.23

existe y la representación interna es el proceso Cognoscitivo (es la explicación a tu propio criterio).⁽⁹⁾

El nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria: "es el grado o intensidad de la capacidad de aprehender. Categorizado en Alto (buen conocimiento), promedio (regular conocimiento) y bajo (deficiente conocimiento) respecto a la alimentación complementaria que es un proceso que comienza cuando la leche materna sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y por ende, otros alimentos y líquidos son necesarios además de la leche materna".⁽¹⁰⁾

El rango de edad óptimo para dar alimentación complementaria está habitualmente entre los 6 y 24 meses de edad, si bien la lactancia materna puede continuar hasta después de los dos años.

Principios de orientación de la alimentación complementaria:

La duración de la lactancia materna exclusiva y edad de introducción de los alimentos complementarios, la lactancia materna exclusiva debe realizarse desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad, el introducir los alimentos complementarios debe efectuarse a partir de los 6 meses de edad (180 días) y continuar con la lactancia materna.⁽¹⁰⁾

⁽⁹⁾ ADUNI, Jose. (2006) "Enciclopedia de Psicología". Editorial Lumbreras. Lima. Perú.p.34

⁽¹⁰⁾ DEWEY, Kathryn. (2003) "Principios de orientación para la alimentación Complementaria del niño". OMS. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/paho/2003/9275324603_spa.pdf

⁽¹⁰⁾ DEWEY, Kathryn. (2003) Ibid

Mantenimiento de la lactancia materna, continuar con la lactancia materna frecuente y a demanda hasta los dos años de edad o más, la madre seguirá amamantando a su bebe, cada vez que este lo desee. La lactancia sigue siendo un importante complemento nutricional después de los 6 meses; sin embargo la leche materna no cubre todas las necesidades de energía y nutrientes del niño.

Alimentación perceptiva, practicar la alimentación perceptiva, aplicando los principios de cuidado psico-social, específicamente: alimentar a los lactantes directamente y asistir a los niños mayores cuando comen por sí solos, respondiendo a sus signos de hambre y satisfacción, alimentar despacio y pacientemente y animar a los niños a comer, pero sin forzarlos, si los niños rechazan varios alimentos, experimentar con diversas combinaciones, sabores, texturas y métodos para animarlos a comer, minimizar las distracciones durante las horas de comida si el niño pierde interés rápidamente y recordar que los momentos de comer son periodos de aprendizaje y amor – hablar con los niños y mantener el contacto visual.

Preparación y almacenamiento seguro de los alimentos complementarios, ejercer buenas prácticas de higiene y manejo de los alimentos al: lavar las manos de las personas a cargo de los niños y de los mismos niños antes de preparar alimentos y de comerlos, guardar los alimentos de forma segura y servirlos inmediatamente después de su preparación, utilizar utensilios limpios para preparar y servir los alimentos, utilizar tazas y tazones limpios

al alimentar a los niños, evitar el uso de biberones, dado que es difícil mantenerlos limpios.

Cantidad necesaria de alimentos complementarios, comenzar a los seis meses de edad con cantidades pequeñas de alimentos y aumentar la cantidad conforme crece el niño, mientras se mantiene la lactancia materna. La energía necesaria proveniente de los alimentos complementarios para niños con ingestas "promedio" de leche materna en países en vías de desarrollo es de aproximadamente 200 kcal. al día para niños entre los 6 y 8 meses de edad, 300 kcal. al día para niños entre los 9 y 11 meses, y 550 kcal. al día para niños entre los 12 y 23 meses de edad.

En países desarrollados se estima que las necesidades son algo diferentes (130, 310 y 580 kcal. al día para niños entre los 6 y 8, 9 y 11 y 12 y 23 meses, respectivamente) debido a las diferencias en la ingesta de leche materna.

La cantidad necesaria de medidas por ración para los niños de 6 a 12 meses son: 6 meses (1/4 de taza ó 2 a 3 cucharadas), 7 meses y 8 meses (1/2 taza ó 3 a 5 cucharadas), 9 -11 meses (3/4 de taza ó 5 -7 cucharadas) y 12 meses (1 taza ó 7 a 10 cucharadas). Si el niño desea puede comer más de la ración.

La consistencia de los alimentos, aumentar la consistencia y la variedad de los alimentos gradualmente conforme crece el niño, adaptándose a los requisitos y habilidades de los niños.

A los 6 meses alimentos aplastados en forma de papillas, mazamoras o purés; 7- 8 meses, triturados en forma de papillas, mazamoras o purés; 9 – 11 meses, picados; y a los 12 meses, alimentos de la olla familiar.

Deben evitarse los alimentos que puedan causar que los niños se atoren o atraganten (es decir, alimentos cuya forma y/o consistencia implica el riesgo de que pudieran bloquear la tráquea, por ejemplo nueces, uvas, zanahorias crudas, etc.).

Frecuencia de alimentos y densidad energética, aumentar el número de veces que el niño consume los alimentos complementarios conforme va creciendo, el número apropiado de comidas depende de la densidad energética de los alimentos locales y las cantidades normalmente consumidas durante cada comida.

Para el niño de 6 meses la frecuencia es de 2 comidas al día y lactancia materna frecuente; 7- 8 meses, 3 comidas al día y lactancia materna frecuente; 9 – 11 meses, 3 comidas al día, una entrecomida y lactancia materna; y 12 meses, 3 comidas al día, 2 entrecomidas adicionales y lactancia materna después de los alimentos.

Las meriendas o entre comidas son generalmente alimentos que los niños consumen por sí mismos y que son convenientes y fáciles de preparar. Si la densidad energética o la cantidad de alimentos en cada comida es baja, o el niño ya no es amamantado, es posible que se requiera de comidas más frecuentes, además se debe dar suplemento de hierro diario por 6 meses, usando la mitad de la dosis, de un niño con anemia.

Contenido nutricional de alimentos complementarios, dar una variedad de alimentos para asegurarse de cubrir las necesidades nutricionales, debe consumirse carne, aves, pescado o huevos diariamente o, de no ser posible, lo más frecuentemente posible. Las dietas vegetarianas no logran cubrir las necesidades nutricionales a esta edad, a menos que se utilicen suplementos nutricionales o productos fortificados. Las frutas y verduras ricas en vitamina A deben ser consumidas a diario. Proveer dietas con un contenido adecuado de grasa. Evitar la administración de bebidas o jugos con un bajo valor nutritivo, como té, café y sodas. Limitar la cantidad de jugo ofrecido para así evitar reemplazar o desplazar alimentos más nutritivos.

Si la madre está alimentando con sopas y caldos, enseñarle que la sopa es aguada, llena pero no alimenta, una buena alimentación complementaria a la leche materna, debe consistir en una cantidad suficiente de alimentos ricos en energía, nutrientes para el crecimiento y protectores.

Los grupos de alimentos son: alimentos base o principal, todas las comunidades tienen un alimento base o principal. Usualmente es el que la madre se acuerda al momento de la entrevista por lo que lo conforman los cereales y granos, tubérculos y raíces. Estos son excelentes para iniciar, pero a medida que el niño crece es importante complementarlos. Las menestras y las leguminosas son muy nutritivas y se deben combinar con los cereales para aprovecharlas adecuadamente.

Los productos de origen animal son de alta calidad y abundantes, los niños lo necesitan porque favorecen su crecimiento. Los vegetales de hoja verde y vegetales amarillos (zanahoria y zapallo) son ideales para la alimentación infantil. Las frutas son adecuadas para los niños, se debe introducir cuando los niños hayan aprendido a comer los alimentos base, se debe ofrecer en forma de purés o jugo.

Aceites, grasas y azúcares. Los aceites y grasas vegetales, adicionados a la dieta de los lactantes y niños, agregan una buena cantidad de energía en poco volumen de alimento. También son utilizados para suavizar las comidas y mejorarles el sabor.

Los niños deben comer alimentos balanceados, de los grupos antes mencionados. Mezcla doble (alimento base más otro grupo de alimentos) y mezcla triple (alimento base y dos grupos de alimentos). Estas mezclas

deben proporcionar energía, proteínas, vitaminas y minerales, adecuados para el crecimiento del niño.

Uso de suplementos de vitaminas y minerales o productos fortificados para niños y madres, se debe utilizar alimentos complementarios fortificados o suplementos de vitaminas y minerales para los lactantes de acuerdo a sus necesidades. En algunas poblaciones, es posible que las madres lactantes también necesiten suplementos de vitaminas y minerales o productos fortificados, tanto por su propia salud como para asegurar concentraciones normales de ciertos nutrientes (especialmente vitaminas) en su leche (dichos productos pueden también ser de beneficio para mujeres antes y durante el embarazo).

La alimentación durante y después de la enfermedad, aumentar la ingesta de líquidos durante las enfermedades incluyendo leche materna (lactancia más frecuente), y alentar al niño a comer alimentos suaves, variados, apetecedores y que sean sus favoritos. Después de la enfermedad, dar alimentos con mayor frecuencia de lo normal y alentar al niño a que coma más.

Importancia de la alimentación complementaria: es necesario que las madres adopten prácticas óptimas de lactancia materna y que las madres o personas encargadas de velar por los niños adopten prácticas óptimas de alimentación complementaria, para asegurar el crecimiento y desarrollo

apropiado de los lactantes y niños pequeños. Aunque las decisiones de las madres o personas responsables del cuidado de los niños son las que finalmente determinan cómo será alimentado el lactante y niño pequeño, estas decisiones no ocurren aisladamente, sino que reflejan el ambiente inmediato y general en el cual se toman y llevan a cabo las decisiones. ⁽¹¹⁾

Los Principios de Orientación para la Alimentación Complementaria del Niño tienen el propósito de proporcionar a un rango amplio de personas – político, planificador de programas, profesionales de la salud y líderes comunitarios – la información científica necesaria para promover un ambiente propicio y elaborar mensajes culturalmente apropiados para la alimentación óptima del lactante y niño pequeño.

Las etapas de la alimentación complementaria son: inicial, donde los nuevos alimentos deben comportarse como complemento del régimen lácteo, ya que el mayor aporte de energía y nutrientes proviene de la leche; *intermedia*, o llamada también de mantenimiento, donde los alimentos progresivamente se convierten en suplementos de alimentación láctea, pasando la leche de ser complementos de nuevos alimentos; y *final*, que consiste en el empalme con la alimentación habitual del hogar o la familia.

⁽¹¹⁾ MINSA "Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño". Editorial del MINSA. Perú. p.35-89.

Los Tipos de Alimentación Complementaria son: Tipo I, comprende entre los 6 a 9 meses de edad, proporciona 18 gramos de proteínas y 650 de calorías, esto alcanza con 100 gramos de papillas de frutas, 300 gramos de papillas de verdura y 30 gramos de carne molida; y la *Alimentación Complementaria Tipo II*, comprende entre los 10 y 12 meses de edad, proporciona 19,6 gramos de proteínas y 650 calorías, esto alcanza con 100 gramos de papillas de frutas, 300 gramos de papillas de verdura y 30 de carne molida y huevo.

Esquema de inicio de alimentación complementaria: de 0 - 6 meses, leche materna exclusivamente, lactancia materna, alimento ideal, a libre demanda del bebé.

A los 6 meses: cereales; harina de maíz, de arroz, avena, trigo. Inicie estos alimentos en papillas, preparadas con un solo alimento y con una consistencia semisólida. Más adelante los puede mezclar con otros alimentos en preparaciones con verduras o legumbres. Bríndelos con cuchara y cuando el bebé desarrolle el agarre palmar, puede coger pedazos de galletas, pan u otro cereal. Alimentos en puré. *Frutas*; manzana, pera, banano, papaya, guayaba, durazno, melón, prepárelas en jugos y compotas. Luego puede darlas en puré o en pequeños trozos. No se les debe adicionar miel y si se utiliza azúcar (evitar en lo posible) hacerlo en pequeñas cantidades. Cuando el bebé esté un poco más grandecito y tenga la habilidad de coger con la mano, se debe estimular para que tenga un buen

desarrollo motor. *Verduras*; zanahoria, arveja, espinaca. Sumínistrelas inicialmente en puré o en sopa de una sola verdura mientras se mira tolerancia. También ofrézcalas en trozos pequeños o como parte de otras preparaciones. Bríndelas con cuchara o pocillo. De igual forma que con el consumo de las frutas, intente darlas en la mano del bebé para que estimule el desarrollo motor.

A los 7 meses: tubérculos; papa, yuca. Déselos en puré, (maceradas), sopas cremas, compota y/o trocitos. Ofrézcalos con cuchara o pocillo. Alimentos en puré. Alimentos picados, cortados, tajados, aquellos que pueda coger con los dedos. *Cereales*, arroz, espaguetis, pan, galletas. Prepare estos alimentos en puré o bríndelos en trozos. Sumínistrelos en cuchara o remojados en migas.

8 meses: carnes; res, pollo, vísceras, no incluir carnes frías por su alto contenido de sal. Las puede adicionar licuadas a las sopas de verduras, cereales o plátanos y tubérculos. Más adelante las puede ofrecer en textura muy blanda como un rollo ó molida y luego en pequeñas trozos. Las puede dar con cuchara, en pocillo ó en un plato. Debe estimular la masticación y el agarre palmar y de pinza de los niños, ofreciéndola partida en trozos. Alimentos picados, cortados, tajados, aquellos que pueda coger con los dedos. *Leguminosas*; frijol, lentejas, garbanzos, arveja. Déselas cocidas y preferiblemente en puré cuando apenas el bebé está empezando el proceso

de masticación. Posteriormente, puede dar el grano entero en sopas. Proporciónelas con cuchara.

12 meses: productos lácteos; yogurt, leche entera, quesito. Ofrézcalas después del sexto mes de vida en forma individual, en los intermedios de las comidas principales o adiciónelas a preparaciones con cereales, verduras y/o frutas. Las puede dar con cuchara o pocillo. El queso de los en trozos para coger con los dedos y para así mejorar el desarrollo motor del niño. *Yema de huevo;* darle siempre cocido y tibio, no lo dé crudo, la yema de huevo debe darla con cuchara, inicialmente en poca cantidad y progresivamente se va aumentando de acuerdo a la tolerancia y alimentos picados, cortados, tajados, aquellos que pueda coger con los dedos. *Huevo completo;* observe la tolerancia de un huevo al día. *Pescado;* observe la tolerancia.

Los Riesgos de la alimentación complementaria temprana son: la inmadurez neuromuscular es un factor asociado a problemas de deglución, los lactantes que reciben alimentación complementaria antes del sexto mes pueden presentar accesos de tos al momento de ser alimentados y en ocasiones se observan signos de dificultad respiratoria lo que sucede cuando una pequeña fracción de papilla deglutida alcanza la glotis del niño. Otro problema radica cuando ha saciado su hambre, lo cual puede conducir a que sea sobrealimentado por su madre.

El estado nutricional:

El estado nutricional es la resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes, en los niños y especialmente durante los primeros años de vida, debido a la gran velocidad de crecimiento, cualquier factor que altere este equilibrio repercute rápidamente en el crecimiento. Por esta razón, el control periódico de salud constituye el elemento más valioso en la detección precoz de alteraciones nutricionales, ya que permite hacer una evaluación oportuna y adecuada.⁽¹²⁾

La evaluación del estado nutricional del lactante permite proponer políticas de programa, intervenciones, acciones educativas y modificarlas de ser necesario con la finalidad de lograr una correcta atención y utilización más efectiva de los recursos.

La valoración del estado nutricional debe incluir: historia médica y dietética (anamnesis nutricional), examen físico, incluyendo antropometría y los exámenes de laboratorio.⁽¹³⁾

La historia médica y dietética (anamnesis nutricional) debe considerar datos acerca del crecimiento previo del niño, incluyendo el peso y la talla de nacimiento; esto permite formarse una idea del patrón de crecimiento, el cual no es uniforme y depende de múltiples factores. También es importante, en el caso de los lactantes, consignar la edad gestacional, ya

⁽¹²⁾ Asociación ARARIWA (2008) "Documento Interno sobre nutrición mundial en la infancia". Asociación ARARIWA. España. p.89.

⁽¹³⁾ CUSMINSKY, Manuel. (2003) "Manual de crecimiento y desarrollo del niño" OPS. 8va edición. Washington. Editorial OPS. p. 56-89.

que en la evaluación de un niño prematuro, durante los primeros meses de vida, debe corregirse su edad, lo que se obtiene restando de la edad cronológica las semanas que faltaron para llegar al término del embarazo. Por ejemplo, un niño de 4 meses que nació a las 32 semanas de gestación tiene efectivamente dos meses de edad corregida y debe ser evaluado como tal.

El antecedente de patología crónica o de infecciones recurrentes que modifiquen la ingesta, absorción o excreción de nutrientes, o bien, aumenten el gasto energético o las pérdidas nitrogenadas, obliga a una vigilancia nutricional cercana.

La encuesta alimentaria debe ser siempre acuciosa, en especial si la impresión general orienta a un trastorno nutricional ya sea por deficiencia o por exceso. En los niños menores, deberá incluir datos sobre duración de lactancia, edad de introducción de alimentación láctea artificial, preparación de mamaderas (volumen y composición detallada con respecto a tipo y cantidad de ingredientes), total de fórmula recibida en el día, introducción de alimentos no lácteos (tipo, cantidad, preparación), suplementos vitamínicos y minerales e impresión de la madre acerca del apetito del niño.

Los resultados de la encuesta nutricional o del balance de ingesta deben compararse con los requerimientos estimados del niño para establecer su adecuación, es importante consignar antecedentes socioeconómicos y culturales, por su relación con la disponibilidad de alimentos o con patrones dietéticos específicos y la anamnesis nutricional proporciona antecedentes

de gran ayuda en la evaluación del estado nutricional, pero por sí sola no permite formular un diagnóstico.

El examen físico completo y cuidadoso proporciona elementos valiosos para la evaluación nutricional. En algunos casos, el aspecto general del niño, la observación de las masas musculares y la estimación del pániculo adiposo, permiten formarse una impresión nutricional, pero ésta debe objetivarse con parámetros específicos.

Los signos clínicos que orientan a desnutrición proteica o a carencias específicas dependen de cambios estructurales a nivel tisular y, por lo tanto, son de aparición tardía. Pueden observarse especialmente en la piel y sus anexos, en los ojos y en la boca; en su mayoría son inespecíficos ya que pueden ser causados por carencias de diferentes nutrientes e incluso obedecer a factores externos, como exposición al frío o higiene deficiente (Ej.: estomatitis angular, queilosis).

Antropometría, es la técnica más usada en la evaluación nutricional, ya que proporciona información fundamentalmente acerca de la suficiencia del aporte de macronutrientes. Las mediciones más utilizadas son el peso y la talla. Las determinaciones del perímetro braquial y del grosor de pliegues cutáneos permiten estimar la composición corporal, y pueden ser de utilidad

cuando se usan en conjunto con el peso y la talla, pero no tienen ventajas si se efectúan en forma aislada, salvo cuando los valores son extremos.⁽¹⁴⁾

Las mediciones antropométricas únicas representan sólo una instantánea y pueden inducir a errores en el diagnóstico, especialmente en lactantes; las mediciones seriadas son una de las mejores guías del estado nutricional del niño. Deben ser efectuadas por personal calificado, usando instrumentos adecuados y ser interpretadas comparándolas con estándares de referencia.

Las medidas antropométricas más usadas en la evaluación del estado nutricional son el peso, la talla, la circunferencia braquial y los pliegues cutáneos.

El perímetro braquial que se ha usado como técnica de "screening" de desnutrición a nivel masivo, especialmente en preescolares, por ser de fácil medición y experimentar poca variación entre uno y cuatro años. Debe medirse en el brazo izquierdo, en el punto medio entre el acromion y el olécranon, usando una huincha inextensible delgada. Su uso está poco difundido y su uso como parámetro aislado no ofrece ventajas con respecto a peso/edad o peso/talla. Si se usa en combinación con la medición del pliegue tricipital permite calcular perímetro muscular y área muscular braquial, que son indicadores de masa magra. Su principal aplicación está

⁽¹⁴⁾ MINSA. (2005) "Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño". Editorial del MINSA. Perú. p.35-89.

en la evaluación seriada de niños en recuperación o en asistencia nutricional, asociados a otros indicadores.

La medición de pliegues cutáneos es un indicador de masa grasa y por lo tanto, especialmente útil en el diagnóstico de obesidad. Los pliegues pueden medirse en diferentes sitios; a nivel pediátrico el más usado es el pliegue tricipital. Se mide en el brazo izquierdo, en el punto medio entre acromion y olécranon, en cara posterior, teniendo la precaución de no incluir el músculo en la medición. Para medirlo, se requiere de un evaluador entrenado y un calibrador ("caliper") especialmente diseñado. El más difundido es el caliper Lange.

El diagnóstico de obesidad se plantea con valores sobre percentil 90. La medición simultánea de varios pliegues cutáneos (tricipital, bicipital, subescapular y suprailíaco) permite una estimación aproximada del porcentaje de masa grasa.

Los exámenes de laboratorio en la mayoría de los casos sólo son necesarias algunas determinaciones de laboratorio para completar la evaluación del estado nutricional. La desnutrición proteica también altera la respuesta inmune, por lo que el recuento de linfocitos y las pruebas cutáneas de hipersensibilidad tardía son de utilidad en el niño mayor y en el adulto. En el lactante, la gran variabilidad en el número de linfocitos dificulta la fijación de un recuento mínimo aceptable y la falta de exposición previa a antígenos limita la utilidad de las pruebas cutáneas.

El hematocrito y la hemoglobina son los exámenes más simples para investigar carencia de hierro; si sus valores resultan inferiores al mínimo aceptable para la edad, debe efectuarse frotis sanguíneo para estudiar la morfología del glóbulo rojo y en casos seleccionados, efectuar exámenes complementarios (ferremia, TIBC, ferritina sérica, protoporfirina eritrocítica). El frotis también puede hacer sospechar otras carencias específicas (folatos, vitamina B12, cobre, vitamina E). Frente a la sospecha de raquitismo, son de utilidad las determinaciones de calcio y fósforo séricos, de fosfatasas alcalinas y la radiografía de muñeca. Los exámenes que permiten determinar niveles específicos de oligoelementos y vitaminas, están indicados sólo en algunos casos puntuales y su utilidad es limitada. Los métodos diagnósticos más sofisticados para estimación de masa grasa y de masa libre de grasa (hidrodensitometría, K corporal total, agua corporal total, DEXA) no tienen indicación en el manejo clínico y su uso está limitado a protocolos de investigación.

Los Patrones para valorar el crecimiento infantil de la Organización Mundial de la Salud (OMS-2006): proporcionan ahora información sobre el crecimiento *idóneo* de los niños: demuestran, por vez primera, que los niños nacidos en regiones diferentes del mundo a los que se ofrecen unas condiciones de vida óptimas cuentan con el potencial de crecer y desarrollarse hasta estaturas y pesos para la edad similares.

Los nuevos patrones de crecimiento infantil de la OMS tienen validez mundial. Su finalidad es vigilar el crecimiento de todos los niños en todo el mundo, con independencia de su etnia, nivel socioeconómico y tipo de alimentación. ⁽¹⁵⁾

Por consiguiente, el patrón debe aplicarse tanto en países en desarrollo como desarrollados. En muchos países desarrollados existe preocupación por la obesidad en niños pequeños, pero manejan curvas de crecimiento locales que no descubren el problema hasta *después* de que el niño haya desarrollado obesidad. En estos países, el nuevo patrón será un instrumento útil para determinar la existencia de problemas de sobrepeso y obesidad *antes* de que su control o prevención sea demasiado difíciles.

Los nuevos patrones de crecimiento infantil de la OMS constituyen un instrumento sólido para ayudar a satisfacer las necesidades de salud y nutricionales de *todos* los niños del mundo.

Los patrones de crecimiento infantil de la OMS son un instrumento que se utilizarán extensamente en salud pública y medicina, así como por organizaciones gubernamentales y sanitarias para la vigilancia del bienestar de los niños y para detectar a niños o poblaciones que no crecen adecuadamente —con insuficiencia ponderal o sobrepeso— y a los que puede ser preciso aplicar medidas específicas de atención médica o de salud pública. El crecimiento normal es una expresión fundamental de la buena salud y una medida de los esfuerzos realizados para reducir la

⁽¹⁵⁾ OMS (2009) "Patrones de crecimiento infantil 2006". OMS. Washington. Disponible www.who.es/

mortalidad y morbilidad en la niñez. Los nuevos gráficos constituyen, por consiguiente, un instrumento sencillo para evaluar la eficacia de estos esfuerzos.

Los padres, cuidadores y profesionales de la salud de todo el mundo están familiarizados con los patrones de referencia del crecimiento. Son una serie de valores de peso y altura correspondientes a cada edad que utilizan como referencia para determinar la evolución del crecimiento del niño a su cuidado. Los patrones de referencia actuales no indican cuál es la pauta de crecimiento idónea para la salud del niño, sino que se limitan a describir el crecimiento promedio de los niños.

Los patrones de crecimiento infantil de la OMS son superiores a los patrones de referencia que se manejan actualmente. Permiten comparar parámetros del crecimiento importantes, como el peso y la talla/estatura de los lactantes y niños, con un valor de referencia óptimo. Hay gráficos para varones y para mujeres y también gráficos para lactantes (hasta un año de edad) y para niños de hasta cinco años.

Estos parámetros son importantes indicadores de salud y ayudan a determinar el estado de salud de un niño o una población de niños y si su crecimiento es adecuado. Por ejemplo, los niños con estatura para la edad es baja (situados por debajo de la línea roja en el gráfico de talla/estatura) o cuyo peso para la estatura es demasiado bajo (por debajo de la línea roja) pueden tener problemas de salud; cuanto más alejados de las líneas rojas se encuentren, mayores serán las posibilidades de que tengan problemas de

salud. En la práctica clínica, estos parámetros ayudan a diagnosticar enfermedades tempranamente y a vigilar la evolución durante el tratamiento.

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

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

Peso para talla: es el peso que corresponde a un niño para la talla que tienen en el momento de la medición, el déficit de peso indica un adelgazamiento que resulta de una mal alimentación, mide la desnutrición aguda.

El crecimiento de un lactante tiene una relación muy directa con su alimentación. Están comprobadas las ventajas nutricionales, inmunológicas

y para el crecimiento de la lactancia materna, de modo que el lactante alimentado con leche materna es el patrón natural del crecimiento fisiológico. La idoneidad de la leche materna para sustentar no sólo el crecimiento saludable sino el desarrollo cognitivo y la salud a largo plazo constituye una justificación evidente para basar los nuevos patrones en los lactantes alimentados con este alimento.

A diferencia, por consiguiente, de los anteriores gráficos de referencia del crecimiento utilizados para evaluar los parámetros de interés de los bebés y niños, los nuevos patrones de crecimiento infantil de la OMS se basan en la premisa de la alimentación con leche materna es la norma para un crecimiento saludable de los lactantes. Los patrones de referencia del crecimiento infantil anteriores se basaban en estudios realizados con lactantes alimentados artificialmente o con leche materna, pero esta variable no se controló en estos estudios.

La alimentación del lactante y del niño pequeño es una piedra angular de los cuidados para el desarrollo infantil. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas (UNICEF) desarrollaron conjuntamente en 2002 la *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño* como guía para la elaboración por los países de políticas relativas a la alimentación y estado nutricional, el crecimiento, la salud y, por consiguiente, la supervivencia de los lactantes y niños.

Según establece la estrategia, la lactancia materna es la mejor forma de proporcionar una alimentación idónea para el crecimiento y desarrollo saludables de los lactantes. En ella se recomienda que los lactantes se alimenten exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida, para lograr un crecimiento, desarrollo y salud óptimos. Posteriormente, para satisfacer sus nuevas necesidades nutricionales, deben recibir alimentos complementarios suficientes e inocuos, al tiempo que continúan recibiendo leche materna hasta los dos años o más.

Los patrones son un nuevo instrumento fundamental para vigilar el crecimiento del lactante y el niño pequeño y para evaluar las actividades encaminadas a la aplicación de la Estrategia mundial. Son, en este sentido, un medio de defensa de la protección, fomento y apoyo de la lactancia materna y de una alimentación complementaria adecuada.

La aplicación plena de los objetivos de la Estrategia mundial generará entornos favorables para que las madres alimenten a sus hijos con leche materna. Los nuevos patrones de crecimiento infantil de la OMS son el instrumento de medición y evaluación que necesitan los padres, cuidadores, profesionales de la salud, responsables de la elaboración de políticas y defensores de los derechos del niño para vigilar el crecimiento saludable, garantizar una detección y tratamiento tempranos de los problemas de salud, y recomendar y aplicar prácticas correctas de alimentación.

1.4. Objetivos

Objetivo general:

Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del menor de un 1 año del Centro de Salud Augusto B. Leguía, Tacna 2010.

Objetivos específicos:

- Identificar el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria del Centro de Salud Augusto B. Leguía, Tacna 2010.

- Evaluar el estado nutricional del menor de 1 año del Centro de Salud Augusto B. Leguía, Tacna 2010.

- Establecer la relación que existe entre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del menor de un 1 año del Centro de Salud Augusto B. Leguía, Tacna 2010.

1.5. Hipótesis

Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del menor de un 1 año del Centro de Salud Augusto B. Leguía, Tacna 2010.

CAPÍTULO II

DE LA METODOLOGÍA

2.1. Tipo y Diseño de Investigación

El trabajo de investigación fue un estudio cuantitativo, ya que examina los datos de manera numérica, especialmente en el campo de la Estadística; descriptivo, por que busca desarrollar una imagen o fiel representación “descripción” del fenómeno estudiado a partir de sus características; de relación, pretende medir el grado de relación y la manera cómo interactúan dos o más variables entre sí; de corte transversal, ya que se realizó en un determinado tiempo; y de diseño no experimental, ya que el investigador se limita a observar los acontecimientos sin intervenir en los mismos.

2.2. Población y Muestra de Estudio

Población.-

La población estuvo constituida por las madres y niños menores de 1 año que asisten al Consultorio de Enfermería del Centro de Salud Augusto B. Leguía que fueron 71 (Población Sujeto de Programación).

Muestra.-

Para seleccionar la muestra, se utilizó el método de muestreo probabilístico, aleatorio simple; y para determinar el tamaño de la muestra, la fórmula

finita debido a que se conoce la población a entrevistar, la muestra que estuvo constituida por 60 madres y niños menores de 1 año. (Ver Anexo N°01)

Criterios de Inclusión

- Madres con sus niños mayores de 6 meses y menores de 1 año que asistieron al consultorio de enfermería.

2.3. Variables de estudio

Variable independiente: Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria

Variable dependiente: Estado nutricional del niño. (Ver Anexo N°02)

2.4. Métodos y técnicas de recolección de datos

La recolección de los datos fue mediante el método entrevista estructurada:

Instrumento N° 01

Entrevista sobre el nivel de las madres sobre alimentación complementaria (ver Anexo N° 03), diseñado bajo las Normas de MINSA (2010) y modificado por la autora, aplicado en madres, consta de 13 ítems que valoraron el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria, tomando una puntuación de pregunta correctamente contestada (2 puntos) e incorrecta (0 puntos).

La escala de puntaje fue:

Nivel de conocimiento alto : de 18 a 26 puntos.

Nivel de conocimiento promedio : de 11 a 17 puntos.

Nivel de conocimiento bajo : de 0 a 10 puntos.

Instrumento N° 02

Entrevista para valorar el estado nutricional del niño (ver Anexo N° 03). Se utilizó los patrones de crecimiento infantil de la OMS – 2006, para ello se controló el peso y talla a los menores de 1 año; y luego se otorgó su categoría: Peso /Edad (Desnutrición, Normal, Sobrepeso) y, Peso / Talla (Desnutrición severa, Desnutrición, Normal, Sobrepeso y Obesidad).

Para la recolección de datos se hicieron las coordinaciones respectivas con el Médico jefe del establecimiento, jefa de enfermera para las facilidades del caso.

El proceso de recolección de datos fue llevado a cabo por la investigadora, efectuando para ello las entrevistas a las madres de niños mayores de 6 meses y menores de 1 año, y realizando el control de peso y talla durante la atención en el consultorio de enfermería.

Validez: los instrumentos fueron validados a través de 3 expertos resultando 1,84 escala "B" de Adecuación total. (Ver Anexo N° 04).

Prueba piloto:

Los instrumentos utilizados en la presente investigación fueron aplicados en una muestra 6 madres y niños (que representan el 10% de la población a investigar) con las características similares a la población. Posteriormente se realizaron las modificaciones que se estimaron convenientes en los diferentes instrumentos.

Confiabilidad:

Se determinó mediante la prueba de Alpha de Cronbach aplicado en la prueba piloto, con respecto a los ítems propuestos, resultando 86%, instrumento de Entrevista para valorar el nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria y un 97%, la ficha de entrevista sobre el estado nutricional, instrumentos fiables respectivamente.

Los datos recopilados fueron procesados por el Software SPSS (Paquete de Ciencias Sociales). Para la comprobación de hipótesis se utilizó la prueba estadística chi cuadrado. Se utilizó los patrones de calificación simple como la tabulación nominal y porcentual. Los resultados se presentaron en cuadros estadísticos, complementados con representación gráfica reportando frecuencias absolutas y porcentuales.

CAPÍTULO III

DE LOS RESULTADOS

3.1. Resultados

En este capítulo se presentan los resultados en cuadros y gráficos descriptivos, y para la comprobación de la hipótesis entre dos variables se utilizó la prueba de chi cuadrado.

CUADRO N° 01

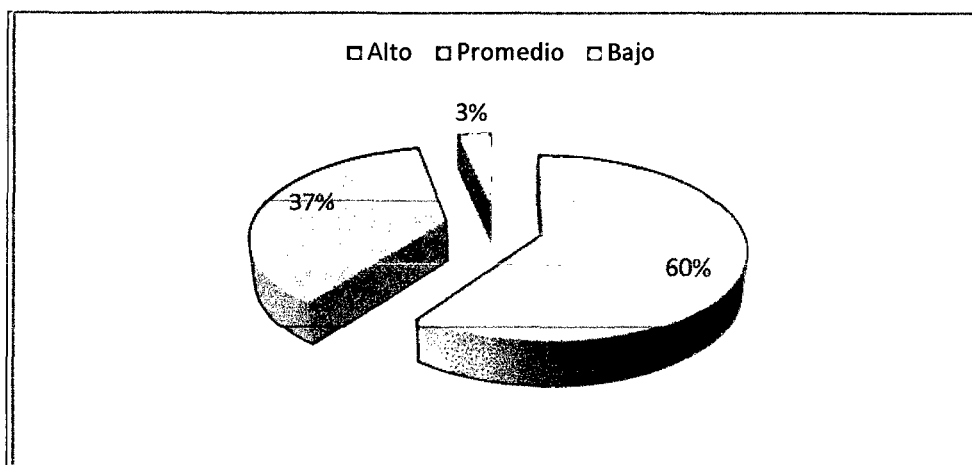
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL MENOR DE UN 1 AÑO DEL CENTRO DE SALUD AUGUSTO B. LEGUIÁ, TACNA 2010

Nivel de conocimiento	N°	%
Alto	36	60,00
Promedio	22	36,67
Bajo	2	3,33
Total	60	100,00

Fuente: Entrevista sobre el nivel de conocimiento en madres de la alimentación complementaria diseñado por el MINSA 2010 y modificado por la autora, aplicado en Noviembre del 2010.

GRÁFICA N° 01

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL MENOR DE UN 1 AÑO DEL CENTRO DE SALUD AUGUSTO B. LEGUIÁ, TACNA 2010



Fuente: cuadro N° 01

Descripción:

En el cuadro se aprecia el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria, en donde el mayor porcentaje 60% presentó nivel de conocimiento alto y en menor porcentaje 3,33% bajo, lo que resulta que las madres tienen un nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria adecuado y eso es bueno, ya que ellas, son las que se encuentran al cuidado del menor.

CUADRO N° 02

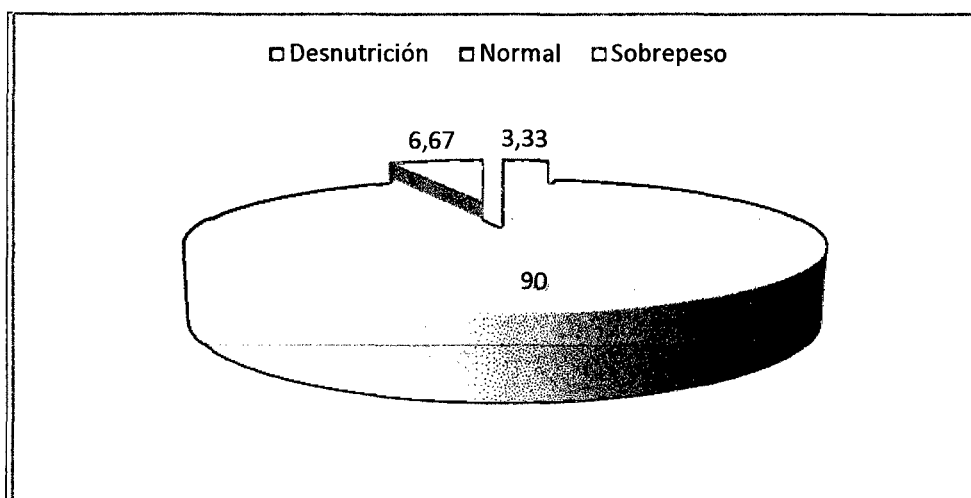
ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN PESO/ EDAD DEL MENOR DE UN 1 AÑO DEL CENTRO DE SALUD AUGUSTO B. LEGUÍA, TACNA 2010

Peso/edad	N°	%
Desnutrición	2	3,33
Normal	54	90,00
Sobrepeso	4	6,67
Total	60	100,00

Fuente: Evaluación nutricional según los Patrones de crecimiento infantil de la OMS 2006, aplicado en niños menores de 1 año durante el mes de Noviembre del 2010.

GRÁFICA N° 02

ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN PESO/ EDAD DEL MENOR DE UN 1 AÑO DEL CENTRO DE SALUD AUGUSTO B. LEGUÍA, TACNA 2010



Fuente: Cuadro N° 02

Descripción:

El mayor porcentaje 90% de niños menores de 1 año presentó estado nutricional según peso para la edad normal y el menor porcentaje 3,33% desnutrición. Este es indicador primario que corresponde a la relación entre el peso real de un niño y su peso teórico normal expresado en porcentaje

CUADRO N° 03

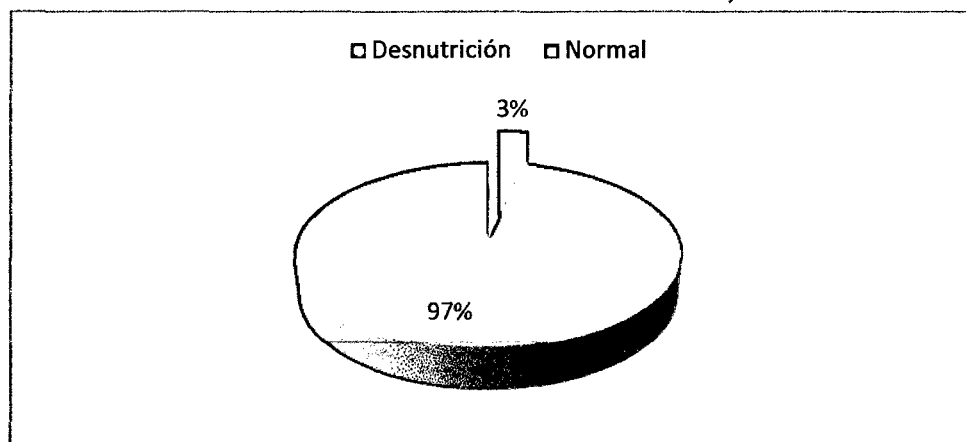
ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN PESO/ TALLA DEL MENOR DE UN 1 AÑO DEL CENTRO DE SALUD AUGUSTO B. LEGUÍA, TACNA 2010

Peso/talla	N°	%
Desnutrición severa	0	0,00
Desnutrición	2	3,33
Normal	58	96,67
Sobrepeso	0	0,00
Obesidad	0	0,00
Total	60	100,00

Fuente: Evaluación nutricional según los Patrones de crecimiento infantil de la OMS 2006, aplicado en niños menores de 1 año durante el mes de Noviembre del 2010.

GRÁFICA N° 03

ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN PESO/ TALLA DEL MENOR DE UN 1 AÑO DEL CENTRO DE SALUD AUGUSTO B. LEGUÍA, TACNA 2010



Fuente: cuadro N° 03

Descripción:

El mayor porcentaje 96,67% de niños menores de 1 año presentó estado nutricional según peso para talla normal y el menor porcentaje 3,33% desnutrición. El peso y la talla detalla que pueden presentar desnutrición aguda, en este caso los niños presentan una buena alimentación.

CUADRO N° 04

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA Y EL ESTADO NUTRICIONAL POR PESO / EDAD DEL
MENOR DE 1 AÑO, TACNA 2010**

Nivel de conocimiento	Estado nutricional Peso/edad						Total		X ²
	Desnutrición		Normal		Sobrepeso		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%			
Alto	0	0,00	36	60,00	0	0,00	36	60,00	X ² cal=12,34 X ² tabl=9,49 P=0,013 Gf=4 Si existe relación significativa
Promedio	1	1,67	18	30,00	3	5,00	32	36,67	
Bajo	1	1,67	0	0,00	1	1,67	2	3,33	
Total	2	3,33	54	90,00	4	6,67	60	100,00	

Fuente: Entrevista sobre el nivel de conocimiento a madres diseñada bajo las Normas de MINSa (2010) y modificadas por la autora y Evaluación nutricional según los Patrones de crecimiento infantil de la OMS 2006, aplicado en niños menores de 1 año durante el mes de Noviembre del 2010.

Descripción:

El 60% de madres tiene nivel de conocimiento alto sobre alimentación complementaria y estado nutricional normal según peso para la edad de su niño.

En la relación según la prueba estadística chi cuadrado si existe relación significativa, ya que resultó con $p= 0, 013$ menor que $p<0,05$.

CUADRO N° 05

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA Y EL ESTADO NUTRICIONAL POR PESO/TALLA DEL
MENOR DE 1 AÑO**

Nivel conocimiento	Total								Total		X ²
	Desnutrición		Normal		Sobrepeso		Obeso		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%			
Alto	0	0,00	36	60,00	0	0,00	0	0,00	36	60,00	X ² cal=6,78 X ² tabl=5,99 P=0,00012 gl=2 Si existe relación significativa
Promedio	0	0,00	22	36,67	0	0,00	0	0,00	22	36,67	
Bajo	2	3,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	3,33	
Total	2	3,33	58	96,67	0	0,00	0	0,00	60	100,0	

Fuente: Entrevista sobre el nivel de conocimiento a madres diseñada bajo las Normas de MINSA (2010) y modificadas por la autora y Evaluación nutricional según los Patrones de crecimiento infantil de la OMS 2006, aplicado en niños menores de 1 año durante el mes de Noviembre del 2010.

Descripción:

El 60% de madres tiene nivel de conocimiento alto sobre alimentación complementaria y estado nutricional normal según peso para la talla de su niño.

En la relación según la prueba estadística chi cuadrado si existe relación significativa, ya que resultó con $p= 0,00012$ menor que $p<0,05$.

3.2. Discusión

En el *cuadro N° 01* se aprecia el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria, en donde el mayor porcentaje 60% presentó nivel de conocimiento alto y en menor porcentaje 3,33% bajo.

Similares resultados a los de GÓMEZ, Bety (2006) en Lima, realizó un estudio sobre *“El nivel de conocimientos de las madres de lactantes hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Rebagliati sobre la alimentación complementaria.* Las conclusiones fueron entre otras: El nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria es alto y el inicio se dio cuando el lactante tiene más de 6 meses, es regular cuando ellas tienen 31 años de edad, es alto con madres de instrucción superior. El 82,2% de las madres identifican al pescado como alimento que contiene alto porcentaje de hierro y el 79,5% consideran que se debe dar suplementos de sulfato de hierro a los lactantes. Del total de lactantes en estudio 79,4% presentan anemia moderada y 20,6% anemia severa. ⁽⁷⁾

El nivel de conocimiento en madres sobre alimentación complementaria es el Grado o intensidad de la capacidad de aprehender. Categorizado en Alto (buen conocimiento), promedio (regular conocimiento) y bajo (deficiente conocimiento) respecto a la alimentación complementaria que es un proceso que comienza cuando la leche maternal sola ya no es suficiente para cubrir

⁽⁷⁾ GÓMEZ, Bety. (2006) Op.cit. p. 80.

las necesidades nutricionales de los lactantes y por ende, otros alimentos y líquidos son necesarios además de la leche materna.⁽¹⁰⁾

Resulta gratificante que las madres en su mayoría conozcan como alimentar al niño menor de 1 año, es decir que se está trabajando bien la consejería nutricional a las madres, además de la zona donde se ejecutó, en que la mayoría de madres son de grado de instrucción superior y tienen la experiencia previa de la crianza de un hijo.

En el *cuadro N° 02* el mayor porcentaje 90% de niños menores de 1 año presentó estado nutricional según peso edad normal y el menor porcentaje 3,33% desnutrición.

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

⁽¹⁰⁾ DEWEY, Kathryn. (2003) .Op.cit.

En el *cuadro N° 03* El mayor porcentaje 96,67% de niños menores de 1 año presentó estado nutricional según peso para talla normal y el menor porcentaje 3,33% desnutrición.

El Peso para talla: es el peso que corresponde a un niño para la talla que tienen en el momento de la medición, el déficit de peso indica un adelgazamiento que resulta de una mal alimentación, mide la desnutrición aguda.

Contrastando con *ROMERO, Luz (2001) En el estudio ¿Obesidad o desnutrición? Problema actual de los niños peruanos menores de 5 años en el año 2000.* “Durante el período evaluado, la desnutrición crónica disminuyó de 39% a 32%, la desnutrición global de 12% a 9% y la desnutrición aguda de 2% a 1%. Mientras tanto, el sobrepeso y la obesidad ascendieron de 17% y 5% a 19% y 7%, respectivamente. Y concluyó: aunque persiste el problema de desnutrición en los niños peruanos, el sobrepeso y la obesidad vienen alcanzando valores considerablemente elevados, con proyecciones que van en rápido incremento”.⁽⁵⁾

El estado nutricional es la resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes. En los niños y especialmente durante los primeros años de vida, debido a la gran velocidad de crecimiento, cualquier factor que altere este equilibrio repercute rápidamente en el crecimiento. Por

⁽⁵⁾ ROMERO, Luz. (2001) Op.cit.

esta razón, el control periódico de salud constituye el elemento más valioso en la detección precoz de alteraciones nutricionales, ya que permite hacer una evaluación oportuna y adecuada.⁽¹²⁾

Es decir que estos niños tienen en promedio una buena ingesta de alimentos; y esto se debe a la condición económica de los padres, situación social y grado de instrucción. Además que podemos apreciar que los problemas nutricionales son en minoría o están en descenso, lo que nos proyecta a tener una población infantil con buen crecimiento y desarrollo.

En el *cuadro N° 04*, el 60% reportó nivel de conocimiento alto en madres sobre alimentación complementaria y estado nutricional normal según peso para la edad de su niño; en la relación según la prueba estadística chi cuadrado si existe relación significativa, ya que resultó con $X^2_{cal} > X^2_{tabl}$ y un $p < 0,05$.

En el *cuadro N° 05*, el 60% reportó nivel de conocimiento alto en madres sobre alimentación complementaria y estado nutricional normal según peso para la talla de su niño; en la relación según la prueba estadística chi cuadrado si existe relación significativa, ya que resultó con $X^2_{cal} > X^2_{tabl}$ y un $p < 0,05$.

⁽¹²⁾ Asociación ARARIWA (2008) Op.cit. p.89.

Similares resultados a CÁRDENAS, Catherine (2005) en Lima, 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*. Resultando que “el 70% de las madres tuvieron 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 tuvo 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% tuvo alteraciones nutricionales como obesidad, sobre peso, bajo peso, desnutrición, entre otras”.⁽⁶⁾

Los nuevos alimentos prepararan el terreno para el consumo de los alimentos sólidos que el lactante compartirá con la familia, esta situación involucra a dos personas: al lactante que las consume y la madre que los prepara, es por este motivo que esta última persona tiene un papel importante en este proceso. Es por tanto prevenir la desnutrición u obesidad, problemas de alcance mundial relacionados con más de la mitad de los casos de mortalidad infantil, la persistencia de esta amenaza trae graves consecuencias sobre los lactantes ya que tendrán mayor propensión a sufrir enfermedades.

⁽⁶⁾ CÁRDENAS, Catherine. (2005).Op.cit.p.70.

3.3. Conclusiones

- El mayor porcentaje 60% de madres tiene un nivel de conocimiento alto sobre alimentación complementaria y en menor porcentaje 3,33% bajo.

- El 90% de niños menores de 1 año tiene un estado nutricional según peso para la edad normal y el menor porcentaje 3,33% desnutrición. El 80% estado nutricional normal según talla para la edad y un 20% talla para la edad alta. El 96,67% estado nutricional normal según peso para talla y el menor porcentaje 3,33% desnutrición.

- Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento en madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del menor de 1 año como en peso/edad, talla/edad y peso /talla.

3.4. Recomendaciones

- Hacer llegar los resultados al Establecimiento de Salud para su conocimiento, a fin de reorientar y reformular sus cuidados y educación en esta etapa de vida.
- Que el Ministerio de Salud continúe y fortalezca la capacitación en pro de esta población, y continuar con las acciones preventivo promocionales.
- Trabajar con una población mayor para poder extrapolar los resultados y conocer ampliamente el inicio de la alimentación complementaria y su estado nutricional.
- Realizar otros estudios con enfoque cuanti-cualitativo para identificar otras variables que influyan en el estado nutricional de los lactantes.

3.5. Referencias

ADUNI, José. (2006) "Enciclopedia de Psicología". Editorial Lumbreras. Lima. Perú.2006.p.34.

BUNGE, Mario. (2000) "La ciencia su método y filosofía". Editorial Siglo XX. Buenos Aires. Argentina. p.23

CUSMINSKY, Manuel. (2003) "Manual de crecimiento y desarrollo del niño" OPS. 8va edición. Washington. Editorial OPS. p. 56-89.

MINSA (2009) "Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño". Editorial del MINSA. Perú. p.35-89.

MINSA. (2005) "Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño". Editorial del MINSA. Perú. Pág.35-89.

OMS (2009) "Las Condiciones de Salud de las Américas". Editorial Publicación Científica y Técnica. Washington. p. 34.

Asociación ARARIWA (2008) "Documento Interno sobre nutrición mundial en la infancia". Asociación ARARIWA. España. p.89.

OMS (2004) "Reglas para la preparación higiénica de los alimentos. Publicación Científica y Técnica Nº 578". Editorial OMS. Washington. DC. p. 45-90.

CÁRDENAS, Catherine. (2005) "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" Ministerio de Salud. Tesis para optar la Licenciatura en Enfermería. Lima – Perú. Pág.70.

DÍAZ, Julio. (2008) "Factores que influyeron en la desnutrición proteico-energética en edad pediátrica en menores de 5 años en la Parroquia Guanayen del municipio Urdaneta en Venezuela". Universidad Nacional de Venezuela. Para optar Licenciatura en Medicina. p.89.

GOBIERNO REGIONAL DE TACNA (2010) "Informe sobre la desnutrición en

Tacna. Disponible en:

http://www.regiontacna.gob.pe/grds/index.php?opt=11&cod_noticia=45&cod_proyecto=PY0007

GÓMEZ, Bethy. (2006) "El nivel de conocimientos de las madres de lactantes hospitalizados en el servicio de pediatría sobre la alimentación complementaria, para prevenir la anemia". En tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. UNMSM. Lima – Perú. p. 80.

DEWEY, Kathryn. (2003) "Principios de orientación para la alimentación Complementaria del niño". OMS. Disponible en:
http://whqlibdoc.who.int/paho/2003/9275324603_spa.pdf

MINSA/OMS (2006) "Guía de Alimentación de la alimentación complementaria".

Disponible en: www.minsa.gob.pe

MINSA (2007) "Implicancia de los nuevos patrones de crecimiento infantil 2007".

Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/oei>

MINSA (2005) "Promoción y prevención de Salud". Perú. Disponible en: [http://](http://www.minsa.gob.pe/oei)

www.minsa.gob.pe/oei.

OMS (2009) "Patrones de crecimiento infantil 2006". OMS. Washington.

Disponible www.who.es //

OPS/OMS/UNICEF(2009) "Inmunización 2009 Dirección General de Epidemiología-MINSA". Disponible en:

<http://www.unicef.org/peru/spanish/children.html>

ROMERO, Luz. (2001) ¿Obesidad o desnutrición? Problema actual de los niños peruanos menores de 5 años en el año 2000. Ministerio de Salud. Disponible en:

<http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v67n3/pdf/a04v67n3.pdf>.

ANEXOS

ANEXO N° 01

DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se determinó usando la siguiente fórmula: para una población finita (limitada)

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

Donde:

N = Población 71

Z = Nivel de confianza 95%

p = Proporción (0,5).

1-p= proporción (0,5).

E = Error de estimación 5%

Reemplazando:

$$n = \frac{(1,96)^2 * 0,5 * 0,5 (71)}{(71) (0,05)^2 + (1,96)^2 * 0,5 * 0,5}$$

n = 60 madres y niños

ANEXO N° 02

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>Nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria</p>	<p>Es el Grado o intensidad de la capacidad de aprehender. Categorizado en Alto (buen conocimiento), promedio (regular conocimiento) y bajo (deficiente conocimiento) respecto a la alimentación complementaria que es un proceso que comienza cuando la leche materna sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y por ende, otros alimentos y líquidos son necesarios además de la leche materna.</p>	<p>Principios de la alimentación complementaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Duración de la lactancia materna exclusiva y edad de introducción de los alimentos complementarios. ▪ Mantenimiento de la lactancia materna. ▪ Alimentación perceptiva. ▪ Preparación y almacenamiento seguros de los alimentos complementarios. ▪ Cantidad necesaria de alimentos complementarios. ▪ Frecuencia de alimentos y densidad energética. ▪ Contenido nutricional de alimentos complementarios. ▪ Uso de suplementos de vitaminas y minerales o productos fortificados para niños y madres. ▪ La alimentación durante y 	<p>Nominal</p>

			después de la enfermedad.	
VARIABLE DEPENDIENTE Estado nutricional	El estado nutricional de un individuo es la resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes.	Antropometría	Peso para la edad Talla para la edad Peso para la talla	De razón

ANEXO N° 03

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN DE TACNA

Facultad de Ciencias de la salud

Escuela Académico Profesional de Enfermería

ENTREVISTA

NIVEL CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL DEL MENOR DE 1 AÑO

Instrucciones: Sra. Madre de familia, se está realizando un trabajo de investigación para lo cual se pide su total colaboración contestando lo siguiente:

La información es anónima:

DATOS GENERALES:

- A. Edad de madre:.....
- B. Numero de hijo.....
- C. Estado civil

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Conviviente
- d) Divorciada
- e) Viuda

- D. Ocupación:

- a) Su casa
- b) Profesional
- c) Otro

- E. Grado de instrucción

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Superior
- d) Sin instrucción

CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

1. Hasta que edad se debe dar lactancia materna exclusiva al niño
 - a) 6 meses
 - b) 2 años
 - c) 5 años
 - d) 1 año

2. ¿A qué edad se debe empezar con la introducción de alimentos complementarios a su niño?
 - a) 4 meses
 - b) 5 meses
 - c) 6 meses
 - d) 7 meses

3. Se debe continuar con la lactancia materna frecuente y a demanda hasta los dos años de edad o más.
 - a) Si
 - b) No

4. ¿Qué cuidados debemos de tener al alimentar a su niño, marque con (x) verdadero (v) o (f) falso?
 - a) Alimentar a los lactantes directamente y asistir a los niños mayores cuando comen por sí solos, respondiendo a sus signos de hambre y satisfacción. (V) (F)
 - b) Alimentar despacio y pacientemente y animar a los niños a comer, pero sin forzarlos. (V) (F)
 - c) Si los niños rechazan varios alimentos, experimentar con diversas combinaciones, sabores, texturas y métodos para animarlos a comer; (V) (F)
 - d) Minimizar las distracciones durante las horas de comida si el niño pierde interés rápidamente. (V) (F)
 - e) Recordar que los momentos de comer son periodos de aprendizaje y amor – hablar con los niños y mantener el contacto visual. (V) (F)

5. En cuanto a la preparación de alimentos; marque la respuesta correcta:
 - a) Lavar las manos de las personas a cargo de los niños y de los mismos niños antes de preparar alimentos y de comerlos,
 - b) Guardar los alimentos de forma segura y servirlos inmediatamente después de su preparación,
 - c) No utilizar utensilios limpios para preparar y servir los alimentos,

- d) Utilizar tazas y tazones limpios al alimentar a los niños,
- e) Evitar el uso de biberones, dado que es difícil mantenerlos limpios.

6. La cantidad necesaria de alimentos se debe comenzar a los seis meses de edad con cantidades pequeñas de alimentos y aumentar la cantidad conforme crece el niño, mientras se mantiene la lactancia materna.

- a) Si
- b) No

7. Complete en el siguiente cuadro la edad en que corresponde, la consistencia, frecuencia y cantidad de alimentos complementarios.

Edad (meses)	consistencia	frecuencia	Medidas por ración	
			Taza	cucharadas
	Alimentos de la olla familiar	3 comidas al día, dos entre comida adicionales y leche materna después de los alimentos	1	7 a 10
	Picados	3 comidas al día y una entre comida con leche materna	3/4	5 a 7
	Triturados en forma de papillas, mazamoras o purés	3 comidas al día y leche materna frecuente	1/2	3 a 5
	Aplastados en forma de papillas, mazamoras o purés	2 comidas al día y leche materna frecuente	1/4	2 a 3

8. Se debe además de sus alimentos, dar suplemento diario de hierro, para prevenir la anemia

- a) Si
- b) No

9. ¿Qué alimentos se puede dar a su niño según la edad

- a) Hígado, carne, pollo, pescado, huevo, menestras
6m () 7m y 8m () 9 a 11m () 12m ()

- b) Hígado de pollo, zapallo, zanahoria, espinaca
6m () 7m y 8m () 9 a 11m () 12m ()
- c) Comida de la olla familiar
6m () 7m y 8m () 9 a 11m () 12m ()
- d) Menestras sin cascara, hígado, sangrecita, huevo
6m () 7m y 8m () 9 a 11m () 12m ()

10. ¿Qué combinación cree Ud. Es adecuada para el almuerzo de su niño?

- a) Puré+hígado+fruta o jugo de fruta
- b) Arroz+ hígado
- c) Puré de papa + jugo de fruta
- d) caldo de hueso de res+ jugo de frutas

11. Marque Ud. con una equis (X) el mes en el que se debe de introducir en su alimentación de su niño este alimento.

Nutrientes/meses		6	7	8	9	10	11	12
Cereales	Sin gluten							
	Con gluten							
Fruta	Zumo pieza							
Verdura	Espinaca col, remolacha							
	Resto de verduras							
Carne	Pollo							
	Cordero							
	Vaca							
Huevo	Yema(cocida)							
	Clara(cocida)							
Legumbres								
Pescado								
Leche de vaca								

12. Se debe aumentar la ingesta de líquidos durante las enfermedades de su niño incluyendo leche materna (lactancia más frecuente), y alentar al niño a comer alimentos suaves, variados, apetecedores y que sean sus favoritos.

- a) Si
- b) No

13. Después de la enfermedad, se debe de dar alimentos con mayor frecuencia de lo normal y alentar al niño a que coma más.

- c) Si
- d) No

ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO:

1. Datos del niño:

Edad:.....Años.....meses

Sexo

a) Masculino ()

b) Femenino ()

Peso.....Kg

Talla.....Cm.

2. Valoración nutricional:

Peso / edad:

Talla / edad:

Peso / talla:

ANEXO N° 04
VALIDEZ Y CONFIABILIDAD
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO (ENCUESTA MEDIANTE EL
CRITERIO DE EXPERTOS)

INSTRUCCIONES:

El presente documento, tiene como objetivo el de recoger informaciones útiles de personas especializadas en el tema: "NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y EL ESTADO NUTRICIONAL DEL MENOR DE UN 1 AÑO DEL CENTRO DE SALUD AUGUSTO B. LEGUIA, TACNA 2010"

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. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?					
2. ¿Considera Ud. que 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. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?					
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en éste instrumentos, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?					
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?					
7. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumentos es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.					
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?.					
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse?					

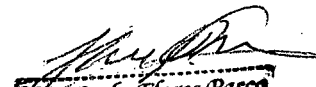
Firma del experto

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


Firma del experto


Ludo Flores Pasco
 CNP 604
 RNE 2084

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


 Lic. Lourdes R. Arboles Torres
 ENFERMERA
 CEP. 37625

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. que los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?					X
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?					X
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?					X
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?				X	
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en éste instrumentos, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?				X	
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?				X	
7. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumentos es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.					X
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?				X	
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?.					X
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse? En la escala de valoración de conocimiento hacer algunos ítems mas sencillos (pero el contenido es bueno)					

Firma del experto

Mirtha Jarediz

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

[Firma]
 Lic. EN ENFERMERIA
 C.E.P. 31647

PROCEDIMIENTO

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

Nº de ítem	Expertos				Promedio
	A	B	C	D	
1	5	5	5	4	4,75
2	5	5	5	4	4,75
3	5	5	5	5	5
4	4	4	4	5	4,25
5	4	4	4	4	4
6	4	4	4	4	4
7	5	5	5	4	4,75
8	4	4	4	5	4,25
9	5	5	5	5	4,75

2. Con los promedios hallados se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$\sqrt{2^2 + 2^2 + \dots + 2^2}$$

Donde DPP = $\sqrt{(x - y_1)^2 + (x - y_2)^2 + \dots + (x - y_9)^2}$

Donde x = Valor máximo de la escala concebida para cada ítem (5).

Y = promedio de cada ítem.

En el presente trabajo la DPP es 1,84

3. Determinar la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero(0), con la ecuación.

$$2 \quad 2 \quad 2$$

Donde $DPP = V (y_1 - 1) + (-y_2 - 1) + \dots + (y_g - 1)$

Y = valor máximo de la escala para cada ítem

El valor de los resultados es $D \text{ máx.} = 10,55$

4. Con éste último valor hallado se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a $D \text{ máx.}$ 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

..... **1,84**

0 2,1

B

.....

2,2 4,3

C

.....

4,4 6,7

D

.....

6,8 8,9

E

.....

9

10,5

5. 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. El valor DPP fue 1,84 cayendo en las zonas A y B lo cual significa una adecuación total del instrumento y que puede ser aplicado.

CONFIABILIDAD POR ALFA DE CRONBACH

ethod 2 (eovariance matrix) will be used for this analysis

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE(ALPHA)

Covariance Matrix 1

	VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004
VAR00001	,4131	,7110	,7608	,6106
VAR00002	,7388	,6776	,8653	,7673
VAR00003	,6261	1,4567		
VAR00004	,8073	,9073	1,4453	
VAR00005	,1363	,4976	,4380	,4069
VAR00006	,7388	,6776	,8653	,7673
VAR00007	,6694	,7612	,9816	,8347
VAR00008	,7094	1,0951	1,1269	
VAR00009	,4131	,7110	,7608	,6106
VAR00010	,8947	,5906	,8771	,6576
VAR00011	,1363	,4976	,4380	,4069
VAR00012	,7388	,6776	,8653	,7673
VAR00013	,6694	,7612	,9816	,8347
VAR00014	,7094	1,0951	1,1269	
VAR00015	,8947	,5906	,8771	,6576
VAR00016	,8947	,5906	,8771	,6576
VAR00017	,8947	,5906	,8771	,6576
VAR00018	1,1118	1,23	,8923	1,127
VAR00019	,6261	1,456	,4577	,7896
VAR00020	,8073	,9073	1,4453	,8979
VAR00021	,7518	,8355	,7547	1,4127
VAR00022	,4131	,7110	,7608	,6106
VAR00023	,4131	,7110	,7608	,6106
VAR00024	,8947	,5906	,8771	,6576

Correlation Matrix 2

	VAR00001	VAR00002	VAR00003	VAR00004
VAR00001	,4131	,7110	,7608	,6106
VAR00002	,8947	,5906	,8771	,6576
VAR00003	,1363	,4976	,4380	,4069
VAR00004	1,1158			
VAR00005	,6261	1,4569		

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE
(ALPH

N of Cases = 6,0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of
Scale	76,17	86,6363	88,239	Variables
Reliability Coefficients		13 items prop.		2

Alpha = ,86 Standardized item alpha ,86
 Alpha = ,97 Standardized item alpha ,97

INSTRUMENTO	PILOTO	
	VALOR	INTERPRETACIÓN
INSTRUMENTO 01	0,86	Adecuación total
INSTRUMENTO 02	0,97	Adecuación total

*Para ser aplicado valor de 0,7 a 1. INSTRUMENTO FIABLE.

CUADRO N° 06

DATOS GENERALES DE LAS MADRES

Datos generales	N°	%
Edad		
16 a 19 años	2	3,33
20 a 30 años	54	90,00
31 a 40 años	4	6,67
Más de 40 años	0	0,00
Número de hijos		
1 a 2 hijos	50	83,33
3 a 4 hijos	10	16,67
Más de 5 hijos	0	0,00
Estado civil		
Soltero	6	10,00
Casado	8	13,33
Conviviente	46	76,67
Grado de Instrucción		
Primaria	4	6,67
Secundaria	24	40,00
Superior	32	53,33
Sin instrucción	0	0,00
Ocupación		
Su casa	40	66,67
Profesión	4	6,67
Otros	16	26,66
Total	60	100,00

Fuente: Entrevista sobre nivel de conocimiento de la alimentación complementaria, diseñado por MINSA y modificado por la autora, aplicado durante el mes de Noviembre del 2010.

CUADRO N° 07

DATOS GENERALES DEL MENOR DE 1 AÑO

Datos generales	N°	%
Edad		
6 meses	12	20,00
7meses	10	16,67
8meses	8	13,33
9meses	8	13,33
10meses	4	6,67
11meses	20	33,33
Sexo		
Femenino	38	63,33
Masculino	22	36,67
Total	60	100,00

Fuente: Entrevista sobre nivel de conocimiento de la alimentación complementaria, diseñado por MINSA y modificado por la autora, aplicado durante el mes de Noviembre del 2010.

CUADRO N° 08

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA DEL MENOR DE UN 1 AÑO DEL CENTRO DE SALUD
AUGUSTO B. LEGUÍA, TACNA 2010**

Conocimiento	Respuesta			
	Correcta		Incorrecta	
	N°	%	N°	%
Hasta que edad debe dar LME	50	93,33	4	6,67
Edad de introducción de ACA	57	95,00	3	5,00
Se continua con la LM hasta los 2 años	60	100,00	0	0,00
Cuidados al alimentar a su niño	50	83,33	10	16,67
Preparación de alimentos	52	86,67	8	13,33
Cantidad de alimentos	58	96,67	2	3,33
Frecuencia, consistencia y medidas por ración	40	66,67	20	33,33
Suplemento diario de hierro	57	95,00	3	5,00
Inicio de alimentos según edad	42	70,00	18	30,00
Combinación de alimentos	50	83,33	10	16,67
Tipo de alimentos a introducir	30	50,00	30	50,00
Líquidos durante enfermedades	52	86,67	8	13,33
Aumentar la frecuencia de alimentos después de la enfermedad	54	90,00	6	10,00

Fuente: Entrevista sobre el nivel de conocimiento en madres sobre alimentación complementaria diseñado por el MINSA y modificado por la autora, aplicado en Noviembre del 2010.

CUADRO N° 09

ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN TALLA/ EDAD DEL MENOR DE UN 1 AÑO DEL CENTRO DE SALUD AUGUSTO B. LEGUIÁ, TACNA 2010

Talla/edad	N°	%
Baja severa	0	0,00
Baja	0	0,00
Normal	48	80,00
Alta	12	20,00
Total	60	100,00

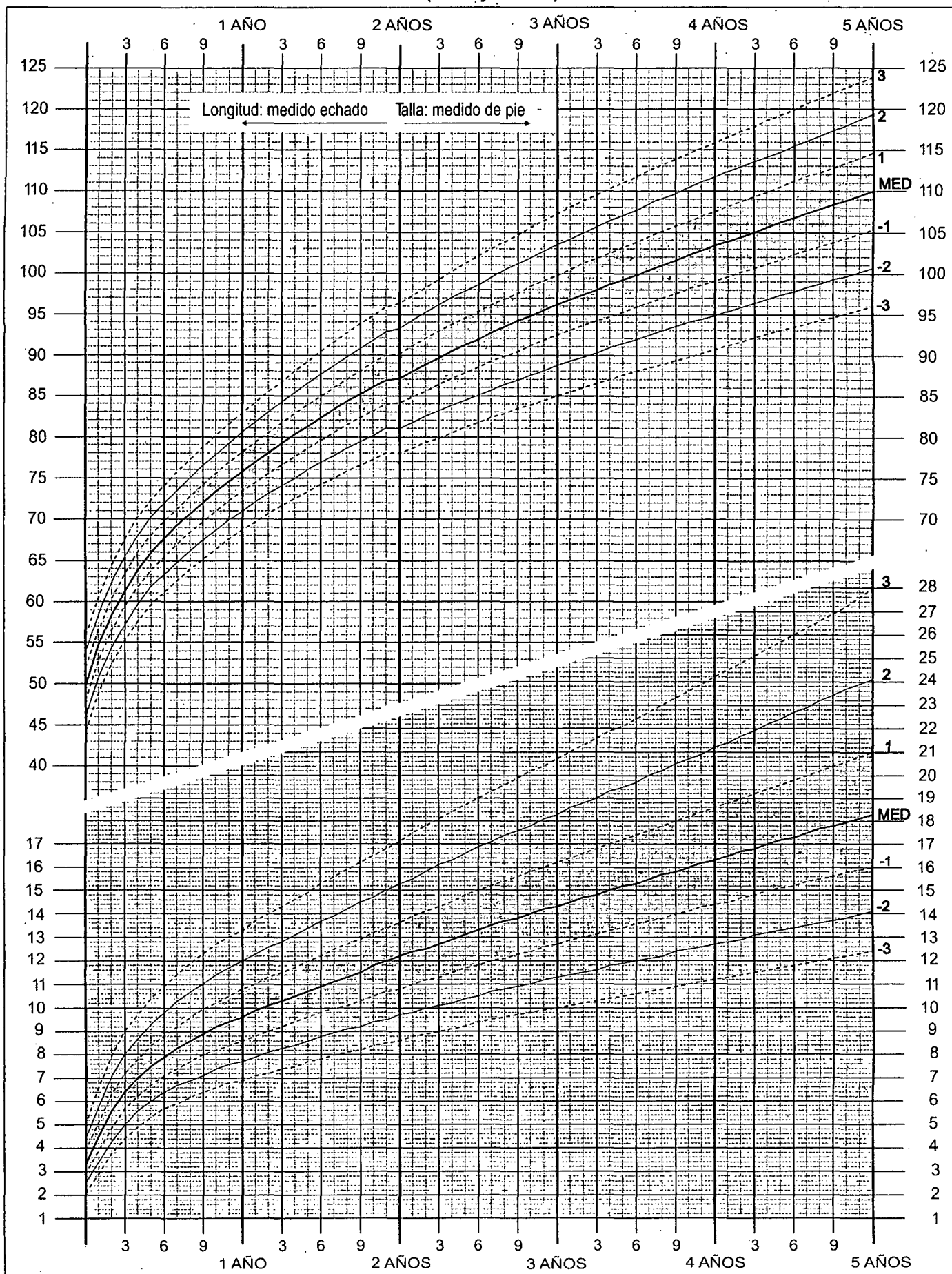
Fuente: Evaluación nutricional según los Patrones de de crecimiento infantil de la OMS 2006, aplicado en niños menores de 1 año durante el mes de Noviembre del 2010.

NIÑOS : LONGITUD/EDAD (<2 años), TALLA/EDAD (2 a < 5 años) y PESO /EDAD (<5 años)
 Mediana y desviación estándar



NOMBRE : _____ HC: _____

Edad (años y meses)



Edad (años y meses)

NIÑAS: LONGITUD/EDAD (<2 años), TALLA/EDAD (2 a < 5 años) y PESO /EDAD (<5 años)

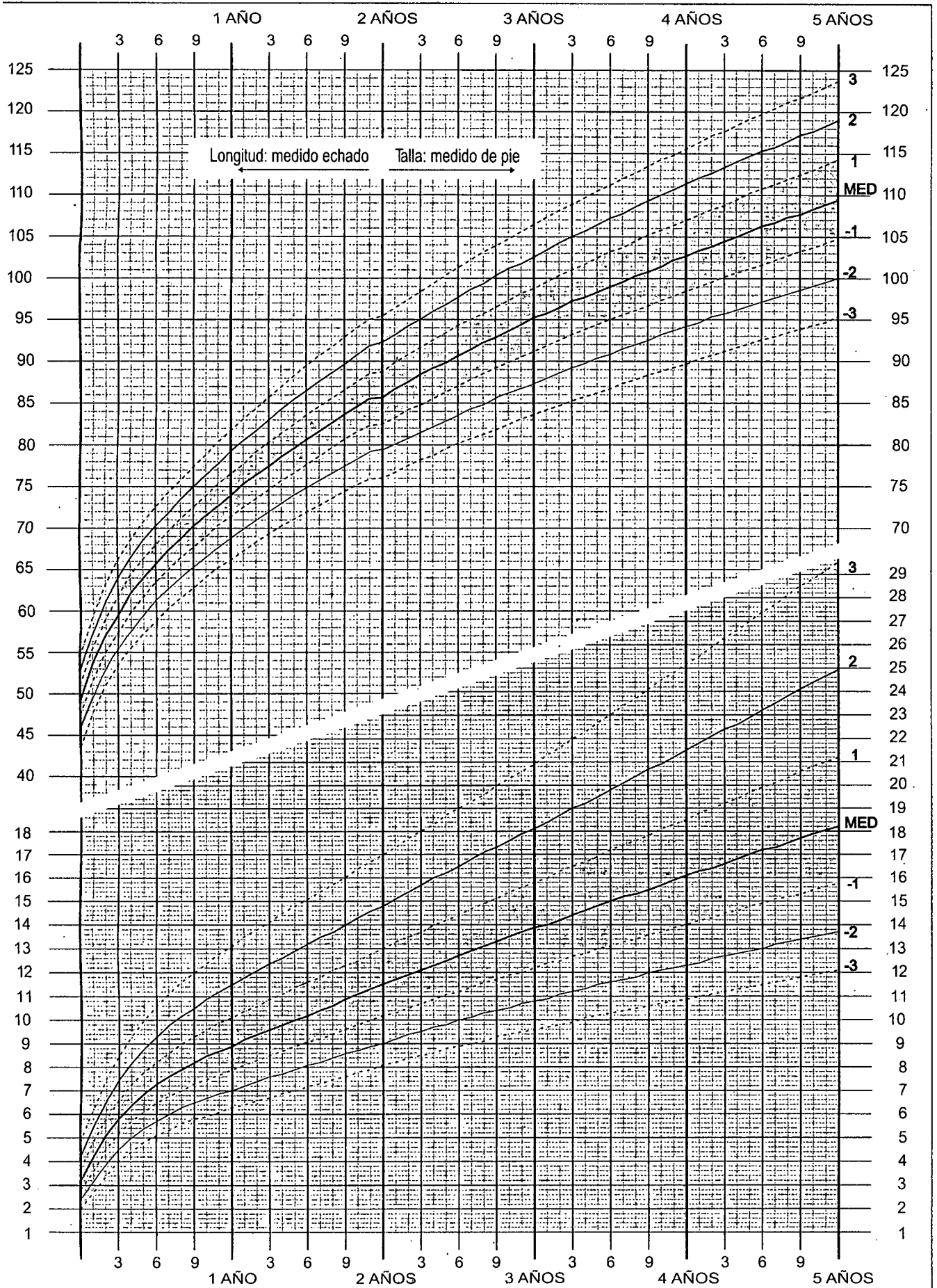
Mediana y desviación estándar



NOMBRE : _____

HC: _____

Edad (años y meses)



Edad (años y meses)

