



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

TESIS

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA EN MADRES CON NIÑOS DE 06 A 24 MESES EN EL
CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL MANUEL BARRETO, SAN JUAN
DE MIRAFLORES LIMA-PERÚ 2016**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

**PRESENTADA POR:
PANCCA BELIZARIO LIDIA ELIZABETH**

**ASESOR:
MG. JENNY MILAGRO SANCHEZ DELGADO**

LIMA – PERU, 2018

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA EN MADRES CON NIÑOS DE 06 A 24 MESES EN EL
CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL MANUEL BARRETO, SAN JUAN
DE MIRAFLORES LIMA-PERÚ 2016**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Demostrar la efectividad de la intervención educativa sobre alimentación complementaria en las madres con niños de 06 a 24 meses en el centro de salud Materno Infantil Manuel Barreto, San Juan de Miraflores Lima-Perú 2016, Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de (n=132 madres), para el recojo de la información se utilizó un cuestionario tipo Likert, la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de (0,836); la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de ($\alpha=0,901$), la prueba de hipótesis se realizó mediante la t-student con un valor de (8,117) y con un nivel de significancia de valor ($p<0,05$).

CONCLUSIONES:

Antes de la Intervención educativa los niveles de conocimiento, en mayor porcentaje es Bajo, con un promedio de (11,2). Después de la Intervención educativa el nivel de conocimientos en mayor porcentaje fue Alto, con un promedio de (16,1); haciendo una diferencia de promedios de (-4.9). Existiendo una diferencia significativa de los promedios entre ambos momentos, por la efectividad de la Intervención educativa. Debiendo tener presente los siguientes aspectos que se señalan en las respuestas de las madres: No saben acerca de la alimentación complementaria, asimismo, desconocen la edad de inicio de la alimentación complementaria en el lactante y a qué edad el niño puede ingerir todos los alimentos de la olla familiar, también desconocen cuántas veces al día debe comer el niño que inicia la alimentación Complementaria, además desconocen acerca de los alimentos de origen animal (carne, pollo, pescado) cuantas veces por semana puede comer el niño de 8 meses de edad, de igual forma no saben que las frutas cocidas al vapor aportan al lactante, desconocen además con qué frecuencia se puede dar huevos de codorniz durante la alimentación complementaria, además desconocen a qué edad se recomienda iniciar con cítricos durante la alimentación complementaria.

PALABRAS CLAVES: *Efectividad de la intervención educativa, alimentación complementaria. Beneficios, características, medidas de higiene.*

ABSTRACT

The present investigation had like Objective: To demonstrate the effectiveness of the educative intervention on complementary feeding in the mothers with children of 06 to 24 months in the center of Maternal Infantile health Manuel Barreto, San Juan of Miraflores Lima-Peru 2016, It is a descriptive investigation transverse, we worked with a sample of (n = 132 mothers), for the collection of the information a Likert type questionnaire was used, the validity of the instrument was performed by means of the test of concordance of the expert judgment obtaining a value of (0,836) ; the reliability was carried out using the Cronbach's alpha with a value of ($\alpha = 0.901$), the hypothesis test was carried out using the t-student with a value of (8,117) and with a level of significance of value ($p < 0, 05$).

CONCLUSIONS:

Before the educational intervention levels of knowledge, in a greater percentage is low, with an average of (11.2). After the educational intervention, the level of knowledge in the highest percentage was High, with an average of (16.1); making a difference of averages of (-4.9). Existing a significant difference of the averages between both moments, by the effectiveness of the educational Intervention. Must bear in mind the following aspects that are indicated in the responses of mothers: They do not know about complementary feeding, likewise, they do not know the age at which complementary feeding begins in the infant and at what age the child can eat all the foods of the Family cook, they also do not know how many times a child should start eating the food Complementary, they also do not know about the foods of animal origin (meat, chicken, fish) how many times a week the 8-month-old child can eat. Likewise they do not know that steamed fruits contribute to the infant, they also do not know how often quail eggs can be given during complementary feeding, they also do not know at what age it is recommended to start with citrus fruits during complementary feeding.

KEY WORDS: *Effectiveness of the educational intervention, complementary feeding. Benefits, characteristics, hygiene measures.*

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	i
ABSTRAC	ii
ÍNDICE	iii
INTRODUCCIÓN	v
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	4
1.2.1. Problema General	4
1.3. Objetivos de la investigación	4
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación del estudio	5
1.5. Limitaciones de la investigación	6
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	7
2.2. Base teórica	11
2.3. Definición de términos	26
2.4. Hipótesis	26
2.5. Variables	27
2.5.1. Definición conceptual de la variable	27
2.5.2. Definición operacional de la variable	27
2.5.3. Operacionalización de la variable	29

CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	32
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	33
3.3. Población y muestra	34
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	35
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	35
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	36
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	37
CAPÍTULO V: DISCUSION	42
CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
ANEXOS	
Matriz	

INTRODUCCIÓN

Durante la segunda etapa de vida del lactante se dan dos procesos importantes como es la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y el inicio de la alimentación complementaria que permite aportar la totalidad de nutrientes y requerimiento energético que la lactancia no puede cubrir los requerimientos de ciertos minerales y vitaminas debido a diversas razones.

El concepto de alimentación complementaria es relativamente reciente. Se dice de aquella que complementa a la lactancia materna, pero sin anularla. Revaloriza a la lactancia materna como un alimento óptimo para los primeros tiempos de la vida y establece la necesidad de estudiar científicamente la alimentación con objeto de cubrir las necesidades del lactante a partir de los seis meses de edad

La leche materna continúa siendo una importante fuente de nutrientes después de los 6 meses, particularmente cuando las madres siguen amamantando mientras les dan otros alimentos. En promedio, los bebés de 6-8 meses obtienen alrededor del 70% de sus necesidades energéticas de la leche materna, a los 9-11 meses el 55 %; y a los 12-23 meses el 40%. La leche materna es, además, la que provee la mayor cantidad de proteína, vitaminas, minerales y ácidos grasos esenciales. La leche materna es un alimento rico en nutrientes y energía, brindando más calorías y nutrientes por mililitro que muchos otros alimentos.

El desafío es cómo agregar otros alimentos de manera que la riquísima fuente alimenticia de la leche materna se complemente y no se reemplace con otros alimentos, determinando que nivel de conocimiento poseen las madres de familias, sobre la cantidad calidad, consistencia, frecuencia e higiene de los alimentos que a partir de ahora serán esenciales y complementarios y porque no decirlo de gran importancia nutricional para el niño (a) al que le darán esta alimentación complementaria.

Se reconoce que este problema y otros relativos a la nutrición del infante requieren una mejor capacitación y perfeccionamiento por parte de los recursos humanos que operan en los diferentes establecimientos de salud.

El trabajo de investigación está Estructurado de la Siguiete manera:

Capítulo I: El Problema de la Investigación, con la formulación del problema principal, secundario, como también la formulación de los Objetivos generales y específicos, la justificación del estudio y las limitaciones de la limitación.

Capítulo II: Marco teórico, donde mostraremos algunos antecedentes tanto Internacionales como Nacionales y bases teóricas que fundamenten la investigación, se tomara en cuenta las definición de términos básicos utilizados, sistema de hipótesis e igualmente de variables, dimensiones e indicadores.

Capítulo III: Trata de la metodología de la investigación tipo de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos para la recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento, y el plan de recolección y procesamiento de datos que nos servirá para sustentar los resultados que obtendremos en este proyecto, Resultados, bibliografía. Anexos.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Mundialmente se reportan más de dos mil millones de niños con alimentación deficiente en vitaminas, minerales y otros nutrientes que son esenciales para el desarrollo y crecimiento normal del niño, condición imprescindible para prevenir la muerte prematura e incapacidades como la ceguera y el retraso mental. En consecuencia los niños sufren o padecen de consumo de alimentos inadecuados (1)

La OMS calcula que en los países de ingresos bajos dos de cada cinco niños tienen retraso del crecimiento. La alimentación complementaria debe introducirse en el momento adecuado, lo cual significa que todos los niños deben empezar a recibir otros alimentos, además de la leche materna, a partir de los 6 meses de vida. La alimentación complementaria debe ser suficiente, lo cual significa que los alimentos deben tener una consistencia y variedad adecuadas, y administrarse en cantidades apropiadas y con una frecuencia adecuada, que permita cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento, sin abandonar la lactancia materna.(2)

La OMS recomienda que los lactantes empiecen a recibir alimentos complementarios a los 6 meses, primero unas dos o tres veces al día

entre los 6 y los 8 meses, y después, entre los 9 a 11 meses y los 12 a 24 meses, unas tres o cuatro veces al día, añadiéndoles aperitivos nutritivos una o dos veces al día, según se desee.(2)

La situación nutricional en el Perú durante la última década en cuanto a la disminución de la desnutrición crónica fue lenta, en la primera mitad de los noventa cuando cayó de 36.5% en 1991 al 25.8% en 1996, la proporción de niños peruanos menores de 5 años que sufren desnutrición crónica se ha detenido a partir del año 1996 (25.8%), hasta el año 2005 (24.1%) en 9 años solo se detuvo una reducción de un 1.7%. Se puede decir que un cuarto de los niños peruanos sufren de desnutrición crónica. Según el INEI, el porcentaje de desnutrición crónica infantil a nivel nacional es 19.5% al 2011 y 18.1% al 2012, sin embargo, estas cifras globales no expresan la realidad de muchas regiones y zonas rurales pobres. La desnutrición crónica infantil representa un grave problema en nuestro país, y debe ser resuelto con mayor convicción y celeridad, principalmente en las zonas más pobres, pues durante los primeros años de vida genera impactos irreversibles, ocasionan más y severas infecciones, menor crecimiento físico y desarrollo psicomotor aumentando el riesgo de mortalidad infantil y materna, lo cual tiene un fuerte impacto en nuestro desarrollo social y económico.(4)

En el Perú la alimentación y nutrición de los niños durante los tres primeros años de vida, se ve alterada por los cambios de una sociedad muchas veces consumista y a la vez poco conocedora del tema; que en las últimas dos décadas ha cambiado el tiempo de la lactancia materna y alimentación complementaria, esenciales para garantizar un desarrollo intelectual y desenvolvimiento en su vida futura. El bajo nivel educativo de la madre y la falta de conocimientos sobre nutrición y desarrollo infantil inciden negativamente en la desnutrición de los hijos.(5)

El Ministerio de Salud tiene como objetivo impulsar un cambio de conducta alimentaria de la población para reducir los problemas de

anemia, desnutrición crónica, sobrepeso y obesidad en niños menores de 24 meses.

La alimentación complementaria es el proceso que comienza cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante, y por tanto se necesitan otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. La transición de la lactancia exclusivamente materna a los alimentos familiares, lo que se denomina alimentación complementaria, normalmente abarca el período que va de los 6 a los 24 meses de edad. Este es un periodo crítico de crecimiento en el que las carencias de nutrientes y las enfermedades contribuyen a aumentar las tasas de desnutrición en los menores de cinco años a nivel mundial.(3)

Las prácticas de alimentación complementaria (son inadecuadas debido a que) no se inicia a los 6 meses de edad y esto afecta el estado nutricional

Se han concebido diversas estrategias que han dado buenos resultados para mejorar las prácticas de alimentación complementaria en los países de ingresos bajos y medianos, donde las dificultades prácticas pueden limitar la observancia de las directrices sobre alimentación complementaria.

El interés por el estudio surge de observar durante las prácticas clínicas en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Materno Infantil Manuel Barreto , ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores, una alta frecuencia de niños menores de 2 años con bajo peso, con reiteradas consultas por enfermedades digestivas, anemia y resfríos continuos, así como también con las madres manifestaron que iniciaron la alimentación complementaria de sus hijos antes de los 6 meses, no sabían que alimentos darles, si el alimento era bueno o no. Frente a lo expuesto, se entiende que el nivel de conocimiento de las madres acerca de la alimentación complementaria sigue evidenciando problemas.

En tal sentido, este estudio pretende reconocer el grado de conocimiento de las madres sobre la alimentación complementaria de sus niños de 6 a 24 meses de edad.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

Cuál es la efectividad antes y después de la intervención educativa sobre alimentación complementaria en madres con niños de 06 a 24 meses en el centro de salud Materno Infantil Manuel Barreto, San Juan de Miraflores Lima-Perú 2016?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General

- Demostrar la efectividad de la intervención educativa sobre alimentación complementaria en las madres con niños de 06 a 24 meses en el centro de salud Materno Infantil Manuel Barreto, San Juan de Miraflores Lima-Perú 2016

1.3.1 Objetivos Específicos

- Determinar las diferencias entre el nivel de conocimiento que tienen las madres de niños de 6 a 24 meses en la dimensión beneficios de la alimentación complementaria antes y después de recibir la intervención educativa
- Determinar las diferencias entre el nivel de conocimiento que tienen las madres de niños de 6 a 24 meses en la dimensión características de la alimentación complementaria antes y después de recibir la intervención educativa
- Determinar las diferencias entre el nivel de conocimiento que tienen las madres de niños de 6 a 24 meses en la dimensión medidas de higiene de la alimentación complementaria antes y después de recibir la intervención educativa

1.4.- JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

A nivel mundial la desnutrición es uno de los principales factores de muerte en más de 6 millones de niños por año según la UNICEF, lo que representa 55% de los 12 millones de muertes anuales de niños menores de 5 años de países en desarrollo, en el Perú existe una mortalidad infantil de 33 x 1.000 nacidos vivos y una tasa de malnutrición crónica del 25%.

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

El profesional de Enfermería que labora a nivel de Centro de Salud, cumple un rol fundamental en el Área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), valorando el crecimiento y desarrollo del Niño, especialmente el estado nutricional, así como el nivel de información y el conocimiento que tienen las madres sobre la calidad del alimento y requerimientos nutricionales de sus hijos. La orientación y educación contribuye significativamente a que las madres amplíen sus conocimientos a través de sesiones educativas sobre alimentación necesaria para sus niños de 6 a 24 meses de edad, por ser la etapa más importante en su crecimiento y desarrollo. Todo ello será de utilidad actual para los servicios de salud, permitiendo replantear el trabajo hacia la comunidad y la población, es decir trabajar en equipo con la enfermera para promover la salud en beneficio de los menores en crecimiento. Por lo

tanto, es responsabilidad del personal de enfermería desarrollar su rol en cuanto a prevención de la desnutrición y en la promoción de una adecuada alimentación que influirá más en el desarrollo biopsicosocial e intelectual del niño. (6)

1.5.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Toda investigación, implica grados de dificultad tanto en recursos humanos como económicos, se presentaron son los siguientes límites:

Económicos: No se cuenta con los recursos necesarios para adquirir libros y revistas que ayuden a profundizar la base teórica de la investigación.

El tema a tratar es amplio, requiere de empeño y dedicación de tiempo y dinero para para el logro de los objetivos trazados en la investigación.

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

La Fundación FES Social; Colombia, 2009, Realizó un estudio titulado: “Factores asociados a la iniciación inapropiada de alimentación complementaria en el primer año de vida de infantes de Cali y Manizales”, tuvo como objetivo identificar los factores asociados a la iniciación inapropiada de Alimentación Complementaria en el primer año de vida de infantes en mujeres primíparas de la zona urbana de Cali y Manizales. El estudio es cohorte prospectivo en una población de 197 Mujeres en Manizales y 176 en Cali que habían tenido su primer hijo en las 24 horas anteriores, se aplicó la técnica de la entrevista primero en las salas de puerperio acerca de sus conocimientos, creencias e intenciones frente a la alimentación de los infantes y luego en sus viviendas con el fin de establecer el tipo de alimentos que estaba dando al recién nacido. Las conclusiones entre otras fueron:

“El inicio de AC inapropiada es alto en mujeres primíparas de Cali y Manizales. Los datos las mujeres de Cali y Manizales alimenten inapropiadamente a los infantes menores de un año”. “Existen

deficiencias en conocimientos, percepciones e intenciones y características a intervenir para mejorar la alimentación de los infantes de Cali y Manizales. “Así mismo, es importante tener en cuenta el efecto que las abuelas y el padre del bebé pueden tener sobre las creencias de las mujeres y por tanto sobre las prácticas alimentarias en los infantes.(7)

- Sáenz-Lozada, María L. y Camacho-Lindo, Ángela E; en Colombia, el 2007, realizaron un estudio sobre “Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá”, Sus Objetivos fueron; identificar las características de las prácticas de lactancia materna, alimentación complementaria y las causas más comunes del cese del amamantamiento en la población que asiste al Jardín Infantil de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. El método fue descriptivo, tipo cualitativo y cuantitativo.

La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Entre sus Conclusiones consideró:

“El 98 % de los niños recibió leche materna y en la mayoría de casos, 75% se reconocieron los beneficios de esta tanto para la madre como para el niño. Solo el 21 % finalizó la lactancia antes de los 6 meses, edad mínima recomendada por la OMS. El 40 % de las madres mantienen la lactancia a los 12 meses”. (8)

- Gatica, C., Méndez de Feu, M. En el año 2006 realizaron un estudio en Argentina con el objetivo de determinar la duración de la lactancia materna y edad de introducción de alimentación complementaria, su tipo, composición y adulto involucrado, en niños sanos menores de 2 años de las provincias de Mendoza, San Juan y San Luis y conocer los factores sociales y demográficos asociados. El diseño fue descriptivo, transversal; la población incluyó niños que concurrían al control de salud o con patología aguda, de 2 años o menos de edad, en septiembre y octubre de 2006. Resultados se obtuvieron 741 encuestas, 51,41% en instituciones públicas. Edad de los niños: $11,3 \pm 6,1$

meses. Prácticas de alimentación al momento de la encuesta: 66,53% recibían LM. El 95,12% que no tenía LM, la había recibido durante $7,8 \pm 5,2$ meses. A menor edad materna mayor frecuencia de LM. El 64,24% recibía puré/papillas desde los 6 meses, enriquecida con aceite, leche o queso; carnes desde los $7,8 \pm 2,1$ meses (intervalo 3-19), huevos desde $8,4 \pm 2,6$ meses (intervalo 3-20); bebidas azucaradas desde $10,49 \pm 3,52$ meses. La madre ofreció la primera comida (88,72%) y la ofrecía habitualmente (91,44%). La TV estaba prendida durante la comida en 50,87; llegando a la conclusión que las prácticas frecuentes de lactancia materna es mayor a menor edad materna; incorporación de comidas es al 6to mes, enriquecimiento de la comida inicial; amplio intervalo en la edad de incorporación de huevo y carne; incorporación temprana de bebidas azucaradas y exposición a la televisión durante la comida, donde la mamá ofrecía la comida habitualmente.(9)

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

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

salud Nueva Esperanza conocen y tienen prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria.(10)

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

Los resultados mostraron que la mayoría de los padres tienen conocimientos generales sobre alimentación complementaria siendo estos 20(66,7%), sin embargo en cuanto a las características un porcentaje significativo de padres desconocen sobre la cantidad y frecuencia de alimentos que se debe brindar al niño según su edad.(11)

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

mientras que una minoría de niños tienen un estado nutricional eutrófico y obeso. Finalmente sí existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento materno sobrealimentación complementaria y el estado del lactante menor en la comunidad Santa Isabel Huancayo.(12)

2.2 BASES TEORICAS

2.2.1 TEORIAS DE ENFERMERIA

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

Una de las teorías de enfermería que se encuentra relacionada al tema es la de Nola Pender, llamada “Modelo de Promoción de la Salud, que refleja las interrelaciones que existen entre los factores cognitivos perceptivos y los factores modificantes que influyen en las conductas favorecedoras de la salud.” Sirve como base para el estudio de cómo las personas toman decisiones, sobre su propio cuidado de la salud, y de las personas que tienen a su cargo, en este caso, sus hijos.(13)

Los factores personales lo relacionaremos con características de las madres, entre ellos los biológicos (edad), psicológicos (el estado de salud percibido y la definición de salud) y sociocultural (raza, etnia, formación y conocimientos).

Beneficios percibidos de acción, son los resultados positivos que se producirán de la conducta de salud, en este caso un crecimiento y desarrollo óptimo del niño, así como la detección temprana de alteraciones.

Barreras percibidas, como el tiempo de espera para ser atendida, desinterés, falta de tiempo entre otros.

La auto-eficacia percibida disminuirá las barreras presentes.

Afecto relacionado con la actividad, mientras la madre crea que el control es importante para la salud futura de su niño, su actitud será positiva.

Influencias interpersonales, la influencia de los que se encuentran en su entorno frente al control de CRED.

Influencias Situacionales, está relacionado al consultorio de CRED, a la sala de espera, experiencias anteriores tanto positivas y negativas relacionadas con el control.

La teoría de Nola Pender, las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana; además, tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva en la que el profesional sanitario forma parte de su entorno interpersonal ejerciendo influencia a lo largo de sus vidas. En este sentido el rol educativo de Enfermería, desempeña un papel importante en la promoción a través de una educación expresada en actividades diseñadas para cada tipo de usuario según sus características personales. Así permitirá que el usuario (madre) pueda estar capacitada para realizar una autoevaluación sobre su estado de salud y la de su niño.(13)

Ramona Mercer “adopción del papel maternal”

Realiza su enfoque en la maternidad, considera la adopción del papel maternal como un proceso interactivo y evolutivo, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencias en la realización de los cuidados asociados a su papel y experimenta placer y gratificación dentro del mismo.

La forma en que la madre define y percibe los acontecimientos esta

determinada por un núcleo del sí mismo relativamente estable, adquirido a través de la socialización a lo largo de su vida. Sus percepciones sobre su hijo y otras respuestas referentes a su maternidad están influidas

además de la socialización, por las características innatas de su personalidad y por su nivel evolutivo.(13)

DEFINICIÓN DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

La alimentación complementario o beikost (ablactación) se refiere a la alimentación que se realiza con cualquier tipo de alimento distinto de la leche materna o de las fórmulas lácteas.⁽¹⁴⁾

La introducción de la alimentación complementaria es conveniente iniciarla entre los 4 y 6 meses de edad, ya que la leche materna, por sí sola, es insuficiente para cubrir los requerimientos de ciertos minerales y vitaminas. Así por ejemplo el contenido de hierro de la leche humana disminuye durante la lactación y los depósitos hepáticos del niño pueden estar agotados, por lo que hay que suministrar otro tipo de alimentos.

La alimentación complementaria hace referencia a la introducción en la dieta del lactante de otros alimentos diferentes de la leche materna o de fórmula. Se emplean otros términos como “diversificación alimentaria” o el termino alemán beikost, que literalmente significa “alimento adicional”. En esta expresión de alimentación complementaria se incluye a cualquier clase de alimento líquido, semisólido y sólido, utilizado en la alimentación de los lactantes. De este modo, la dieta del lactante, inicialmente basada en leche materna o formula, se diversifica paulatinamente y gradualmente mediante la introducción de nuevos alimentos, hasta conseguir una dieta similar a la del adulto. Existen diversos motivos que justifican la introducción de la alimentación complementaria tal y como se realiza y, entre otros, cabe destacar los aspectos nutricionales, factores de maduración y razones de tipo educacional.

En relación a los aspectos nutricionales, la leche materna es un alimento capaz de cubrir las necesidades energéticas y nutritivas de la mayoría de lactantes hasta los 4- 6 meses de edad. A partir de esta edad, si bien el aporte proteico de la leche podría ser suficiente, el aporte energético, así como determinados nutrientes (vitaminas C y D, hierro, calcio, zinc y fosforo) podrían resultar

claramente insuficientes. Los niños alimentados con fórmula necesitan igualmente la alimentación complementaria, ya que cubrir las necesidades nutricionales a partir de un preparado requeriría una concentración tan alta de solutos que provocaría una sobrecarga renal. Además, el lactante avanza en el proceso de maduración del sistema nervioso central, de las funciones digestivas y de la función renal, permitiendo la inclusión de diversos alimentos en su dieta (movimientos mandibulares, actividades enzimáticas, maduración del epitelio intestinal, etc.).

Por último, la diversificación alimentaria permite al lactante aprender a masticar y deglutir alimentos sólidos, de forma que, si no se introducen alimentos semisólidos y sólidos en la etapa donde la capacidad de masticar aparece, la posterior adquisición de la misma pueda resultar más difícil. En esta etapa comienza también, el aprendizaje de los hábitos alimentarios (reconocimiento de nuevos sabores, aromas y texturas), y se inician en la aceptación y el rechazo del nuevo alimento. ⁽¹⁵⁾

➤ **Grupos de alimentos**

a) Grupos básicos: Los alimentos básicos proveen energía, principalmente del almidón; son usualmente el primer tipo de complemento en ser introducido. Alrededor de estos alimentos se agregan los restantes para cumplir con los fines de la alimentación complementaria. Cada comunidad tiene uno o varios representantes de este tipo de alimentos; hacen parte de ellos los cereales como el arroz, avena, maíz; raíces como la yuca, zanahoria, papas y frutas como plátano. Estos alimentos pueden prepararse en forma de papillas o purés cocinados y son una buena fuente de energía; algunos de ellos, como el arroz, también lo son de proteínas.

Este grupo de alimentos es muy pobre en hierro, y algunos de ellos, como los cereales son ricos en fitatos que pueden interferir con la absorción del hierro por lo que necesitan ser

acompañados de otros complementos, pues no contienen todos los nutrientes necesarios para llenar las brechas de nutrientes.

- b) Grupo energéticos:** En este grupo de alimentos se incluyen los que son ricos en carbohidratos y en grasas. Es necesario recalcar que la brecha energética y la de hierro son las más difíciles de llenar, los otros productos energéticos son los que tienen grasas. Hay grasas de origen animal y de origen vegetal siendo las más recomendables las últimas por su menor relación con las complicaciones de elevación del colesterol. Igual que sucede con los alimentos principales, los alimentos energéticos deben acompañarse de otros alimentos de los otros grupos.
- c) Grupo proteínas:** Los principales representantes son los productos de origen animal. Las carnes, además de ser ricas en proteínas, son muy buena fuente de hierro. Las leguminosas son vegetales con un buen contenido de proteínas, aunque con menor rendimiento biológico que las proteínas de origen animal, se debe enfatizar que las leguminosas son una fuente más económica de proteínas que los productos de origen animal.
- d) Grupo vitaminas y minerales:** En este grupo se encuentran las frutas y las hortalizas. Es necesario mencionar que la vitamina C, ayuda a la absorción del hierro de los otros alimentos. ⁽¹⁹⁾
- e)**

2.2.2 Inicio de la Alimentación Complementaria

Cabe resaltar que la alimentación complementaria no debe retrasarse más allá de los 6 meses de vida; también tener en cuenta que si la introducción se hace muy pronto, puede ocurrir una cesación temprana de la alimentación a pecho. Si la introducción se retrasa, al disminuir el volumen de la leche materna, no se llegaría a cubrir las necesidades de energía,

hierro, zinc y otros minerales; respecto al amamantamiento, la Organización Mundial de la Salud recomienda que los lactantes continúen siendo amamantados hasta los dos años de edad, recibiendo a su vez el complemento de alimentos seguros.

2.2.3 Beneficios de la Alimentación Complementaria

Los beneficios para el niño comprende en el aspecto físico un mejor desarrollo y crecimiento en sus valores ponderales principalmente de peso y talla, además de un buen desarrollo cerebral, para evitar retrasos en el desarrollo psicomotor.

En el aspecto Psicológico se genera un vínculo madre - niño de mayor seguridad y confianza para el niño.

En el aspecto económico comprende que desde la promoción de la alimentación complementaria se efectúa la disminución de la posibilidad de presentar enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias.

2.2.4 Cantidad necesaria de alimentos

A partir de los 6 meses de edad se empezará con 2 a 3 cucharadas de comida dos veces al día; entre los 7 y 8 meses, se aumentará a $\frac{1}{2}$ taza (100gr ó 3 a 5 cucharadas aproximadamente) tres veces al día y 2 adicionales; entre los 9 y 11 meses, se incrementará a $\frac{1}{4}$ taza (150gr 5 a 7 cucharadas aproximadamente) tres veces al día y 2 adicionales; y, finalmente entre los 12 y 24 meses 1 taza (200gr ó 7 a 10 cucharadas aproximadamente) tres veces al día y 2 adicionales. (20) La introducción de alimentos sólidos o semisólidos puede llevarse a cabo siempre que el sistema nervioso y el tracto gastrointestinal puedan responder adecuadamente a la secuencia de:

Masticación-deglución-digestión-absorción. Si un niño(a) de cuatro o cinco meses no sube de peso, lo primero que hay que hacer es indagar a la madre si tiene algún problema con la lactancia (si ha disminuido la frecuencia de lactadas, si da de lactar al niño de día y noche, si el niño(a) ha estado enfermo:

resfrío, fiebre u otros). Si aparentemente está sano, aumentar las frecuencias de lactadas en el día y la noche. Si la madre está siguiendo con las instrucciones y el niño (a) no sube de peso, se podrá iniciar la alimentación complementaria a esta edad. Nunca iniciarla antes de los cuatro meses.

En la primera etapa, la incorporación de alimentos actúa como un elemento de estimulación sensorial y psicomotriz. De esta manera el niño establece el contacto con nuevos estímulos (sabor, olor, textura, consistencia, etc.) que le permitirá una adaptación progresiva a una amplia familia de alimentos. Los alimentos deben incorporarse de forma gradual, de menor a mayor consistencia: LIQUIDOS - SEMISOLIDOS (papillas) – SÓLIDOS.

Se deben ofrecer preparaciones espesas, tipos purés y mazamorras con leche, porque son preparaciones suaves y nutritivas, el niño(a) puede pasarlo fácilmente y satisfacer su hambre. Los purés y mazamorras deben ser ofrecidos al niño como alimentos principales, preparados con cereales, tubérculos, menestras con una pequeña porción de producto animal (pescado, hígado, sangre, huevo, pollo, leche, etc.) y un poquito de producto vegetal (zapallo, zanahoria, acelga, espinaca) para hacer nutritivas las mazamorras se aconseja agregar leche y prepararlas con cereales (arroz, sémola trigo, quinua, polenta, etc.) y/o harina (cebada, chochoca, trigo, maíz, alverja, habas, etc.

Promover el uso de cucharita y plato o taza en la alimentación del niño(a), evitar el uso de biberón. El uso de sopas en los niños es muy generalizado. Explicar a la madre que estas no son tan nutritivas, por eso es recomendable que primero se le ofrece el puré y después otros líquidos

La alimentación complementaria se preparara con alimentos disponibles en la olla familiar y apropiada para su edad. A los 6 meses, se iniciara con alimentos aplastados en forma de papilla, mazamorras o purés; entre los 7 y 8 meses, se dará

principalmente alimentos triturados en las mismas formas de preparación; entre los 9 y 11 meses, se introducirán los alimentos picados; y finalmente, entre los 12 y 24 meses deberá integrarse a la alimentación de su entorno familiar.(15)

2.2.5 Frecuencia de la alimentación complementaria

La capacidad del niño(a) es pequeña, por lo que es necesario ofrecer al inicio 3 a 5 comidas al día (6 a 8 meses), luego asegurar 5 al día (a partir de los 9 meses) diferentes a la leche materna.(16)

2.2.6 Tipo de alimento que debe consumir de acuerdo a la edad

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

A los 9 meses se incluyen las carnes rojas. A los 11 meses la clara del huevo y el pescado y a los 12 meses comida de la olla familiar, huevo entero, y los cítricos.(17)

2.2.7 Alergia alimentaria en los Lactantes

La leche materna protege a los lactantes de las reacciones adversas a los alimentos por tres vías:

- a) minimizando el tamaño de la dosis de proteína extraña ingerida;
- b) induciendo una maduración temprana de la barrera natural de la mucosa vs proteínas extrañas;
- c) aportando protección pasiva a través de la IgA secretora en la leche vs proteínas extrañas. Normalmente existe una barrera gastrointestinal que protege al organismo de antígenos extraños.

Está formada por dos grupos de componentes: 1) Inmunológicos: IgA, IgE, IgM, IgG, linfocitos y macrófagos, placas de Peyer, IgA secretora intestinal e IgA secretora de la leche humana; 2) No inmunológicos: ácido gástrico, enzimas pancreáticas, enzimas intestinales, membrana de las microvellosidades y la capa mucosa.

En el momento en que la naturaleza de la dieta se altera, como sucede con la introducción de alimentos ocurren complejos cambios fisiológicos. De esta situación pueden resultar efectos profundos en la respuesta inmune no sólo porque los antígenos en el lumen son diferentes, sino también debido a la ingestión y digestión alterada. Por ejemplo, las enzimas proteolíticas de las secreciones digestivas, la motilidad intestinal, la rapidez de absorción y el patrón de defecación influyen sobre la cantidad del antígeno presente en un segmento particular del intestino. Por otro lado, un cambio en la flora bacteriana puede exponer al tejido linfo-reticular asociado al intestino a sustancias inmunomoduladoras muy potentes como es el caso de las endotoxinas. La hipótesis más aceptada en la patogenia de la alergia alimentaria se refiere a la carencia relativa de IgA secretora en el lactante que permite una absorción excesiva de antígenos alimentarios que estimulan el sistema de anticuerpos IgE y el consecuente desarrollo de una reacción adversa al alimento.

Asimismo, esta respuesta de IgE es dependiente de la interacción de las células T ayudadoras y supresoras. Los alérgenos más conocidos en el mundo son la clara de huevo, naranja, trigo, frijol de soya, cacahuates, pescado, tomate, piña, edulcorantes, chocolate, mariscos. (16)

2.2.8 Riesgos de la Alimentación Complementaria Temprana

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.

2.2.9 Riesgo a corto plazo:

La introducción de alimentos diferentes a la leche materna, disminuye la frecuencia e intensidad de la succión y como consecuencia de la producción láctea. En la mayoría de los casos el valor nutricional del alimento complementario será menor que el de la leche materna, y por lo tanto, el niño se encontrará en desventaja.

2.2.10 Riesgo a largo plazo:

Las prácticas de alimentación complementaria inadecuadas pueden tener un impacto negativo en la salud a largo plazo, esto sucede a través de dos mecanismos: primero por efecto acumulativo, dado que cuando se introducen los alimentos en forma temprana, puede haber evidencia clínica de morbilidad años más tarde; segundo, cuando se crean hábitos de alimentación que conducen a prácticas dietéticas indeseables, las que a su vez condicionan problema de salud.

2.2.11 Riesgo de la Alimentación Complementaria Tardía

Si la alimentación complementaria empieza después de los 6 meses de edad, el niño no recibirá suficiente alimentación y puede ser más difícil el periodo de adaptación a nuevas consistencias, texturas y sabores de los alimentos.

-Insuficiente energía para apoyar un óptimo crecimiento y desarrollo.

-Dificultad para la aceptación de otros alimentos.

-Aumenta el riesgo de malnutrición y eficiencia de micro nutrientes,
principalmente el hierro. (17)

2.2.12 Higiene y cuidado de los alimentos

- La Organización Mundial de la Salud, difunde la “Reglas para la preparación higiénica de los alimentos, cuya aplicación sistemática reduce considerablemente el riesgo de la enfermedades de origen alimenticio. A continuación presentaremos las reglas:
- Consumir alimentos que hayan sido tratados o manipulados higiénicamente.
- Hay alimentos que sólo son seguros si han sido tratados previamente y conservados a una temperatura adecuada.
- Cocinar correctamente los alimentos, pueden estar contaminados por microorganismos pero si se cocinan bien esos microorganismos son destruidos por el calor.
- Consumir los alimentos inmediatamente después de ser cocinados, es la mejor manera de evitar que los gérmenes proliferen. No dejar nunca a temperatura ambiental los alimentos cocidos.
- Calentar suficientemente los alimentos.
- Evitar el contacto entre los alimentos crudos y los cocinados.
- Un alimento cocinado puede volverse a contaminar por contacto con alimentos crudos o si tiene comunicación con objetos (cuchillos, tablas, trapos, etc. que anteriormente hayan tocado un alimento crudo contaminado).

- Asegurar la correcta higiene de la persona que va manipular los alimentos y una limpieza adecuada en todas las superficies de la cocina. La persona que manipule los alimentos debe realizar estrictas prácticas higiénicas.
- Es importante que tenga las manos siempre lavándolas cada vez que haga falta y siempre que haga uso de los servicios higiénicos. En caso de una pequeña herida, se cubrirá con un apósito impermeable. Si la herida está infectada debe apartarse del contacto de los alimentos.
- Mantener los alimentos fuera del alcance de insectos, roedores y animales de compañía. Los animales son portadores de gérmenes patógenos que originan enfermedades de transmisión alimentaría.
- Utilizar exclusivamente agua potable.

- El agua potable no es solamente imprescindible para beber, sino también para preparar los alimentos. Debe tener exclusivamente uno de estos orígenes agua envasada o provenientes de la red pública de distribución de la población (un ligero sabor a cloro es garantía de potabilidad). En caso de necesidad agregar unas gotas de lejía de uso alimentario. (18)

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

- **La madre como cuidadora:** La madre es responsables principal de la nutrición, educación, afecto, estimulación y desarrollo del niño, por lo mismo el cuidar a los niños es una ardua responsabilidad lo cual ha repercutido frecuentemente en el rol de las mujeres y más aún si se trata de una madre sola. Muchos teóricos relacionan esta responsabilidad con el apego del niño

hacia la madre y el tiempo permanente de ella con el niño. Es por eso que dependerá de la madre y sus cuidados el desarrollo saludable de su hijo teniendo como eje primordial la alimentación y el afecto que le brinda aun antes del nacimiento lo cual repercutirá a nivel cognitivo, social, y lenguaje, de esta manera la mujer en su rol de madre poseen objetivos primordiales dentro de la sociedad.

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

- La madre que realiza el cuidado de su niño debe contar con una buena salud física, emocional y social. No debe mostrarse ante él con preocupaciones, irritabilidad, o tristeza. Debe presentarse ante él con alegría y cariño.
- Brindarle seguridad, protección al niño, a la vez estimulando la autonomía del niño.
- La madre debe ser responsable de sus actos, mantener buenos modales, ya que los niños tienen a juzgar por la manera en que la madre luce y actúa, y por las palabras que dice. La madurez en la madre también debe estar presente; ser sensata y actuar con calma ante una emergencia.
- La madre debe ser siempre precavida, proteger a su niño de cualquier peligro y estar alertas.
- La madre debe ser paciente hasta que el niño se acostumbre a la alimentación complementaria, tener conocimiento de cómo reaccionará su niño a la nueva introducción de alimentos le ayudará a realizar mejor su cuidado nutricional del niño. Por ejemplo la madre debe saber que cuando se introducen alimentos semisólidos a un lactante que aún no es capaz de mantenerse sentado, es recomendable que ella se sienta frente a una mesa

donde haya colocado el plato con el alimento y la cuchara, siente a su hijo sobre sus piernas y le permita recargarse contra su brazo izquierdo. Con la cuchara en la mano derecha puede golpear el borde del plato para llamar la atención de su hijo con este sonido. La cuchara, ya cargada con el alimento, se acerca a la boca del niño a una altura que pueda seguirla con los ojos. Se introduce el alimento suavemente, sin forzar al niño para que abra la boca. Se espera a que trague perfectamente y se inicia una nueva cucharada o se interrumpe si el niño muestra resistencia a continuar alimentándose.(19)

- Esta nueva experiencia es vivida por el niño en estrecho contacto físico con su madre y en una forma compleja en que se integran estímulos afectivos, táctiles, sonoros, visuales y gustativos. Hacia los siete u ocho meses, el niño intenta tomar los alimentos con su mano, y también con la cuchara. Esta iniciativa representa el inicio de la autonomía en la alimentación y es conveniente que la madre respete y estimular esos intentos. A esta edad, puede ofrecérsele los líquidos en vaso o taza y permitirle que los tome él mismo, aunque derrame gran parte del contenido. De este modo, alrededor del año de edad el niño es capaz de alimentarse adecuadamente por sí solo.
- De este modo la madre con conocimiento de estas pautas permitirá que su niño obtenga un óptimo crecimiento y desarrollo a nivel cognitivo, emocional y social.(20)

- **ENFERMERÍA**

El personal de enfermería interviene en cada aspecto del crecimiento y desarrollo del niño. Las funciones de la enfermera varían de acuerdo con las normas laborales, de casa, con la educación y experiencia individual, la principal preocupación de cualquier enfermera debe ser siempre el bienestar de los niños y su familia.

Aunque la enfermera es responsable de sí misma, su principal responsabilidad son los receptores de sus servicios: el niño y la familia. Por lo que el profesional de enfermería debe trabajar con los miembros de la familia identificando sus objetivos y necesidades; y planificar las intervenciones del mejor modo posible para resolver los problemas definidos.

Como defensora del consumidor, la enfermera debe de tratar de asegurar que las familias conozcan todos los servicios sanitarios disponibles, debe de informarles de manera adecuada sobre los tratamientos y operaciones y lograr que participen en la atención del niño cuando sea posible, animándoles a cambiar o apoyar prácticas de atención existentes.

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

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

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **DEFINICION DE ALIMENTO COMPLEMENTARIO**

Es cualquier nutriente líquido o sólido que se proporciona al niño pequeño al mismo tiempo que la lactancia materna.

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

- **TIPOS DE ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS**

- **Alimentos transicionales:** Son los que están preparados expresamente para cubrir las necesidades nutricionales específicas del niño pequeño.
- **Alimentos familiares:** Son los mismos alimentos que conforman parte de la dieta de la familia
- **Completa:** Debe incluir alimentos de todos los grupos (variedad)
- **Equilibrada:** Debe proveer los nutrientes en proporciones y relación adecuadas (representados por sus alimentos – fuente)
- **Suficiente:** Debe cubrir los requerimientos, tanto de calorías como de nutrientes.
- **Adecuada:** Debe adaptarse a la etapa del desarrollo en el que se encuentra en ser humano, haciendo especial énfasis organoléptico tales como olor sabor y consistencia, textura, así como el grado de desarrollo de los diferentes sistemas.
- **Crecimiento.** Proceso fisiológico por el cual se incrementa la masa celular de un ser vivo, mediante el aumento en el número de células (hiperplasia), en el volumen de las células (hipertrofia) y en la sustancia intercelular.
- **Desarrollo.** Diferenciación progresiva de órganos y sistemas. Se refiere a funciones, adaptaciones, habilidades y destrezas psicomotoras, relaciones afectivas y socialización.
- **Peso.** Medida de la masa corporal.

- **Peso para la edad.** Índice resultante de comparar el peso de un niño, con el peso ideal que debiera presentar para su edad. El ideal corresponde a la
- **Talla para la edad.** Índice resultante de comparar la talla de un niño con la talla ideal que debiera presentar para su edad. La talla ideal corresponde a la media de una población de referencia.

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1 Hipótesis General

La intervención educativa sobre alimentación complementaria en las madres con niños de 06 a 24 meses en el centro de salud materno infantil Manuel Barreto, san juan de Miraflores Lima-Perú 2016, es efectiva

2.4.2 Hipótesis Específica

¿Existen diferencias entre el nivel de conocimiento que tienen las madres de niños de 6 a 24 meses en la dimensión beneficios de la alimentación complementaria antes y después de recibir la intervención educativa?

¿Existen diferencias entre el nivel de conocimiento que tienen las madres de niños de 6 a 24 meses en la dimensión características de la alimentación complementaria antes y después de recibir la intervención educativa?

¿Existen diferencias entre el nivel de conocimiento que tienen las madres de niños de 6 a 24 meses en la dimensión medidas de higiene en la alimentación complementaria antes y después de recibir la intervención educativa?

2.5 VARIABLE

2.5.1 Definición conceptual de la variable:

Variable Independiente: Intervención Educativa:

Una intervención es un programa específico o un grupo de pasos para ayudar a un niño a mejorar en una determinada área de necesidad

Variable Dependiente: Nivel de Conocimiento sobre Alimentación Complementari conocimientos que tiene la madre sobre Alimentación Complementaria

VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA	TIPO
Variable independiente: Intervención Educativa	Beneficios de la Alimentación Complementaria	Definición de la alimentación complementaria Inicio de la alimentación complementaria Beneficios de la Alimentación Complementaria	nominal	cuantitativa

<p>Variable dependiente: Nivel de Conocimiento sobre alimentación Complementaria</p>	<p>-Características de la Alimentación Complementaria</p>	<p>Cantidad Consistencia de los preparados Frecuencia Tipos de alimentos Alimentos alérgenos Riesgos de la alimentación complementaria , temprana y tardía</p>	<p>nominal</p>	<p>Cuantitativa</p>
--	---	--	----------------	---------------------

	- Medidas de higiene en la Alimentación Complementaria	-Medidas higiénicas en la preparación -Medidas de higiene después de ingerir los alimentos	Nominal	Cuantitativa
--	--	---	---------	---------------------

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de tipo cuantitativo, método prospectivo, de corte longitudinal.

Longitudinal: porque se aplicó un pre-test y un post-test en un solo grupo, donde se evaluó el conocimiento de las madres con niños de 6 - 24 meses con un cuestionario de conocimiento sobre la alimentación complementaria (pre-test), luego se aplicó la Intervención Educativa y por último se evaluó la efectividad de éste mediante la aplicación del mismo cuestionario (post-test).

Prospectivo: En este tipo de investigación el tiempo si es importante, ya sea porque el comportamiento de las variables se mide en un periodo dado o porque el tiempo es determinante en la relación causa – efecto

Pre - experimental En una investigación pre-experimental porque tiene un solo grupo de estudio

3.2 DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El Centro de Salud Manuel Barreto fue creado para atender a la población urbano marginal del distrito de San Juan de Miraflores, está ubicado en las esquinas de las calles Manuel Barreto y Máximo Abril s/n, Zona K de Ciudad de Dios, ocupa una área de terreno de 3500 M2.

Hace 21 años, el 03 de Mayo de 1987 durante le gobierno Constitucional del Dr. Alan García Pérez y siendo ministro de Salud el Dr. David Tejada se inauguró el Hospital Materno Infantil y Emergencias “Manuel Barreto”, tomando el nombre de la calle en el que se sitúa el terreno y corresponde a uno de los héroes civiles de la Batalla de San Juan de Miraflores.

Este establecimiento fue implementado por el Proyecto JICA y la UTES San Juan de Miraflores.

En la actualidad el Dr. Juan Naveda Pimentel es el Jefe del C.S. “Manuel Barreto”, cuenta con 153 personas que laboran en este establecimiento de salud, entre Profesionales Médicos, Profesionales no Médicos, Técnicos Asistenciales , Administrativos y Auxiliares, en calidad de nombrados y contratados.

Brinda atención especializada en: Medicina General, Medicina Integral, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Traumatología, Otorrinolaringología, Odontología, Obstetricia, Psicología, Salud Ambiental, Servicio Social y Estadística.

Cuenta con servicios de Apoyo diagnostico; Rayos X, Laboratorio y Ecografía.

Asimismo se cuenta con grupo electrógeno, red de radio comunicación y ambulancia.

La población asignada es de 57,056 habitantes, pero brinda atención a todo el Distrito de San Juan de Miraflores, también acuden pacientes de Surco, Villa María del Triunfo y Villa el Salvador.

Atiende las 24 horas en los servicios de Emergencia y atención de parto, tiene 13 camas de hospitalización y 2 camas de observación.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio estará constituida por el total de 200 madres de familia que acuden al consultorio de Crecimiento y Desarrollo del centro de salud Manuel Barreto. En el consultorio se atenderán al mes en promedio aproximadamente 200 niños de 6 a 24 meses

Criterios de Inclusión:

Madres que acuden con sus niños al Programa de CRED.

Madres que sepan leer y escribir.

Madres que acepten participar voluntariamente previo consentimiento.

Madres que ingresan al consultorio de CRED con niños de 6-24

Meses de edad.

Criterios de Exclusión:

Madres con niños mayores de 24 meses de edad.

Madres que no aceptan participar voluntariamente.

- Muestra:

La muestra estará conformada por 200 madres de familia y será tomada de la siguiente manera:

I grupo	II grupo	TOTAL
100	100	200

$$n = \frac{Z^2 pqN}{NE^2 + Z^2 pq}$$

n= MUESTRA

N= POBLACIÓN

Z= PORCENTAJE DE CONFIANZA 95%

200.00

1.96

p=	VARIABILIDAD POSITIVA	0.50
q=	VARIABILIDAD NEGATIVA	0.50
E=	PORCENTAJE DE ERROR DE 5%	0.05

$$n = 131.5 = 132$$

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1 Se utilizó la técnica de la encuesta.- Para ello se elaborará un instrumento adecuado para obtener información necesaria para desarrollar la investigación.

3.4.2 El Instrumento para la presente investigación.- se utilizará un cuestionario de entrada y de salida que tiene 20 ítems cada uno. Al estar en contacto con las madres, se explicará la importancia del estudio y su aceptación de manera voluntaria, se contempló según su desenvolvimiento al momento de la encuesta si aceptan realizarla o no, con la finalidad de poder comparar las variables de estudio, que permita su posterior análisis.

3.5 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validez del contenido del instrumento se obtendrá a través de la coherencia con la base teórica, la Operacionalización de la variable de que está encaminada por los objetivos planteados (Anexo 1). y será validado mediante el juicio de expertos conformado por profesionales de la salud, entre ellos docentes de práctica de Universidad Alas Peruanas en el área de Enfermería en Salud del Adolescente así como los docentes que están vinculados con el área de investigación, cuyos aportes se tomarán en cuenta para mejorar el contenido del instrumento a aplicar. Para la confiabilidad del instrumento se utilizará el coeficiente de Alfa de Crombach.

3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

En la investigación los datos fueron adquiridos mediante la aplicación del instrumento, serán procesados por computadora en el programa de Excel y el paquete estadístico SPSS 18 donde se utilizó ítems dentro del programa para medir las variables como son media, moda, desviación típica; y así llegar al análisis del problema planteado y verificar si existe o no un adecuado conocimiento estadísticamente significativo o no significativo sobre la Alimentación Complementaria en Madres con niños de 6 a 24 meses, en el Centro de Salud Manuel Barreto. Luego se procederá a brindar las indicaciones correspondientes, para el desarrollo de la encuesta. Agradeciéndoles su colaboración. La aplicación del instrumento se realizó en el distrito de San Juan de Miraflores – Centro de Salud Manuel Barreto. Lima – Perú 2015

CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA 1

INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN LAS MADRES CON NIÑOS DE 06 A 24 MESES EN EL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL MANUEL BARRETO, SAN JUAN DE MIRAFLORES LIMA-PERÚ 2016

Niveles de Conocimiento	ANTES		DESPUES	
	N°	%	N°	%
ALTO	21	16%	85	64%
MEDIO	29	22%	26	20%
BAJO	82	62%	21	16%
TOTAL	132	100%	132	100%
Promedio	11,2		16,1	
Diferencia		(-4,9)		

FUENTE: *Elaboración propia*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 1:

Antes de la Intervención educativa los niveles de conocimiento sobre alimentación complementaria en las madres con niños de 06 a 24 meses en el Centro de Salud Manuel Barreto, San Juan de Miraflores, en mayor porcentaje es Bajo en un 62%(82), seguido del nivel Medio en un 22%(29) y en menor porcentaje es Alto en un 16%(21), con un promedio de 11,2. Después de la Intervención educativa el nivel de conocimientos en mayor porcentaje fue Alto en un 64%(85), seguido del nivel Medio en un 20%(26) y en menor porcentaje fue Bajo en un 16%(21), con un promedio de 16,1; haciendo una diferencia de (-4.9). Existiendo una diferencia significativa de los promedios entre ambos momentos, por la aplicación de la Intervención educativa.

TABLA 2
CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES
EN LA DIMENSIÓN BENEFICIOS DE LA ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA ANTES Y DESPUÉS DE RECIBIR LA INTERVENCIÓN
EDUCATIVA

Niveles de Conocimiento	ANTES		DESPUES	
	N°	%	N°	%
ALTO	21	16%	87	66%
MEDIO	32	24%	26	20%
BAJO	79	60%	19	14%
TOTAL	132	100%	132	100%
Promedio	11,0		16,2	
Diferencia		(-5,2)		

FUENTE: *Elaboración propia*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 2:

Antes de la Intervención educativa los niveles de conocimiento sobre beneficios de la alimentación complementaria en las madres con niños de 06 a 24 meses en el Centro de Salud Manuel Barreto, San Juan de Miraflores, en mayor porcentaje es Bajo en un 60%(79), seguido del nivel Medio en un 24%(32) y en menor porcentaje es Alto en un 16%(21), con un promedio de 11,0. Después de la Intervención educativa el nivel de conocimientos en mayor porcentaje fue Alto en un 66%(87), seguido del nivel Medio en un 20%(26) y en menor porcentaje fue Bajo en un 14%(19), con un promedio de 16,2; haciendo una diferencia de (-4.9). Existiendo una diferencia significativa de los promedios entre ambos, momentos, por la aplicación de la Intervención educativa.

TABLA 3
CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES
EN LA DIMENSIÓN CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA ANTES Y DESPUÉS DE RECIBIR LA INTERVENCIÓN
EDUCATIVA

Niveles de Conocimiento	ANTES		DESPUES	
	N°	%	N°	%
ALTO	24	18%	90	68%
MEDIO	32	24%	29	22%
BAJO	76	58%	13	10%
TOTAL	132	100%	132	100%
Promedio	10,8		15,9	
Diferencia		(-5,1)		

FUENTE: *Elaboración propia*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 3:

Antes de la Intervención educativa los niveles de conocimiento sobre características de la alimentación complementaria en las madres con niños de 06 a 24 meses en el Centro de Salud Manuel Barreto, San Juan de Miraflores, en mayor porcentaje es Bajo en un 58%(76), seguido del nivel Medio en un 24%(32) y en menor porcentaje es Alto en un 18%(24), con un promedio de 10,8. Después de la Intervención educativa el nivel de conocimientos en mayor porcentaje fue Alto en un 68%(90), seguido del nivel Medio en un 22%(29) y en menor porcentaje fue Bajo en un 10%(13), con un promedio de 15,9; haciendo una diferencia de (-5.1). Existiendo una diferencia significativa de los promedios entre ambos, momentos, por la aplicación de la Intervención educativa.

TABLA 4
CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES
EN LA DIMENSIÓN MEDIDAS DE HIGIENE DE LA ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA ANTES Y DESPUÉS DE RECIBIR LA INTERVENCIÓN
EDUCATIVA

Niveles de Conocimiento	ANTES		DESPUES	
	N°	%	N°	%
ALTO	21	16%	85	64%
MEDIO	37	28%	32	24%
BAJO	74	56%	15	12%
TOTAL	132	100%	132	100%
Promedio	10,7		15,9	
Diferencia		(-5,2)		

FUENTE: *Elaboración propia*

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 4:

Antes de la Intervención educativa los niveles de conocimiento sobre medidas de higiene de la alimentación complementaria en las madres con niños de 06 a 24 meses en el Centro de Salud Manuel Barreto, San Juan de Miraflores, en mayor porcentaje es Bajo en un 56%(74), seguido del nivel Medio en un 28%(37) y en menor porcentaje es Alto en un 16%(21), con un promedio de 10,7. Después de la Intervención educativa el nivel de conocimientos en mayor porcentaje fue Alto en un 64%(85), seguido del nivel Medio en un 24%(32) y en menor porcentaje fue Bajo en un 12%(15), con un promedio de 15,9; haciendo una diferencia de (-5.2). Existiendo una diferencia significativa de los promedios entre ambos, momentos, por la aplicación de la Intervención educativa.

PRUEBA DE HIPOTESIS

Prueba de la Hipótesis General:

Ho: La intervención educativa sobre alimentación complementaria en las madres con niños de 06 a 24 meses en el centro de salud materno infantil Manuel Barreto, san juan de Miraflores Lima-Perú 2016, no es efectiva.

H1: La intervención educativa sobre alimentación complementaria en las madres con niños de 06 a 24 meses en el centro de salud materno infantil Manuel Barreto, san juan de Miraflores Lima-Perú 2016, es efectiva.

Ho ≠ H1

$\alpha=0,05$ (5%)

Tabla 5: Prueba de Hipótesis mediante la t-Student

		Diferencias relacionadas				t	gl	Sig. (bilateral)	
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior				Superior
Antes – Después	-4,90	4,234	2,050	4,912	9,437	8,117	57	,000	

INTERPRETACIÓN DE LA TABLA 5:

Aplicando la técnica del software SPSS v.21, se obtuvo el valor de la t-Student Calculada (t_c) de 8,117; siendo además el valor de la t-Student de Tabla (t_T) de 5,623. Como el valor de la T-Calculada es mayor que la T-de tabla ($t_T < t_c$), entonces se rechaza la Hipótesis Nula (H_0) y se acepta la Hipótesis Alternativa (H_a), con un nivel de significancia de valor $p < 0,05$.

Siendo cierto: La intervención educativa sobre alimentación complementaria en las madres con niños de 06 a 24 meses en el centro de salud materno infantil Manuel Barreto, san juan de Miraflores Lima-Perú 2016, es efectiva.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

En relación al Objetivo General, se buscó determinar la efectividad de la Intervención educativa sobre alimentación complementaria, encontrando que Antes de la Intervención educativa los niveles de conocimiento sobre alimentación complementaria en las madres con niños de 06 a 24 meses en el Centro de Salud Manuel Barreto, San Juan de Miraflores, en mayor porcentaje es Bajo en un 62%(82), seguido del nivel Medio en un 22%(29) y en menor porcentaje es Alto en un 16%(21), con un promedio de 11,2. Después de la Intervención educativa el nivel de conocimientos en mayor porcentaje fue Alto en un 64%(85), seguido del nivel Medio en un 20%(26) y en menor porcentaje fue Bajo en un 16%(21), con un promedio de 16,1; haciendo una diferencia de (-4.9). Existiendo una diferencia significativa de los promedios entre ambos momentos, por la aplicación de la Intervención educativa. Coincidiendo con La Fundación FES Social; (2009) cuyas conclusiones entre otras fueron: “El inicio de AC inapropiada es alto en mujeres primíparas de Cali y Manizales. Los datos las mujeres de Cali y Manizales alimenten inapropiadamente a los infantes menores de un año”. “Existen deficiencias en conocimientos, percepciones e intenciones y características a intervenir para mejorar la alimentación de los infantes de Cali y Manizales. “Así mismo, es importante tener en cuenta el efecto que las abuelas y el padre del bebé pueden tener sobre las creencias de las mujeres y por tanto sobre las prácticas alimentarias en los infantes.

OBJETIVO ESPECIFICO 1

En relación al Objetivo específico uno, se buscó determinar la efectividad de la intervención educativa en la dimensión beneficios de la alimentación complementaria, encontrando que Antes de la Intervención educativa los niveles de conocimiento sobre beneficios de la alimentación complementaria en las madres con niños de 06 a 24 meses en el Centro de Salud Manuel Barreto, San Juan de Miraflores, en mayor porcentaje es Bajo en un 60%(79), seguido del nivel Medio en un 24%(32) y en menor porcentaje es Alto en un 16%(21), con un promedio de 11,0. Después de la Intervención educativa el nivel de

conocimientos en mayor porcentaje fue Alto en un 66%(87), seguido del nivel Medio en un 20%(26) y en menor porcentaje fue Bajo en un 14%(19), con un promedio de 16,2; haciendo una diferencia de (-4.9). Existiendo una diferencia significativa de los promedios entre ambos, momentos, por la aplicación de la Intervención educativa. Coincidiendo con Sáenz, M. y Camacho, Á; 2007 Entre sus Conclusiones consideró: “El 98 % de los niños recibió leche materna y en la mayoría de casos, 75% se reconocieron los beneficios de esta tanto para la madre como para el niño. Solo el 21 % finalizó la lactancia antes de los 6 meses, edad mínima recomendada por la OMS. El 40 % de las madres mantienen la lactancia a los 12 meses”.

OBJETIVO ESPECIFICO 2

Antes de la Intervención educativa los niveles de conocimiento sobre características de la alimentación complementaria en las madres con niños de 06 a 24 meses en el Centro de Salud Manuel Barreto, San Juan de Miraflores, en mayor porcentaje es Bajo en un 58%(76), seguido del nivel Medio en un 24%(32) y en menor porcentaje es Alto en un 18%(24), con un promedio de 10,8. Después de la Intervención educativa el nivel de conocimientos en mayor porcentaje fue Alto en un 68%(90), seguido del nivel Medio en un 22%(29) y en menor porcentaje fue Bajo en un 10%(13), con un promedio de 15,9; haciendo una diferencia de (-5.1). Existiendo una diferencia significativa de los promedios entre ambos, momentos, por la aplicación de la Intervención educativa. Coincidiendo con Piscoche, N. (2011) Los resultados mostraron que la mayoría de los padres tienen conocimientos generales sobre alimentación complementaria siendo estos 20(66,7%), sin embargo en cuanto a las características un porcentaje significativo de padres desconocen sobre la cantidad y frecuencia de alimentos que se debe brindar al niño según su edad.

OBJETIVO ESPECIFICO 3

Antes de la Intervención educativa los niveles de conocimiento sobre medidas de higiene de la alimentación complementaria en las madres con niños de 06 a 24 meses en el Centro de Salud Manuel Barreto, San Juan de Miraflores, en mayor porcentaje es Bajo en un 56%(74), seguido del nivel Medio en un

28%(37) y en menor porcentaje es Alto en un 16%(21), con un promedio de 10,7. Después de la Intervención educativa el nivel de conocimientos en mayor porcentaje fue Alto en un 64%(85), seguido del nivel Medio en un 24%(32) y en menor porcentaje fue Bajo en un 12%(15), con un promedio de 15,9; haciendo una diferencia de (-5.2). Existiendo una diferencia significativa de los promedios entre ambos, momentos, por la aplicación de la Intervención educativa. Coincidiendo con Unsihuay, F. (2009) Obteniendo como resultados que la mayoría de las madres tienen un nivel regular de conocimientos sobre alimentación complementaria mientras que un menor número tiene un nivel de conocimiento bueno. El mayor porcentaje de niños lactantes menores tiene un estado nutricional de desnutrido mientras que una minoría de niños tienen un estado nutricional eutrófico y obeso. Finalmente sí existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y el estado del lactante menor en la comunidad Santa Isabel Huancayo.

CONCLUSIONES

PRIMERO

La presente investigación tiene como título: Efectividad de la intervención educativa sobre alimentación complementaria en las madres con niños de 06 a 24 meses en el centro de salud materno infantil Manuel Barreto, san juan de Miraflores Lima-Perú 2016, donde hemos encontrando que Antes de la Intervención educativa los niveles de conocimiento, en mayor porcentaje es Bajo, con un promedio de (11,2). Después de la Intervención educativa el nivel de conocimientos en mayor porcentaje fue Alto, con un promedio de (16,1); haciendo una diferencia de promedios de (-4.9). Existiendo una diferencia significativa de los promedios entre ambos momentos, por la efectividad de la Intervención educativa. Debiendo tener presente los siguientes aspectos que se señalan en las respuestas de las madres: No saben acerca de la alimentación complementaria, asimismo, desconocen la edad de inicio de la alimentación complementaria en el lactante y a qué edad el niño puede ingerir todos los alimentos de la olla familiar, también desconocen cuántas veces al día debe comer el niño que inicia la alimentación Complementaria, además desconocen acerca de los alimentos de origen animal (carne, pollo, pescado) cuantas veces por semana puede comer el niño de 8 meses de edad, de igual forma no saben que las frutas cocidas al vapor aportan al lactante, desconocen además con que frecuencia se puede dar huevos de codorniz durante la alimentación complementaria, además desconocen a qué edad se recomienda iniciar con cítricos durante la alimentación complementaria. Se comprobó estadísticamente mediante la T-Student con un valor de 8,117 y con un nivel de significancia de valor $p < 0,05$.

SEGUNDO

Con respecto a la dimensión beneficios de la alimentación complementaria, hemos encontrado que Antes de la Intervención educativa el nivel de conocimiento en mayor porcentaje es Bajo, con un promedio de (11,3). Después de la Intervención educativa el nivel de conocimiento en mayor porcentaje fue Alto, con un promedio de (16,2); haciendo una diferencia de (-

4.9). Existiendo una diferencia significativa de los promedios entre ambos momentos, por la efectividad de la Intervención educativa.

TERCERO

Con respecto a la dimensión característica de la alimentación complementaria, Antes de la Intervención educativa el nivel de conocimientos en mayor porcentaje es Bajo, con un promedio de (10,8). Después de la Intervención educativa el nivel de conocimientos en mayor porcentaje fue Alto, con un promedio de (15,9); haciendo una diferencia de (-5.1). Existiendo una diferencia significativa de los promedios entre ambos momentos, por la efectividad de la Intervención educativa.

CUARTO

Con respecto a la dimensión medidas de higiene de la alimentación complementaria, Antes de la intervención educativa el nivel de conocimientos en mayor porcentaje es Bajo, con un promedio de (10,7). Después de la Intervención educativa el nivel de conocimientos en mayor porcentaje fue Alto con un promedio de (15,9); haciendo una diferencia de (-5.2). Existiendo una diferencia significativa de los promedios entre ambos, momentos, por la aplicación de la Intervención educativa.

RECOMENDACIONES

PRIMERO

Promover la capacitación del personal de enfermería de Centro Médico Manuel Barreto, San Juan de Miraflores, sobre las diversas estrategias, lineamientos, normas técnicas y reglamentos vigentes de atención a la comunidad; sobre alimentación complementaria orientado a las madres con niños de 06 a 24 meses, esto permitirá ser un profesional competente capaz de brindar un servicio de calidad a la población.

SEGUNDO

Gestionar las coordinaciones y comunicación constante entre el personal de enfermería, madres, dirigentes de vasos de leche y comedores populares, promotores comunitarios de salud, jefes de organizaciones de base, municipalidad, sobre los beneficios de la alimentación complementaria en los niños de 06 a 24 meses de edad y la búsqueda conjunta de soluciones a la problemática.

TERCERO

Enfatizar la difusión a las madres y familias de la comunidad con paneles, volantes, gigantografías, megáfonos sobre charlas educativas gratuitas de temas como lactancia materna, características de la alimentación complementaria, inmunizaciones, crecimiento y desarrollo con el objetivo de promocionar y prevenir la salud de los niños de 06 a 24 meses.

CUARTO

Promover el liderazgo de enfermería trabajando en equipo y resolviendo problemas in situ, realizando seguimiento a las orientaciones vertidas a las madres de los niños de 06 a 24 meses, acerca de las medidas más convenientes sobre la higiene en la alimentación complementaria.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. José A. Díaz Colina, Mirelis Díaz Colina, Socorro Ávila, L. Ramírez Ismael, Intervención educativa sobre nutrición en un grupo poblacional con riesgo de malnutrición por defecto.http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol14_supl2_08/articulos/a1_v14_supl208.htm
- 2 www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/. OMS
- 3 www.who.int/elena/titles/complementary_feeding/es/. OMS
4. www.planteamientosperu.com/.../desnutricion-infantil-grave-problema-e
5. Dr. Juan Manuel Pereira Pombo Pediatra de Vigo. España. <http://personal.redestb.es/jpereira/> 200
6. Durand Pinedo, D. Relación entre el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación infantil y el estado nutricional de niños preescolares en la Institución Educativa Inicial N° 111- Callao,[tesis para licenciatura] UNMSM 2008
7. Fundación FES Social, “Factores asociados a la iniciación Inapropiada de alimentación complementaria en el primer año de vida de infantes de Cali y Manizales, Colombia. 2009”.
8. María L. Sáenz-Lozada y Ángela E. Camacho-Lindo, “Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá”. 2007
- 9.- Gatica, C., Méndez de Feu, M. Prácticas de alimentación en niños menores de 2 años. Nov. /dic. 2009, Archivos argentinos de pediatría. v.107 http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S032500752009000600005&script=sci_arttext
10. Galindo Salazar, D., Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud "Nueva Esperanza", 2011 (tesis para licenciatura)UNMSM (citado el 7 de mayo 2013)

11. Piscoche Torres, N., Conocimientos de los padres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud San Juan de Miraflores, 2011(tesis para licenciatura)UNMSM (citado el 10 de junio del 2013)
12. Unsihuay, Ureta, F., Conocimientos Materno sobre Alimentación Complementaria y Estado Nutricional en el Lactante Menor Huancayo-2009, Lima (citado 1 de junio 2013)
- 13.- MarrinerTomey Ann, Alligood Raile Martha, Modelo y Teorías de Enfermería, cuarta edición, España: pág. 529
- 14.- UNICEF, OPS. Lineamientos de Nutrición Materno Infantil de Perú, 2004
15. Alimentación complementaria para el niño sano entre los 6 meses y los 2 años. [Sede web] Argentina: OSECAC; 2011. [Consultado el 30 de abril del 2010]. Disponible en: [www.osecac.org.ar/.../Ped-14 Alimentacion%20complementaria%20para%20el%20nino%20sano_v01-09](http://www.osecac.org.ar/.../Ped-14-Alimentacion%20complementaria%20para%20el%20nino%20sano_v01-09)
- 16.- Rodríguez Rivera V.M., Simón Magro E. Bases de la alimentación Humana. España: Gesbiblo; 2008.
- 17.-Alimentación-sana. Alimentación de 6 meses a 1 año. Alimentación-sana. [Sede web] Argentina - México -Chile -Perú: Alimentación-sana; 2011. [Consultado el 26 de abril del 2011]. Disponible en: www.alimentacion-sana.com.ar/.../aliinfantil.htm
18. OMS. Reglas para la preparación higiénica de los alimentos. Publicación Científica y Técnica N° 578 Washington. DC.2004
- 19.-Juana M. S. de C. Alimentación y Salud. Manual práctico de nutrición. Perú: Concytec; 2010.
- 20.-Nutrición infantil base del desarrollo integral. Guía de alimentación del niño/a menor de dos años. [Sede web] Lima: Nutrición infantil base del desarrollo integral; 2005. [Consultado el 28 de abril del 2010]. De departamento de nutrición y ciclo vital. Disponible en: nutricioninfantilparaeldesarrollo.blogspot.com/.../alimentacin-complementaria-importancia.html.

Anexos

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: Intervención educativa sobre alimentación complementaria en madres con niños de 06 a 24 meses en el centro de salud Materno Infantil Manuel Barreto, San Juan de Miraflores Lima-Perú 2016

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGIA
<p>PROBLEMA GENERAL:</p> <p>Cuál es la efectividad antes y después de la intervención educativa sobre alimentación complementaria en madres con niños de 06 a 24 meses en el centro de salud Materno Infantil Manuel Barreto, San Juan de Miraflores Lima-Perú 2016</p>	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Demostrar la efectividad de la intervención educativa sobre alimentación complementaria en madres con niños de 06 a 24 meses en el centro de salud Materno Infantil Manuel Barreto, San Juan de Miraflores Lima-Perú 2016</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO:</p> <p>Determinar las diferencias entre el nivel de conocimiento que tienen las madres de niños de 6 a 24 meses en la dimensión beneficios de la alimentación complementaria</p>	<p>HIPOTESIS GENERAL:</p> <p>La intervención educativa sobre alimentación complementaria en las madres con niños de 06 a 24 meses en el centro de salud materno infantil Manuel Barreto, san juan de Miraflores Lima-Perú 2015, es efectiva</p> <p>HIPOTESIS ESPECIFICA:</p> <p>¿Existen diferencias entre el nivel de conocimiento que tienen las madres de niños de 6 a 24 meses en la dimensión beneficios de la alimentación complementaria antes y después de recibir la intervención educativa?</p> <p>¿Existen diferencias entre el nivel de conocimiento que tienen las madres de niños de 6 a 24 meses en la dimensión características de la alimentación complementaria</p>	<p>Alimentación complementaria</p>	<p>Beneficios de la Alimentación Complementaria</p> <p>-Características de la Alimentación Complementaria</p>	<p>-Definición de la alimentación complementaria</p> <p>-Inicio de la alimentación complementaria</p> <p>-Beneficios de la Alimentación Complementaria</p> <p>-Cantidad</p> <p>-Consistencia de los preparados</p> <p>-Frecuencia</p> <p>Tipos de alimentos</p> <p>-Alimentos alérgenos</p> <p>-Riesgos de la alimentación complementaria temprana y tardía</p>	<p>Tipo y nivel de investigación</p> <p>El trabajo de investigación es de enfoque cuantitativa, según la intervención de tipo experimental, prospectivo, de corte longitudinal, y de diseño pre experimental.</p> <p>Población:</p> <p>La población estará constituida por 200 madres que acuden al centro de salud</p> <p>Técnica:</p> <p>Se utilizara la encuesta</p> <p>Instrumento:</p> <p>Se utilizara un cuestionario de 18itens para medir el nivel de conocimiento</p> <p>Confiabilidad:</p> <p>Utilizará el Alfa</p>

	<p>a antes y después de recibir la intervención educativa</p> <p>Determinar las diferencias entre el nivel de conocimiento que tienen las madres de niños de 6 a 24 meses en la dimensión características de la alimentación complementaria antes y después de recibir la intervención educativa</p> <p>Determinar las diferencias entre el nivel de conocimiento que tienen las madres de niños de 6 a 24 meses en la dimensión medidas de higiene de la alimentación complementaria antes y después de recibir la intervención educativa</p>	<p>a antes y después de recibir la intervención educativa?</p> <p>¿Existen diferencias entre el nivel de conocimiento que tienen las madres de niños de 6 a 24 meses en la dimensión medidas de higiene en la alimentación complementaria antes y después de recibir la intervención educativa?</p>		<p>- Medidas de higiene en la Alimentación Complementaria</p>	<p>-Medidas higiénicas en la preparación</p> <p>-Medidas de higiene después de ingerir los alimentos</p>	<p>de Crombach</p>
--	--	---	--	---	--	--------------------

Anexo 2:

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Confiabilidad del cuestionario que mide la opinión del usuario acerca de la calidad del cuidado que brinda la enfermera Mediante el coeficiente alfa de Crombach.

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

K = Numero de ítems del instrumento

$\sum S_i^2$ = Sumatoria de la Varianza de cada ítem

$\sum S_T^2$ = Sumatoria de la Varianza total de los ítem

Reemplazando:

$$\frac{15}{14} \left[1 - \frac{3.56}{20.7} \right] = 0.887$$

Los coeficientes alfa de Crombach mayores a 0.60 se consideran aceptables por lo tanto el instrumento tiene buena confiabilidad.

ANEXO N° 03

GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES EXPERTOS SEGÚN PRUEBA BINOMIAL

PREGUNTAS	JUECES EXPERTOS							VALOR DE P
	1	2	3	4	5	6	7	
1	1	1	1	1	1	1	1	0.016
2	1	1	1	1	1	1	1	0.016
3	1	1	1	1	1	1	1	0.016
4	1	1	1	1	1	1	1	0.016

Se ha considerado:

Favorable = 1 (SI)

Desfavorable = 0 (NO)

Si $p < 0.05$ la concordancia significativa

Obtenido con la prueba binomial un $p < 0.05$ la concordancia entre jueces es favorable por tanto significativa.



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

Intervención Educativa sobre Alimentación Complementaria en madres con niños de 06 a 24 meses en el Centro de Salud Materno Infantil Manuel Barreto, San Juan de Miraflores Lima-Perú 2016

Madres con niños de 6-24 meses de edad

Presentación:

Buenos días, soy la alumna Pancca Belizario Lidia Elizabeth estudiante de enfermería de la Escuela Académico Profesional de Enfermería. La presente encuesta tiene como objetivo determinar el Nivel de Conocimiento sobre Alimentación Complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses de edad. Este cuestionario es de carácter anónimo y confidencial, por lo cual su opinión al respecto es importante.

I.- Datos Generales:

Edad de la madre:

De 15 a 20 ()

De 21 a 25 ()

De 26 a 30 ()

De 31 a más ()

Lugar de procedencia:

Costa ()

Sierra ()

Selva ()

Estado civil:

Soltera ()

Casada ()

Conviviente ()

Divorciada ()

Viuda ()

Grado de instrucción:

Primaria () Secundaria ()
Superior () Técnico ()

Ocupación:

Su casa () Independiente ()
Obrera () Empleada ()

Ingreso económico mensual:

Entre 500 – 800 () entre 801 - 1000 ()
Entre 1001 – 1500 () entre 1501 a más ()

Número de hijos:

1- 2 hijos () 3- 4 hijos () 5 a más ()

Datos del niño:

Edad en meses del niño:

Sexo:

Masculino () Femenino ()

Instrucciones:

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

II.- Datos Específicos:

1. La alimentación complementaria es:

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

2. Generalmente la alimentación complementaria debe ser indicada por:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. Es recomendable durante la alimentación dar:

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

9. Las frutas cocidas al vapor aportan al lactante:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a) Que no tome más leche materna

b) Ganancia de peso y talla

c) Niño con bajo peso

SECCIONES EDUCATIVAS DIRIGIDAS A LAS MADRES EN EL CENTRO DE SALUD MANUEL BARRETO:

