

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD**

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

**“INFLUENCIA DEL FACTOR CULTURAL DE LAS MADRES
EN LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA DE NIÑOS DE
SEIS A ONCE MESES EN LA MICRORED BUENOS AIRES DE
CAYMA, AREQUIPA, 2017”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR
NANCY PAMELA TINTAYA ALVARADO**

**ASESORA
MG. IDALIA MARIA CONDOR CRISOSTOMO**

AREQUIPA – PERU, 2018

**“INFLUENCIA DEL FACTOR CULTURAL DE LAS MADRES
EN LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA DE NIÑOS DE
SEIS A ONCE MESES EN LA MICRORED BUENOS AIRES DE
CAYMA, AREQUIPA, 2017”**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Identificar la Influencia del factor cultural de las madres en la alimentación complementaria de niños de 6-11 meses de edad en la Microrred de salud Buenos Aires De Cayma, Arequipa 2017

. Es una investigación Este tipo de investigación será descriptiva porque se va a describir cada variable por separado , correlacional porque se tratará de encontrar la relación entre las variables ; de enfoque cuantitativo Según el número de mediciones de corte transversal, por el número de variables bivariado, por la temporalidad prospectiva . Por el lugar de estudio de campo, para el recojo de la información se utilizó un cuestionario tipo Likert, La validez fue a juicio de expertos al que fue sometido y cuyas fichas de validación se adjuntan en anexos la confiabilidad será por prueba piloto

CONCLUSIONES:

La influencia del factor cultural en la alimentación complementaria es alta con un 51% con un total de 54 niños, seguido de influencia media con un 35% con un total de 35 niños seguido de una influencia baja con un 14%, equivalente a 14 niños, siendo que la influencia del factor cultural de las madres en la alimentación complementaria de niños de 6-11 meses de edad en la microrred de salud buenos aires de cayma, arequipa 2017 es alta

Los factores culturales que tienen las madres de niños de 6-11 meses de edad en la microrred de salud buenos aires de Cayma, son las creencias que en mayor porcentaje 46% en un equivalente al 35% predominantemente a las costumbres entre sus factores culturales y los prejuicios tienen un 19%. siendo estas desfavorables para la alimentación complementaria del niño.

La alimentación complementaria de los niños de 6-11 meses de edad en la microrred de salud buenos aires de Cayma, se observa que la mayoría de niños de 6 a 11 meses presentan una alimentación complementaria inadecuada (68.4%) y el 31.6% es adecuada. Entre las madres con niños de 6 a 11 meses en la cantidad y consistencia de la alimentación complementaria es inadecuada.

PALABRAS CLAVES: factor cultural de las madres en la alimentación complementaria

SUMMARY

The present investigation had like Objective: To identify the Influence of the cultural factor of the mothers in the complementary feeding of children of 6-11 months of age in the Microgrid of health Buenos Aires Of Cayma, Arequipa 2017

. It is a research This type of research will be descriptive because each variable will be described separately, correlational because it will try to find the relationship between the variables; of quantitative approach According to the number of cross-sectional measurements, by the number of bivariate variables, by prospective temporality. For the place of field study, a Likert questionnaire was used to collect the information. The validity was in the opinion of experts to whom it was submitted and whose validation sheets are attached in annexes, the reliability will be by pilot test

CONCLUSIONS:

The influence of the cultural factor in complementary feeding is high with 51% with a total of 54 children, followed by an average influence with 35% with a total of 35 children followed by a low influence with 14%, equivalent to 14 children , being that the influence of the cultural factor of the mothers in the complementary feeding of children of 6-11 months of age in the micro health network buenos aires de cayma, arequipa 2017 is high

The cultural factors that mothers of children 6-11 months of age have in the health micro-network of buenos aires de Cayma, are the beliefs that in a greater percentage 46% in an equivalent to 35% predominantly to the customs among their cultural factors and Prejudices have 19%. being unfavorable for the complementary feeding of the child.

The complementary feeding of children of 6-11 months of age in the health microgrid of good air of Cayma, it is observed that the majority of children from 6 to 11 months have an inadequate complementary feeding (68.4%) and 31.6% is adequate . Among mothers with children from 6 to 11 months in the amount and consistency of complementary feeding is inadequate.

KEYWORDS: mothers' cultural factor in complementary nutrition

INDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

i

RESUMEN

ii

ABSTRAC

iii

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

v

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	5
1.2.1. Problema General	5
1.2.2. Problemas Específicos	5
1.3. Objetivos de la investigación	5
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
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	12
2.3. Definición de términos	51
2.4. Hipótesis	52
2.5. Variables	52
2.5.1. Definición conceptual de la variable	53
2.5.2. Definición operacional de la variable	53
2.5.3. Operacionalización de la variable	55

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1. Tipo y nivel de investigación	56
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	57
3.3. Población y muestra	57
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	60
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	61
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	61

CAPÍTULO IV: RESULTADOS	62
--------------------------------	----

CAPÍTULO V: DISCUSION	65
------------------------------	----

CONCLUSIONES	68
---------------------	----

RECOMENDACIONES	69
------------------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
-----------------------------------	----

ANEXOS

Matriz

Instrumento

INTRODUCCION

La alimentación complementaria comprende un proceso que se inicia cuando se introducen alimentos, valga la redundancia, como complemento a la leche materna o fórmula láctea y no como sustitución de ésta, proporcionada diariamente de un modo regular y en cantidades significativas, y que termina cuando el niño recibe una alimentación muy parecida a la del resto de la familia. Por lo tanto, el primer año es un período de la vida fundamental, en el que se establecen hábitos nutricionales que permitirán, no sólo conseguir un crecimiento adecuado, sino también la prevención de problemas de salud en la adultez y evitar enfermedades relacionadas con la dieta. Es importante tener en cuenta los factores nutricionales, geográficos, económicos, sociales y culturales, sin olvidar que existe una gran variabilidad individual durante los primeros meses de la vida respecto a las necesidades nutricionales del lactante y circunstancias familiares que le rodean comenzando desde la gestación y estado general de la madre.

La presente investigación para fines de estudio contiene

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel 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. Luego los aspectos administrativos en el cual se aprecia el Presupuesto de la investigación y el cronograma de actividades terminando con la presentación de la referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La alimentación complementaria es aquella que complementa a la lactancia materna, pero sin anularla. (1) el proceso se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. (2)

Durante el período de la alimentación complementaria, los niños se encuentran en un riesgo elevado de desnutrición (3) Con frecuencia, los alimentos complementarios son de baja calidad nutricional y son administrados demasiado antes o demasiado tarde, en cantidades muy pequeñas o poco frecuentes. La interrupción prematura o la poca frecuencia de la lactancia materna, también contribuye al aporte insuficiente de nutrientes y de energía para los lactantes mayores de 6 meses de edad. (2)

Las deficiencias nutricionales tempranas también han sido vinculadas con problemas que comprometen el crecimiento y la salud a largo plazo. La desnutrición durante los primeros dos años de vida es causa de desnutrición crónica, la cual provocará que el adulto no alcance su

potencial para el crecimiento en talla y que sea varios centímetros más bajo (4)

Dado que el estado nutricional afecta distintas fases del desarrollo a lo largo del ciclo de vida, las deficiencias nutricionales tendrán diferentes impactos dependiendo de la etapa en que se presenten. De allí que se preste especial atención al estado nutricional de la madre, el lactante y los niños, pues en ellos las consecuencias de la malnutrición tendrán un mayor impacto a lo largo del ciclo de vida (desde la edad temprana hasta la adultez) y afectará las posibilidades de desarrollo futuras tanto físicas como mentales.(5)

Las prácticas alimentarias inadecuadas son a menudo un determinante de la ingesta insuficiente más importante que la disponibilidad de alimentos en el hogar. (6)

Los niños que sufren de una pérdida de crecimiento debido a una mala nutrición tienen una habilidad muy limitada para sobreponerse a los resultados de un mal desarrollo. Por esta razón, hay un interés reciente en explicar cuáles son los determinantes del estado de nutrición y de salud de los niños, principalmente en países en desarrollo, con la finalidad de brindar recomendaciones de política en inversión pública y doméstica. (/)

La coexistencia del hambre, la desnutrición, las deficiencias de micronutrientes, el sobrepeso, la obesidad se debe, entre otras causas, a la falta de acceso a una alimentación saludable que provea la cantidad de nutrientes necesarios para llevar una vida sana y activa El crecimiento económico ha ocasionado cambios en los patrones de alimentación: se observa una disminución de preparaciones culinarias tradicionales basadas en alimentos frescos, preparados y consumidos en el hogar, y una presencia y consumo cada vez mayor de productos ultra procesados con baja densidad de nutrientes pero con alto

contenido de azúcares, sodio y grasas. Este cambio en el patrón alimentario ha contribuido a la persistencia de la malnutrición en todas sus formas y a la disminución de la calidad de vida (5)

Se privilegia el rol de la madre en la crianza y el cuidado de los hijos, desde antaño se valora su presencia en el hogar, especialmente cuando los niños son pequeños. (8)

La OMS calcula que en los países de ingresos bajos dos de cada cinco niños tienen retraso del crecimiento.(q) Se ha estimado que 9.5 millones de niños murieron antes de cumplir los cinco años y que dos tercios de estas muertes ocurrieron durante el primer año de vida. La desnutrición está asociada al menos con el 35% de las muertes que ocurren en la niñez; por otra parte, la desnutrición es la principal causa que evita que los niños que sobreviven alcancen su completo potencial de desarrollo. (2)

Según la OMS, en el mundo un 45% de las defunciones de niños se asocia a la desnutrición. Se calcula que el 2015, a nivel mundial, 156 millones de niños menores de cinco años sufrían retraso del crecimiento y 50 millones presentaban desnutrición, bajo peso 934 millones y 42 tenían sobrepeso o eran obesos. (9). Son pocos los niños que reciben alimentación complementaria segura y adecuada desde el punto de vista nutricional; en muchos países, menos de un cuarto de los niños de 6 a 23 meses cumplen los criterios de diversidad de la dieta y frecuencia de las comidas apropiados para su edad. (10)

En América Latina y el Caribe la desnutrición crónica y las deficiencias de micronutrientes son los problemas nutricionales que mayormente afectan a las niñas y niños menores de 3 años Entre las muchas causas que influyen en la baja nutrición de esta etapa están: baja lactancia materna exclusiva hasta los primeros 6 meses de vida;

inadecuada o tardía introducción de la alimentación complementaria con pobre calidad nutricional de los alimentos; (11)

En América latina , los avances en materia de desnutrición conviven con tasas de sobrepeso que requieren de una mayor atención, fenómeno denominado "doble carga de la malnutrición" (12). El sobrepeso se ha transformado en un problema transversal en la región, afectando a 2,5 millones de niños en Sudamérica, a 1,1 millones en Centroamérica y 200 mil niños menores de 5 años en el Caribe; en contraposición, la desnutrición crónica afecta 3,4 millones de niños en Sudamérica, 2,6 millones en Centroamérica y a 200 mil en el Caribe (13)

En el Perú existen 2.3 millones de niños subalimentados, la desnutrición crónica, desnutrición aguda 0.6%, desnutrición global del 3.5% (12,14,15)

Galindo en Lima obtuvo que el 45% de las madres no conocen sobre la alimentación complementaria; En cuanto a las prácticas el 39 % tienen prácticas inadecuadas (16)

Las costumbres observadas fue el primer alimento introducido por las madres es la sopa (72.8%), siguiéndole en orden de frecuencia las bebidas no-lácteas (8.9%) y los alimentos sólidos (7.9%). Las coladas o cereales fortificados como primer alimento fueron reportados por el 5% de las madres. (17).

En Arequipa según el MINSA, la anemia afecta a 54,7% de los niños menores de tres años 2351 casos en Arequipa en el 2016. Y 1222 casos de alteraciones nutricionales en niños menores de tres años. (18)

Habiendo observado las evidencias que se presentan, se plantea el tema de investigación

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. Problema General

¿Cuál es la Influencia del factor cultural de las madres en la alimentación complementaria de niños de 6-11 meses de edad en la Microrred de salud Buenos Aires de Cayma, Arequipa, 2017?

1.3.2. Problemas Específicos

Cuáles son los factores culturales de las madres de niños de 6 -11 meses de edad en la Microrred de salud Buenos Aires de Cayma?

¿Cómo es la alimentación complementaria de los niños de 6-11 meses de edad en la Microrred de salud Buenos Aires de Cayma?

1.3. Objetivos de la Investigación

1.3.1 Objetivo General

Identificar la Influencia del factor cultural de las madres en la alimentación complementaria de niños de 6-11 meses de edad en la Microrred de salud Buenos Aires De Cayma, Arequipa 2017

1.3.2. Objetivos Específicos

Caracterizar el factor cultural de las madres de niños de 6-11 meses de edad en la Microrred de salud Buenos Aires de Cayma.

Analizar la alimentación complementaria de los niños de 6-11 meses de edad en la Microrred de salud Buenos Aires de Cayma.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Es pertinente , porque la enfermera tiene como actividad final en su desempeño profesional el cuidado del niño en su rol asistencial en el Primer nivel de atención cumpliendo actividades preventivo promocional , detección de anormalidades para un tratamiento oportuno y en su rol educador bajo el enfoque de Ramona Mercer donde la madre de familia cumple un rol prioritario en el cuidado de su , persona , familia y comunidad.

Es de utilidad, ya que los resultados permitirán buscar las estrategias para detectar algunas conductas socioculturales de la madre influyentes en la alimentación complementaria que se brinda al niño y abordar con estrategias para neutralizar si son desfavorables a la salud del niño. .

Es trascendente porque la salud del niño es una línea de investigación que se aborda en los diferentes aspectos que deben profundizarse para que el profesional de enfermería se desempeñe con eficiencia y oportunidad

Es relevante porque la salud del niño es la salud de la persona futura donde se tienen que estimular potencialidades en una persona sana y la salud del niño es la salud del futuro del país.

Es original, ya que, el tema por investigar aborda enfoques diferentes a los revisados en la bibliografía que acompaña la presente investigación.

El aporte científico, permitan generar nuevos para la carrera de Enfermería y ciencias de la salud en la etapa de vida niño. .

Finalmente, esta investigación permitirá obtener el título de Licenciada en enfermería.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

2.1.1. Antecedentes Internacionales

García de León, M. (2014) Prácticas de alimentación complementaria en Niños menores de 1 año de edad, de la comunidad "El tablón Del Municipio De Sololá" Quetzaltenango,. El objetivo del estudio fue determinar las prácticas de alimentación complementaria en niños menores de un año de edad, habitantes de la comunidad El Tablón del municipio de Sololá. El estudio fue de tipo descriptivo, desarrollado mediante la aplicación de 3 boletas a 45 madres de niños menores de un año que ya habían iniciado la alimentación complementaria. Se determinó que el 100% de las madres le brindaba lactancia materna a su hijo desde el nacimiento hasta el día del estudio. El 64% indicó que antes de iniciar la alimentación complementaria le había brindado atoles y agüitas de hierbas. El 38% inició la alimentación complementaria a los 6 meses y el 40% después de los 6 meses. La alimentación de la población en general está basada en el consumo de cereales, seguidos de: Frijol, hierbas y una bebida a base de harina de maíz y harina de soya (Incaparina). Se determinó que el tipo de alimentos ofrecidos

va aumentado conforme la edad, aunque la consistencia y la preparación se realizan de manera uniforme. Las prácticas de higiene durante la preparación de alimentos fueron adecuadas. Algunos resultados concordaron con la teoría y experiencias de otros países, aportando datos importantes como lo fundamental del apoyo institucional en educación y salud para mejorar las prácticas de alimentación en las comunidades (19)

2.1.2. Antecedentes nacionales

Sánchez y Reyes, (2013) “Actitudes maternas como factor de riesgo en la malnutrición infantil en niños menores de 3 años” “Siddhartha” Lima- 2013

El presente estudio es una investigación No experimental, tipo Básica, con diseño descriptivo- correlacional con un enfoque mixto cuantitativo-cualitativo. Cuantitativo porque a través de la medición de las actitudes maternas nos permitió la comprobación de las hipótesis, estando la muestra constituida por un total de 200 madres de niños de 0 a 36 meses, 100 fueron madres de niños adecuadamente nutridos, las mismas que fueron comparadas con 100 madres de niños que presentan malnutrición (50 por exceso y 50 por defecto). En cuanto al enfoque cualitativo, se eligió a dos madres, representativas de casos extremos de malnutrición infantil ,(exceso y déficit) a fin de conocer , comprender y analizar la relación madre- niño, que se da en la alimentación , estudio que se llevó a cabo desde el punto de vista psicoanalítico. El diseño es el estudio de casos extremos Creswell, (1998) de tipo instrumental. Se concluye: existen diferencias estadísticamente significativas entre las Actitudes Maternas y los tipos de Malnutrición, presentes en las madres de niños menores de tres años de edad, se detecta apego inseguro en los casos extremos representadas por madres de niños con malnutrición

por déficit y por exceso ,si se puede interpretar psicoanalíticamente las Actitudes Maternas. (21)

Gamarra, R. et al (2010) Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima. Objetivos: Identificar conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre alimentación del niño menor de 3 años. Diseño: Estudio observacional descriptivo, cuanti-cualitativo. Lugar: Asentamientos Humanos del distrito de Villa María del Triunfo-Lima. Participantes: Madres de niños menores de 3 años. Intervenciones: Previo consentimiento, para la fase cuantitativa se aplicó un cuestionario de 10 preguntas cerradas con respuestas dicotómicas sobre conocimientos y 10 preguntas con categorías de respuesta en escala de Likert sobre actitudes en 161 madres, y para la fase cualitativa se realizó 28 entrevistas a profundidad y 4 grupos focales para identificar percepciones en 68 madres. Principales medidas de resultados: Nivel de conocimientos, tipo de actitudes y percepciones sobre lactancia materna (LM), alimentación complementaria (AC) y alimentación durante una enfermedad. Resultados: 81% de participantes mostró nivel de conocimientos alto, 65% estuvo en total acuerdo con la LM exclusiva durante los 6 primeros meses de vida, 63% estaba de acuerdo con prácticas adecuadas en alimentación complementaria. La mayoría percibía que la LM debía ser hasta dos años, porque ayuda a la formación de órganos y para que el niño crezca sano; la AC se inicia a los seis meses, porque ayuda a la formación del estómago, el niño tiene más apetito y la LM ya no es suficiente; el consumo de alimentos de origen animal, frutas y verduras debía ser diario; durante la diarrea se brindaría abundante líquidos y mayor frecuencia de alimentos y en menor cantidad. Conclusiones: Las madres presentaron nivel de conocimientos alto (81%) y actitudes

favorables (66,7%) sobre alimentación infantil, y sus percepciones en general coincidían con ello.(22)

Galindo, D. (2011).En sus estudio titulado “Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud "Nueva Esperanza" .realizado en Lima .Se propuso como objetivo identificar los conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria. Es un estudio 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. Los resultados que obtuvo :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. Las conclusiones que obtuvo fueron . La mayoría de las madres que acuden al centro de salud Nueva Esperanza conocen y tienen prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria. (16)

Cisneros, E. Y Vallejos, Y. (2014) En su estudio titulado “Efectividad del programa educativo en conocimientos, prácticas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6-24 meses - Reque -2014 llevado a cabo en Chiclayo, Perú. Se propuso como objetivo, Determinar la efectividad del programa educativo en los conocimientos, prácticas y actitudes sobre alimentación complementaria en las madres. Es un estudio de tipo cuantitativo – cuasi experimental, La muestra estuvo conformada por 30 madres del servicio de Crecimiento y desarrollo del centro de salud de Reque, teniendo en cuenta los criterios de exclusión; la recolección de datos Los instrumentos aplicados fueron tres instrumentos: un

cuestionario de 15 ítems, una escala de lickert con 11 ítems y una lista de cotejo, para el procesamiento de datos estadísticos se utilizó el programa SPSS versión 15, y la prueba de la T de student de muestras relacionadas. Los resultados que obtuvieron mostraron que con un 95% de confianza se estima que el programa de alimentación complementaria, tiene efecto significativo en el conocimiento en las madres de los niños de 6 a 24 meses en cuanto al valor T. Los resultados muestran que el Pos Test 96,7% de madres alcanzaron un nivel de conocimientos Alto, luego en prácticas se muestra el 76% de las madres tenían una práctica adecuada, y el 24% practicas inadecuadas, finalmente 6,7% de madres tienen actitudes inadecuadas, asimismo el 93,3% de las madres tienen actitudes adecuadas. (23)

Zavaleta, S. (2013). “Conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses que asisten al consultorio CRED, en el P.S. Cono Norte”

Propuso como objetivos determinar el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en las madres de niños de 6 a 24 meses que asisten al consultorio de CRED. La metodología utilizada es de tipo descriptiva correlacional, de corte transversal porque presenta los hechos tal como son en un determinado tiempo y espacio.

En el siguiente trabajo la autora brinda la siguiente recomendación, que todos los programas de crecimiento y desarrollo deben incluir acciones de capacitación, educación, monitoreo, supervisión y evaluación a las madres a fin de fortalecer la información que reciben sobre alimentación complementaria. (24)

Fuentes, C. Y Montes, J. (2014), en su estudio titulado “Factores Nutricionales y Anemia Ferropénica en niños de 6 a

23 meses en el Centro de Salud Javier Llosa García, Hunter realizado en Arequipa, diciembre 2014, Se propuso como objetivo identificar los factores nutricionales que se relacionan con la anemia Ferropénica en niños de 6 a 23 meses Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo , la muestra estuvo constituida por niños de 6 a 23 meses que se atienden en ese establecimiento de salud. Se obtuvo las siguientes conclusiones : que la frecuencia de anemia Ferropénica es de 80,34% entre los dos meses que duro el estudio y entre los factores nutricionales característicos de la población la mayoría recibió lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida, en altos porcentajes presentan estado nutricional normal (84,61%) y consumen actualmente alimentos con hierro (70,94%). (25)

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Teoría de Enfermería

A. Teoría de Ramona T. Mercer: Adopción del Rol Materno

La adopción del rol materno es un proceso interactivo y de desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual la madre crea un vínculo con su hijo, aprende las tareas de cuidado del rol y expresa el placer y la gratificación con el rol (1)

- Identidad materna, es tener una visión de sí misma como madre.
- La flexibilidad en las actitudes de crianza aumenta el desarrollo, las madres de edad adulta son menos rígidas con respeto a sus hijos, para considerar cada situación de modo más pasivo.

- Actitudes y creencias maternas sobre la crianza.
- Tensión debida al rol: El conflicto y una dificultad que una mujer siente cuando debe afrontar la obligación del rol materno.
- Gratificación-satisfacción: la satisfacción, la alegría, la recompensa o el placer que una mujer experimenta en la relación con su hijo y al cumplir las tareas relacionadas con la maternidad.
- Temperamento del niño: se refiere a la capacidad del niño de enviar mensajes a su madre y es difícil de interpretar, le crea sentimientos de incompetencia y frustración.
- Estado de salud del niño: se refiere a que las patologías del niño que producen la separación con su madre, interfieren en la vinculación.
- Características del niño: temperamento, apariencia y estado de salud.
- Padre o compañero: las interacciones del padre ayudan a diluir las tensiones y facilitan la adopción del rol materno.
- Estrés: producto del afrontamiento en sucesos de la vida percibidos de modo positivo y negativo y variantes ambientales.

A. Meta paradigmas desarrollados en la Teoría

- **Persona:** Los conceptos de autoestima y confianza en sí mismo son importantes para la adopción del rol maternal. La madre como persona se considera una entidad independiente pero en interacción con el niño, el padre u otra persona significativa.

- **Cuidado de enfermería:** Enfermería es una profesión dinámica con tres focos principales: fomentar la salud y prevenir la enfermedad, proporcionar cuidados a quienes necesitan asistencia profesional para conseguir su nivel óptimo de salud y funcionamiento e investigar para mejorar las base del conocimiento para proporcionar un cuidado enfermero excelente;
- **Salud:** Define el estado de salud como la percepción que la madre y el padre poseen de su salud anterior, actual y futura, la resistencia y susceptibilidad a la enfermedad. La salud también se considera como un objetivo deseable para el niño y está influida por variables tanto maternas como infantiles.
- **Entorno:** “Describe la cultura del individuo, la pareja, la familia o red de apoyo y la forma como dicha red se relaciona con la adopción del papel maternal. El amor, el apoyo y la contribución por parte del cónyuge, los familiares y los amigos son factores importantes para hacer a la mujer capaz de adoptar el papel de madre”.

“En los últimos años, el conocimiento sobre la desnutrición, sus causas y sus consecuencias ha mejorado mucho. En la actualidad está identificado el período fundamental para prevenir la desnutrición: el embarazo y los dos primeros años de vida del niño. Es lo que se conoce como los 1000 días críticos para la vida. En esta etapa es cuando se produce el desarrollo básico del niño, por lo que la falta de atención adecuada afectará a la salud y el desarrollo intelectual del niño. ”Esta situación expone la importancia de desarrollar el rol maternal, para poseer la competencia de cuidado e identificación con ella misma como madre y con su hijo; porque

todas las intervenciones anteriores es probable que no las ejecute si no ha adoptado el rol maternal. (26)

B. Modelo de Nola Pender (26)

Identifica en el individuo factores cognitivos-perceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de la salud.

El modelo de promoción de la salud es una exploración de los procesos biopsicosociales, son el modelo a seguir del individuo, para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud.

a. Pruebas Empíricas

El Modelo de promoción de la salud, sirvió como marco para la investigación destinada a predecir los sistemas de promoción de salud globales y conductas específicas. Pender ha desarrollado un programa para evaluar el modelo poblaciones, estos estudios demostraron la validez del Modelo y se añade a este modelo tres nuevas variables que influyen en el individuo para que este se comprometa con conductas de promoción de la salud:

- El afecto relacionado con la actividad.
- El compromiso por un plan de acción.
- Las demandas y preferencias contrapuestas inmediatas.

El Modelo de Promoción de la salud, se ha modificado para centrarse en 10 categorías determinantes en la conducta de promoción de salud.

b. Conceptos Principales y Definiciones

El Modelo de promoción de la salud (MPS) identifica los factores cognitivos y perceptuales como los principales determinantes de la conducta de promoción de salud.

El Perfil del estilo de vida del promotor de la salud: su objetivo es valorar el estilo de vida.

c. Meta Paradigmas Desarrollados en la Teoría

- **Persona:** las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana. Los individuos buscan regular de forma activa su propia conducta.
- **Cuidado o Enfermería:** el bienestar como especialidad de la enfermería, tienen como responsabilidad personal en los cuidados sanitarios que es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.
- **Salud:** identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud.

- **Entorno:** las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno y siendo transformados a lo largo del tiempo. Los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que influyen en las personas a lo largo de la vida.

d. Afirmaciones Teóricas

El Modelo de Promoción de la Salud tiene una competencia o un centro orientado al enfoque de la promoción de salud está motivado por el deseo de aumentar el bienestar y de actualizar el potencial humano.

e. Aceptación por parte de la Comunidad Enfermera

El Modelo de promoción de la salud aporta una solución enfermera a la política sanitaria y la reforma del cuidado de salud, ofreciendo un medio para comprender como los consumidores pueden verse motivados para alcanzar la salud personal.

f. Fuentes teóricas para el desarrollo de la teoría

La teoría de aprendizaje social de Albert Bandura nos habla de la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta de las personas, incluye las siguientes auto creencias, auto atribución, autoevaluación y auto eficacia.

- **Crítica**

El perfil del estilo de vida de la promoción de salud se usa como instrumento para valorar las conductas de promoción de salud. El modelo podría influir en la interacción entre la enfermera y la madre. Pender ha respondido al entorno político, social y personal de su tiempo para definir el papel de la enfermera a la hora de suministrar servicios de promoción de la salud a personas de todas las edades.

g. Empleo de la Teoría en la Investigación

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender es apropiada a la investigación, porque permite plantear estrategias de orientación a las madres en las conductas de salud precisas sobre alimentación y nutrición como una medida preventiva y un estilo de vida saludable en los niños. La enfermera es una guía en los procesos bio psicosociales, utilizando su capacidad para prescribir indicaciones, planificar cuidados a los pacientes individuales para mejorar la calidad y de promover los cambios de actitudes en las personas. (26)

2.2.2. Factor Cultural

Cultura

Definición

La cultura es una unidad integrada y funcional que puede ser observada y analizada como un todo o en sus partes constitutivas. Por lo que se señalan en este espacio los factores que se consideran relevantes a tomar en cuenta en el desarrollo comunitario. (27)

Factor Cultural:

Está constituido por todos los valores creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma objetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a las personas o grupo de personas a mantener el estado de salud y bienestar o a mejorar su situación y estilo de vida o a afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte, como tal incluye las costumbres, practicas, manera de ser, vestimenta, religión, mitos, normas de comportamiento y sistemas de creencias. (17)

Los factores culturales facilitan no sólo conocer los rasgos distintivos que hacen diferentes a grupos humanos y asentamientos poblacionales dentro de un mismo espacio geográfico y social, sino además, comprender, a través de ellos, cómo se ha producido el desarrollo histórico, sus tendencias más significativas, ello posibilita explicar los nexos que se establecen entre las actuaciones de individuos y grupos y las dinámicas sociales.(28)

La conformación de una creencia nace del interior de una persona estas se desarrolla a partir de las propias convicciones y los valores morales, también es influenciada por factores externos y en entorno social. (29)

Diferentes culturas tienen distintas costumbres en cuanto a la incorporación de la alimentación complementaria aunque no todas ellas resultan biológicamente adecuadas. En algunos países las circunstancias de la madre, como el trabajo fuera del hogar o la existencia de lugares donde no se pueda o no esté aceptado el llevar al bebé, hacen que se adelante la edad de incorporación de la alimentación complementaria. Con una buena información es posible continuar con la lactancia, haciendo compatible el amamantar con el trabajo materno, y

demorar la alimentación complementaria hasta que biológicamente sea adecuada para el bebé.(30)

Los hábitos de alimentación se ven influidos por consideraciones de importancia como es el desarrollo de la persona, género, etnia y cultura, las creencias sobre los alimentos, las preferencias personales, las prácticas religiosas, el estilo de vida, la economía, la medicación y la terapia, la salud, el consumo de alcohol, la publicidad y los factores psicológicos. Lo anterior nos lleva a reflexionar sobre la relación íntima que existe entre el proceso de la alimentación y la nutrición en el cuerpo de una persona, y como resultado su estado de salud. (31)

Aunque el contenido nutricional de los alimentos es una consideración importante en la planificación de una dieta, las preferencias de un individuo y los hábitos alimentarios son a menudo un factor importante que afecta la ingesta real de alimentos y que deben de ser considerados al momento de recomendar o sugerir una forma de alimentación; cada vez es más necesario considerar los diversos aspectos culturales que condicionan el consumo de alimentos (31)

En casi todos los países, los factores sociales y culturales tienen una influencia muy grande sobre lo que come la gente, cómo preparan sus alimentos, sus prácticas alimentarias y los alimentos que prefieren. Sin embargo, los hábitos y prácticas alimentarias son rara vez la causa principal, o importante de la malnutrición. Por el contrario, muchas prácticas son específicamente diseñadas para proteger y promover la salud; un ejemplo es suministrar a las mujeres alimentos abundantes, densos en energía, durante los primeros meses después del parto. Es verdad también, que algunas prácticas alimentarias tradicionales y tabúes de ciertas sociedades pueden contribuir

a deficiencias nutricionales en grupos específicos de la población. Los nutricionistas deben conocer los hábitos y prácticas de alimentación de las comunidades donde trabajan, de manera que puedan ayudar a reforzar los elementos positivos y luchar para cambiar los negativos.(32)

A. Creencias (33)

- a. Se define a la creencia como un sentimiento de certeza sobre el significado de algo. Es una afirmación personal que consideramos verdadera.

Las creencias se forman a partir de ideas que confirmamos o creemos confirmar a través de nuestras experiencias personales.

Las creencias son una fuerza muy poderosa dentro de nuestra conducta. Es bien sabido que si alguien realmente cree que puede hacer algo, lo hará, y si cree que es imposible hacerlo, ningún esfuerzo por grande que éste sea logrará convencerlo de que se puede realizar.(56)

Todos tenemos creencias que nos sirven como recursos y también creencias que nos limitan. Nuestras creencias pueden moldear, influir e incluso determinar nuestro grado de inteligencia, nuestra salud, nuestra creatividad, la manera en que nos relacionamos e incluso nuestro grado de felicidad y de éxito. Muchas personas tienden a pensar que sus creencias son universalmente ciertas y esperan que los demás las compartan. La creencia tiene que ver con la educación, y la primera infancia,

b. Clases de Creencias:

- Creencias sobre la causa:

- Creencias sobre el significado de un tema
- Creencias de identidad u origen: engloban causa, significado y límites". son también las que pueden impedirte cambiar, sobre todo porque muy a menudo no eres consciente de ellas. Cualquier cosa que asumamos como parte de nuestra identidad comenzará a ejercer un impacto muy profundo en nosotros.

c. Creencias sobre alimentación complementaria(34)

Según Madrigal, (2003) el inicio de la alimentación complementaria varía según los patrones culturales de las diferentes sociedades. Así como en algunas comunidades este período se inicia al cuarto o sexto mes, en otras se inicia cerca al segundo año de vida. (34)

Para la gran mayoría de las madres, la alimentación complementaria debe iniciarse entre los 3 y 4 meses de edad. Los alimentos preferidos para el inicio son: sopas de pescado, el frijol, los jugos no ácidos como el mango, y frutas como el chontaduro, la papaya, y la guayaba. En menor frecuencia las madres refieren como primer alimento las coladas de plátano, las papillas (esto es muy reciente), el huevo, las masitas (harina de trigo). Aunque no es la norma, algunas madres introducen alimentos sólidos en la primera semana de vida del niño.

La alimentación complementaria inicia de manera espontánea en el niño cuando el empieza a "velar" por la comida de los otros miembros de la familia quienes introducen pequeñas cantidades de alimentos con los dedos: "Algunos empiezan a comer temprano, ellos miran comer y se saborean".

Otras madres deciden iniciar los alimentos semi-sólidos y sólidos de manera temprana para que los niños se vayan adaptando a la comida y puedan posteriormente ser alimentados por cualquier miembro de la familia, facilitando en ellas el regreso al trabajo. (20)

B. Costumbres (35)

La costumbre es un modo habitual de obrar que se establece por la repetición de los mismos actos o por tradición.(35)

Costumbre es un hábito o tendencia adquirida por la práctica frecuente de un acto. Las costumbres de la vida cotidiana son distintas en cada grupo social, conformando su idiosincrasia distintiva, que, en el caso de grupos definidos localmente, conforman un determinado carácter nacional, regional o comercial (35)

Las costumbres son formas de comportamiento particular que asume toda una comunidad y que la distinguen de otras comunidades; como sus danzas, fiestas, comidas, idioma o artesanía.(35)

Se conoce como costumbres a todas aquellas acciones, prácticas y actividades que son parte de la tradición de una comunidad o sociedad y que están profundamente relacionadas con su identidad, con su carácter único y con su historia. Las costumbres de una sociedad son especiales y raramente se repiten con exactitud en otra comunidad, aunque la cercanía territorial puede hacer que algunos elementos de las mismas se compartan.(30)

Las costumbres y tradiciones se vinculan siempre con la identidad y el sentimiento de pertenencia de los individuos que

conforman una comunidad. Las costumbres son formas, actitudes, valores, acciones y sentimientos que por lo general tienen su raíz en tiempos inmemoriales y que, en muchos casos, no tienen explicación lógica o racional si no que simplemente se fueron estableciendo con el tiempo hasta volverse casi irrevocables. Todas las sociedades cuentan con su sistema de costumbres, siendo algunas de ellas más evidentes que otras. (30)

Otras costumbres también afectan, a menudo, a mujeres y niños en relación con el pescado. Estas costumbres pueden ser un tabú, pues las personas que no están acostumbradas al pescado no le gusta simplemente porque encuentran que su olor es desagradable o por su apariencia que es «semejante a una serpiente». Muchas culturas se resisten al consumo de leche o productos lácteos.(36)

Una costumbre que se encuentra con frecuencia entre los pastores y otras personas es tomar leche agria o cuajada, en vez de fresca. La leche agria no pierde su valor nutritivo, pero a menudo reduce de modo sustancial el número de organismos patógenos presentes. En comunidades donde el ordeño no se realiza con buena higiene y donde los recipientes en los que se recibe la leche quizá están contaminados, es más seguro tomar leche agria y no leche fresca. La leche hervida es más segura.(36)

C. Moda

Las comidas de moda que implican las prácticas tradicionales de alimentos son relativamente comunes. Una moda es un interés generalizado, pero de corta duración o de una práctica seguida con entusiasmo considerable. (37)

Puede basarse en la creencia de que ciertos alimentos tienen poderes especiales o en la idea de que ciertos alimentos son perjudiciales. En algunas ocasiones las comidas de moda pueden ser consumidas por las personas con la finalidad de la búsqueda de una cura milagrosa a una enfermedad, o bien pretende sentirse o tener una salud superior o quiere retrasar el envejecimiento. Algunas formas de alimentarse basado en algunas modas pueden ser inofensivas, pero otras son potencialmente peligrosas para la salud(37)

D. Propaganda

La propaganda es el empleo deliberado de símbolos con el propósito de cambiar las creencias e ideas de la gente y en último término sus actos. Como forma de poder y control social.(38)

La manipulación deliberada de las palabras y otros símbolos con el fin de conseguir un cambio de las opiniones y actitudes y en definitiva de las acciones, es sin embargo algo tan viejo como la historia escrita. Desde el punto de vista psicológica, la actual fabricación consciente de estereotipos, leyendas y de mitos sólo difiere de la producción inconsciente de dichos materiales verbales por la intención expresa de modificar las creencias, convicciones, actitudes y comportamientos.(38)

El propagandista provoca la asimilación mediante la técnica de sugestión; añade nuevos relatos, explicaciones y descripciones de acontecimientos, todo ello calculado con el fin de despertar nuestro miedo de ciertas cosas o nuestra cólera contra otras, y de hacernos aceptar y hallar placer en nuevas leyendas y, por proyección, participar en ella. Al igual que gran parte de nuestra conducta, nuestro miedo, cóleras, irritaciones, rechazos, aceptaciones amores y simpatías reflejadas nuestros vínculos con un grupo particular y nuestras actitudes negativas hacia otros grupos.(38)

Según las conclusiones de este Foro del Espectador, formado por más de 150.000 espectadores de distintos ámbitos culturales, el niño es manipulado a través de la publicidad, que muestra productos de alimentación, donde el mensaje principal no sólo es la ayuda al crecimiento, sino también el éxito, el poder y el triunfo.(39)

Pero los anuncios en televisión también tienen su parte positiva cuando se trata de crear buenas costumbres alimentarias. La estimulación del consumo de cereales y productos lácteos, así como destacar la importancia que tiene tomar un desayuno completo, son objetivos que hacen que muchos de estos mensajes publicitarios sean una buena influencia en la educación nutricional del menor.(39)

El 38% de los consumidores modifica sus pautas de consumo ante noticias negativas aparecidas en los medios de comunicación.(31)

Las creencias acerca de los efectos de los alimentos sobre la salud y el bienestar pueden afectar la elección de alimentos. Muchas personas adquieren sus creencias acerca de la comida a través de medios de difusión como la televisión, las revistas y otros medios de comunicación. Por ejemplo, algunas personas están reduciendo su ingesta de grasas de origen animal en respuesta a la evidencia de que el consumo excesivo de grasas de origen animal es un importante factor de riesgo en la enfermedad cardiovascular, incluyendo infartos al corazón y derrames cerebrales.(37)

E. Prejuicios

- **La clase social;** implica unas formas comunes de vida, una coincidencia de intereses, una conciencia de esas concordancias y de la diferencia colectiva frente a las otras

clases, pero no constituye un hecho de comunidad propiamente una comunidad, porque dentro de la clase social no se cumple un conjunto de funciones o de fines humanos comunes, porque la clase social no constituye la condición para el desarrollo de fines tales, ni tampoco ofrece medios para su cumplimiento.

La posición o rango social depende de múltiples factores en las varias sociedades, e incluso dentro de una determinada sociedad; frecuentemente depende de más de un factor.

F. Mitos

- **Las papillas alimentan más que la leche:** A muchas madres les dicen que “su leche ya no alimenta” o que “su leche es agua” y lo peor es que muchas se lo creen.

Las papillas de carne y verduras suelen tener menos calorías que la leche, y las de verduras solas y las de fruta todavía menos, y aunque algunas papillas, como las de cereales, tengan bastantes calorías, tienen menos cantidad de proteínas, vitaminas, minerales y otros nutrientes que la leche materna.(40)

- **Con una buena papilla para cenar, dormirá toda la noche:** Por mucho que se pretenda utilizar la comida para manipular el sueño de los niños, está demostrado experimentalmente que los niños no duermen más por haber tomado papilla.

Durante los primeros años los niños suelen despertarse por la noche, para comer, por necesidad de contacto o simplemente porque el sueño infantil no es como el de los adultos, no madura hasta más o menos los tres años de vida. Por suerte el pecho permite satisfacer todas estas necesidades a la vez, y el niño vuelve a dormir rápidamente.(40)

- **A partir de los 6 meses han de tomar leche de continuación:** El añadir otra leche no materna para los bebés

mayores, ya que tienen una mayor capacidad para metabolizarla por lo que es más fácil que la puedan tolerar. Por supuesto los niños que toman pecho pueden seguir con el pecho pasados los 6 meses hasta que la madre y su hijo deseen.(40)

- **Si no come carne no tendrá suficientes proteínas:** Los cereales y legumbres aportan más proteínas todavía. De hecho el exceso de proteínas suele ser uno de los inconvenientes que presentan la mayoría de las papillas caseras **(40)**.

2.2.3. Alimentación complementaria

Definición

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) Alimentación complementaria es definida como el proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna.

El rango etario para la alimentación complementaria, generalmente es considerado desde los 6 a los 23 meses de edad, aún cuando la lactancia materna debería continuar más allá de los dos años (41)

Es la alimentación que complementa a la lactancia materna, pero sin anularla. (1)

Además, aproximadamente a los 6 meses, la mayoría de los lactantes ha alcanzado el desarrollo suficiente que les permite recibir otros alimentos.

Cuando la leche materna deja de ser suficiente para atender las necesidades nutricionales del lactante hay que añadir

alimentos complementarios a su dieta. La transición de la lactancia exclusivamente materna a la alimentación complementaria abarca generalmente el periodo que va de los 6 a los 18 a 24 meses de edad, y es una fase de gran vulnerabilidad, cuando para muchos niños empieza la malnutrición, y de las que más contribuye a la alta prevalencia de la malnutrición en los menores de 5 años de todo el mundo.(42)

Las prácticas óptimas de alimentación del lactante y del niño pequeño, se sitúan entre las intervenciones con mayor efectividad para mejorar la salud de la niñez (4)

El momento oportuno para introducir la alimentación complementaria es a los seis meses de edad, cuando se deben cubrir los requerimientos nutricionales y se ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renal y la maduración neurológica. En relación con la nutrición, porque los niños pueden mantener un aumento de peso normal, y tener al mismo tiempo un déficit en vitaminas y minerales, sin manifestación clínica. Por ello se hace necesario la introducción de otros alimentos que aporten aquellos nutrientes que la lactancia suministra en poca cantidad.. Como componente madurativo, porque desde los cuatro meses de edad el niño adquiere capacidades necesarias para asimilar una dieta más variada.

A partir de los 6 meses de edad de la niña o niño además de continuar con lactancia materna necesita iniciar alimentación complementaria. (1)

La Práctica de la alimentación complementaria óptima depende, no solamente, del con qué se alimenta al niño; también del cómo, cuándo, dónde y quién lo alimenta (10,11). Los estudios del comportamiento, han revelado que el 'estilo

casual' de alimentación es el que predomina en algunas poblaciones. Se permite que los niños pequeños se alimenten por sí mismos y rara vez se observa que son estimulados o alentados.

Alimentación perceptiva

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

b. 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

c. Minimizar las distracciones durante las horas de comida si el niño pierde interés rápidamente - Recordar que los momentos de comer son periodos de aprendizaje y amor – hablar con los niños y mantener el contacto visual (57)

A. Cantidad suficiente

La mejor estrategia para determinar la cantidad de alimentación complementaria que debe ingerir un niño es fiarse de su propio sentido del apetito.(40)

Al principio tomará apenas alguna cucharada pero en cuanto empiece a aceptar de buen grado la alimentación complementaria irá aumentando la cantidad que ingiera.(40)

La idea es ofrecer y, sobretodo, no obligarlo jamás a comer. Cada niño tiene sus propias necesidades y sigue su propio ritmo, pretender que coma una cantidad de comida estandarizada a una edad determinada no solo es inadecuado sino que puede ser contraproducente.(40)

La cantidad de alimentos que el niño pueda comer en una comida. Depende de la capacidad o tamaño de su estómago, la cual usualmente es de 30 ml por kg de peso. Un niño que pesa 8 kg tendrá una capacidad gástrica de 240 ml, aproximadamente un vaso o taza lleno de tamaño grande; no se puede esperar que coma más que esta cantidad durante una comida (58)

Por conveniencia, la cantidad total de alimentos generalmente es medida según la cantidad de energía que aportan; es decir la cantidad de kilocalorías (kcal) que necesita el niño. También son igualmente importantes otros nutrientes, los que deben ser parte de los alimentos o deben ser añadidos al alimento básico.(2)

A diferentes edades, a partir de los alimentos complementarios y la cantidad aproximada de comida, por día, que se le debe brindar para alcanzar esta cantidad de energía.

La cantidad se incrementa de manera gradual, mes a mes, a medida que el niño crece y se desarrolla; la tabla muestra un promedio para cada rango de edad.

La cantidad verdadera (peso o volumen) de comida requerida, depende de la densidad energética del alimento ofrecido. Esto representa al número de kilocalorías por ml o por gramo. La leche materna contiene aproximadamente 0.7 kcal por ml, mientras que los alimentos complementarios son más variables y, usualmente, contienen entre 0.6 y 1.0 kcal por gramo. Los alimentos que son 'aguados' y diluidos, contienen aproximadamente solo 0.3 kcal por gramo. Para que los alimentos complementarios tengan 1.0 kcal por gramo, es

necesario que sean muy espesos y que contengan grasa o aceite, lo cual hace que sean alimentos ricos en energía. (2)

Generalmente, el apetito del niño sirve como guía para estimar la cantidad de alimentos que puede ser ofrecida. Sin embargo, la enfermedad y la desnutrición reducen el apetito, de manera que un niño enfermo podría consumir menos alimentos de los que necesita. Un niño que se encuentra en recuperación de una enfermedad puede requerir un apoyo adicional con la alimentación, para asegurar una ingesta adecuada. Si el niño incrementa su apetito durante la recuperación, se le debe ofrecer una comida adicional. (2)

B. Consistencia

La consistencia más apropiada de la comida del lactante o niño pequeño, depende de la edad y del desarrollo neuromuscular (u). Al inicio de los 6 meses, el lactante puede comer alimentos sólidos o semisólidos, en forma de puré o aplastados. A la edad de 8 meses, la mayoría de los lactantes también pueden comer algunos alimentos que son levantados con los dedos. A los 12 meses, la mayoría de los niños pueden comer los mismos alimentos consumidos por el resto de la familia. (2)

Los alimentos complementarios deben ser lo suficientemente espesos para mantenerse en la cuchara y que no se escurran hacia fuera. Generalmente, los alimentos que son más espesos o más sólidos tienen mayor densidad de energía y nutrientes que los alimentos aguados o muy blandos. Cuando el niño come alimentos espesos o sólidos, resulta más fácil el darles mayor suministro de kcal e incluir una variedad de ingredientes ricos en nutrientes, como ser alimentos de origen animal. (2)

Existen pruebas sobre la presencia de una 'ventana crítica' para incorporar alimentos 'grumosos' (con pedazos de alimentos): si estos son administrados más allá de los 10 meses de edad, se puede incrementar el riesgo posterior de sufrir problemas de alimentación. Si bien el continuar con alimentos semisólidos puede ahorrar tiempo, es importante para el crecimiento óptimo del niño que, la consistencia de los alimentos se incremente de manera gradual y con la edad. (2)

Además deben administrarse de forma apropiada, lo cual significa que deben tener una textura adecuada para la edad del niño y administrarse de forma que respondan a su demanda, de conformidad con los principios de la atención psicosocial (42)

C. Variedad (42)

La adecuación de la alimentación complementaria (en términos de tiempo, suficiencia, seguridad y adaptación) depende no solo de la disponibilidad de alimentos variados en el hogar, sino también de las prácticas de alimentación de los cuidadores. La alimentación del niño pequeño requiere cuidados y estimulación activa, que su cuidador responda a los signos de hambre que manifieste el niño y que lo estimule para que coma. A esto se le llama alimentación activa. (42)

Rico en energía, proteína y micronutrientes

(Particularmente hierro, zinc, calcio, vitamina A y folato);

- No es picante ni salado;
- El niño puede comerlo con facilidad
- Es del gusto del niño
- Está disponible localmente y es asequible

Los alimentos de origen animal o pescado son buenas fuentes de proteína, hierro y zinc. El hígado también aporta vitamina A

y folato. La yema del huevo es una buena fuente de proteína y de vitamina A, pero no de hierro.

El niño debe recibir la parte sólida de estos alimentos y no solamente el jugo.

- Los productos lácteos, como ser la leche, queso y el yogur, son buenas fuentes de calcio, proteínas, energía y vitaminas del complejo B.

- Los guisantes, frijoles, lentejas, maní y soja, son buenas fuentes de proteína y contienen algo de hierro.

El comer al mismo tiempo alimentos ricos en vitamina C (por ejemplo tomates, cítricos y otras frutas, además de vegetales de hojas verdes), favorece la absorción de hierro.

- Las frutas y verduras de color naranja, como ser la zanahoria, zapallo, mango y papaya y las hojas de color verde oscuro, por ejemplo la espinaca, son ricos en caroteno, un precursor de la vitamina A y también son ricos en vitamina C.

- Las grasas y aceites son fuentes concentradas de energía y de ciertas grasas esenciales que son necesarias para el crecimiento del niño.

La incorporación de alimentos de origen animal, en algunos casos, puede ser suficiente para llenar la brecha; sin embargo, para poblaciones que viven en la pobreza, esto incrementa el costo de la alimentación, lo cual puede ser un inconveniente.

Además, la cantidad de alimentos de origen animal que puede ser, factiblemente, consumida por los lactantes (por ejemplo de 6–12 meses de edad), generalmente es insuficiente para llenar la brecha de hierro.

La dificultad para alcanzar los requerimientos de estos nutrientes, no es exclusiva de los países en desarrollo.

El promedio de la ingesta de hierro en lactantes de países industrializados, podría ser bastante más bajo si no existiera la

amplia disponibilidad de productos fortificados con hierro. Por lo tanto, en lugares donde los alimentos de origen animal son escasos o no están disponibles para muchas familias, es necesario que existan en los sitios de consumo alimentos complementarios fortificados con hierro o alimentos fortificados con suplementos nutricionales (micronutrientes en polvo)

D. Frecuencia (42)

A medida que el niño tiene mayor edad, necesita una mayor cantidad total de alimentos por día; los alimentos deben ser divididos, o fraccionados, en una mayor cantidad de comidas. El número de comidas que un lactante o niño pequeño necesita:

Un lactante entre 6–8 meses de edad, necesita 2–3 comidas al día y un lactante entre 9–23 meses necesita 3–4 comidas al día. Dependiendo del apetito del niño, se le puede ofrecer 1–2 ‘meriendas’ nutritivas.

Las ‘meriendas’ se definen como los alimentos que son consumidos entre las comidas principales, frecuentemente el niño emplea sus dedos para comerlas, además son convenientes y fáciles de ser preparadas. Si las ‘meriendas’ son fritas pueden tener una mayor densidad energética.

La transición de 2 a 3 comidas y de porciones pequeñas a más grandes, ocurre de manera gradual entre estas edades, dependiendo del apetito del niño y de cómo él o ella se está desarrollando. Si el niño recibe muy pocas comidas, no recibirá la cantidad suficiente de alimentos para cubrir sus necesidades energéticas. Si el niño come demasiadas comidas, él o ella lactarán menos o incluso podría dejar de lactar del todo. Durante el primer año de vida, el desplazamiento de la leche

materna reduce la calidad y cantidad de la ingesta total de nutrientes del niño

E. Necesidad Nutricional (42)

Cuánta energía necesita el niño para cubrir la brecha de energía. Cuanta más energía requiera el niño cada día, necesitará mayor número de comidas para asegurar que él o ella tengan la suficiente energía.

La densidad energética del alimento ofrecido. La densidad de energía de los alimentos complementarios debe ser mayor que la de la leche materna: esto es, al menos 0.8 kcal por gramo. Si la densidad energética es menor, para llenar la brecha de energía se requiere un mayor volumen de alimentos; estos pueden requerir ser fraccionados

d. Carbohidratos: o glúcidos son sustancias compuestas de carbono, hidrógeno y oxígeno.

Están presentes en las frutas, en algunos granos como el arroz y el trigo, en menestras como los garbanzos, arvejas y lentejas; en algunas hortalizas con alto contenido de almidón como las papas y las zanahorias, y también en la leche el azúcar y la miel.

Los alimentos que contienen los hidratos de carbono son energizantes. Los niños necesitan ingerirlos en gran cantidad para el normal desarrollo y crecimiento.

Los ejemplos más claros son: el pan integral, el arroz integral, avena, lentejas y frutas que además de contener nutrientes fundamentales son ricos en fibras que favorecen al eficaz funcionamiento digestivo.

e. Proteínas: Las proteínas poseen diversas funciones biológicas en el organismo, actuando como: a) enzimas, b) parte del

sistema defensivo, c) componentes estructurales e) transporte de otras moléculas, f) hormonas, g) receptores.

Se encuentran en una amplia variedad de alimentos, como el trigo, la avena, arroz, huevos, queso, pescado, pollo, carnes rojas, semillas y todas las variedades de frijoles, garbanzos, y lentejas.

Las proteínas son esenciales para la formación y el desarrollo de todas las células del cuerpo y son utilizadas y reemplazadas constantemente. Los niños y adolescentes requieren de más proteínas por su crecimiento. Las mujeres embarazadas también las requieren en forma extra para la formación de las células del embrión.

La deficiencia proteínica en adultos es poco frecuente pero se debe a desórdenes alimenticios.

f. Verduras y hortalizas: Se van introduciendo a partir del sexto mes en forma de puré. Al principio patatas verdes, calabacín, y más tarde las demás verduras. Se debe añadir una cucharadita de aceite de oliva al puré.

g. Carnes: Se empieza con pollo a partir del sexto mes, ya que tiene menos grasa posteriormente ternera, cordero y otras. Las cantidades 10 a 15 gramos por día al principio, aumentando de 10 a 15 gramos por mes hasta lo máximo de 40 -50 gramos, conviene darla triturada junto con patatas y/o verduras.

h. Las vísceras

Son ricas en hierro, colesterol y grasas saturadas.

i. El pescado puede introducirse a partir de los seis meses seis que no existen antecedentes familiares sobre intolerancias alérgicas. Se prefiere a partir del noveno mes.

j. **La fruta** es un alimento rico en fibra, vitaminas, minerales y azúcares. Lo ideal es que la fruta que coman los niños sea fresca. A partir de los seis meses pueden empezar a tomar plátano, pera, manzana y ciruelas. La naranja es más alergénica postergarla .(43)

F. Higiénicos

Los alimentos deben prepararse y administrarse en condiciones seguras, es decir, reduciendo al mínimo el riesgo de contaminación por microorganismos patógenos.(42)

La preparación y el almacenamiento seguros de los alimentos complementarios reducen el riesgo de diarrea. Todos los utensilios, como ser vasos, tazas, platos y cucharas empleados para alimentar al lactante o niño pequeño, deben ser exhaustivamente lavados. En muchas culturas, es común el comer con las manos y los niños reciben piezas sólidas de alimentos para que las sostengan y mastiquen, a veces estas son llamadas 'comidas para los dedos'. Es importante que las manos del cuidador y del niño sean cuidadosamente lavadas antes de comer.(2)

Las bacterias se multiplican rápidamente en ambientes cálidos y más lentamente si la comida es refrigerada.

Las grandes cantidades de bacterias que se producen en los climas cálidos incrementan el riesgo de enfermedades (44)

Cinco claves para la inocuidad de los alimentos

- Mantener la limpieza
- Separe alimentos crudos y cocinados
- Cocine completamente
- Mantenga los alimentos a temperaturas seguras
- Use agua y materias primas seguras

G. Administración de micronutrientes

Un suplemento es, por definición, algo que acompaña otra cosa esencial, aunque en algunos casos los suplementos pueden por sí mismos ser una parte esencial de un régimen de nutrición saludable. (55)

Micronutrientes: es una mezcla básica de cinco micronutrientes, que favorecen la absorción y utilización del hierro por el organismo como zinc, vitamina A, vitamina C y ácido fólico. (45)

Indicaciones para la administración del suplemento Multimicronutrientes en polvo:

- En el plato servido, separar dos cucharadas de la comida preparada, el alimento debe encontrarse tibio y ser de consistencia espesa o sólida, según la edad del niño o niña.
- Mezclar bien el total de contenido del sobre de Multimicronutrientes con las dos cucharadas de comida separada.
- Primero alimentar al niño con esta mezcla y luego, continuar con el resto del plato servido.(32)

Advertencias del uso y conservación del suplemento de hierro en gotas y Multimicronutrientes

- El suplemento no le cambiará el sabor ni color a la comida.
- En casos excepcionales se podrían presentar las deposiciones de color oscuro y que pueden ocurrir molestias, tales como náuseas, estreñimiento o diarrea, que son leves y pasajeras. Si continúan las molestias, se recomienda llevar a la niña o niño al establecimiento de salud, para su evaluación.

- El consumo del suplemento de hierro en soluciones orales y los Multimicronutrientes deberán ser suspendidos cuando las niñas y niños se encuentren tomando antibióticos y reiniciarse en forma inmediata al terminar el tratamiento.

A. Rol de la Enfermera en la atención al niño

a. Administradora (59)

- Planeamiento, programación y asignación de recursos.
- Los planes operativos serán incluidos en las actividades que promuevan y organicen la demanda del servicio de crecimiento y desarrollo.
- La unidad de medida será “Niño Controlado”.
- La población objetivo para el control de crecimiento y desarrollo es la niña y niño de 0 a 4 años 11 meses 29 días con prioridad del menor de 36 meses.
- La asignación de recursos humanos para realizar el control de crecimiento y desarrollo
- El monitoreo del control de crecimiento como actividad se realiza de manera continua con el objetivo de orientar y reorientar procesos, principalmente aquellos considerados como críticos en los establecimientos de salud y es de responsabilidad del profesional de enfermería en los diferentes niveles permite describir y calificar el cumplimiento y avance de metas físicas, así como de los procesos que aseguren la disponibilidad de los insumos,
- La supervisión se orienta a mejorar el desempeño del personal y la calidad del control del crecimiento y desarrollo en los establecimientos de salud, por lo tanto son programadas con una periodicidad de acuerdo al nivel y es de responsabilidad del profesional de enfermería.

- Los resultados de la supervisión permiten la planificación de procesos de desarrollo de capacidades bajo otra metodología.

b. Asistencial

Como objetivo general en las intervenciones de enfermería está en conseguir un estado nutricional correcto promoviendo una conducta que fomente la salud a través de la nutrición.(24,44)

Durante el proceso de control de crecimiento y desarrollo es indispensable la identificación, registro y análisis de los factores condicionantes (protectores y de riesgo) de la salud, nutrición, crecimiento, desarrollo y crianza de la niña y el niño; este proceso se realizará de manera conjunta entre el prestador y los padres o adultos responsables del cuidado de la niña o niño.(24,44)

La identificación de estos factores es clave para que la consejería sea efectiva y para orientar adecuadamente los acuerdos negociados con los padres. Su identificación de manera oportuna permitirá, estimular y garantizar aquellos factores protectores y también detectar, evitar y controlar los de riesgo, que en un momento dado amenacen la salud, nutrición y desarrollo de la niña y el niño. Asimismo, permitirá hacer la referencia oportuna.(24,101)

c. Educadora

La enfermera es responsable de proporcionar los cuidados y conocimientos necesarios para atender y educar a las personas en distintas etapas del ciclo vital, los hábitos alimentarios son un factor determinante del estado de salud de la población, porque se configuran en la infancia y se desarrollan y asientan a lo largo de la vida de la persona,

pudiendo influir sobre ellos a través de programas educativos que refuercen las pautas de conducta alimentaria adecuadas.

Los Cuidados de la enfermera en Nutrición son asistir, informar, formar, educar, asesorar y adiestrar, desde el aspecto bio-psico-social del paciente y con un desarrollo estructurado en diferentes etapas. Tras el diagnóstico nutricional y educativo la enfermera, pauta el adiestramiento del paciente, ofreciendo atención integral y evaluación continua de resultados. Todo ello con actitud científica, abierta, constante, personalizada y con empatía..(46)

Consejería Nutricional

El objetivo de la consejería nutricional es asegurar un adecuado estado nutricional o lograr la recuperación de la tendencia del crecimiento. El propósito es guiar y ayudar a tomar decisiones a los padres o adultos responsables del cuidado de la niña o niño, con base en la situación de crecimiento tanto si el crecimiento es adecuado o inadecuado (riesgo o desnutrición), para mejorar sus prácticas de alimentación y nutrición.

- La consejería nutricional es prioritaria en situaciones de riesgo y en procesos de enfermedad.
- Durante la consejería nutricional es importante promover prácticas adecuadas de alimentación y calidad de la dieta (alimentos de origen animal, alimentos fuentes de hierro) ambiente de tranquilidad y afecto.
- La consejería nutricional se realiza en cada control o contacto de la niña o niño con los servicios de salud tanto si éste se da a través de oferta fija (establecimientos de salud, otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes).

- La consejería puede reforzarse con actividades grupales como las sesiones educativas y demostrativas.

d. Investigadora

La investigación de aspectos relacionados con el estado nutricional y los derivados del tema.

2.2.4. Importancia de la nutrición en el desarrollo

Utilización de los alimentos La utilización de los alimentos corresponde a la influencia de la calidad alimentaria, y las condiciones de vida, en la situación nutricional y la salud de los individuos. Si bien en la región la malnutrición está presente en todas sus formas, el sobrepeso y la obesidad son problemas de salud que muestran una tendencia generalizada al alza, afectando mayormente a las mujeres.

Sin embargo, aún hay países en los que la prevalencia de desnutrición crónica es considerablemente alta y afecta principalmente a los sectores más pobres, en especial en las zonas rurales. Para abordar los problemas de malnutrición todos los sectores que participan en los sistemas alimentarios deben estar a la altura de los desafíos que imponen mejorar la dieta y proveer de alimentos suficientes, nutritivos, saludables y accesibles a toda la población. La malnutrición es contraria al derecho humano a la alimentación adecuada y la salud, y a su vez significa un alto costo para el individuo, la familia, los sistemas de salud y la sociedad en general.

Importancia de la nutrición para el desarrollo La malnutrición se manifiesta en diversas formas y está presente en una porción considerable de la población de la región. Entre sus causas directas está el consumo

inadecuado de alimentos en la cantidad y con la calidad necesarias para satisfacer las necesidades básicas del organismo, incluyendo el crecimiento, el desarrollo cognitivo, la actividad física, el embarazo, la lactancia y las demandas que surgen de frecuentes episodios de enfermedades infecciosas durante los primeros dos años (47)

La utilización biológica está relacionada con la ingesta y transformación de los alimentos y la absorción e incorporación de los nutrientes en los procesos metabólicos que permiten llevar una vida sana y activa o que, por el contrario, resultan en distintas formas de malnutrición en alteraciones del crecimiento, del desarrollo cognitivo, del sistema inmunológico y en un mayor riesgo de sufrir enfermedades no transmisibles en etapas tempranas de la vida. Así, las diversas formas de malnutrición implican un deterioro en el desarrollo individual, mermando sus posibilidades futuras, y una fuerte carga en los sistemas de salud, que trae aparejada una serie de consecuencias económicas y sociales.

La pobreza, la desigualdad social y cultural, la falta de educación e información son parte de los determinantes estructurales de la malnutrición. A ellos se suman los determinantes subyacentes como la inseguridad alimentaria en el hogar, la falta de cuidados de la madre y el niño y la falta de acceso a servicios básicos y de salud. Es por ello que se requiere un enfoque multisectorial que incluya políticas de desarrollo social y económico, de reducción de la pobreza.

2.2.5. Variable Intervinientes

A. Edad

Es el intervalo de tiempo estimado o calculado entre el día, mes y año del nacimiento, y el día, mes y año en que ocurre el hecho expresado en unidad solar de máxima amplitud que se haya completado, o sea, años para los adultos y niños; y meses, semanas, días, horas o minutos de vida, la unidad que sea más adecuada, para los niños de menos de un año de edad. (47)

B. Grado de instrucción

Es el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país, considerando tanto los niveles primario, secundario, terciario y universitario del sistema educativo no reformado. (48)

La disminución de la mortalidad infantil en las últimas décadas puede ser atribuida a un mejor nivel educativo de la madre que favorece el cuidado y desarrollo del niño por parte de su madre (49)

La literatura económica reconoce el efecto positivo de la educación de la madre sobre la inversión en capital humano en el ámbito familiar de mujeres educadas (47)

El mayor riesgo corresponde a los niños hijos de madres con bajo Nivel de Instrucción y el menor riesgo a los hijos de madres con alto Nivel de Instrucción.

El estado de salud aumenta con el nivel de educación. En la cual se determinó que a medida que aumenta la educación

mejora la autoevaluación del estado de salud, disminuyen las limitaciones de las actividades (EPSC).

La educación contribuye a la salud y prosperidad en la medida que promueve a las personas con conocimientos y aptitudes para solucionar problemas, otorgándoles un sentido de control y dominio en las circunstancias de su vida, aumenta las oportunidades de seguridad en materia laboral y de ingresos, además de la satisfacción en el trabajo. Asimismo, mejora el acceso y manejo de información para mantener una vida saludable. (50)

La categorización del Nivel de Instrucción en siete grupos:

Analfabeta, Primaria Incompleta y Completa, Secundaria Incompleta y Completa y Terciaria o Universitaria Incompleta y Completa.

Teorías de enfermería

- **Teoría de Ramona Mercer “ Adopción del Rol Maternal”:**
Para sustentar todo lo antes mencionado se abordó La teoría de Ramona Mercer: Adopción del Rol Maternal esta se basa en estudios de la maternidad no tradicional ya que ella se centro en estudiar a las madres adolescentes, madres añosas, madres enfermas y madres con niños portadores de defectos, familias que experimentan estrés ante parto, madres que inician la alimentación complementaria y adoptan un rol maternal y muchas veces se frustran ante la inseguridad si es que realmente están haciendo bien las cosas surgiendo varias interrogantes entre ellas, sobre todo si realmente sus niños estarán bien nutridos..

La autora habla de que la adopción del rol maternal es un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante el embarazo y proceso del parto, en el cual la madre se va

sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de sus cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro de dicho rol. Para establecer esta teoría Mercer realizó los siguientes supuestos:

- **Teoría de Virginia Henderson:** Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que componen todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales. Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). ⁽²⁹⁾

Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

Henderson señalaba que “se puede sacar mayor partido de ayudar a una persona a aprender cómo mantener su salud que preparando a los terapeutas más especializados para que la ayuden en los momentos de crisis”. ⁽²⁹⁾ Ya desde aquí Henderson enfatiza la educación para la salud, y lo que actualmente conocemos como promoción de la salud.

Virginia Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes

conocimientos para ello. Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

- **Permanentes:** Edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.

- **Variables:** estados patológicos.

Por lo expuesto anteriormente se tiene en cuenta que las necesidades humanas son fundamentales para todas las personas en cualquier etapa de la vida como lo es con el niño que no puede cubrir sus necesidades por propia cuenta a la edad de 6 meses a 1 año y que necesita otra persona para su apoyo ya que en esta edad es dependiente, por lo cual necesita el apoyo de la madre para satisfacer una de las necesidades básicas importante que expone V. Henderson que es la alimentación por lo cual también las madres también podrían necesitar de una consejería para la alimentación de su niño, por lo que esta completamente relacionado con el papel de la enfermera para ayudar a esta necesidad básica. ⁽²⁹⁾

- **Teoría de Madeleine Leininger:** procede de la antropología y de la enfermería, ha definido la enfermería transcultural como una de las grandes áreas de la enfermería, que se centra en el estudio y el análisis comparado de las diferentes culturas y subculturas del mundo, desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta, siempre con el propósito de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una práctica de la atención sanitaria específica de la cultura y / o universal.

Leininger afirma que con el tiempo esta área se convertirá en un nuevo dominio del ejercicio de la enfermería, que se reflejará en un ejercicio profesional diferente, definido y fundamentado en principios culturales y diseñado específicamente para orientar los cuidados de la enfermería a los individuos, las familias, los grupos y las instituciones, sostiene que como la cultura y la asistencia son los medios más generales y holísticos que permite conceptualizar y comprender a las personas.⁽³⁰⁾

Establece la diferencia entre enfermería transcultural e intercultural, en donde la primera se refiere a los profesionales de enfermería preparados y comprometidos en adquirir un conocimiento y un método práctico de actuación de la enfermería transcultural. La enfermería intercultural la integran los profesionales que utilizan los conceptos antropológicos médicos o aplicados, sin comprometerse en el desarrollo de teorías o prácticas basadas en la investigación, dentro del campo de la enfermería transcultural, otra diferencia es que la enfermería transcultural utiliza una base teórica y práctica comparadas entre varias culturas, mientras que la intercultural es la que aplican los profesionales que trabajan con dos culturas.

Los cuidados culturales conforman la teoría integral de enfermería más amplia que existe, ya que tiene en cuenta la totalidad y la perspectiva holística de la vida humana y la existencia a lo largo del tiempo, incluyendo factores culturales sociales, la visión del mundo, la historia y los valores culturales, el contexto ambiental, las expresiones del lenguaje y los modelos populares (genéricos) y profesionales.⁽³⁰⁾

Luego de conocer a la persona, es decir, las madres de los niños menores de 2 años, así como su familia de un aspecto integral y dentro del contexto en que se vive, es indispensable considerar que se debe enfocar dentro de ello, cual es el autocuidado que tiene este sector de la población respecto a su salud, y cuidado que brinda cada madre de familia a sus niños.

Teoría de Maslow

Abraham Maslow fue abogado y doctor en psicología, en 1934 propone la teoría psicológica llama la jerarquía de necesidades de Maslow; la cual es una teoría sobre la motivación humana. Las necesidades que abarca son fisiológicas, de protección y seguridad, de amor y pertenencia o afiliación, de estima o reconocimiento y de autorrealización.

a) Necesidades Fisiológicas: Son fundamentales para la supervivencia, dentro de esta se encuentran la necesidad de agua, sueño, eliminación, alimentación, etc. Estas incluyen las necesidades que tenemos de oxígeno, agua, proteínas, sal, azúcar, calcio y otros minerales y vitaminas.

También se incluye aquí la necesidad de mantener el equilibrio del PH (volverse demasiado ácido o básico nos mataría) y de la temperatura (36.7 °C o cercano a él). Maslow creía, y así lo apoyaba sus investigaciones, que éstas eran de hecho necesidades individuales y que, por ejemplo, una falta de vitamina C, conduciría a esta persona a buscar específicamente aquellas cosas que en el pasado proveían de vitamina C, por ejemplo el zumo de naranja. Creo que las contracciones que tienen algunas embarazadas y la forma en que los bebés comen la mayoría de los potitos, apoyan la idea anecdóticamente.

Por lo expuesto anteriormente sobre la teoría de las jerarquías de las necesidades de Maslow, se tiene en cuenta que las necesidades humanas son fundamentales para todas las personas en cualquier etapa de la vida, así como es importante que los alimentos contengan ciertas vitaminas fundamentales en la alimentación por lo que es necesario la consejería en madres para que ellas puedan brindar mejor la alimentación a sus niños para su mejor desarrollo.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Alimentación

Forma de proporcionar al cuerpo humano los alimentos que le son necesarios. Actos voluntarios y conscientes que terminan con la deglución del alimento. (51)

Nutrición

La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. (52)

Crecimiento Adecuado o Normal

Condición en la niña o niño que evidencia ganancia de peso e incremento de longitud o talla de acuerdo a los rangos de normalidad esperados (± 2 DE). La tendencia de la curva es paralela a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente. (24,44)

Nutrientes

Aquellas sustancias NECESARIAS para la salud que el organismo no es capaz de sintetizar, por lo que deben ser aportadas por la DIETA, por los alimentos. La alimentación se puede modificar a través de la educación (54)

Estado Nutricional

Estado nutricional, es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. (10)

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. Hipótesis General

Existe influencia significativa del factor cultural de las madres sobre la alimentación complementaria de los niños de niños 6-11 meses de edad en la Microrred de salud Buenos Aires de Cayma, Arequipa 2017

2.5. Variables

A. Variable X. Influencia del Factor Cultural

A. Indicadores:

- Creencias
- Costumbres
- Prejuicios-Estrato social

B. Variable Y. Alimentación complementaria

a. Indicadores:

- Cantidad
- Consistencia
- Variedad
- Frecuencia
- Necesidad nutricional
- Administración de micronutrientes

C. Variables Intervinientes

- Edad.
- Grado de instrucción

2.5.1. Definición Conceptual de las Variables

A. Factor Cultural

Se refiere a las distintas formas y expresiones de una sociedad. (53)

B. Alimentación Complementaria

Alimentación complementaria es definida como el proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna.(2)

2.5.2. Definición Operacional de las Variable

A. Factor Cultural

Está constituido por todos los valores religiosos, creencias, costumbres, prejuicios. modos de vida aprendidos y transmitidos aceptación de la propaganda, prejuicios transmitidos en forma objetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a las personas o grupo de personas a mantener el estado de salud y bienestar o a mejorar su situación y estilo de vida saludables o a afrontar la enfermedad. El que será medidos con un cuestionario y cuya valoración será factor cultural favorable, medianamente favorable y desfavorable.

B. Alimentación Complementaria

Alimentación complementaria es definida como el proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. (2) tiene como indicadores , la cantidad, consistencia, variedad, frecuencia, necesidad nutricional y administración de micronutrientes, la que será medida con un cuestionario y cuya valoración es alimentación complementaria adecuada , y alimentación complementaria inadecuada.

2.5.3 Operacionalización de la Variable

Variable	Indicadores	Instrumento	Número de ítems	Categoría	Escala
Variable X Influencia del factor cultural	Creencias Costumbres Prejuicios -Estrato social	Cuestionario		Favorable Medianamente favorable Desfavorable	Nominal
Variable Y Alimentación complementaria	Cantidad Consistencia Variedad Frecuencia Necesidad nutricional Administración de micronutrientes	Cuestionario		Adecuada inadecuada	Nominal
Variable Intervinientes	Edad Grado de instrucción	Cuestionario			Ordinal Ordinal

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1. TIPÓ Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. Tipo

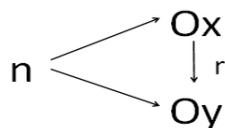
Este tipo de investigación será descriptiva porque se va a describir cada variable por separado , correlacional porque se tratará de encontrar la relación entre las variables ; de enfoque cuantitativo Según el número de mediciones de corte transversal, por el número de variables bivariado, por la temporalidad prospectiva . Por el lugar de estudio de campo.
(60)

3.1.2. Nivel

La investigación correlacional (60).

3.1.3. Diseño

La presente investigación de diseño correlacional



Donde:

n: Madres de niños de 6 meses a 2 años

Ox: Factor Cultural

Oy: Alimentación complementaria

r: Relación entre variables

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1. Ubicación Espacial

El estudio se llevará a cabo en la Microred de Salud Buenos Aires de Cayma que está ubicado en el sector de Buenos Aires en Alto Cayma y los Puestos de Salud San José y Deán Valdivia en la misma Jurisdicción .

La Microred de Salud es del Nivel I-3.

Los Puestos de Salud San José, y el Puesto de Salud Deán Valdivia atención de 12 horas varia en P.S San José con atención de 12 horas ,los días Miércoles y sábado (61).

3.2.2. Ubicación Temporal

El estudio se realizará en los meses de Marzo y Mayo del 2017.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población: la población estará integrada por todas las madres de niños de seis meses a once meses edad, las que representamos en la siguiente tabla:

Tabla 1

Distribución de madres de familia de niños de 6-23 meses
Microrred Buenos Aires de Cayma

Población de niños	fi	%
C.S. Buenos Aires	80	44,0
P.S. San José	51	28,0
P.S. Deán Valdivia	50	28,0
Total	181	100,0

Fuente: MINSA Padrón Nominal 2017

3.3.2. Muestra

La muestra será probabilístico estratificado Centro de Salud Buenos Aires de Cayma, de los Puestos de Salud San José y Puesto de Salud Deán Valdivia, debido a las características similares entre ellos. Total 104 adultos mayores.

$$n = \frac{N(Z^{\alpha/2})^2}{4NE^2 + (Z^{\alpha/2})^2}$$

Donde:

- n : Muestra
- N : Población
- $Z^{\alpha/2}$: Nivel de confianza
- E : Margen de error 5%

$$n = \frac{181 (1.96)^2}{4 (181) (0.05)^2 + (1.96)^2}$$

$$n = \frac{181 (3.84)}{4(181)(0.0025) + 3.84}$$

$n = 695.04$

1.81 +3.84

$n = 695.04$

5.65

$n = 123$

El tamaño de la muestra es de 123 niños.

Para determinar las unidades de estudio se usara el estadístico de Kish = 0,3

Población de niños	fi	%
C.S. Buenos Aires	54	44,0
P.S. San José	35	28,0
P.S. Deán Valdivia	34	28,0
Total	123	100,0

Criterios de inclusión

- Madres con niños de 6 -11 meses.
- Madres que vivan en la jurisdicción.
- Madres que den su consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Madres que no den su consentimiento informado.
- Madres de otras jurisdicciones..

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. Técnica

Para la variable X: La entrevista

Para la variable Y: La entrevista

3.4.2. Instrumentos

A. Para la variable x

Nombre del cuestionario: cuestionario para determinar el la influencia del factor cultural de las madres.

Descripción del instrumento: instrumento elaborado por la autora.

Ítems: De respuestas simples de Si/No

- La primera parte de datos sociodemográficos relacionadas a edad, grado de instrucción, número de hijos, procedencia.
- Segunda sección: 15 preguntas relacionadas al

Creencias	1,2,3,
Costumbres	4 ,5,6,
Moda	7,8 9,
Propaganda	10,11,12
Estrato social	13,14,15,

Valoración:

- Factor cultural favorable :0-5
- Factor cultural medianamente favorable :6-10
- Factor cultural desfavorable: 11-15

B. Para la variable Y

Cuestionario sobre alimentación complementaria de niños de 6 a 11 meses.

Cantidad	1,2,3
Consistencia	4,5
Variedad	6,7
Frecuencia	,8,10.11
Necesidad nutricional	12,13,14
Administración de micronutrientes	15-16

Valoración

- Alimentación complementaria adecuada: 9-14
- Alimentación complementaria inadecuada: 1-8

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validez fue a juicio de expertos al que fue sometido y cuyas fichas de validación se adjuntan en anexos la confiabilidad será por prueba piloto en el 10 % de la muestra en la Microred Francisco Bolognesi de Cayma.

CAPITULO IV: RESULTADOS

GRAFICO 1

INFLUENCIA DEL FACTOR CULTURAL DE LAS MADRES EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE NIÑOS DE 6-11 MESES DE EDAD EN LA MICRORRED DE SALUD BUENOS AIRES DE CAYMA, AREQUIPA 2017

Influencia del factor Cultural en la alimentación complementaria	f_i	h_i
ALTO	54	51
MEDIO	43	35
BAJO	26	14
Total	123	100.0

TABLA N° 2

CARACTERIZAR EL FACTOR CULTURAL DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6-11 MESES DE EDAD EN LA MICRORRED DE SALUD BUENOS AIRES DE CAYMA.

CARACTERIZAR EL FACTOR CULTURAL	N	%
CREENCIAS	51	46
COSTUMBRES	43	35
PREJUICIOS	29	19
TOTAL	123	100

TABLA Nº 3

ANALIZAR LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE LOS NIÑOS DE 6-11 MESES DE EDAD EN LA MICRORRED DE SALUD BUENOS AIRES DE CAYMA.

ESTADO NUTRICIONAL	MANEJO DIETÉTICO QUE BRINDAN LAS MADRES ADOLESCENTES				Total	
	Inadecuado		Adecuado		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%		
Cantidad	57	47	20	21	77	57,9
Consistencia	35	21.4	16	7.4	46	42,1
Total	123	68.4	24	31.6	123	100.0

DISCUSION

Se evidencia que la influencia del factor cultural en la alimentación complementaria es alta con un 51% con un total de 54 niños, seguido de influencia media con un 35% con un total de 35 niños seguido de una influencia baja con un 14%, equivalente a 14 niños, siendo que la influencia del factor cultural de las madres en la alimentación complementaria de niños de 6-11 meses de edad en la microrred de salud buenos aires de cayma, arequipa 2017 es alta.

Se encontró similitud en la tesis presentada por García de León, M. (2014) Prácticas de alimentación complementaria en Niños menores de 1 año de edad, de la comunidad "El tablón Del Municipio De Sololá" Quetzaltenango,. El objetivo del estudio fue determinar las prácticas de alimentación complementaria en niños menores de un año de edad, habitantes de la comunidad El Tablón del municipio de Sololá. El estudio fue de tipo descriptivo, desarrollado mediante la aplicación de 3 boletas a 45 madres de niños menores de un año que ya habían iniciado la alimentación complementaria. Se determinó que el 100% de las madres le brindaba lactancia materna a su hijo desde el nacimiento hasta el día del estudio. El 64% indicó que antes de iniciar la alimentación complementaria le había brindado atoles y agüitas de hierbas. El 38% inició la alimentación complementaria a los 6 meses y el 40% después de los 6 meses. La alimentación de la población en general está basada en el consumo de cereales, seguidos de: Frijol, hierbas y una bebida a base de harina de maíz y harina de soya (Incaparina). Se determinó que el tipo de alimentos ofrecidos va aumentando conforme la edad, aunque la consistencia y la preparación se realizan de manera uniforme. Las prácticas de higiene durante la preparación de alimentos fueron adecuadas. Algunos resultados concordaron con la teoría y experiencias de otros países, aportando datos importantes como lo fundamental del apoyo institucional en educación y salud para mejorar las prácticas de alimentación en las comunidades (19)

Se observa que los factores culturales que tienen las madres de niños de 6-11 meses de edad en la microrred de salud buenos aires de Cayma, son las creencias que en mayor porcentaje 46% en un equivalente al 35% predominantemente a las costumbres entre sus factores culturales y los prejuicios tienen un 19%. siendo estas desfavorables para la alimentación complementaria del niño

Se encontró similitud en la tesis presentada por Sánchez y Reyes, (2013) "Actitudes maternas como factor de riesgo en la malnutrición infantil en niños menores de 3 años" "Siddhartha" Lima- 2013

El presente estudio es una investigación No experimental, tipo Básica, con diseño descriptivo- correlacional con un enfoque mixto cuantitativo- cualitativo. Cuantitativo porque a través de la medición de las actitudes maternas nos permitió la comprobación de las hipótesis, estando la muestra constituida por un total de 200 madres de niños de 0 a 36 meses, 100 fueron madres de niños adecuadamente nutridos, las mismas que fueron comparadas con 100 madres de niños que presentan malnutrición (50 por exceso y 50 por defecto). En cuanto al enfoque cualitativo, se eligió a dos madres, representativas de casos extremos de malnutrición infantil ,(exceso y déficit) a fin de conocer , comprender y analizar la relación madre- niño, que se da en la alimentación , estudio que se llevó a cabo desde el punto de vista psicoanalítico. El diseño es el estudio de casos extremos Creswell, (1998) de tipo instrumental. Se concluye: existen diferencias estadísticamente significativas entre las Actitudes Maternas y los tipos de Malnutrición, presentes en las madres de niños menores de tres años de edad, se detecta apego inseguro en los casos extremos representadas por madres de niños con malnutrición por déficit y por exceso ,si se puede interpretar psicoanalíticamente las Actitudes Maternas. (21)

sobre la alimentación complementaria de los niños de 6-11 meses de edad en la microrred de salud buenos aires de Cayma, se observa que la mayoría de niños de 6 a 11 meses presentan una alimentación complementaria inadecuada (68.4%) y el 31.6% es adecuada. Entre las madres con niños de

6 a 11 meses en la cantidad y consistencia de la alimentación complementaria es inadecuada.

Se encontró similitud en la tesis presentada por Gamarra, R. et al (2010) Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima. Objetivos: Identificar conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre alimentación del niño menor de 3 años. Diseño: Estudio observacional descriptivo, cuanti-cualitativo. Lugar: Asentamientos Humanos del distrito de Villa María del Triunfo- Lima. Participantes: Madres de niños menores de 3 años. Intervenciones: Previo consentimiento, para la fase cuantitativa se aplicó un cuestionario de 10 preguntas cerradas con respuestas dicotómicas sobre conocimientos y 10 preguntas con categorías de respuesta en escala de Likert sobre actitudes en 161 madres, y para la fase cualitativa se realizó 28 entrevistas a profundidad y 4 grupos focales para identificar percepciones en 68 madres. Principales medidas de resultados: Nivel de conocimientos, tipo de actitudes y percepciones sobre lactancia materna (LM), alimentación complementaria (AC) y alimentación durante una enfermedad. Resultados: 81% de participantes mostró nivel de conocimientos alto, 65% estuvo en total acuerdo con la LM exclusiva durante los 6 primeros meses de vida, 63% estaba de acuerdo con prácticas adecuadas en alimentación complementaria. La mayoría percibía que la LM debía ser hasta dos años, porque ayuda a la formación de órganos y para que el niño crezca sano; la AC se inicia a los seis meses, porque ayuda a la formación del estómago, el niño tiene más apetito y la LM ya no es suficiente; el consumo de alimentos de origen animal, frutas y verduras debía ser diario; durante la diarrea se brindaría abundante líquidos y mayor frecuencia de alimentos y en menor cantidad. Conclusiones: Las madres presentaron nivel de conocimientos alto (81%) y actitudes favorables (66,7%) sobre alimentación infantil, y sus percepciones en general coincidían con ello.(22)

CONCLUSIONES

La influencia del factor cultural en la alimentación complementaria es alta con un 51% con un total de 54 niños, seguido de influencia media con un 35% con un total de 35 niños seguido de una influencia baja con un 14%, equivalente a 14 niños, siendo que la influencia del factor cultural de las madres en la alimentación complementaria de niños de 6-11 meses de edad en la microrred de salud buenos aires de Cayma, arequipa 2017 es alta

Los factores culturales que tienen las madres de niños de 6-11 meses de edad en la microrred de salud buenos aires de Cayma, son las creencias que en mayor porcentaje 46% en un equivalente al 35% predominantemente a las costumbres entre sus factores culturales y los prejuicios tienen un 19%. siendo estas desfavorables para la alimentación complementaria del niño.

La alimentación complementaria de los niños de 6-11 meses de edad en la microrred de salud buenos aires de Cayma, se observa que la mayoría de niños de 6 a 11 meses presentan una alimentación complementaria inadecuada (68.4%) y el 31.6% es adecuada. Entre las madres con niños de 6 a 11 meses en la cantidad y consistencia de la alimentación complementaria es inadecuada.

RECOMENDACIONES

1. Promocionar y difundir la responsabilidad de la madre como cabeza del hogar enfatizando en el manejo de los factores culturales en la alimentación complementaria adecuada en sus niños de 6-11 meses de edad en la Microrred de salud Buenos Aires De Cayma, Arequipa 2017.
2. Realizar consejerías sobre alimentación complementaria a todas las madres en la Microrred de salud Buenos Aires De Cayma, Arequipa.
3. Difundir esta investigación para el fomento y desarrollo de otros estudios de investigación que sirvan para mejorar la calidad de la alimentación complementaria, haciendo participe a las autoridades correspondiente para el apoyo a las diferentes investigaciones que se realice en adelante

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MINSA Alimentación complementaria http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2007/nutricion/lactante_6_24_meses.asp
2. OMS (2010) La alimentación del lactante y del niño pequeño disponible en pps.who.int/iris/bitstream/10665/44310/1/9789275330944_spa.pdf?ua=1
3. WHO Global Data Bank on Infant and Young. Child Feeding, 2009
4. Martorell R, Kettel Khan L, Schroeder DG. Reversibility of stunting: epidemiological findings in children from developing countries. European Journal of Clinical Nutrition, 1994, 58 (Suppl.1):S45–S57.
5. FAO América Latina y el Caribe PANORAMA DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL Sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la malnutrición, Sanytiago de Chile 2017
6. OMS. Alimentación complementaria .disponible en http://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/
7. SENAUER,B. Y GARCÍA,M (1991) Determinación de la Nutrición y salud de los niños Pre escolares, un análisis con datos longitudinales estimaron ecuaciones en forma reducida para el estado nutricional y de salud de niños preescolares de 25 a 83 meses de edad en Filipinas
8. El rol de la madre en el siglo XXI, disponible en: http://www.psicoweb.es/ARTICULOS/a_13_el_rol_de_la_madre_en_el_siglo_21.htm
9. OMS. En línea. Global Health Observatory (GHO) data, Disponible en: <http://www.who.int/gho/database/en/>. Acceso: 9/10/2016.

- 10.OMS Alimentación recomendable en los primeros años de vida, disponible en <http://www.who.int/features/qa/57/es/> Visitado el 29/07/2011
- 11.Unicef Salud y Nutrición Supervivencia y desarrollo del niño pequeño . Disponible en https://www.unicef.org/lac/link_alimentos_complementarios_fortificados.pdf
- 12.FAO. 2015. Pérdida y Desperdicios de Alimentos en América Latina y el Caribe. No 2 (abril de 2015). Santiago de Chile
- 13.Global Health Observatory Data Repository– WHO (Base estadística). Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.1096?lang=en>
- 14.FAO Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la agricultura Panorama de la inseguridad alimentaria de América Latina y el Caribe disponible en <http://www.fao.org/3/a-i4636s.pdf>
- 15.CEPAL. 2014a. Panorama Social de América Latina 2014. Santiago de Chile
- 16.GALINDO, D. (2011).En sus estudio titulado “Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud "Nueva Esperanza"
- 17.Componentes de la cultura. BuenasTareas.com. 2011, disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Componentes-De-La-Cultura/1617009.html> Visitado: 12-1-2017
- 18.MINSA GERENCIA REGIONAL DE SALUD, Estadística. Morbilidad general 2016

19. Cecilia Mercedes García de León Prácticas de alimentación
Prácticas de alimentación complementaria en Niños menores de 1
año de edad, de la comunidad "El tablón DEL MUNICIPIO DE
SOLOLÁ" Quetzaltenango, Octubre de 2011
20. Beatriz Eugenia Alvarado, Rosa Elizabeth Tabares, Helene Delisle,
María-Victoria Zunzunegui() "Creencias maternas, prácticas de
alimentación, y estado nutricional en niños Afro-Colombianos. Caracaz
,2005..
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222005000100008
21. SÁNCHEZ Y REYES, 2008, "Actitudes maternas como factor de
riesgo en la malnutrición infantil en niños menores de 3 años"
"Siddhartha" Lima- 2013
22. Raquel Gamarra-Atero ; Mayra Porroa-Jacobo ; Margot Quintana-
Salinas (2010) Conocimientos, actitudes y percepciones de madres
sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad
de Lima
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832010000300007
23. CISNEROS, E. y VALLEJOS, Y. (2014) En su estudio titulado
"Efectividad del programa educativo en conocimientos, prácticas,
actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6-
24 meses - Reque -2014 llevado a cabo en Chiclayo, Perú
24. ZAVALLETA, S. (2013). "Conocimiento de la madre sobre alimentación
complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses que
asisten al consultorio CRED, en el P.S. Cono Norte" Cerro Colorado
Arequipa

25. Fuentes, C. Y Montes, J. (2008), en su estudio titulado "Factores Nutricionales y Anemia Ferropénica en niños de 6 a 23 meses en el Centro de Salud Javier Llosa García, Hunter realizado en Arequipa, diciembre 2007 – enero 2008
26. MARRINER TOMEY, A. y ALLIGOR, MR Modelos y Teorías de Enfermería Ed. Elsevier, España 2008 6ta Edición
27. Componentes de la cultura disponible en:
<http://www.buenastareas.com/ensayos/Componentes-De-La-Cultura/1617009.html> Visitado: 12-1-2017
28. BARILLA, L. (2011) Cultura y Sociedad. <https://luisbarillasc.wordpress>
29. Algunas creencias que se practica disponible en: disponible en:
30. Definición de costumbre . <https://www.ecured.cu/Costumbre>
31. Belén Barreiro, directora de Myword, Alimentos y Bebidas, <http://www.efesalud.com/noticias/influyen-los-medios-de-comunicacion-en-el-consumo-de-alimentos/>
32. DIRECTIVA SANITARIA N° ose. –MINSA/ DGSP. V.01 Directiva sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses disponible en :<http://www.unicef.org/peru/spanish/directiva-sanitaria-suplementacion-hierro-multimicronutrientes-prevencion-anemia.pdf>
33. LAS CREENCIAS: <http://www.galeon.com/gemart/CREENCIAS.htm>
34. Madrigal, G. (2003). Manual de Diagnóstico Y Terapéutica en Pediatría, (1era. ed.) Editorial, Universidad de Costa Rica

35. (35) Definición de costumbre
<http://www.definicionabc.com/social/costumbres.php>
36. Factores sociales y culturales en la nutrición .
<http://www.fao.org/docrep/006/W0073S/w0073s08.htm>
37. Manuel López-Cabanillas Lomelí Aspectos culturales y la alimentación (2012) <http://www.alimentacion.enfasis.com/articulos/64475-aspectos-culturales-y-la-alimentacion>
38. Factores sociales y culturales de la conducta http://www.ray-design.com.mx/psicoparaest/index.php?option=com_content&view=article&id=148:factores-cultura&catid=46:c-otros&Itemid=72
39. Paulino Castells en la Jornada del Foro del Espectador, La publicidad influye en los hábitos de alimentación <http://www.dmedicina.com/vida-sana/alimentacion/nutricion/2002/10/30/publicidad-influye-habitos-alimentacion-5220.html>
40. Torres .Eulalia Los alimentos complementarios <http://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-4-cuando-los-ninos-crecen/los-alimentos-complementarios>
41. Alimentación complementaria OPS
<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/La-alimentacion-del-lactante--capitulo-modelo-para-libros-de-texto.pdf>
42. OMS Nutrición http://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/
43. Alimentación complementaria <https://www.bebesymas.com/alimentacion.../alimentacion-complementaria->
44. Black RE et al. Contamination of weaning foods and transmission of enterotoxigenic Escherichia coli diarrhoea in children in rural

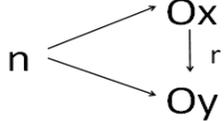
- Bangladesh. Transcripts of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, 1982, 76(2):259–264.
45. Definición y concepto de los multimicronutrientes
http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:BTX7sajKxWoJ:www.unicef.org/peru/spanish/NOTA_TECNICA_MULTIMICRONUTRIENTES.doc+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe, 2010
 46. MARÍA LOURDES DE TORRES AURED, MERCEDES LÓPEZ-PARDO MARTÍNEZ, ANA DOMÍNGUEZ MAESO, CRISTINA DE RORRES OLSON .(2008) La enfermera de nutrición como educadora y formadora asistencial en atención primaria y en el ámbito hospitalario. ISSN 0211-6057, Vol. 28, Nº. 3, 2008, págs. 9-19.
<https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjkoa-vuXQAhVTySYKHZvnD3gQFggaMAA&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fservlet%2Farticulo%3Fcodigo%3D3309733&usq=AFQjCNHQwvtHiYA74yBiwy8XGDqVrX51IA&sig2=FM3tZ5jNVz7BHWWh6QeVOig>
 47. INEI. Indicadores identificados en los Programas Estratégicos ENDES. Perú. 2012. En línea. Consulta: 29/11/14. Disponible en:
<http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0843/index.htm3-PrR>
 48. Definiciones y Conceptos en estadísticas de salud argentina Dirección de Estadísticas e información de salud
<http://www.deis.gov.ar/definiciones.htm>. (Revisado 21-01-2017)
 49. DELGADO; H. et al “Factores Maternos Asociados Al Riesgo De Desnutrición En Niños De 6 A 36 Meses Del Centro De Salud Morona Cocha I-4, 2015”
 50. Cánada, Health-OPS, 2000: 18
 51. Alimentación disponible en
http://www.sonudiga.org/assets/lugo_12_papel_enfermera-edu-nutricional.pdf
 52. OMS Nutrición : <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>

53. Plan Nacional de Fortalecimiento 2013-2021. Disponible en URL : <http://www.mimp.gob.pe/files/planes/plan-nacional-fortalecimiento-familias-2013-2021.pdf> . (Revisado 04-01-2017)
54. UNICEF. LA DESNUTRICION INFANTIL, Causas, Consecuencias y Estrategias para su prevención y tratamiento. Noviembre 2011. Madrid, España. Pág. 5
55. Definición del uso de los micronutrientes, disponible en: <http://sharkfitness.wordpress.com/2008/02/01/suplementacion-como-factor-determinante-en-la-calidad-de-vida/2008>
56. Definición de Creencias
57. ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN. 2010. Perú. En línea. Consulta: 20/12/14. Disponible en: www.alimentacionynutricion.org/es/index.php?mod=content_detail.&id=114
58. WHO/UNICEF. Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. Geneva, World Health Organization, 1998 (WHO/NUT/98.1)
59. Organización Mundial de la Salud. Curso de Capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño, Ginebra, OMS, 2008.
60. HERNÁNDEZ, R. Metodología de la investigación. Edit. Mc <http://www.metabase.net/docs/unibe/03624.html>
61. RIVERA, M. Factores socioeconómicos relacionados con anemia en adultos mayores de la Microred de Salud Buenos Aires de Cayma, Arequipa, 2014.
62. Banco Mundial. 2015. Global Economic Prospects. Having Fiscal Space and Using It. Enero 2015. Washington DC.

Anexos

Anexo 4. Matriz de Consistencia del Estudio de Investigación
Universidad Alas Peruanas Filial Arequipa ---Escuela Académico Profesional de Enfermería
Título: Influencia del factor cultural sobre alimentación complementaria de niños de 6 a 11 meses en la Microrred Buenos Aires de Cayma .

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	POBLACIÓN	METODOLOGÍA
<p>1.3.1. Problema General</p> <p>¿Cuál es la Influencia del factor cultural de las madres en la alimentación complementaria de niños de 6-11 meses de edad en la Microrred de salud Buenos Aires de Cayma, Arequipa, 2017</p> <p>INTERROGANTES ESPECÍFICAS</p> <p>¿ A. Cuáles son los factores culturales de las madres de niños de 6 -11 meses de edad en la Microrred de salud Buenos Aires de Cayma?</p> <p>B. ¿Cómo es la alimentación complementaria de los niños de 6-11 meses de edad en la Microrred de salud Buenos Aires de Cayma?</p> <p>C. ¿Cómo influye el factor cultural de las madres sobre la</p>	<p>GENERAL</p> <p>Identificar la Influencia del factor cultural de las madres en la alimentación complementaria de niños de 6-11 meses de edad en la Microrred de salud Buenos Aires De Cayma, Arequipa 2017</p> <p>ESPECIFICOS</p> <p>A. Caracterizar el factor cultural de las madres de niños de 6-11 meses de edad en la Microrred de salud Buenos Aires de Cayma.</p> <p>B. Analizar la alimentación complementaria de los niños de 6-11 meses de edad en la Microrred de salud Buenos Aires de Cayma.</p> <p>C. Determinar la influencia del factor cultural</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>Existe influencia significativa del factor cultural de las madres sobre y la alimentación complementaria a los niños de niños de 6-11 meses de edad en la Microrred de salud Buenos Aires de Cayma, Arequipa 2017</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <p>factor cultural de las madres de niños de 6-11 meses de edad es desfavorable en la Microrred de salud Buenos Aires de Cayma.</p> <p>La alimentación complementaria de los niños de 6-11 meses de edad es inadecuada en la Microrred de salud Buenos Aires de Cayma</p>	<p>VARIABLE X :Factor cultural</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Creencias • Costumbres • Moda. • Propaganda • Prejuicios-Estrato social <p>VARIABLE Y:</p> <p>Alimentación complementaria</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cantidad • Consistencia • Variedad • Frecuencia • Necesidad nutricional • Administración de micronutrientes 	<p>POBLACIÓN</p> <p>La población está conformada por todas las madres de niños de 6 a 11 meses de edad que se atienden en la Microrred Buenos Aires de Cayma, en un total de 181.</p> <p>MUESTRA</p> <p>Se trabajará con una muestra probabilística estratificada de 123 madres de familia</p>	<p>TIPO</p> <p>El tipo de investigación es descriptiva, correlacional al enfoque cuantitativo porque mide las variables de estudio, corresponde al método expos facto.</p> <p>Según el número de variables es un estudio bivariado</p> <p>Según el número de mediciones es un estudio transversal,</p> <p>Según la temporalidad es un estudio prospectivo</p> <p>Según el lugar donde se realiza la investigación es un estudio de campo,</p> <p>Es una investigación científica porque se basa en teorías, principios y categorías ya estudiadas.</p> <p>NIVEL DE INVESTIGACIÓN</p>

<p>cantidad administrada de alimentación complementaria a los niños de niños de 6-11 meses de edad en la Microrred de salud Buenos Aires de Cayma?</p> <p>D. ¿Cómo influye el factor cultural de las madres sobre la consistencia de la alimentación complementaria a niños de 6-11 meses de edad en la Microrred de salud Buenos Aires de Cayma?</p> <p>E. ¿Cómo influye el factor cultural de las madres sobre la variedad de alimentación complementaria a niños de 6-11 meses de edad en la Microrred de salud Buenos Aires de Cayma ?</p> <p>F. ¿Cómo influye el factor cultural de las madres sobre la frecuencia de la alimentación complementaria a niños de 6-11 meses de edad en la Microrred de salud Buenos Aires de Cayma ?</p> <p>G. ¿Cómo influye el factor cultural de las madres sobre la necesidad nutricional de</p>	<p>de las madres sobre la cantidad administrada de alimentación complementaria a los niños de niños de 6-11 meses de edad en la Microrred de salud Buenos Aires de Cayma</p> <p>D. Identificar la influencia del factor cultural de las madres sobre la consistencia de la alimentación complementaria a niños de 6-11 meses de edad en la Microrred de salud Buenos Aires de Cayma .</p> <p>E. Determinar la influencia del factor cultural de las madres sobre la variedad de alimentación complementaria a niños de 6-11 meses de edad en la Microrred de salud Buenos Aires de Cayma.</p> <p>F. Determinar la influencia del factor cultural de las madres sobre la frecuencia de la alimentación complementaria a niños de 6-11 meses de edad en la Microrred de salud Buenos Aires de Cayma .</p> <p>G. Determinar la influencia del factor cultural de las madres sobre la necesidad nutricional de alimentación complementaria</p>		<p>VARIABLE INTERVINIENTE</p> <p>Indicadores:</p> <p>Edad</p> <p>Grado de instrucción</p>		<p>El diseño es no experimental descriptivo correlacional.</p> <p>DISEÑO</p>  <p>Donde:</p> <p>n: muestra de estudio</p> <p>Ox: Factor cultural</p> <p>Oy: Alimentación complementaria</p> <p>r: Relación entre variables</p>
---	--	--	---	--	--

<p>alimentación complementaria a niños de 6-11 meses de edad en la Microrred de salud Buenos Aires de Cayma.</p> <p>H. ¿Cómo influye el factor cultural en la administración de micronutrientes a niños de 6-11 meses de edad en la Microrred de salud Buenos Aires de Cayma?</p> <p>I. ¿Cómo influye la variable edad y grado de instrucción en la alimentación complementaria a niños de 6-11 meses de edad en la Microrred de salud Buenos Aires de Cayma?</p>	<p>a niños de 6-11 meses de edad en la Microrred de salud Buenos Aires de Cayma</p> <p>H. Determinar la influencia del factor cultural en la administración de micronutrientes a niños de 6-11 meses de edad en la Microrred de salud Buenos Aires de Cayma</p> <p>I. Determinar la influencia de la variable edad y grado de instrucción en la alimentación complementaria a niños de 6-11 meses de edad en la Microrred de salud Buenos Aires de Cayma</p>				
---	--	--	--	--	--

Anexo 4

Plano de ubicación de Arequipa



del distrito de Cayma

