



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

**EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO
“CUIDANDO LA ALIMENTACION DE MI BEBE” EN LA
ACTITUD DE MADRES CON NIÑOS MENORES DE UN
AÑO, DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA, AREQUIPA 2015**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA**

BACHILLER: ARENAS CABRERA, SHOLANCHS GRECIA

LIMA-PERÚ

2017

**EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO
“CUIDANDO LA ALIMENTACION DE MI BEBE” EN LA
ACTITUD DE MADRES CON NIÑOS MENORES DE UN
AÑO, DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA, AREQUIPA 2015**

DEDICATORIA

*A mi querida familia con todo mi corazón
porque sé que yo también estoy en sus
corazones y en cada paso que doy y daré.*

AGRADECIMIENTO

A todas las personas que me brindaron su apoyo durante mi camino y de las cuales recibí un apoyo y me ayudaron abrir puertas y seguir mi camino

ÍNDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
INDICE	i
RESUMEN	iii
ABSTRAC	iv
INTRODUCCIÓN	v
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Objetivos de la investigación	4
1.3.1 Objetivo General	6
1.3.2 Objetivos Específicos	6
1.4 Justificación del estudio	7
1.5 Limitaciones de la investigación	8
CAPITULO II: MARCO TEORICO	
2.1 Antecedentes de la investigación	9
2.2 Bases teóricas	22
2.3 Definición de términos	30
2.4. Hipótesis	33
2.4.1 Hipótesis General	33
2.4.2. Hipótesis específicas	33
2.5. Variables	33
2.5.1. Definición conceptual de la variable	34
2.5.2. Definición operacional de la variable	34
2.5.3. Operacionalización de la variable	35
CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODO	
3.1. Tipo y nivel de la Investigación	36
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	36
3.3. Población y muestra	36
3.4. Técnicas e instrumentos de la recolección de datos	37

3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	38
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	39
CAPITULO IV: RESULTADOS	40
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	
ANEXOS	
ANEXO 01. INSTRUMENTOS	
ANEXO 02. MATRIZ DE CONSISTENCIA	

RESUMEN

El objetivo del estudio fue Determinar la efectividad del programa educativo “cuidando la alimentación de mi bebe” en la actitud de las madres de niños menores de un año del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Arequipa 2015. Fue un estudio de tipo aplicativo, de corte transversal prospectivo y de diseño Pre-experimental. Las conclusiones son: Más del 50% de las madres son convivientes, seguidas por las madres solteras y casados, el mayor porcentaje de ellas tienen un trabajo independiente y otras pertenecen al sector público, así como hay un 30%(6) que no trabaja. Respecto a la edad de las madres son adultas jóvenes cuyas edades oscilan entre los 18 a 30 años. El programa educativo “Cuidando la alimentación de mi bebe” fue efectiva ya que se produjeron cambios significativos en la actitud frente a la ablactancia ahora llamada alimentación complementaria en el 80%(14) madres. La actitud de las madres de niños menores de un año antes de recibir el programa educativo: “cuidando la alimentación de mí bebe” tenían una actitud negativa. Las madres de niños menores de un año que recibieron el programa educativo: “Cuidando la alimentación de mí bebe” mejoraron sus actitudes con respecto a la ablactancia, modificando su actitud negativa por una actitud en positiva y en transición, esto determina la efectividad del programa educativo, estando capacitadas para una adecuada introducción de alimentos a partir de los 6 meses de edad de sus hijos.

Palabras Claves: Actitud positiva, en transición y negativa

ABSTRAC

The objective of the study was to determine the effectiveness of the educational program "taking care of the feeding of my baby" in the attitude of the mothers of children under one year of Regional Hospital Honorio Delgado Espinoza Arequipa 2015. It was an application type study, cross-sectional Prospective and pre-experimental design. The conclusions are: More than 50% of the mothers are cohabiting, followed by single mothers and married, the largest percentage of them have an independent job and others belong to the public sector, as well as 30% (6) who do not work . Regarding the age of mothers are young adults whose ages range from 18 to 30 years. The educational program "Caring for my baby's food" was effective as there were significant changes in the attitude towards the ablation now called complementary feeding in 80% (14) mothers. The attitude of the mothers of children under one year before receiving the educational program: "taking care of the baby feed me" had a negative attitude. Mothers of children under the age of one who received the educational program: "Caring for my baby" improved their attitudes towards ablacence, changing their negative attitude towards a positive and transitional attitude, which determines the effectiveness of the program Educational, being able to an adequate introduction of foods from the 6 months of age of their children.

Keywords: Positive attitude, in transition and negative

INTRODUCCIÓN

Una adecuada e ideal alimentación en el primer año de vida es la lactancia y la alimentación complementarias especialmente en la infancia, es un obstáculo que impide que los individuos, e incluso las sociedades, desarrollen todo su potencial. Los niños y niñas desnutridos tienen menos resistencia a las infecciones y más probabilidades de morir a causa de dolencias comunes en la infancia, como las enfermedades diarreicas y las infecciones de las vías respiratorias. De acuerdo a los Lineamientos de Nutrición Materno –Infantil a partir de los 6 meses de edad el niño debe iniciar la alimentación complementaria, porque es cuando se deben cubrir los requerimientos nutricionales y se ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renal y la maduración neurológica.

El trabajo de investigación está Estructurado de la Siguiete manera:

El proyecto de investigación consta de 4 capítulos. El Capítulo I: El problema, consta de: La determinación del problema, la formulación del problema, los objetivos de la investigación, la justificación y las limitaciones y alcances de la investigación. El Capítulo II que es el marco teórico consta de: Los antecedentes del estudio, la base teórica del estudio y el marco conceptual.

En el Capítulo III: Material y métodos se considera: El tipo, nivel y diseño de investigación, la población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, las variables, la operacionalización de las mismas, la validez, confiabilidad de los instrumentos, el plan de recolección y procesamiento de datos. En el Capítulo IV: finalmente se presenta los Resultados, las referencias bibliográficas y los anexos correspondientes donde se consigna la matriz de consistencia y el instrumento.

CAPITULO I.- EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 .- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El lactante tiene como principal alimentación la lactancia materna y una adecuada alimentación durante el primer año de vida resulta fundamental para el óptimo crecimiento y desarrollo del niño. A su vez, las pautas alimentarias aprendidas durante estos años sientan las bases para la constitución de los hábitos alimentarios más tarde en la vida del individuo. Dado el rápido crecimiento de los niños, que condiciona elevados requerimientos nutricionales, sumado a una capacidad de ingesta limitada en volumen, esta etapa presenta en si misma una alta vulnerabilidad nutricional.

La identificación de problemas alimentarios y nutricionales altamente prevalentes a nivel nacional es una herramienta de suma importancia para la promoción de la salud desde el ámbito público, ya que permite orientar las acciones y asignar correctamente los recursos¹

Los hábitos alimentarios de la época actual conducen a una tendencia que en los primeros años de vida provoque ciertos grados de desnutrición que abarca desde la poca ganancia ponderal hasta la obesidad en algunos casos en los cuales el paciente se encuentra desnutrido, también el cual es un problema que se va incrementando en muchos países.²

Una situación que puede verse como problemática es el incremento de mujeres que dejan de lado la lactancia materna por tener que trabajar y no buscan las maneras más adecuadas para seguir brindando lactancia materna muchas de ellas lo hacen quizás por falta de conocimiento sobre los beneficios que le están quitando a sus niños y priorizan el trabajo teniendo que dejar a sus niños muchas veces hasta con fórmulas y disminuyendo la alimentación con el seno materno evidenciándose que algunas de ellas pueden adoptar una actitud negativa ya que a pesar que se les informa sobre los beneficios de la lactancia materna la reemplazan por formulas e incluso inician con la alimentación complementaria sin que sea la edad propicia para hacerlo.

Debido a que a partir de los seis meses de edad los niños necesitan otra alimentación que no sea la leche materna, a este periodo se conoce como ablactancia actualmente llamado alimentación complementaria periodo de transición entre una dieta basada en lactancia materna a otra sin leche materna. Durante este periodo se van introduciendo líquidos y alimentos sólidos, de acuerdo a patrones socio-culturales de lo más variados.

La ablactación y/o alimentación complementaria es aquella que complementa como una unidad de la lactancia materna sin desplazarla como cualquier alimento líquido o sólido provisto al niño pequeño junto con la lactancia materna a partir de los seis meses, el niño o la niña

además de continuar con la lactancia materna necesita iniciar con la alimentación complementaria, cuando el niño empieza a comer otros alimentos diferentes a la leche materna es necesario tener mucha paciencia, no forzarlo, ni causarlo el momento debe ser tranquilo y lleno de cariño.⁽²⁾

También hay que reconocer que la actitud es una tendencia psicológica expresada en un ente determinado con cierto grado de favorabilidad o desfavorabilidad y se evidencia cuando se muestra algún tipo de actitud pudiendo ser de manera afectiva, conductual y cognoscitiva cuando se brinda lactancia materna y se cuida los alimentos que deben recibir los niños menores de un año.

Los programas educativos o modelos son la imagen o representación del conjunto de relaciones que definen un fenómeno con miras a su mejor entendimiento.

Los programas consisten en un conjunto de estrategias de enseñanza aprendizaje seleccionados y organizados por el docente para facilitar el aprendizaje de los alumnos y que servirá de guía en su formación profesional ⁽⁴⁾.

Teniendo en cuenta las situaciones planteadas se tiene la siguiente interrogante

1.2.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

1.2.1. Problema General

¿Cuál es la efectividad del programa educativo “cuidando la alimentación de mi bebe” en la actitud de las madres de niños menores de un año del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Arequipa 2015?

1.2.2.- Problema Específicos

- ¿Cuáles son las características socio demográficos de las madres con niños menores de un año del HRHDE Arequipa 2015?
- ¿Cuál es la actitud de las madres de niños menores de un año antes del programa educativo “cuidando la alimentación de mi bebe” en el control de niño sano HRHDE Arequipa 2015
- ¿Cuál es la actitud de las madres de niños menores de un año después del programa educativo “cuidando a la alimentación de mi bebe” en el control de niño sano HRHDE Arequipa 2015

1.3.-OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General:

- Determinar la efectividad del programa educativo “cuidando la alimentación de mi bebe” en la actitud de las madres de niños menores de un año del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Arequipa 2015

• 1.3.2 Objetivos Específicos:

- Identificar las características socio demográficos de las madres con niños menores de un año del HRHDE Arequipa 2015

- Reconocer la actitud de las madres de niños menores de un año antes del programa educativo “cuidando la alimentación de mi bebe” en el control de niño sano HRHDE Arequipa 2015

- Identificar la actitud de las madres de niños menores de un año después del programa educativo “cuidando a la alimentación de mi bebe” en el control de niño sano HRHDE Arequipa 2015

1.4.- JUSTIFICACIÓN

- Actualidad: Porque hay pocos estudios realizados en este tema desde el punto de vista de enfermería a nivel local, con la percepción de un enfoque diferente, el tema de estudio es actual debido a que existen muchos alimentos conservados al alcance de las madres.

- Pertinencia: Es pertinente porque el estudio radica en que la enfermera como integrante del equipo de salud su acción está orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas, en el contexto de su persona, familia y comunidad a partir de un enfoque Biopsicosocial.

- Trascendencia: Es trascendente y útil porque dicha investigación servirá de base para otras investigaciones con otros enfoques

que apoyen a proponer alternativas de solución a la problemática encontrada.

- **Utilidad:** es útil porque de los resultados obtenidos se podrá tomar estrategias que ayuden a solucionar la problemática o mejorar los aspectos positivos encontrados dando una alternativa de solución a la problemática.
- **Relevancia:** Es relevante ya que el presente estudio posee una serie de características que ayudan al investigador a regirse de manera eficaz en la misma. La investigación es fundamental para el estudiante y para el profesional, esta forma parte del camino profesional antes, durante y después de lograr la profesión; ella nos acompaña desde el principio de los estudios y la vida misma. La investigación ayuda a mejorar el estudio porque permite establecer contacto con la realidad

CAPITULO II.- MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.2 Antecedentes Internacionales

Cevallos Berdugo Gladys. Patrones de alimentación en niños menores de un año de edad que acuden a la consulta externa del hospital infantil del estado de sonora México 2013. Objetivos: Conocer la Prevalencia de

lactancia materna exclusiva, prevalencia de inicio de alimentación complementaria. Fue un estudio transversal descriptivo, se incluyeron madres con hijos menores de un año de edad, independientemente del género del niño y del motivo de consulta. Se excluyeron niños con enfermedades crónicas.

Entre sus resultados más resaltantes están que de los trescientas encuesta aplicadas: la escolaridad materna 12% primaria, 47% secundaria 26% preparatoria y el 13% con licenciatura. Ocupación materna 252 dedicadas al hogar, 38 empleados, que estudiantes. 136 niños con lactancia materna exclusiva con alimentación de inicio 45%, con sólo fórmula 22.3%, mixta 31.6%. Con todos estos datos podemos darnos cuenta que las madres continúan dándoles al niño menor de edad leches de fórmulas y la prevalencia de la LME es todavía baja, la edad en la cual se inician la alimentación complementaria no está dentro de lo recomendado por la OMS- UNICEF por lo que es necesario reforzar los programas educativos.⁶

García, C. (2011) “prácticas de alimentación complementaria en niños menores de 1 año de edad, de la comunidad el tablón del municipio de sololá”, tesis para obtener título de licenciada nutricionista de la Universidad Rafael Landívar Guatemala. Las adecuadas prácticas de alimentación complementaria en el primer año de vida son esenciales para la salud del niño, por lo que conocerlas es fundamental para mejorar su desarrollo físico y mental. 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.⁽⁷⁾

Espinales, A., Vera, L. (2012) "alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses y su trascendencia en el estado nutricional, subcentro de salud, ciudadela "municipal", junio a noviembre 2012." tesis para obtener título de licenciada nutricionista de la Universidad Técnica de Manabí-Ecuador. En el presente trabajo investigativo se ha realizado la evaluación nutricional a los niños de 6 a 24 meses de edad que asisten al subcentro de salud de la Ciudadela Municipal de la Ciudad de Portoviejo, mediante las medidas antropométricas, para determinar el estado nutricional en que ellos se encuentran.

Para el muestreo, realizado durante 5 meses, se ha determinado a 100 madres que asisten a dicho subcentro a evaluaciones medicas rutinarias, cuyas edades comprenden las edades ya establecidas, para realizar una encuesta que consiste en 7 preguntas, la cual tiene como principal objetivo determinar si las madres proporcionan la lactancia materna, el tipo de alimento que sirven a menudo a sus hijos, de qué manera son elaborados, cuál es su consistencia, si se le suministra algún tipo de suplemento alimenticio y la importancia de la alimentación

complementaria a partir de los 6 meses, durante y después de la lactancia materna, hasta los 24 meses de edad, ya que cuando no es la adecuada afecta en el estado nutricional de los niños.

Se ha realizado la elaboración de una guía nutricional, ahí se pueden destacar diferentes tipos de menús, tomando en cuenta los requerimientos de los niños según las edades y su actividad física con una alimentación muy nutritiva y balanceada con la presencia de todos los grupos que conforman la pirámide alimenticia, de esta manera poder fortalecer los conocimientos de las madres a la hora de alimentar a sus hijos y que ellos pueden satisfacer todas sus necesidades vitales diariamente. ⁽⁸⁾

2.1.2. A NIVEL NACIONAL

Hidalgo, D., Vera, R. (2013) “Representaciones sociales sobre la alimentación complementaria en madres de niños menores de 2 años: Yanacancha - Cerro de Pasco, 2012” Tesis para obtener el título

profesional de licenciada en nutrición de la Universidad Mayor de San Marcos. Introducción: En la actualidad muchas iniciativas orientadas al cambio de hábitos alimentarios han fracasado debido a que no han tomado en cuenta todos los factores causales de los problemas de alimentación y nutrición en el niño, pudiendo explicarse por ciertos factores de carácter psicosocial tanto del equipo de salud como de la población respecto al proceso de la alimentación complementaria, donde cada alimento es entendido como una significación de valores, creencias, actitudes, percepciones, símbolos y costumbres que se desea comunicar, lo que es conocido como Representaciones Sociales, las cuales permiten interpretar y comprender mejor las circunstancias y los comportamientos que rodean a la alimentación. Objetivo: Explorar las

representaciones sociales sobre alimentación complementaria en madres de niños menores de 2 años, Yanacancha - Cerro de Pasco. Diseño: Estudio cualitativo, diseño teoría fundamentada. Lugar: Distrito de Yanacancha, Provincia Cerro de Pasco, Departamento de Pasco. Participantes: 20 madres de familia con niños menores de 2 años que reciben alimentación complementaria, divididas según condición primípara y 10 de condición múltipara. Intervenciones: Previo muestreo intencional, consentimiento informado y prueba piloto, se efectuaron 10 entrevistas a profundidad y 10 sesiones con la técnica de las viñetas. Se utilizaron una guía semi – estructurada de preguntas y 11 situaciones u “historias” relacionados a la alimentación complementaria. Después de recolectar los datos hasta conseguir la saturación de la información, la información fue agrupada por temas y luego cada técnica fue codificada en una matriz para el desarrollo de categorías. Se realizó la triangulación de la información por técnica y por investigador para lograr la confiabilidad del estudio. Principales medidas de resultados: Representaciones sociales sobre el proceso de la alimentación complementaria.

Resultados: Algunos factores psicosociales y socioculturales influenciaron en las decisiones que las madres tomaron para continuar o interrumpir la LM, iniciar la AC, otorgar AOA y otorgar algunas bebidas (remedios). Las experiencias positivas (aceptación del niño) o negativas (efectos adversos) asociadas a procesos cognitivos (percepción) y afectivos (emociones) influyeron en las decisiones y actitudes de la madre frente a un alimento creando posiciones favorables frente a ellos, o prejuicios que retrasaron o no permitieron la introducción de determinados alimentos como las carnes, pescados, menestras, cítricos, tocosh y maca. Ciertos alimentos (menestras) fueron categorizados por algunas madres como “pesados” pues sus características los relacionaron con los posibles efectos adversos en el niño; otros, como “fríos” por relacionarse con las condiciones atmosféricas y a unos otros

(huevo y derivados lácteos) se les consideró “prohibidos” por influir negativamente en problemas infecciosos digestivos. En los periodos de enfermedad, las condiciones ambientales influyeron en la decisión de algunas madres para elegir y ofrecer ciertos tipos alimentos, además algunas madres consideraron más adecuado cambiar la consistencia de las preparaciones en este periodo pues percibieron que serían mejor aceptadas por los niños. Conclusiones:

Las representaciones sociales sobre la alimentación complementaria aún no han sido instauradas completamente por las madres, lo que conlleva a que se dé una mala interpretación de los conceptos entorno a la alimentación infantil, dificultando así la buena comprensión y comunicación de un mensaje adecuado, conllevando a una inadecuada práctica de alimentación, el cual puede verse reflejada en el estado nutricional del niño.⁽⁹⁾

Zavaleta, S. (2013) “Conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y estado nutricional del niño de 0 a 24 meses que asisten a la consulta de cred de P.S. de cono norte, Tacna primer trimestre 2012” tesis para optar título profesional de licenciada en enfermería de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann – Tacna. El trabajo de investigación es de tipo cuantitativo no experimental de corte transversal, diseño descriptivo correlacional, El objetivo de determinar la relación entre el conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses de edad que asisten al consultorio de CRED, en el P.S. Cono norte, 1er trimestre 2012. La muestra fue de 100 madres del programa de Niño Sano del establecimiento. Para la recolección de datos se aplicó dos instrumentos un cuestionario sobre conocimiento materno y las tablas de valoración nutricional antropométrica concluyendo que las madres tienen un nivel bueno de conocimientos sobre alimentación complementaria. Por otro lado, el mayor porcentaje de niños lactantes menores tiene un estado nutricional de normal o eutrófico. Finalmente, si

existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses de edad que asiste al consultorio de CRED, en el P.S. Cono norte. Con un 95% de confiabilidad y significancia $p < 0,05$, aplicando chi - cuadrado.⁽¹⁰⁾

Valencia, T., Gloria (2010) “factores socio cognitivos relacionados a las actitudes de las madres de familia hacia la alimentación complementaria en niños/as de 6 meses a un año de edad del centro de salud de mariscal castilla, Arequipa 2010”, tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería de la Universidad Alas Peruanas. La presente investigación se propuso dar respuesta a la siguiente interrogante ¿Cuáles son los factores socio cognitivos relacionados a las actitudes de las madres de familia hacia la alimentación complementaria en niños/as de 6 meses a un año de edad den Centro de Salud de Mariscal Castilla, Arequipa 2010?

Se aplicó un cuestionario, previamente validado por tres expertos, a un total de 53 madres de familia que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Se tuvo como objetivo determinar los factores socio cognitivos relacionados a las actitudes de las madres de familia hacia la alimentación complementaria. Se encontró que las madres, en cuanto a la edad preponderadamente entre ellas es la de 20 a 23 años de edad; con grado de instrucción secundaria o superior y tienen uno o dos hijos.

Las actitudes de las madres hacia la alimentación complementaria son altas y medias. Se encontró que existe relación entre algunos factores socio cognitivos con las actitudes hacia la alimentación complementaria, estos factores son edad, grados de instrucción y números de hijos, que son los que determinan la forma de actuar ante este proceso.⁽¹⁵⁾

Galindo Bazalar Deny Amelia. Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud "Nueva Esperanza", 2011 Objetivo fue identificar los conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria. Material y Método. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 40 madres. La técnica fue la entrevista y el instrumento, el cuestionario, aplicado previo consentimiento informado. Resultados. Del 100% (40), 55% (22) de las madres encuestadas conocen sobre la alimentación complementaria; 45% (18) desconocen. En cuanto a las prácticas 61 % (25) tienen prácticas adecuadas; mientras que 39% (15) tienen prácticas inadecuadas. Conclusiones. La mayoría de las madres que acuden al centro de salud Nueva Esperanza conocen y tienen prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria.¹⁶

Mamani Limache, Ruth Ester, en Lima – Perú, el 2008, realizó la investigación titulada “Efectividad del programa educativo “niño sano y bien nutrido” para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas en seguridad nutricional aplicado a madres con niños menores de 1 año del centro de salud Moyopampa, Chosica-Lima”, cuyo objetivo fue determinar la efectividad del programa educativo respecto a conocimientos, actitudes y prácticas en seguridad nutricional aplicado a madres con niños menores de 1 año. Se aplicó el modelo de planeación y programación PROCEDE/PRECEDE, usado en programas de promoción y educación en salud, que contempla 5 diagnósticos: social, epidemiológico, ambiental y de conductas educacionales, organizacional administrativa y de pólizas. El método fue cuasi experimental con dos grupos; conformado por 22 madres. Entre sus conclusiones tenemos: “El grupo experimental logró incrementar su nivel de conocimiento en comparación al grupo control. En cuanto al nivel de actitud el grupo

experimental presentó un promedio de 4.9 a 8.3, respecto al grupo control disminuyendo de 5.8 a 0.7, ($P < 0.05$)".⁽¹⁷⁾

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1.- Generalidades sobre alimentación complementaria

El concepto de alimentación complementaria es relativamente reciente, se dice que es aquella que complementa a la lactancia materna, pero sin estimularla. Revaloriza a la lactancia materna como un alimento óptimo para los primeros tiempos de vida y establece la necesidad de estudiar científicamente la alimentación con objeto de cubrir las necesidades del niño a partir de seis meses de edad. El momento oportuno para introducir 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. De modo que con la nutrición los niños pueden mantener un peso normal y evite contraer al mismo tiempo un déficit en vitaminas y minerales, sin manifestación clínica. Por ello, es importante que la introducción de otros alimentos aporten aquellos nutrientes que la lactancia suministra en poca cantidad. fisiología del niño mayor de 6 meses alrededor de los 6 meses, la leche materna puede no cubrir las necesidades de energía y de algunos nutrientes en su totalidad para la mayoría de los lactantes, quienes, por otra parte, han alcanzado a esta edad un grado de maduración suficiente y están preparados para la introducción de otros alimentos:

- **maduración digestiva:** la función digestiva de la mayoría de los lactantes de 6 meses es suficientemente madura para digerir la mayor parte de los almidones (cocidos o hidrolizados), las proteínas y la grasa

de la dieta no láctea (la amilasa pancreática a los 4 meses es baja o casi ausente). • maduración renal: a los 6 meses la filtración glomerular es del 60- 80% de la del adulto y las capacidades de concentración y de excreción de sodio, fosfatos e hidrogeniones son mayores que al nacimiento, aunque aún limitadas entre los 6 y los 12 meses.

- **Desarrollo psicomotor:** hacia los 5 meses el bebé empieza a llevarse objetos a la boca; a los 6 meses el lactante inicia los movimientos de masticación, desaparece el reflejo de extrusión lingual y es capaz de llevar hacia atrás el bolo alimenticio para su deglución; hacia los 8 meses la mayoría se sientan sin apoyo y tienen suficiente flexibilidad lingual para tragar alimentos más 15 espesos; hacia los 10 meses pueden beber con una taza, manejar una cuchara y coger alimentos con sus dedos.

- **Maduración inmune:** la introducción de alimentación complementaria supone la exposición a nuevos antígenos y cambios en la flora digestiva con repercusión en el equilibrio inmunológico intestinal. Es un momento de gran influencia sobre el patrón de inmunorespuesta, y los factores específicos tolerogénicos y protectores del intestino que aporta la leche humana pueden modular y prevenir la aparición de alergias y reacciones adversas. Requisitos de una alimentación complementaria los lactantes son particularmente vulnerables durante el periodo de transición en el que comienza la alimentación complementaria. Por lo tanto, para asegurarse de que se satisfacen sus necesidades nutricionales, los alimentos complementarios tienen que cumplir los requisitos siguientes:

- **oportuno**, es decir, se deben introducir cuando las necesidades de energía y de nutrientes sobrepasan lo que puede proporcionarse mediante la lactancia natural exclusiva y frecuente.
- **adecuado**, es decir, deben proporcionar energía, proteínas y micronutrientes suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales de un niño en crecimiento.
- **inocuo**, es decir, se deben preparar y almacenar de

forma higiénica y hay que darlos con las manos limpias, utilizando utensilios limpios, y no biberones y tetinas.

- **darse de forma adecuada**, es decir, se deben dar atendiendo a las señales de apetito y de saciedad del niño, y la frecuencia de las 16 comidas y el método de alimentación (alentar activamente al niño a que, incluso cuando está enfermo, consuma alimentos suficientes utilizando los dedos, una cuchara o alimentándose por sí mismo) deben ser adecuados para su edad. definición de alimento complementario es cualquier nutriente líquido o sólido que se proporciona al niño pequeño al mismo tiempo que la lactancia materna. tipos de alimentos complementarios

- **Alimentos transicionales**: son los que están preparados expresamente para cubrir las necesidades nutricionales específicas del niño pequeño.

- **alimentos familiares**: son los mismos alimentos que conforman parte de la dieta de la familia. etapas de la alimentación complementaria

- **Inicial**: donde los nuevos alimentos deben comportarse como

complemento del régimen lácteo, ya que el mayor aporte de energía y nutrientes proviene de la leche.

- **intermedia**: llamada también de mantenimiento; donde los alimentos progresivamente se convierten en suplementos de alimentación láctea, pasando la leche de ser complementos de nuevos alimentos.

- **final**: que consiste en el empalme con la alimentación habitual del hogar o la familia. 17 características de la alimentación en el lactante de 06 a 12 meses.

- **Cantidad** el número apropiado de comidas que se ofrece a un niño durante el día depende de la densidad energética de los alimentos que se usen localmente y de las cantidades consumidas en cada comida. La cantidad diaria de comida ha sido estimada en función a la energía requerida que debe ser cubierta por los alimentos complementarios, asumiendo una capacidad gástrica de 30g/kg de peso corporal y una

densidad energética de mínima de 0.8kcal/g de alimento. si la densidad energética o la cantidad de comida administrada son bajas o si a la niña se le suspende la lactancia materna, requerirá un mayor número de comidas para satisfacer sus necesidades nutricionales. la alimentación complementaria deberá distribuirse en varios tiempos de comida, que se irán incrementando gradualmente conforme crece y desarrolla la niña o niño según su edad, sin descuidar la lactancia materna. De esta manera también se logrará que poco a poco se vaya integrando y participando del horario de comidas tradicional de su entorno familiar. a los 6 meses se empezará con dos comidas al día y lactancia materna frecuente; entre los 7 y 8 meses, se aumentará a tres comidas diarias y lactancia materna frecuente; entre los 9 y 11 meses, además de las tres comidas principales deberán recibir una entre comida adicional y su leche materna, y finalmente; entre los 12 y 24 meses, la alimentación quedará establecida en tres comidas principales y dos 18 entre comidas adicionales, además de lactar, a fin de fomentar la lactancia materna hasta los 2 años o más. En las comidas adicionales de media mañana o media tarde, se ofrecerán de preferencia alimentos de fácil preparación y consistencia espesa (mazamorra, papa sancochada, entre otros) o ya listos para consumir (pan, fruta u otros alimentos sólidos), de modo que la niña o niño los pueda comer por si solos.

- **Frecuencia** en niños amamantados de países en desarrollo, las necesidades energéticas a cubrir con la alimentación complementaria se estima en 200, 300 y 550 kcal/día entre las edades de 6 y 8, de 9 y 11 y de 12 y 23 meses respectivamente. por otro lado, tenemos que la capacidad gástrica del niño guarda relación con su peso (30 g/kg de peso corporal), estimándose así el volumen de alimentos capaz de tolerar en cada comida. Alrededor del sexto mes de edad el niño expresa su deseo de alimento abriendo la boca e inclinándose hacia adelante. Contrariamente, cuando ya se encuentre satisfecho, demuestra su desinterés por el alimento echándose hacia atrás y

volteando la cabeza hacia un lado. a partir de los 6 meses de edad se empezará con 2 a 3 cucharadas (1/4 taza) de comida dos veces al día; entre los 7 y 8 meses, se aumentará de 3 a 5 cucharadas (1/2 taza) tres veces al día; entre los 9 y 11 meses, se incrementará de 5 a 7 cucharadas (3/4 taza) tres veces al día, más una entre comida adicional; y finalmente; entre los 12 y 24 meses de 7 a 10 cucharadas (1 taza), tres veces al día, más dos comidas adicionales. los lactantes aumentan gradualmente su aceptación a los alimentos nuevos mediante un incremento lento de la cantidad que aceptan.

- **consistencia y textura** : La maduración neuromuscular del lactante no le permite pasar directamente del pecho a los alimentos de la mesa familiar. por ello son necesarios alimentos de transición, especialmente adaptados para esta primera etapa, hasta que, aproximadamente al año, el niño es capaz de alimentarse en la mesa familiar, con alimentos de consistencia no muy dura. por esto se aconseja aumentar gradualmente la consistencia y variedad de los alimentos a medida que el niño crece, adaptándose a los requerimientos y habilidades motoras esenciales como el masticado y el contacto con nuevos sabores. el avance del proceso de alimentación está asociado al desarrollo general del niño, al desarrollo de los maxilares y a la evolución de la dentición. alrededor del sexto mes los músculos y nervios de la boca se desarrollan suficientemente para masticar, los niños a esta edad controlan mejor la lengua y pueden mover mejor la mandíbula hacia arriba y hacia abajo. todo ello les da la madurez para recibir alimentos de consistencia más densa. las preparaciones líquidas (jugos, caldos, gaseosas) no contienen suficientes nutrientes porque su mayor contenido es agua. en cambio las preparaciones espesas como purés y mazamoras, tienen la ventaja de poder concentrar alto contenido nutricional en una pequeña porción para satisfacer las nutricionales del niño. las preparaciones deben realizarse a base de combinaciones de alimentos principales como: cereales, leguminosas (menestras), alimentos de origen animal como tubérculos, verduras,

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

2.2.2. Teóricas que dan sustento a la investigación

Modelo teórico: Callista Roy Modelo de adaptación:

Filosofía: La filosofía es el estudio de una variedad de problemas fundamentales acerca de cuestiones como la existencia, el conocimiento, la verdad, la moral, la belleza, la mente y el lenguaje.

Teoría: Conjunto de ideas, conceptos e hipótesis que, de una manera clara y sistemática, han sido agrupadas con el objetivo de intentar explicar un fenómeno dado que nos interesa, de manera coherente y adecuada.

Meta teoría: Es una teoría que se dedica al estudio de otra teoría o conjunto de teorías. En sentido general podría ser llamada *teoría de las teorías*. Si A es una teoría de B y B es en sí misma una teoría, entonces A es una metateoría. Sin embargo, una teoría general no puede ser una metateoría desde que no se dedica en particular a una o a un conjunto de teorías.

Sor Callista Roy desarrollo la teoría de la adaptación tras su experiencia en pediatría en la que quedo impresionada por la capacidad de adaptación de los niños.

El modelo de Sor Callista Roy es una metateoría ya que utilizo otras teorías para realizarlo. Las bases teóricas que utilizo fueron: La teoría general de sistemas de A.Rapoport, que consideraba a la persona como un sistema adaptativo, y la teoría de adaptación de Harry Helson, en

esta teoría, él dice que las respuestas de adaptación tienen que ver con el estímulo recibido y el nivel que tiene el individuo para adaptarse.

El modelo de adaptación de Roy es una teoría de sistemas, con un análisis significativo de las interacciones, que contiene cinco elementos esenciales:

Paciente: lo define como la persona que recibe los cuidados.

Meta: que el paciente se adapte al cambio.

Salud: proceso de llegar a ser una persona integrada y total.

Entorno: Condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y la conducta de la persona.

Dirección de las actividades: la facilitación a la adaptación.

Para tratar estos cinco elementos se utiliza los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los módulos de adaptación, que dependen de tres clases de estímulo.

Focales: son los que afectan en forma inmediata y directa a la persona en un momento determinado.

Contextuales: son todos los demás estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal.

Residuales: corresponde a todas las creencias, actitudes y factores que proceden de experiencias pasadas y que pueden tener influencias en la situación presente, pero sus efectos son indeterminados.

También considera que las personas tienen 4 modos o métodos de adaptación:

Las necesidades fisiológicas básicas: Esto es, las referidas a la circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.

La autoimagen: El yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno.

El dominio de un rol o papel: Cada persona cumple un papel distinto en la sociedad, según su situación: madre, niño, padre, enfermo, jubilado. Este papel cambia en ocasiones, como puede ser el caso de un

hombre empleado que se jubila y debe adaptarse al nuevo papel que tiene.

Interdependencia: La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno.

Conceptos de salud, cuidado, persona y entorno

Salud: Proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; es la meta de la conducta de una persona y la capacidad de ésta de ser un organismo adaptativo.

No solo se trata de quitarle la enfermedad al paciente sino entregarle las herramientas necesarias para integrarse a la sociedad de mejor manera en el caso de pacientes con enfermedades terminales o catastróficas, educándolo y brindarle ayuda tanto en lo psicológico, social, y en lo relacionado con su calidad de vida.

La salud no consiste en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y el estrés; sino que en la capacidad de combatirlos del mejor modo posible.

Cuidado de enfermería: Es requerido cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento dejando muy poca energía para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

1. Utiliza los cuatro modos de adaptación para incrementar el nivel de adaptación de una persona en la salud y la enfermedad.
2. Realiza actividades que promueven respuestas de adaptación efectivas en las situaciones de salud y enfermedad.
3. Es una disciplina centrada en la práctica dirigida a las personas y a sus respuestas ante los estímulos y la adaptación al entorno.
 - Incluye valoración, diagnóstico, establecimiento de metas, intervención y evaluación.

Para planificar los cuidados propone un proceso de solución de problemas de seis pasos:

Valorar la conducta del enfermo/usuario.

- ◆ Valorar los factores influyentes.
- ◆ Identificar los problemas.
- ◆ Fijar los objetivos.
- ◆ Seleccionar las intervenciones.
- ◆ Evaluar los resultados.

Persona: Roy define a la persona como un ser holístico y adaptable.

Es un ser biopsicosocial (ser participativo en las esferas biológicas, psicológicas y sociales), en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos: fisiológicos, autoimagen, dominio del rol e interdependencia. Es el receptor de los cuidados enfermeros, desempeñando un papel activo en dichos cuidados.

Entorno: Todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos. Consta de ambientes interno y externo que proporcionan entrada en forma de estímulos. Siempre está cambiando y en constante interacción con la persona. Es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para poder adaptarse.

Todos estos conceptos están relacionados entre sí. Los sistemas, los mecanismos de afrontación y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos. Para Roy, los sistemas son un conjunto de componentes organizados, relacionados para formar un todo; son más que la suma de sus partes, reaccionan como un todo e interactúan con otros sistemas del entorno.

Relaciones de aplicación de la teoría:

Enfermero – paciente: Roy subraya que, en su intervención, el/la enfermero/a debe estar siempre consiente de la responsabilidad activa que tiene el paciente de participar en su propia atención cuando es

capaz de hacerlo. La meta de la enfermería es ayudar a la persona a adaptarse a los cuatros modos de adaptación ya sea en la salud o en la enfermedad.

La intervención del enfermero/a implica el aumento, disminución o mantenimiento de los estímulos focales, contextuales y residuales de manera que el paciente pueda enfrentarse a ellos.

Paciente – enfermero: Paciente que recibe los cuidados enfermeros.

Para Roy, el paciente es un sistema abierto y adaptativo, que aplica un ciclo de retroacción de entrada, procesamiento y salida:

Entrada: Son los estímulos que puedan llegar desde el entorno o desde el interior de la persona. Se clasifican en focales (afectan a la persona inmediatamente), contextuales (todos los demás estímulos que están presentes) y residuales (inespecíficos, tales como ciencias culturales o actitudes ante la enfermedad)

Procesamiento: Hace uso de los procesos (mecanismos de control que una persona utiliza como sistema de adaptación) y los efectores (hacen referencia a la función fisiológica, el auto concepto y la función de rol incluidos en la adaptación).

Salida: Se refiere a las conductas de las personas, y se dividen en respuestas adaptativas (aquellas que promueven la integridad de la persona; logran las metas de la supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio), y en respuestas ineficaces (aquellas que no fomentan el logro de las metas). Las respuestas proporcionan, la retroacción del sistema.

De este modo, el nivel de adaptación es un punto en continua modificación, constituido por estímulos focales, contextuales y residuales que representan la entrada al sistema propio de cada persona con respecto a las respuestas adaptativas del sistema (que son las salidas).

Familia – enfermero: Roy, en su modelo sostiene que la familia también es un receptor de cuidados, que también tiene una conducta de

adaptación. El desarrollo que la familia hace es por activación de un proceso de aprendizaje. ⁽¹⁹⁾

Relación de la teoría con el trabajo de investigación:

El modelo de adaptación de Roy es una teoría de sistemas, con un análisis significativo de las interacciones, que contiene cinco elementos esenciales:

Paciente: lo define como la persona que recibe los cuidados.

Meta: que el paciente se adapte al cambio.

Salud: proceso de llegar a ser una persona integrada y total.

Entorno: Condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y la conducta de la persona.

Dirección de las actividades: la facilitación a la adaptación.

Para tratar estos cinco elementos se utiliza los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los módulos de adaptación, que dependen de tres clases de estímulo.

Para planificar los cuidados propone un proceso de solución de problemas de seis pasos:

- ◆ Valorar la conducta del enfermo/usuario.
- ◆ Valorar los factores influyentes.
- ◆ Identificar los problemas.
- ◆ Fijar los objetivos.
- ◆ Seleccionar las intervenciones.
- ◆ Evaluar los resultados.

En este trabajo de investigación trabajaremos con la persona como un ser adaptable y vamos a tener en cuenta los cinco elementos esenciales a los que hace mención Callista Roy en el desarrollo de su teoría teniendo como meta un cambio de actitud de las madres de familia de los niños menores de un año. En el caso del programa

educativo trabajaremos con la planificación de los cuidados con los pasos a los que ella hace mención.

2.2.3. Actitud

Es una tendencia psicológica expresada evaluando un ente determinado con cierto grado de favorabilidad o des favorabilidad. Este ente es el objeto de actitud que puede ser cualquier cosa que sea susceptible de ser valorada. La valoración de un objeto de actitud depende de varios factores. Los objetos de actitud pueden ser concretos, abstractos, ideas, opiniones, conductas, personas o grupos.

La base de las actitudes

Las actitudes se basan en 3 tipos de componentes:

- **Componente cognoscitivo:** es el conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca del objeto del cual toma su actitud. Un conocimiento detallado del objeto favorece la asociación al objeto. Para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto. Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto. En este caso se habla de modelos actitudinales de expectativa por valor, sobre todo en referencia a los estudios de Fishbein y Ajzen. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto.
- **Componente afectivo:** son las sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto, es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de

las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones - que se caracterizan por su componente cognoscitivo - . El sujeto puede experimentar distintas experiencias con el objeto estos pueden ser positivos o negativos.

• **Componente conductual:** son las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto, es cuando surge una verdadera asociación entre objeto y sujeto. Es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud. Sobre este componente y la relación entre actitud-conducta, y las variables que están interviniendo, girará nuestra investigación.

Medida de la intensidad de las actitudes

La magnitud de una actitud depende de su valencia (positiva o negativa) y de su intensidad (grado o extremosidad de esa valencia). La intensidad o fuerza de una actitud depende de las siguientes variables:

Importancia de la actitud para esa persona

Intensidad o extremosidad de su evaluación

Conocimiento del objeto de actitud

Accesibilidad de la actitud (facilidad de activación de la actitud en la mente de la persona)

Cuanto más extensa es una actitud, más persistente es en el tiempo, más resiste al cambio y más influye en la conducta.

La medida de las actitudes se puede clasificar en 2 grandes bloques: medidas explícitas e implícitas:

Medidas explícitas (la medición es explícita cuando se pregunta directamente a la persona) Tradicionalmente las actitudes se han medido mediante procedimientos de auto informe.

- a. Tipo Likert: La persona manifiesta su grado de acuerdo o de oposición con una serie de enunciados. La medida de la actitud se obtiene a partir de la suma de todos los ítems.
 - b. Diferencial semántico: Consiste en una serie de escalas bipolares definidas por dos características opuestas, una positiva y otra negativa, en las que se pide a la persona que señale un punto intermedio
- **Medidas implícitas** (cuando se estudian indirectamente respuesta que se piensa que están asociadas a esas actitudes)

Hay temas difíciles de medir y aquellas personas tienden a responder en función de lo aprobado socialmente (cuestiones sobre inmigrantes o sobre igualdad de géneros). En éstos casos se emplean procedimientos que impiden que los sujetos sean conscientes del objetivo de medida de la investigación. Para medir este tipo de actitudes se utilizan medidas implícitas:

- ◆ Observación de conductas no verbales
 - ◆ Medidas fisiológicas
 - ◆ Medidas basadas en la latencia de respuesta.

Priming: Exposición del objeto de actitud en la pantalla de un ordenador durante fracciones de segundo y a continuación se presenta un conjunto de palabras para que el sujeto evalúe el contenido de éstas como bueno o malo. Se mide el tiempo de reacción del sujeto.

Test de Asociaciones Implícitas. Consiste en clasificar las palabras que aparecen en el centro de una pantalla de ordenador como pertenecientes a dos categorías establecidas.

También mide el tiempo de reacción.

Sin embargo, la correlación entre actitudes explícitas e implícitas no siempre ha sido fácil de hallar. Para algunos autores las medidas implícitas recogen asociaciones automáticas que son

frecuentes en un determinado ambiente social y que pueden ser inconscientes y estar culturalmente determinadas, sin que las personas respondan ante el objeto de actitud de acuerdo con estas asociaciones cuando tienen la oportunidad de pensar sus respuestas.

FUNCIONES DE LAS ACTITUDES

Función de conocimiento

Nos ayudan a comprender nuestro entorno y a darle significado. La división en positivo y negativo nos permiten diferenciar entre lo que es beneficioso y dañino para cada individuo.

Influyen en el procesamiento de la información, siendo esta influencia más potente cuanto más fuerte es la actitud.

Las actitudes sesgan el procesamiento de la información porque:

- ◆ Seleccionan lo que se procesa (atención)
- ◆ La interpretación de lo que se procesa tiende a hacerse congruente con la actitud previa (percepción)
- ◆ Tratamos de ignorar la información que es incongruente, por lo que la información congruente con las actitudes se almacena en la memoria que la incongruente.

Función instrumental (función de ajuste o utilitaria)

Las actitudes pueden servir a la persona para obtener refuerzos o evitar castigos. Clasifica los objetos de actitud de acuerdo a los resultados que proporcionan. Mostrar una actitud favorable hacia un grupo de música puede ser útil para un adolescente para integrarse en un grupo de amigos.

Función defensiva del yo

Las actitudes también pueden contribuir a aumentar la autoestima. Culpar a los inmigrantes por el hecho de encontrarme en el paro.

Función expresiva de valores

Expresar públicamente actitudes que son centrales en su sistema de valores permite a la persona mostrar creencias que le sirven de principios generales. De este modo pueden servir para reafirmar aspectos importantes del auto concepto (autoafirmación).

Una misma actitud puede cumplir diferentes funciones para distintas personas y una misma actitud puede servir para varias funciones a una misma persona.

ORIGEN DE LAS ACTITUDES

Tienen sus raíces en el aprendizaje social, ya que se aprenden, se expresan y se modifican en contextos sociales. Sin embargo, también tienen una base biológica:

Influencias biológicas

- Muchas actitudes pueden estar influenciadas por aspectos genéticos para favorecer la supervivencia (fobia a las serpientes o afición por el dulce o las grasas).

- Diferencias biológicas en el temperamento de cada persona también predisponen hacia determinadas actitudes, (deportes de riesgo)

Sin embargo, no sólo los factores genéticos explican totalmente la formación de actitudes en un individuo, ya que los factores de socialización también intervienen.

El efecto de mera exposición

Este fenómeno es el aumento de la favorabilidad hacia un estímulo inicialmente neutro al aumentar la exposición repetida al

mismo. (la música que nos gusta más cuando la hemos oído repetidas veces)

Lógicamente, si existe una actitud negativa previa hacia el objeto, las exposiciones repetidas aumentan la negatividad de la evaluación. Por otra parte, la repetición exagerada puede llevar a una especie de hartazgo que no favorecería, precisamente, una actitud positiva, sino todo lo contrario.

Condicionamiento de las evaluaciones, aprendizaje e imitación

Las actitudes se pueden formar y modificar por condicionamiento clásico. Nos puede llegar a gustar algo porque la exposición a ese objeto está apareada con experiencias que provocan un afecto positivo; o desagradar porque esté asociado a estímulos que provocan un efecto negativo.

La investigación sobre condicionamiento de las actitudes, o condicionamiento evaluativo, demuestra que los procesos implicados no son exactamente iguales que los del condicionamiento clásico. El **condicionamiento evaluativo** tiene las siguientes características:

- Es duradero y resistente a la extinción
- Puede producirse incluso con una única asociación
- No es necesario que la persona sea consciente de la asociación entre estímulos incondicionado y condicionado.
- Las actitudes hacia un objeto también se pueden aprender por refuerzo de la conducta (condicionamiento operante o instrumental). Si a un niño se le retira un castigo después de manifestar determinada actitud, se reforzará esa respuesta evaluativa.
- Las respuestas evaluativas también pueden aprenderse mediante la observación de las consecuencias de las respuestas

- evaluativas de otros.(aprendizaje vicario)
- En determinadas actitudes, como las que tienen que ver con la religión, los valores sociales, la política, etc, todas aquellas basadas más en creencias que en afectos, el papel de la socialización en su formación y cambio es más importante que el de la propia experiencia.

Influencia del contexto en la formación y cambio de actitudes

No siempre evaluamos de la misma manera el mismo objeto. Las actitudes dependen de la información accesible en cada momento, por lo que están sujetas a la influencia del contexto. En un momento concreto un amigo nos gustará más si pensamos en las veces que nos ha hecho algún favor en lugar de pensar en las veces que nos ha dejado plantados en una cita.

La accesibilidad de la información depende de sus cualidades, de su organización en la memoria, de la frecuencia de activación y de la “recencia” (lo que se ha activado más recientemente) de esa activación. Consecuentemente, las actitudes varían dependiendo de la información accesible temporalmente.

Hay varios factores que pueden afectar a la evaluación:

Las metas que se desea conseguir: Se evaluarán más positivamente aquellos objetos de actitud que favorecen el logro de un objetivo que aquellas que impidan lograr ese objetivo.

Estado de ánimo: Influye directamente en cómo evaluamos las cosas. Percibimos las cosas de manera más positiva cuando nos encontramos de buen humor, al contrario

Estados fisiológicos y corporales: La expresión corporal y facial son manifestaciones de nuestro estado de ánimo. Esto también funciona en sentido inverso: Experimento en estudiantes a los que se pedía que sonriesen y luego se les enseñaba un comic

para que lo evaluarán. Los resultados mostraron que las personas a las que se les había pedido que sonrieran encontraban el comic más divertido. (¿El pájaro canta porque es feliz o es feliz porque canta?)

El estándar usado para la evaluación: _Cualquier evaluación será más o menos positiva en función de con qué comparemos el objeto de actitud. ⁽²⁾

2.2.4 Programa educativo

Los programas educativos o modelos son la imagen o representación del conjunto de relaciones que definen un fenómeno con miras a su mejor entendimiento. Los programas consisten en un conjunto de estrategias de enseñanza aprendizaje seleccionados y organizados por el docente para facilitar el aprendizaje de los alumnos y que servirá de guía en su formación profesional ⁽³⁾.

Esta educación para adultos se fundamenta en los principios del aprendizaje; que aplicamos tanto en el pre-grado como en el ejercicio profesional, basada y fundamentada en la enseñanza programada que permite aprender por:

- Formación profesional en el pre-grado
- Actualización
- Capacitación ⁽¹³⁾

Algunos principios del aprendizaje, que a continuación se señalan sustentan la teoría del conocimiento aprendido:

- El aprendizaje es un proceso individual
- Es más eficaz cuando responde a la necesidad reconocida de quien aprende
- Se favorece cuando está de por medio una alta motivación
- Se facilita si el material se relaciona con saberes previos

- El aprendizaje se favorece cuando va de lo simple a lo complejo; de lo fisiológico a lo patológico.
- Se retiene más tiempo si se aplica inmediato
- Tiene sentido y significado para el que aprende si se sostiene en la importancia para el que aprende permite potenciar su desarrollo.
- Fundamentos que hacen que el aprendizaje sea más significativo propiciando la formación de acciones valorativas como parte del accionar didáctico para aprender ser. ⁽¹⁴⁾

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Actitud: Es una tendencia psicológica expresada evaluando un ente determinado con cierto grado de favorabilidad o des favorabilidad”

Este ente es el objeto de actitud que puede ser cualquier cosa que sea susceptible de ser valorada. La valoración de un objeto de actitud depende de varios factores. Los objetos de actitud pueden ser concretos, abstractos, ideas, opiniones, conductas, personas o grupos

Programa educativo: está basado fundamentalmente para mejorar el conocimiento y por ende en cambio de actitudes.

Ablactancia: Los niños nacen con reflejos que los preparan para alimentarse de manera exitosa. Estos reflejos incluyen la búsqueda, la apertura de la boca, el girado de la cabeza, el acoplamiento, la deglución y la coordinación entre la respiración y la deglución. Además, los niños nacen con mecanismos de regulación de ingesta de alimentos que se ajustan con el tiempo de acuerdo con el desarrollo infantil.

Las preferencias inherentes están presentes en busca del sabor dulce, lo que también constituye una sensación placentera. Después de las primeras cuatro a seis semanas, los reflejos disminuyen, y los niños aprenden a manifestar de manera voluntaria deseos y necesidades de señalizaciones. Sin embargo, no es hasta mucho más adelante (cerca de los tres años de edad) que los niños tienen la posibilidad de

verbalizar que tienen hambre. Entre la disminución de los reflejos y el momento en que el niño aprende a hablar, el apetito y la ingesta de comida son regulados por factores biológicos y ambientales que interactúan entre sí y también las percepciones culturales y étnicas de la lactancia y la disponibilidad de atención de calidad para el niño.

Además indica que la introducción de alimentos sólidos comienza con alimentos ofrecidos en cuchara en porciones pequeñas de 1 a 2 cucharadas por comida, con una a dos comidas por día. El propósito del suministro de alimentos con cuchara para niños de cuatro a seis meses es la estimulación del desarrollo de los músculos de la boca, no tanto por necesidades nutricionales, que se cubren con la leche materna. La alimentación con cuchara implica en realidad dos nuevas experiencias para el niño: una cuchara no es suave y cálida en la boca como el seno materno y el alimento, sin importar cuál se elija, no se siente como la leche materna en la lengua. Al principio el niño trata de succionar alimento de una cuchara como si fuera un líquido, por lo que algunos alimentos se le saldrán de la boca.

Marín, (2000) define a la etapa de alimentación complementaria como un período de riesgo para el niño debido a que la contaminación y manipulación inadecuada de alimentos aumenta el riesgo de morbilidad. Se ha observado que durante el destete hay una alta proporción de enfermedades infecciosas, particularmente diarreicas y del sistema respiratorio. También los cuadros de desnutrición son más comunes después del destete que durante la lactancia. Ya que la mayoría de los recién nacidos crecen satisfactoriamente hasta los seis meses, únicamente con la leche materna. Sin embargo, en algunos casos, el niño se muestra insatisfecho alrededor de los cuatro meses. Estos niños quedan con hambre o no ganan peso adecuadamente. En estos casos debe iniciarse la ablactación.

La introducción de otros alimentos en la dieta del lactante constituye una gran experiencia, porque lo introduce en un mundo desconocido: nuevos sabores, texturas, olores, presentaciones, etc. Por lo que se debe

procurar que el momento de comer sea una experiencia placentera para el niño y no un momento de ofuscación y disgusto.

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.

La introducción de alimentos sólidos puede llevarse a cabo siempre que el sistema nervioso (masticación-deglución) y el tracto gastrointestinal (digestión-absorción) puedan responder adecuadamente a la secuencia funcional de: Masticación-deglución-digestión-absorción.

2.4 .-HIPÓTESIS

H^a.- El programa educativo “cuidando la alimentación de mi bebe” en la actitud de las madres de niños menores de un año del control de niño sano del HRHDE Arequipa 2015, es efectivo

H^o.- El programa educativo “cuidando la alimentación de mi bebe” en la actitud de las madres de niños menores de un año del control de niño sano del HRHDE Arequipa 2015, no es efectivo

2.5 VARIABLES

2.5.1 Definición conceptual de variables

Variable 1:

Programa educativo “*Cuidando la alimentación de mi bebe*”

Es la planificación de la información con beneficio educativo entorno al cuidado de la alimentación del bebe.

Actitud hacia la alimentación

Es la predisposición que tienen las madres hacia las prácticas en la alimentación de su bebe. La actitud tiene tres dimensiones: cognoscitivo, afectivo y conductual

2.5.2 Definición operacional de Variable

Programa educativo “cuidando la alimentación de mi bebe”

- **Efectivo**
- **No efectivo**

Actitud

- 90 – 105: actitud positiva
- 70 – 89: en transición
- Menos de 69: actitud negativa

2.5.3 Operacionalización de la variable

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	INSTRUMENTO	ITEM	CATEGORIA	ESCALA
Programa educativo "cuidando la alimentación de mi bebe"	<ul style="list-style-type: none"> • Cognoscitivo • Afectivo • Conductual 	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción • Metas • Metodología • Desarrollo • Conclusión • Despedida 	Documento del programa educativo			
Después ACTITUD hacia la alimentación Es la predisposición que tienen las madres hacia las prácticas en la alimentación de su bebe. La actitud tiene tres dimensiones: cognoscitivo, afectivo y conductual	<ul style="list-style-type: none"> • Cognoscitivo • Afectivo • conductual 	2.1. Tiempo de inicio de ablactación 2.2. Importancia de ablactación 2.3. lavado de manos 2.4. tipo de alimentación en la ablactancia 2.5. frecuencia de la alimentación 2.6. consistencia de los alimentos 2.7. continuación de la lactancia materna	Escala de Likert	1,2,3,4,5,8,16 10,13,17,18,19,20,21 6,7,9,11,12,14,15	<ul style="list-style-type: none"> • positiva • en transición • negativa 	ordinal

CAPITULO III.- MATERIAL Y METODOLOGIA

3.1 Tipo y nivel de investigación

Por el tipo de investigación el presente estudio reúne las condiciones metodológicas de una investigación de tipo aplicativo, de corte transversal prospectivo y de diseño Pre-experimental.

Es aplicativo:

Porque no solo investiga para buscar respuesta también investiga para actuar y producir cambios.

Es de Corte Transversal:

Porque medirá las dimensiones establecidas en un determinado tiempo.

Diseño Cuasi-experimental:

Donde se incorpora la administración de pre test y pos test a un solo grupo que recibió el tratamiento experimental de la variable independiente. **Hernández (2006)**

Cuadro N° 2: Diagrama del Diseño Pre-experimental

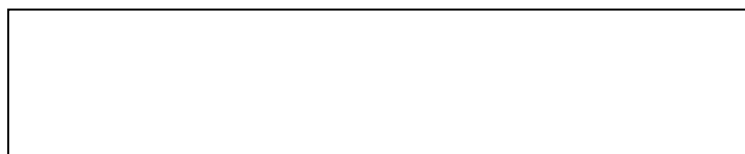


Diagrama o esquema GE= O1 X O2

Dónde:

GE = Es el Grupo Experimental

X = Es el tratamiento experimental (La administración de la Variable

Independiente: El Programa Educativo).

O1 y O2 = Que constituye la Pre test la cual nos permitió identificar el nivel de conocimientos previos

3.2. AMBITO DE LA INVESTIGACION

El presente estudio se realizó en el consultorio de Niño Sano del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, siendo el horario de atención 7:00am-7:00pm que cuenta con triaje, admisión, sala de inmunizaciones y el control de CRED.

• Ubicación Temporal

El proyecto se realizó en el intervalo de marzo – junio 2015

3.3.- POBLACIÓN

- a) Estuvo constituida por 20 Madres de familia de niños menores de un año atendidos en el área de niño sano

MUESTRA

- b) Fue de manera no probabilística e intencional ya que se trabajó con las 20 Madres de familia de niños menores de un año de edad que asistan regularmente a controlarse en el área

Criterios de Inclusión

- Madres de niños de 0 a 1 año de edad
- Madres de niños menores de un año edad.
- Madres de niños que se controlan regularmente en este servicio.

Criterios de Exclusión

- Madres con niños mayores de un año de edad.
- Madres que son referidas de sus centros de salud respectivos.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Técnicas

Las técnicas de investigación consideradas para medir las actitudes:

- La encuesta

Instrumentos

Cuestionario de Escala de Actitud tipo Likert: que consta de cinco clases:

- Totalmente de acuerdo :5 punto
- Algo acuerdo 4 puntos
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo :3 puntos
- Algo desacuerdo : 2 puntos
- Totalmente en desacuerdo 1 punto

Donde los puntajes son:

- 90 – 105: actitud positiva
- 70 – 89: en transición
- Menos de 69: actitud negativa

Para el programa educativo:

- Documento

3.5.- VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validación del cuestionario se obtuvo a través de juicio de expertos, quienes conforman un total de cinco profesionales dedicados al área de estudio, lo cual motivó a los reajustes necesarios del instrumento.

El nivel de confiabilidad se realizó a través del método estadístico, usando para esto la del Alfa y Crombach.

3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Administración: Se solicitó permiso de la dirección de la escuela profesional de enfermería y al hospital

Metodología: Pedir permiso y organizar los días para realizar la encuesta con preguntas sobre el autocuidado de la salud.

Procesamiento de Datos: Para el procesamiento de los datos se utilizó PASW versión 19,9.

Para el análisis se utilizarán datos estadísticos descriptivos, para variable categórica en porcentajes y para variable numérica en media y desviación estándar.

RESULTADOS

TABLA N°1
CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICOS DE LAS
MADRES CON NIÑOS MENORES DE UN AÑO

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Soltera	5	25
	casada	5	25
	conviviente	10	50
Total		20	100
Válidos	No trabaja	6	30
	independiente	9	45
	Sector Publico	5	25
Total		20	100
Edad del paciente			
		Frec	Porcentaje
18 a 22 años		7	35
23 a 26 años		9	45
27 a 30 años		4	20
Total		20	100

Interpretación: Se observa que el 50%(12) son convivientes, el 25% son solteros y casados, a la condición laboral el 45%(9) son independientes, el 30%(6) no trabaja el 25%(5) son del sector público. Respecto a los ingresos económicos el 45%(9) tienen de 23 a 26 años, el 20%(4) tienen de 27 a 30 años y 35%(7) tienen 18 a 22 años.

TABLA: 2

EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO “CUIDANDO LA ALIMENTACIÓN DE MI BEBE” EN LA ACTITUD DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO

Programa	N	%
✓ Efectiva	16	80
✓ No efectiva (En transición)	4	20
TOTAL	23	100

Fuente: Elaboración propias

Interpretación: Se observa que el programa educativo “Cuidando la alimentación de mi bebe” fue efectiva ya que se produjeron cambios significativos en la actitud frente a la ablactancia ahora llamada alimentación complementaria en el 80%(14) madres.

TABLA: 3

ACTITUD DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO ANTES DEL PROGRAMA EDUCATIVO “CUIDANDO LA ALIMENTACIÓN DE MI BEBE”

Actitud	N	%
✓ Positiva		
✓ En Transición	5	25
✓ Negativa	15	75
TOTAL	23	100

Fuente: Elaboración propias

Interpretación: Se observa que antes del programa la actitud frente a la ablactancia ahora llamada alimentación complementaria era en un 75%(15) negativa y un 25%(5) en transición.

TABLA: 4

**ACTITUD DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO
DESPUES DEL PROGRAMA EDUCATIVO “CUIDANDO LA
ALIMENTACIÓN DE MI BEBE”**

Actitud	N	%
✓ Positiva	16	80
✓ En Transición	4	20
✓ Negativa	--	--
TOTAL	20	100

Fuente: Elaboración propias

Interpretación: Se observa que después del programa la actitud frente a la ablactancia ahora llamada alimentación complementaria era en un 80%(16) positiva y un 20%(4) en transición.

PRUEBA DE VALIDACIÓN DE HIPÓTESIS

Aplicando la prueba de T de Student que nos ayudará a pronosticar la probabilidad de que los promedios pertenezcan a una misma población. Un solo grupo conformado por 20 madres con niños menores de un año.

Prueba de Muestras Independientes

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
								95 % Intervalo de confianza para la diferencia	
		ig.		l	ig. (bilateral)	iferencia de medias	rror típ. de la diferencia	nferior	superior
Se han asumido varianzas iguales re_prueba_GE	185	667	,914	8	005	850	292	269	,431
No se han asumido varianzas iguales			,914	6,060	005	850	292	269	,431

Regla de Decisión: Si $p < 0.05$, se rechaza la H_0 (Se acepta H_1)

Si $p > 0.05$, se acepta la H_0

Del cuadro N° 5: $t_{valor} 2,915$

Nivel de confianza: 0.95

De la tabla t: $t_{0.95,x} = 1.686$

Como 2,915 es mayor que 1.686 (valor de la tabla) y respecto al grado de significación 0.667 es mayor a 0.05, significa que no se han asumido varianzas iguales

Se concluye: A partir de lo demostrado se rechaza la hipótesis nula (H_0) por obtener en los cálculos un valor de $t = 4.47$ mayor en valor absoluto que el valor crítico de $t = 2.03$ encontrado en la tabla especial para un $\alpha = 0.05$. A partir de lo cual se demuestra y acepta la H^a que decía: que el programa educativo es efectivo en la actitud de las madres con niños menores de un año.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Teniendo en cuenta el objetivo de la aplicación de un programa educativo se tiene que considerar que ellos son modelos, imagen o representación del conjunto de relaciones que definen un fenómeno con miras a su mejor entendimiento. Los programas consisten en un conjunto de estrategias de enseñanza aprendizaje seleccionados y organizados en este estudio aplicado con la finalidad de facilitar el aprendizaje de las madres y si las asociamos a las actitudes tenemos que comprender que a mayor conocimiento y aclarando las dudas será mejor la capacidad de cambio en este caso de la actitud ya que sabemos que para asumir una actitud dependen de la información accesible en cada momento, por lo que están sujetas a la influencia del contexto.

Analizando los resultados podemos decir que la actitud de las madres de niños menores de un año con respecto a la ablactancia es negativa, lo cual dificultará una adecuada introducción de alimentos a partir de los 6 meses de edad. Por los resultados obtenidos en el estudio se infiere la necesidad de aplicar un programa educativo “cuidando la alimentación de mi bebe” con el fin de mejorar la actitud de las madres de niños menores de un año con respecto a la ablactancia y/o alimentación complementaria y así contribuir en la correcta introducción de alimentos a partir de los 6 meses de edad.

Después de ver lo efectivo que es brindar la información necesaria y que un porcentaje muy significativo de madres tienen una actitud positiva y en transición con respecto a la ablactancia en niños menores de un año, se comprueba que el programa tuvo impacto y el fin deseado como es mejorar la actitud de las madres.

CONCLUSIONES

- Más del 50% de las madres son convivientes, seguidas por las madres solteras y casados, el mayor porcentaje de ellas tienen un trabajo independiente y otras pertenecen al sector público, así como hay un 30%(6) que no trabaja. Respecto a la edad de las madres son adultas jóvenes cuyas edades oscilan entre los 18 a 30 años
- El programa educativo “Cuidando la alimentación de mi bebe” fue efectiva ya que se produjeron cambios significativos en la actitud frente a la ablactancia ahora llamada alimentación complementaria en el 80%(14) madres.
- La actitud de las madres de niños menores de un año antes de recibir el programa educativo: “cuidando la alimentación de mí bebe” tenían una actitud negativa.
- Las madres de niños menores de un año que recibieron el programa educativo: “Cuidando la alimentación de mí bebe” mejoraron sus actitudes con respecto a la ablactancia, modificando su actitud negativa por una actitud en positiva y en transición, esto determina la efectividad del programa educativo, estando capacitadas para una adecuada introducción de alimentos a partir de los 6 meses de edad de sus hijos.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda que las enfermeras que realizan el control de niño sano del HRHDE brinden educación preventiva promocional a las madres de los niños que se controlen en dicho establecimiento con el fin de modificar su actitud y así contribuir en una adecuada introducción de alientos de sus hijos.
- Elaborar un programa educativo con el fin de modificar aún más la actitud de las madres de niños menores de un año para que la actitud en transición pueda ser una actitud positiva con respecto a la ablactancia de sus menores hijos.
- Se recomienda seguir realizando trabajos de investigación donde se ponga en práctica programas educativos ya que la efectividad del programa nos muestra el valor de la enseñanza y la capacidad de recepción y cambio de las madres

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-Alimentación del niño o ablactancia, disponible en:
<http://milisitabella.blogspot.com/> , Visitado: 3/11/2014
- 2.-Psicología social, disponible en:
http://www.psicocode.com/resumenes/Tema5_social.pdf, visitado 2/11/2014.
- 3.-Guioamar Cuesta Escobar. Formación de enfermeras. Separata 2000.
- 4.-DonabedianAvedis. A la calidad de la Atención Médica. Definición y metas de evaluación. México Prensa Médica mexicana 1994–Pag.94
- 5.-ablactancia paso a paso, disponible en:
<http://lecheysalud.lactivistas.org/2012/07/10/ablactacion-paso-a-paso/> ,
Visitado: 16/11/2014
- 6.-Saldarriaga Isabel Castrellon Ma. Pulido Socorro. Calidad de Atención de Enfermería en Sala de Partos Antioquia – Colombia 1990
- 7.-prácticas de alimentación complementaria, disponible en:
<http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2011/09/15/Garcia-Cecilia.pdf>, Visitado:
16/09/2014
- 8.- alimentación complementaria, disponible en:

<http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/1957/1/FCSTG,LND-0019.pdf>, visitado 16/09/2014
- 9.- representaciones sociales sobre alimentacion complementaria, disponible
en:http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3082/1/huaman_hd.pdfvisitado 16/09/2014
- 10.- conocimiento de las madres sobre alimentacion complementaria, disponible en:

http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/178/63_2013_Zavaleta_Juarez_SM_FACS_Enfermeria_2013.pdf?sequence=1, visitado: 15/09/2014

11.- teorías de enfermería, disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/callista-roy.html>, visitado: 20/10/2014

12.-Saldarriaga Isabel Castellon Ma. Pulido Socorro. Calidad de Atención de Enfermería en Sala de Partos Antioquia – Colombia 1990

13.-Potter, Patricia/Griffin. Fundamentos de Enfermería teórico y práctico. 4ta. Ed. Ed. Mosby/Doyma-España.

14.-Cortez Cuaresma Gloria/Castillo Francies ; Guía para elaborar proceso registro y protocolo de enfermería 2da. Ed. Ed. Navarrete 2002-Lima-Perú.

15.Sampieri.Hernández,R.visitado:28/05/2014.disponible.en:http://www.upsin.edu.mx/mec/digital/metod_invest.pdf

16.- valencia, T., Gloria (2010) “factores socio cognitivos relacionados a las actitudes de las madres de familia hacia la alimentación complementaria en niños/as de 6 meses a un año de edad del centro de salud de mariscal castilla, Arequipa 2010”, tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería de la Universidad Alas Peruanas, código: T/017/10/L-E

ANEXOS (MATRIZ E INSTRUMENTO)

INTERROGANTES	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	INSTRUMENTO	ITEM	CATEGORIA	ESCALA
¿Cuál es la actitud de las madres de niños menores de un año antes del programa educativo "cuidando la alimentación de mi bebe"?	Caracterizar la actitud de las madres de niños menores de un año antes del programa educativo "cuidando la alimentación de mi bebe"	Es probable que la actitud de las madres antes del programa educativo "cuidando la alimentación de mi bebe" sea positivo.	Antes 1.ACTITUD hacia la ablactancia Es la predisposición que tienen las madres hacia las prácticas en la abactancia de su bebe. La actitud tiene tres dimensiones: cognoscitivo, afectivo y conductual	Cognoscitivo Afectivo Conductual	1.1. Tiempo de inicio de ablactación 1.2. importancia de ablactación 1.3. lavado de manos 1.4. tipo de alimentación en la ablactancia 1.5. frecuencia de la alimentación 1.6. consistencia de los alimentos 1.7. continuación de la lactancia materna	Escala de Likert	1,2,3,4,5,8,16 10,13,17,18,19,20,21 6,7,9,11,12,14,15	<ul style="list-style-type: none"> positiva en transición negativa 	ordinal
			Programa educativo "cuidando la alimentación de mi bebe"		<ul style="list-style-type: none"> Introducción Metas Metodología Desarrollo Conclusión Despedida 	Documento del programa educativo			
¿Cuál es la actitud de las madres de niños menores de un año después del programa educativo "cuidando a la	Caracterizar la actitud de las madres de niños menores de un año después del programa educativo "cuidando la	Es probable que la actitud de las madres después del programa educativo "cuidando la alimentación de mi bebe" sea	Después 2. ACTITUD hacia la ablactancia Es la predisposición que tienen las madres hacia las prácticas en la abactancia de su bebe. La actitud tiene tres dimensiones:	Cognoscitivo Afectivo Conductual	2.1.Tiempo de inicio de ablactación 2.8. importancia de ablactación 2.9. lavado de manos 2.10.tipo de alimentación en la ablactancia 2.11.frecuencia de la alimentación 2.12.consistencia de los alimentos 2.13.continuación de la lactancia materna	Escala de Likert	1,2,3,4,5,8,16 10,13,17,18,19,20,21 6,7,9,11,12,14,15	<ul style="list-style-type: none"> positiva en transición negativa 	ordinal

alimentación de mi bebe”?	alimentación de mi bebe”	positivo	cognoscitivo, afectivo y conductual						
---------------------------	--------------------------	----------	-------------------------------------	--	--	--	--	--	--



:

“EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO “CUIDANDO LA ALIMENTACION DE MI BEBE” EN LA ACTITUD DE MADRES CON NIÑOS MENORES DE UN AÑO, DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2015”

Por lo que solicitamos su participación, desarrollando cada pregunta de manera objetiva y veraz.

La información es de carácter confidencial y reservado; ya que los resultados serán manejados solo para la investigación.

Agradezco anticipadamente su valiosa colaboración.

INSTRUCCIONES:

A continuación, se le presenta una serie de preguntas que deberá responder marcando con una (X) en la respuesta que más se acerca a su modo de pensar:

	INTERROGANTES	Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	¿Es importante que indicie la alimentación de mi bebe a los 6 meses?					
2	¿Importa si inicio la alimentación de mi bebe de antes de los 6 meses?					
3	¿Importa si inicio la alimentación de mi bebe después de los 6 meses?					
4	¿Debo conocer porque inicio la alimentación de mi bebe a los 6 meses?					

5	¿Perjudica en algo si mi bebe inicia a cualquier edad su alimentación?					
6	¿Me debo de lavar las manos antes de la preparación de los alimentos de mi bebe?					
7	¿Importa si me lavo las manos para preparar los alimentos de mi bebe?					
8	¿Debo iniciar la alimentación de mi bebe con líquidos?					
9	¿Inicio la alimentación de mi bebe con alimentos sólidos?					
10	¿Debo darle a mi bebe solo los alimentos del día?					
11	¿Es mejor darle solo líquidos a mi bebe?					
12	¿Mejor le doy sopita antes de darle Segundo?					
13	¿Importa si no come, con mi leche será suficiente?					
14	¿De debo dar mi leche antes de los alimentos?					
15	¿Me debo lavar las manos antes de darle de comer a mi bebe?					
16	¿Debo conocer que alimentos puede comer mi bebe?					

17	¿Debo darle de comer a mi bebe solo cuando tenga hambre?					
18	¿Debo darle de comer 5 veces al día?					
19	¿Debo continuar con la lactancia materna hasta los 2 años?					
20	¿Puedo quitarle la lactancia materna antes de los 2 años?					
21	¿Debo conocer hasta que edad es la lactancia materna?					

PROGRAMA EDUCATIVO “CUIDANDO LA ALIMENTACION DE MI BEBE”

1.- INTRODUCCION:

ABLACTACION:

Define las prácticas de alimentación complementaria como el proceso que comienza cuando la leche materna sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y por ende, otros alimentos y líquidos son necesarios además de la leche materna. El rango de edad óptimo para dar alimentación complementaria está habitualmente entre los 6 y 24 meses de edad, si bien la lactancia materna puede continuar hasta después de los dos años



2.- OBJETIVOS:

- Brindar a las madres la definición de ablactación (alimentación complementaria).
- Proporcionar la información necesaria sobre los tipos de alimentación complementaria de acuerdo a la edad de sus hijos.
- Lograr que las madres cambien su actitud en cuanto a la alimentación de sus bebés.
- Contribuir con las madres para obtener una alimentación complementaria apropiada para sus hijos.

3.- METODOLOGIA:

- ❖ Didáctica y ordenada
- ❖ Socio dramas
- ❖ Rotafolios
- ❖ Triplico

4.- DESARROLLO:

Etapas 0-5 meses. Lactancia materna exclusiva según demanda del niño.



Etapa de 6-7 meses. Introducción de jugos de frutas y vegetales naturales (guayaba, piña, fruta bomba, mango, mamey, platanito, anón, chirimoya, guanábana, tamarindo, manzana, pera, melocotón), zanahoria, tomate. Estas frutas se podrán indicar también como puré (majadas); se pueden utilizar los jugos o purés de frutas y vegetales en conserva (compotas) de no estar disponibles las frutas o vegetales frescos. Los niños que reciben leche materna exclusiva no recibirán estos hasta el sexto mes, mientras que los que tienen lactancia artificial requieren la introducción de jugos o purés más tempranamente.



Los jugos se preparan diluidos al principio, con una cantidad igual de agua hervida fresca, las concentraciones irán aumentando de manera progresiva hasta ofrecerlo puro. No es aconsejable el uso de azúcar ni de miel, pues este último alimento está con frecuencia contaminado: además, no es conveniente habituar al bebé al consumo de alimentos excesivamente dulces. Se ofrecerá una vez al día comenzando por 3 ó 4 onzas y se aumentará la cantidad de forma gradual. Hay que advertir que no se hierva o caliente, pues ocasionaría pérdida de vitaminas. Se debe brindar de preferencia a temperatura ambiente y recién preparada.

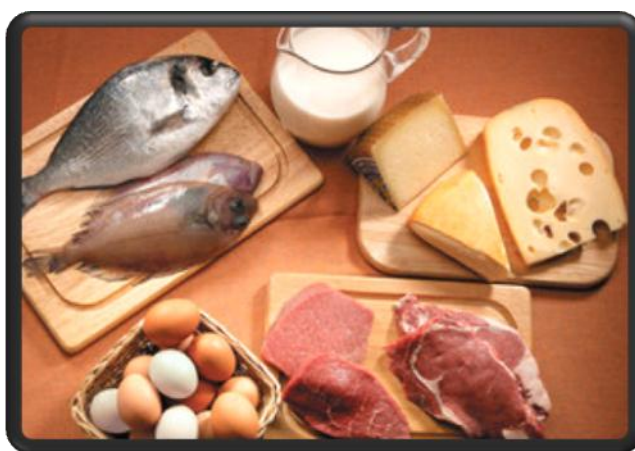
Se introducirán las viandas en forma de puré (papa, plátano, calabaza, boniato, malanga, ñame), lo cual se ofrecerá una sola vez al día, que puede ser un puré de viandas y vegetales y luego puré o jugo de frutas. También se podrá ofrecer leche de pecho después de las comidas como complemento, si el bebé lo desea.

A partir de esta edad, la reserva de hierro comienza a disminuir y es necesario el aporte de este nutriente para prevenir su deficiencia, se puede aportar, ofreciéndole al niño cereales sin gluten, tales como el arroz, el maíz o la avena. Se recomienda empezar por el de arroz, el cual puede introducirse en algunos casos entre los 4 y 5 meses. Los cereales se pueden preparar mezclados con leche; en el bebé con lactancia natural se recomienda preparados con la leche de la madre, lo que permitirá una introducción más tardía de la leche de vaca (después de los 6 meses). Casi siempre es necesario calentarlos y es conveniente colar los de consistencia gruesa. Al principio se comenzará con una pequeña cantidad en las primeras horas de la mañana (desayuno) que se irá aumentando poco a poco a la vez que la consistencia puede ser más espesa.

A esta edad se pueden introducir vegetales como acelga, berza, chayote, habichuela, espinaca, coliflor, los que aportan, entre otros carotenos y complejo B. Se puede cocinar al vapor o en poca cantidad de agua, se comienza por una papilla suave que se irá espesando hasta una mayor consistencia. También se brindará al niño leguminosas, tales como lenteja, chícharos y frijoles negros, colorados y bayos, en forma de puré, con ello se aportan proteínas, fibra dietética y algunas vitaminas.

La introducción de oleaginosas como la soya puede iniciarse en esta etapa, que proporciona proteínas, energía y hierro de poca biodisponibilidad por no ser hierro hemínico.

Etapa de 8 a 9 meses. En esta etapa se incluyen la carne cocida de res, pollo y otras aves. Sucesivamente puede irse introduciendo otras carnes como carnero, conejo, caballo y pescado no graso, así como vísceras (hígado). Se brindará molida fina, raspada o pasada por licuadora, de esta forma se aportarán al niño proteínas de alto valor biológico, hierro y algunas vitaminas del complejo B. Luego se introducirá la yema de huevo cocida o pasada por agua (un minuto en agua hirviendo), ya que el calor coagula la albúmina y la hace más digestible y también menos alergénica, nunca debe ofrecerse cruda. Se comienza solamente con la yema de huevo por su contenido en hierro y ser menos alergénica que la clara; esta última se ofrecerá en edades posteriores. Debe comenzarse con un octavo de la yema (se recomienda partir la yema cocida a la mitad y esta, a su vez, en 4 partes, resulta así fácil ofrecer una de estas 8 partes en que queda finalmente dividida) e ir aumentando progresivamente hasta dar la yema completa una vez al día, por lo general en el horario de almuerzo.



A esta edad se introducirán los jugos preferentemente naturales de frutas cítricas y los cereales con gluten (derivados del trigo): se comienza con papillas de cereal de trigo, y más tarde se ofrecerán pastas alimenticias (fideos, espagueti, coditos, macarrones y otros). Los alimentos que se ofrecen en esta etapa, aportan proteínas de alto valor biológico (animal), vitaminas sobre todo A, C y complejo B, así como minerales, de estos últimos el hierro es el más importante

Etapa de 10 a 11 meses. Se introducirá la carne de cerdo magra y el pescado graso. En esta edad se ofrecerán al niño las frutas maduras en trocitos. Puede comer helados de frutas preferentemente y dulces tales como arroz con leche, natilla, pudín y flan, siempre que en su elaboración no se introduzca clara de huevo.

Etapa de 12 meses. Se incorpora la mantequilla y la margarina. Se introducen el queso crema y la gelatina. Los alimentos se ofrecerán finamente picados, ya que la fórmula dentaria del niño permite su asimilación en esta forma.

Mayores de 12 meses. Se ofrece el huevo completo, comenzando por pequeñas porciones de clara para ir observando su tolerancia. También vegetales como aguacate, quimbombó, col, nabo, pepino y rábano no indicados anteriormente. El jamón, los embutidos y las carnes enlatadas se indican a partir del año, pues no se recomiendan para la alimentación del niño más pequeño ya que para su procesamiento y conservación se utilizan sustancias cuyo uso se prohíbe en la alimentación del lactante.

Se introducirán quesos de todos los tipos que antes no se ofrecían porque contenían aditivos químicos. Los alimentos se pueden dar aplastados con tenedor o picados, el cambio del puré de los primeros meses a esta nueva forma se hará en forma gradual y progresiva de acuerdo con la fórmula dentaria del niño y para que no haya rechazo por parte de este. Se introducirán el chocolate y alimentos fritos.

5.- CONCLUSIONES:

- ❖ Una buena ablactancia no ocasionara ningún problema serio para nuestros hijos.
- ❖ La alimentación es la base para el desarrollo de los niños y niñas del Perú y del mundo.
- ❖ Continuar con la lactancia materna has por lo menos los dos años de edad.



❖ La alimentación de los niños debe de ser variada.

6.- DESPEDIDA:

- Muchas gracias por su atención

PLAN DE INTERVENCION

ACTIVIDADES	OBJETIVO	METODOLOGIA	RECURSOS	CRONOGRAMA				
				1 semana	2 semana	3 semana	4 semana	5 semana
1.- Presentación	Establecer confianza mutua	Dinámica de presentación El nombre de sus hijos	Solapera s	X				
2.- tema 1 Definición de ablactancia o alimentación complementaria	Definir los conceptos básicos sobre el tema	Exposición	Rota folio		X			
3.- tema 2 Objetivos de la alimentación complementaria	Identificar los objetivos con claridad	Socio drama	Triplico			X		
4.- tema 3 tipo de alimentación según edades	Reconocer la importancia del tipo de alimentación según la edad de sus hijos	Dialogo Practica					X	
5.- conclusiones y despedida	Cambio de las actitudes negativas.	socio drama	Afiches					X

