

**UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA" DE ICA
FACULTAD DE ENFERMERIA**



TESIS

**CONOCIMIENTOS MATERNOS SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO
NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 6 A 12 MESES QUE ASISTEN
AL CONSULTORIO CRED CENTRO SALUD PARCONA 2016**

**Tesis para obtener el título de Licenciada en
Enfermería**

Autores:

Mejía Tacsi, Ruddy Solwin

Meza Palomino, Yossely Margarita

Morales Quispe, Lhys Beatriz

Asesora:

MG. Rosario Campos Soto

ICA, PERÚ - 2017

AGRADECIMIENTOS

A Dios, que es guía y fortaleza en nuestro camino. A nuestra alma máter Universidad Nacional "SAN LUIS GONZAGA", por brindarnos la oportunidad de seguir creciendo como profesionales.

A nuestra asesora, por su apoyo, paciencia y dedicación para lograr culminar nuestra tesis.

DEDICATORIA:

A Dios, a nuestros queridos padres ejemplos a seguir, por sus consejos, por la motivación constante que nos han permitido ser personas de bien, por su gran esfuerzo y su apoyo incondicional a lo largo de nuestra formación profesional.

Ruddy, Yossely y Lhys

INDICE

	Pág.
ÍNDICE.....	v
RESUMEN (ABSTRACT).....	vi
INTRODUCCIÓN.....	08
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del problema.....	09
1.2. Formulación del problema.....	10
1.3. Justificación.....	10
1.4. Objetivos: Generales y específicos.....	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio.....	13
2.2. Base teórico - Científico.....	18
2.3. Hipótesis de la Investigación.....	38
2.4. Variables.....	38
2.5. Definición conceptual de términos.....	38
CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODOS	
3.1. Tipo y Diseño de la Investigación.....	40
3.2. Área o sede de estudio.....	40
3.3. Población y muestra, criterios de inclusión y exclusión.....	40
3.4. Técnicas e instrumento de recolección de datos.....	41
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento.....	42
3.6. Proceso de recolección, procesamiento y análisis de los datos.....	42
3.7. Aspectos éticos, Consentimiento Informado.....	43
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	
4.1. Resultados y Análisis de los datos.....	44
4.2. Discusión de los resultados.....	62
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	
5.1. Conclusiones.....	64
5.2. Recomendaciones.....	65
5.3. Limitaciones.....	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
ANEXOS.....	70

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como **objetivo** determinar la relación entre los conocimientos maternos sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses que asisten al consultorio CRED en el Centro Salud Parcona 2016. **Material y método:** El estudio se desarrolló de acuerdo al diseño cuantitativo descriptivo, de tipo transversal correlacional. La población estuvo conformada por 150 madres de niños de 6 a 12 meses; y 150 niños de 6 a 12 meses que asistieron al consultorio CRED del Centro de Salud de Parcona. **Resultados:** La mayoría de las madres que asisten al consultorio CRED del C.S. Parcona tienen un nivel bajo de conocimientos con un 46.7% sobre alimentación complementaria mientras que un menor número tienen un nivel de conocimientos medio y alto representando un 40.2% y 13.1% respectivamente. El mayor porcentaje de los niños evaluados tiene un estado nutricional normal con un 30.4% mientras que un porcentaje considerable tiene desnutrición y sobrepeso con un 17.4% y 17.4% respectivamente. **Conclusiones:** Se concluye que existe relación significativa entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses que asisten al consultorio CRED del C.S. Parcona. Ya que realizada la prueba de Chi cuadrado entre las dos variables involucradas en la investigación esta resultó significativa ($p < 0,05$).

Palabras Claves: Alimentación complementaria, niño, madre, conocimiento, estado nutricional.

ABSTRACT

The present research work had like determining the relation between the maternal knowledge on complementary feeding and the nutritional state of the child from 6 until 12 months that assist to the office CRED in the Center Health Parcona 2016. **Method:** The study developed in accordance with the descriptive quantitative design, of transverse type correlacional. The population was shaped by 150 children's mothers from 6 until 12 months; and 150 children from 6 until 12 months that were present at the office CRED of the health Center of Parcona. **Results:** Most mothers attending the CRED clinic of C.S. Parcona have a poor level of knowledge with 46.7% on complementary feeding while a smaller number have a medium and high level of knowledge representing 40.2% and 13.1% respectively. The highest percentage of children evaluated had a normal nutritional status with 30.4%, while a considerable percentage were malnourished and overweight with 17.4% and 17.4%, respectively. **Conclusions:** One concludes that significant relation exists between the level of knowledge of the mother on complementary feeding and the nutritional state of the child from 6 until 12 months that are present at the office CRED of the C. S. Parcona. Since realized the Chi test square between two variables involved in the investigation this one turned out to be significant ($p < 0,05$).

Words Fix: Complementary feeding, child, mother, knowledge, the nutritional state.

INTRODUCCION

La leche materna es el alimento fundamental, durante el primer año de vida y siguiente, pero a partir de los seis meses el niño requiere de la introducción de alimentos semisólidos además de la leche materna, a lo que se le denomina alimentación complementaria. ⁽¹⁾

La adecuada alimentación complementaria en el primer año de vida es esencial para la salud del niño, por lo que conocerlas es fundamental para mejorar su desarrollo físico y mental.

La desnutrición infantil es un problema difícil de erradicar. El porcentaje de desnutrición a nivel nacional es de 17,7% siendo tres veces más alta en la zona rural que en la zona urbana y afectó más a los niños menores de 5 años en pobreza extrema. ⁽²⁾

Una de las principales causas de desnutrición es la pobreza, que es uno de los factores que condiciona la educación de las personas y por lo tanto influye en la decisión que toman a la hora de elegir los alimentos que consumen. Como resultado se obtiene inadecuadas prácticas de alimentación, afectando principalmente a los niños entre 6 y 12 meses de edad ya que si no se tiene la alimentación ideal en esta etapa, se pueden dar problemas en la curva de crecimiento, deficiencias de micronutrientes y enfermedades comunes de la infancia como diarrea y enfermedades respiratorias, afectando el desarrollo, crecimiento y potencial humano.

Paradójicamente, el problema en el Perú no es la falta de disponibilidad de alimentos, es la inequidad en el acceso a una alimentación adecuada que tiene como elementos los factores educativos y económicos. ⁽³⁾

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo general determinar la relación entre los conocimientos maternos sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses que asisten al consultorio CRED en el Centro Salud Parcona, 2016.

CAPITULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El estado nutricional de un niño se ve influenciado por múltiples factores, dentro de ellos tenemos principalmente a la alimentación, la salud, y el cuidado que se le brinda al niño. Por otro lado el estado nutricional de las niñas y niños está vinculado al desarrollo cognitivo, ya que un estado nutricional deficiente tiene efectos adversos sobre el proceso de aprendizaje y el rendimiento escolar.

En el Centro de Salud de Parcona la estrategia de crecimiento y desarrollo está a cargo de la licenciada en enfermería Marianela Bernaola Tataje, quien prioriza actividades de promoción y prevención para evitar la desnutrición infantil, mediante sesiones educativas y demostrativas.

El crecimiento y desarrollo del niño se determinan desde la etapa intrauterina, la cual está condicionada por el estado nutricional de la madre antes y durante la gestación. ⁽¹⁾

Seguido al parto, el estado nutricional del niño dependerá de la calidad de alimentación que reciba, siendo indispensable la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y luego se debe iniciar la alimentación complementaria paralelo a la lactancia materna hasta después de los dos años.

La desnutrición produce efectos negativos y es uno de los principales factores de muerte en más de 6 millones de niños por año según la UNICEF, lo que representa 55% de los 12 millones de muertes anuales de niños menores de 5 años en países en desarrollo. ⁽²⁾

El estado nutricional está relacionado con el bienestar del niño y su desarrollo cognitivo. Un estado nutricional inadecuado tiene efectos adversos sobre la salud de los niños principalmente los de 6 a 12

meses. El Perú tiene un gran problema con sus habitantes sobre todo en las áreas rurales y en las zonas marginales de las grandes ciudades porque estas poblaciones se encuentran en situación de vulnerabilidad por las condiciones de pobreza, hacinamiento, escasez de agua potable, contaminación ambiental y las dificultades de accesibilidad geográfica, situaciones que hacen que estas poblaciones queden excluidas de los sistemas de salud. ⁽²⁾

En nuestra práctica diaria de formación profesional en el Centro de Salud de Parcona hemos evidenciado que las madres de los niños que asisten al consultorio CRED tenían hábitos, costumbres, creencias y conocimientos distintos acerca de la alimentación complementaria de sus niños; esta situación nos motivó para decidir investigar los conocimientos maternos acerca de la alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuál es el nivel de conocimientos maternos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses que asisten al consultorio CRED Centro Salud Parcona 2016?

1.3. JUSTIFICACIÓN:

Los conocimientos y prácticas de alimentación complementaria son un determinante del estado nutricional del niño, que por razones naturales se adquieren en el seno familiar; generalmente, la mujer es la encargada de enseñar al niño a desarrollar hábitos alimentarios, que le permitan consumir adecuadamente los alimentos y aseguren el crecimiento y desarrollo apropiado evitando, así, deficiencias nutricionales por tanto es necesario identificar los conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y cómo repercute en el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses. ⁽³⁾

Actualmente, América Latina transita por una alta prevalencia de desnutrición crónica. Al mismo tiempo, evidencian altos índices de sobrepeso y obesidad; incluso, cifras alarmantes de anemia. La falta de hierro durante los dos primeros años de vida provoca retardo del crecimiento cerebral, reducción de su tamaño y menor desarrollo intelectual, ocasionando bajo rendimiento escolar con repercusión en el adulto para tener una vida productiva y saludable.

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.

Asimismo, durante los primeros dos años de vida se establece el comportamiento alimentario que vaya a tener el niño cuando sea una persona adulta, y por esta razón es muy importante establecer prácticas adecuadas de alimentación, eligiendo alimentos nutritivos, Por lo que, durante esta etapa es fundamental identificar aspectos como el tipo de alimentos que recibe el niño, la frecuencia de consumo, las prácticas de higiene durante la preparación de los alimentos y la edad de introducción, para luego brindar educación acerca del tema en los puntos críticos encontrados ya que ésta debe ser adaptada a cada población estudiada. ⁽⁴⁾

1.4. OBJETIVOS: GENERALES Y ESPECÍFICOS.

Objetivo general:

- ✎ Determinar la relación entre los conocimientos maternos sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses que asisten al consultorio CRED en el Centro Salud Parcona 2016.

Objetivos específicos:

- ✎ Identificar los conocimientos maternos sobre alimentación complementaria del niño de 6 a 12 meses.
- ✎ Conocer el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses que asisten al consultorio CRED Centro Salud Parcona.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA:

ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

- ❖ **Sánchez L.** “Nivel de conocimientos sobre ablactación que presentan los padres de familia de la estancia Cendi Mexiquense”, Toluca – México 2014.

Objetivo General: Evaluar el nivel de conocimientos de los padres de Familia de la Estancia CENDI Mexiquense, Toluca, acerca de una adecuada ablactación. Siendo el resultado que el 72% de los padres de familia presentó un nivel de conocimientos adecuado y el 28% un nivel de conocimientos escaso. Conclusión: Con esta investigación se pudo comprobar que existe una relación entre el nivel de conocimientos que tienen los padres de familia acerca de la alimentación complementaria con la práctica, por lo tanto es un factor de riesgo el nivel escaso de conocimientos alimentarios para una inadecuada práctica de alimentación complementaria. ⁽⁵⁾

- ❖ **García C.** “Prácticas de alimentación complementaria en niños menores de 1 año de edad, de la Comunidad el Tablón del Municipio de Sololá” 2012. Guatemala.

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. 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 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. ⁽⁶⁾

ANTECEDENTES NACIONALES:

- ❖ **Galindo D.** En su estudio titulado “Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud "Nueva Esperanza – 2012” Lima - Perú. Objetivo: Fue identificar los conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria.

Resultados. El 55% de las madres encuestadas conocen sobre la alimentación complementaria; 45% desconocen. En cuanto a las prácticas 61 % tienen prácticas adecuadas; mientras que 39% tienen prácticas inadecuadas. ⁽⁷⁾

- ❖ **Cisneros E. Vallejos Y.** “Efectividad del programa educativo en conocimientos, prácticas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6-24 meses - REQUE -2014”, Chiclayo – Perú. Tuvo como objetivo, Determinar la efectividad del programa educativo en los conocimientos, prácticas y actitudes sobre alimentación complementaria en las madres.

Asimismo los resultados obtenidos mostraron que con un 95% de confianza se estima que el programa de alimentación complementaria, tiene efecto significativo en el conocimiento en las madres de los niños de 6 a 24 meses en cuanto al valor T. Los resultados muestran que el Pos Test 96.7% de madres alcanzaron un nivel de conocimientos Alto, luego en prácticas se muestra el 76

% de las madres tenían una práctica adecuada, y el 24 % practicas inadecuadas, finalmente 6.7 % de madres tienen actitudes inadecuadas, asimismo el 93.3 % de las madres tienen actitudes adecuadas. ⁽⁸⁾

- ❖ **Clavo J.** “Conocimientos alimentarios en madres y su relación con el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses - Chiclayo 2013”, Lambayeque – Perú. Tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimientos alimentarios en madres, y su relación con el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses. Los resultados demuestran que el 61.0 % de madres encuestadas, manifiestan un nivel de conocimiento alimentario regular y el 39 % de ellas sus hijos muestran un estado nutricional eutrófico en un 12.0 % de ellas tienen el mismo conocimiento sin embargo su hijo padece desnutrición aguda. La conclusión fue que la mayoría de las madres tienen conocimiento regular a deficiente y el estado nutricional de los niños es de desnutrición aguda, hasta obesidad. Al establecer relación mediante la prueba de Chi cuadrado se rechaza la hipótesis es decir que no hay relación entre conocimientos y estado nutricional. ⁽⁹⁾

- ❖ **Díaz D.** “Prácticas de ablactancia, estado nutricional y desarrollo psicomotor en lactantes de 6 - 12 meses de edad Comunidad de Manchay - Lima 2012”. Cuyo objetivo: Determinar la relación que existe entre las prácticas de ablactancia, estado nutricional y desarrollo psicomotor en lactantes de 6 – 12 meses de edad en la Comunidad - Manchay 2012. Resultados: 37.7% de las madres tuvieron adecuadas prácticas de ablactancia 32.6% medianamente adecuadas e inadecuadas 33.7%, con respecto al estado nutricional se encontró 34.7% desnutrición crónica, 30.6% riesgo nutricional y 34.7%. Estado nutricional normal y según el dosaje de

hemoglobina hubieron con anemia leve el 56.8%, anemia moderada 6.4% y 36.8% normales, de acuerdo al EEDP en riesgo 57.9% y normal 42.1%. Conclusiones: Las inadecuadas prácticas de ablactancia si se relacionan de modo significativo con el estado nutricional y desarrollo psicomotor de los niños y niñas lactantes de la comunidad de Manchay. ⁽¹⁰⁾

- ❖ **Unsihuay U.** “Conocimiento materno sobre alimentación complementaria y estado nutricional en el lactante menor Huancayo – 2012”. Objetivo: Determinar la relación del conocimiento materno sobre alimentación complementaria y el estado nutricional en el lactante menor Huancayo – 2012. Resultados: La mayoría de las madres (43,2%) de la comunidad Santa Isabel tienen un nivel regular de conocimientos sobre alimentación complementaria mientras que un menor número (19.0%) tiene un nivel de conocimientos bueno. ⁽¹¹⁾

ANTECEDENTES REGIONALES:

- ❖ **Eugenio F.; Pacheco R.; Toledo Y.** “Nivel de conocimiento que tienen las madres sobre la alimentación en niños de 6 a 12 meses y su relación con el estado nutricional Fonavi La Angostura Ica – 2012”, Ica – Perú. Cuyo objetivo: Determinar el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre la alimentación en niños de 6 a 12 meses y su relación con el estado nutricional. Los resultados del presente estudio se realizó considerando la capacidad de respuesta de las madres encontrándose que el 58% tienen de 20 a 35 años y EL 74% proceden de la zona urbana costeña, el 46% presentan un grado de instrucción secundaria completa y el 52% tienen hasta 2 hijos. El 66% tienen nivel de conocimientos medio. ⁽¹²⁾

- ❖ **Gómez H.; Cáceres T.; Figueroa G.** Relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que asisten al consultorio de CRED, en el C.S. Pueblo Nuevo. Ica – Perú 2013. Teniendo como objetivo principal determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos de las madres y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad. Concluyendo que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses de edad, además que el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria mayoritariamente fluctúa entre medio y alto, siendo el nivel bajo el de menor porcentaje y con respecto al estado nutricional de los niños predomina la normalidad y es mayor la malnutrición por defecto que por exceso. ⁽¹³⁾

- ❖ **Jiménez C.; Miranda H.; Torres L.** Realizó un estudio sobre el inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses de edad que acuden al Centro de Salud Guadalupe en el año 2013. Tuvo como objetivo: Identificar el inicio de la alimentación complementaria en lactantes menores de 12 meses de edad, Identificar el estado nutricional de los lactantes al inicio de la alimentación complementaria, Identificar el estado nutricional de los lactantes en la evaluación posterior a la alimentación complementaria. Concluyendo que La mayoría de los lactantes del centro de salud Fortaleza inicio la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad y un menor porcentaje inicio la alimentación complementaria antes de los 6 meses o después de los 7 meses de edad. ⁽¹⁴⁾

2.2. BASE TEÓRICO - CIENTÍFICO:

EL CONOCIMIENTO

El conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que pueden ser claros precisos ordenados, vago inexacto clasificándole en conocimiento científico y conocimiento vulgar, el científico es el racional analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia y el conocimiento vulgar es vago inexacto limitado por la observación. ⁽¹⁴⁾ Kant en su teoría del conocimiento refiere que está determinado por la intuición sensible y el concepto, distinguiéndose dos tipos de conocimiento: el puro y el empírico, el puro o priori se desarrolla antes de la experiencia y el segundo elaborado después de la experiencia. ⁽¹⁵⁾ Según el Diccionario el conocimiento se identifica como "la acción y el efecto de conocer", definiendo conocer, como "averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas". El ser humano aprende a través del conocimiento, de esta manera se puede definir al aprendizaje como la adquisición de información codificada bajo la forma de conocimientos, creencias, etc. Este proceso le permite al sujeto descubrir las relaciones existentes entre los eventos de su entorno, los cuales al asimilarlo generan un cambio de conducta. Entre las principales características del conocimiento tenemos el aprendizaje implica un cambio de conducta del sujeto, este cambio puede entenderse como la aparición o desaparición de la conducta. Los cambios de conducta son relativamente estables es decir, los cambios se incorporan en la conducta durante un periodo de tiempo. Sin embargo, lo que se aprende también se olvida a consecuencia del desuso. El aprendizaje resulta de la interacción del sujeto con su medio lo que a su vez le permite una mayor adaptación al medio social. ⁽¹⁵⁾ En cuanto al tipo de aprendizaje tenemos aprendizaje motor que consiste en una secuencia de movimientos coordinados cuya repetición

conduce a la automatización, el aprendizaje cognoscitivo el cual permite que se adquiera conocimientos e informaciones respecto de los elementos que conforma el mundo externo e interno del sujeto, el aprendizaje afectivo que es la modificación o adquisición de emociones, sentimientos y estados de ánimo y por último el aprendizaje social, en donde se adquiere normas, valores, actitudes sociales, modales. ⁽¹⁶⁾ Diversas teorías nos ayudan a comprender, predecir, y controlar el comportamiento humano y tratan de explicar cómo los sujetos acceden al conocimiento. Su objeto de estudio se centra en la adquisición de destrezas y habilidades, en el razonamiento y en la adquisición de conceptos. ⁽¹⁵⁾ Por ejemplo, la teoría del condicionamiento clásico de Pávlov: explica como los estímulos simultáneos llegan a evocar respuestas semejantes. ⁽¹⁵⁾ La teoría del condicionamiento instrumental u operante de Skinner describe cómo los refuerzos forman y mantienen un comportamiento determinado. Albert Bandura describe las condiciones en que se aprende a imitar modelos. La teoría Psicogenética de Piaget aborda la forma en que los sujetos construyen el conocimiento teniendo en cuenta el desarrollo cognitivo. La teoría del procesamiento de la información se emplea a su vez para comprender cómo se resuelven problemas utilizando analogías y metáforas. ⁽¹⁷⁾ La educación en salud se sustenta en esta base teórica para fortalecer la promoción de la salud con el fin de reducir las diferencias en el estado actual de la salud y asegurar igualdad de oportunidades, proporcionando los medios que permitan a todos los individuos desarrollar al máximo su salud potencial y así se incrementaran las opciones para que la población ejerza un mayor control tanto sobre su propia salud como sobre su entorno. La promoción de la salud puede ser alcanzada desde distintos enfoques. Dentro de éstos, el enfoque de cambio conductual tiene como propósito proveer conocimientos e información y desarrollar las habilidades necesarias para que una persona pueda tomar una elección informada

acerca de su comportamiento en salud. Este enfoque no busca persuadir o motivar el cambio en una dirección particular sino más bien intenta obtener como resultado la elección personal y no la que el promotor prefiera. ⁽¹⁸⁾

El conocimiento no es un simple producto del ambiente ni un simple resultado de sus disposiciones internas, sino es una construcción propia. Está formado por esquemas mentales que el ser humano construye, relacionando los conocimientos previos que ya posee, con las nuevas informaciones. En el aprendizaje constructivo se desarrolla un proceso mental donde se adquiere el conocimiento nuevo al relacionarlo con los conocimientos previos y que finaliza cuando se adquiere la competencia de generalizar y aplicar lo nuevo conocido a una situación nueva. ⁽²⁰⁾ La persona, en base a su interacción con la realidad, capta y asimila; y luego acomoda los conceptos e informaciones asimilados con lo que sabía antes, integra el conocimiento previo con lo nuevo; y luego lo aplica, lo contrasta con la realidad, adecuando su nuevo conocimiento a través de la experiencia. La construcción del nuevo conocimiento puede consumarse de diferentes formas. Cuando el sujeto interactúa con el objeto del conocimiento (según Piaget), en la interacción con otros sujetos (según Vigotsky) o cuando el conocimiento es significativo para el sujeto (según Ausubel). ⁽²¹⁾ La aplicación del enfoque constructivista con participantes adultos, obliga a considerar que cuando un mensaje está excesivamente alejado de los esquemas previos de los participantes, no tiene para ellos mayor significación y así, el proceso de enseñanza/aprendizaje es incapaz de desembocar en un aprendizaje verdaderamente significativo. Probablemente se obtendría una memorización, pero sería de escaso o nulo valor funcional. Por otro lado, si los mensajes se presentan sin cuestionar sus prácticas habituales, no se alcanzaría el nivel de motivación mínima que justifique el darles importancia; y así el aprendizaje también se vería

igualmente bloqueado. Por estas razones, los mensajes deben acercarse a los esquemas previos de los participantes pero entregando saberes cuestionadores. Mostrando nuevos contenidos que les obliguen a desarrollar su conocimiento. La secuencia Asimilación-Acomodación-Aplicación, es una secuencia que parte del aprendizaje personal pero que, dentro de la educación de adultos, se convierte en la estrategia del programa educativo. Así, la idea es armar tres etapas para la capacitación, con objetivos educativos y métodos a aplicar que coincidan con las características de las tres etapas del aprendizaje visto desde el enfoque constructivista. Por ejemplo: Contenidos conceptuales, se brinda información sobre lo básico de la nutrición en el niño. Incluyen conceptos de salud infantil, alimentación complementaria, la importancia de la alimentación complementaria. Se aplica este saber teórico con una actitud positiva y responsable respecto a la adopción de comportamientos adecuados. Contenidos actitudinales: da refuerzo a las actitudes positivas respecto a la alimentación complementaria. Acomodar el saber práctico que poseen previamente, con el nuevo saber teórico captado, para diseñar, describir y ejecutar diferentes procedimientos para la alimentación complementaria. Contenidos procedimentales: Se tienen sesiones demostrativas y reuniones con comunicación interpersonal sobre mensajes prácticos de la alimentación complementaria. ⁽²²⁾ Por lo mencionado anteriormente se puede mencionar que la enseñanza y aprendizaje son procesos recíprocos, la enseñanza facilita el proceso de aprender, el que asume el papel de maestro va a ayudar a quien aprende a que adquiera el conocimiento, habilidades y las actitudes que necesita para aprender, no sólo va a proporcionarle información, sino también le ayudará a cambiar sus opiniones y sentimientos. El aprendizaje es un proceso activo que se extiende desde el nacimiento hasta la muerte, es decir se da durante toda la vida, es por ello que el aprendizaje origina cambios en el proceso de pensamiento, acciones o

actitudes de la persona quien aprende. La persona por sí misma, no siempre son capaces de modificar conductas, depende de un amplio número de factores externos e internos, entre los que tenemos las creencias, los valores y las actitudes, Dentro de esto la Educación Alimentaria y Nutricional es el conjunto de experiencias de aprendizaje diseñadas para facilitar la adopción voluntaria de conductas alimentarias y otras relacionadas a la nutrición, conducentes a la salud y el bienestar. ⁽²¹⁾

ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

El concepto de alimentación complementaria es relativamente reciente. Se dice de aquella que complementa a la lactancia materna, pero sin anularla. Revaloriza a la lactancia materna como un alimento óptimo para los primeros tiempos de la vida y establece la necesidad de estudiar científicamente la alimentación con objeto de cubrir las necesidades del niño a partir de los seis meses de edad. ⁽²³⁾

El momento oportuno para introducir la alimentación complementaria es a los seis meses de edad, cuando se deben cubrir los requerimientos nutricionales y se ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renal y la maduración neurológica. En relación con la nutrición, porque los niños pueden mantener un aumento de peso normal, y tener al mismo tiempo un déficit en vitaminas y minerales, sin manifestación clínica. Por ello se hace necesario la introducción de otros alimentos que aporten aquellos nutrientes que la lactancia suministra en poca cantidad.. Como componente madurativo, porque desde los cuatro meses de edad el niño adquiere capacidades necesarias para asimilar una dieta más variada. ⁽²⁴⁾

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

Cuando el niño(a) empieza a comer otros alimentos diferentes a la leche materna, es necesario tener mucha paciencia, no forzarlo, gritarlo, ni asustarlo. El momento de comer debe ser tranquilo y lleno de cariño.

Una comunicación permanente a través del canto, palabras tiernas y las caricias en la piel son las mejores formas de estimular esta relación afectiva entre los niños(as) y sus padres cuidadores.

El primer año de vida se caracteriza por un rápido crecimiento y cambios en la composición corporal. La alimentación infantil debe cubrir adecuadamente los requerimientos energéticos necesarios y nutricionales en cada una de las etapas, a fin de promover el óptimo crecimiento y desarrollo, favorecer el establecimiento de un patrón de alimentación sana y variada. La alimentación complementaria es la que “complementa” a la leche materna, también es conocida como alimentación durante la ablactancia. Es el periodo en que la leche deja de ser el alimento único y predominante en la dieta del niño. Consistiendo en la introducción de alimentos espesos continuando con la lactancia materna esta alimentación comprende de frutas o jugos, verduras, papas, mantequilla cereales carne, hígado, pescado y huevos. Sin embargo este periodo es muy peligroso para el niño, debido a que durante su transcurso aumenta la incidencia de infecciones, particularmente de enfermedades diarreicas, por los cambios que se producen con el tránsito de una dieta caracterizada por una leche en condiciones óptimas (alimentación materna) al consumo de alimentos preparados, a veces en condiciones no higiénicas. La desnutrición es más frecuente en este periodo. ⁽²⁵⁾ Según las normas de Alimentación del Niño de 0 a 2 años menciona que la alimentación del niño menor de 5 años tiene tres periodos los cuales son:

✍ Todo niño menor de 6 meses deberá recibir lactancia materna exclusiva.

- ✍ Los niños de 6 meses al año deben recibir la alimentación complementaria, donde se introduce nuevos alimentos espesos continuándose con la lactancia materna.
- ✍ En los niños de un año a 2 años de vida la lactancia materna continúa siendo importante pero ahora varía la cantidad y frecuencia y se iniciándose la alimentación de la olla familiar.

Inicio de la alimentación complementaria

La edad propicia para iniciar la alimentación complementaria es a los seis meses. En esta edad el niño(a) está preparado para aprender a comer alimentos diferentes a la leche. Además la leche materna ya no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del niño(a) para su crecimiento y desarrollo. La introducción de alimentos sólidos o semisólidos puede llevarse a cabo siempre que el sistema nervioso y el tracto gastrointestinal puedan responder adecuadamente a la secuencia de: ⁽²⁴⁾

MASTICACION-----DEGLUCION-----DIGESTION-----ABSORCION

Preparación y consistencia

En la primera etapa, la incorporación de alimentos actúa como un elemento de estimulación sensorial y psicomotriz. De esta manera el niño establece el contacto con nuevos estímulos (sabor, olor, textura, consistencia, etc.) que le permitirá una adaptación progresiva a una amplia familia de alimentos. Los alimentos deben incorporarse de forma gradual, de menor a mayor consistencia: LIQUIDOS ----- SEMISOLIDOS (papillas) ----- SÓLIDOS. ⁽²⁵⁾

Se deben ofrecer preparaciones espesas, tipos purés y mazamoras con leche, porque son preparaciones suaves y nutritivas, el niño(a) puede pasarlo fácilmente y satisfacer su hambre. Los purés y mazamoras deben ser ofrecidos al niño como alimentos principales,

preparados con cereales, tubérculos, menestras con una pequeña porción de producto animal (pescado, hígado, sangre, huevo, pollo, leche, etc.) y un poquito de producto vegetal (zapallo, zanahoria, acelga, espinaca). Para hacer nutritivas las mazamoras se aconseja agregar leche y prepararlas con cereales (arroz, sémola trigo, quinua, polenta, etc.) y/o harina (cebada, chochoca, trigo, maíz, alverja, habas, etc. Promover el uso de cucharita y plato o taza en la alimentación del niño(a), evitar el uso de biberón. El uso de sopas en los niños es muy generalizado. Explicar a la madre que estas no son tan nutritivas, por eso es recomendable que primero se le ofrece el puré y después otros líquidos. ⁽²⁴⁾

Frecuencia de la alimentación complementaria

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

Cantidad

Durante los 6 a 9 meses de edad el lactante debe consumir 18 grs. de proteínas y 500 calorías. Esto alcanza con 100 grs. de papilla de frutas, 300grs de papilla de verduras y 30 grs de carne de pollo. Entre los 10 y 12 meses se debe proporcionar 19,6 grs de proteínas y 650 calorías. Esto se alcanza con 100gr de papilla de fruta, 300grs de papilla de verduras y 30 grs de carne molida y huevo.

La cantidad varía de acuerdo a la edad:

6 meses: No todos los niños(as) son iguales hay algunos que comen muy bien desde el primer día, pero hay otros que parecen no querer recibir los alimentos. El niño todavía tiene el reflejo de protección por lo que aparenta estar escupiendo la comida, dar tranquilidad a la madre y decirle que tenga paciencia y que poco a poco el niño aprenderá a

comer, así mismo decirle que insista de media a una hora. La cantidad de consumo dependerá del niño(a), pero no deberá preocuparse si al principio sólo come tres a cuatro cucharitas cada vez.

7 meses: La cantidad se irá aumentando gradualmente y a los 7 meses ya deberá estar consumiendo más o menos $\frac{1}{2}$ taza cinco veces al día.

8-9 meses: Estará comiendo más de media taza aproximadamente o $\frac{3}{4}$ de taza, cinco veces al día.

12-24 meses: El niño(a) ya compartirá la comida de la olla familiar y deberá consumir aproximadamente lo equivalente a 1 taza cinco veces al día.

Combinación de los alimentos

El niño(a) a partir de los seis meses ya puede empezar a comer toda clase de alimentos. Es recomendable favorecer el consumo de alimentos de bajo costo y alto valor nutritivo. Dentro los productos de origen animal tenemos la sangre de animales, hígado de pollo, huevo, pescado, leche. Los cereales que se debe proporcionar son el arroz, quinua trigo, avena, harinas, maíz, cebada, etc. Las menestras estarán dadas por los frejoles, lentejas, arvejas verdes partidas, soya, harinas. Dentro de los tubérculo la papa camote, yuca. Complementar estos alimentos con verduras de color anaranjado y verde oscuro (zanahoria, zapallo, acelga, espinaca). Agregar en cada preparación una cucharadita de aceite y/o mantequilla lo que hará más suave la comida del bebé. Promover el uso de frutas ricas en vitamina C (naranja, mandarina, papaya, piña, limón, mango, etc.) después de las comidas para favorecer la absorción de hierro. Evitar el consumo de infusiones como el té, anís, canela, café, hierva luisa, manzanilla, emoliente, etc. Junto con las comidas, porque interfieren en la absorción de hierro. En lugar de éstas se puede indicar el consumo de limonada, naranja o

refrescos de frutas. Evitar alimentarlo con alimentos licuados, promoviendo el consumo de éstos pero aplastados, al inicio más suave y progresivamente ir aumentando el tamaño en trozos. ⁽²⁶⁾

Tipo de alimento que debe consumir de acuerdo a la edad

Los alimentos deben ser incluidos gradualmente de acuerdo a la edad, dentición, potencial alergénico del alimento y la capacidad gástrica. Por ejemplo: A los 6 meses de edad se debe incluir, purés, sangrecita y $\frac{1}{4}$ de yema de huevo. A los siete meses, $\frac{1}{2}$ yema de huevo, pollo sancochado. A los 8 meses, continúa con los purés, menestra sin cáscara y $\frac{3}{4}$ de yema de huevo. A los 9 meses se incluyen las carnes rojas. A los 11 meses la clara del huevo y el pescado y a los 12 meses comida de la olla familiar, huevo entero, y los cítricos.

Riesgos de la Alimentación Complementaria Temprana

Se ha reconocido que los lactantes menores de cuatro meses de edad no se encuentran aptos para recibir alimentos semisólidos, ni éstos son necesarios cuando son alimentados con lactancia materna exclusiva. La inmadurez neuromuscular puede ser un factor asociado a problemas de la deglución. Los lactantes que reciben alimentación complementaria antes del tercer mes pueden presentar accesos de tos al momento de ser alimentados y en ocasiones se observan signos de dificultad respiratoria como sucede cuando una pequeña fracción de papilla deglutida alcanza la glotis del niño. Otro problema radica en que el lactante menor de cuatro meses es incapaz de expresar cuando ha saciado su hambre, lo cual puede conducir a que sea sobrealimentado por su madre. ⁽²⁷⁾

Riesgo a corto plazo

Un hecho demostrado es que la introducción de alimentos diferentes de la leche humana, disminuye la frecuencia e intensidad de la succión y

como consecuencia de la producción láctea. En estas circunstancias el alimento suministrado no será complemento de la leche materna sino más bien un sustituto parcial e inadecuado. En la mayoría de los casos el valor nutricional del alimento complementario será menor que el de la leche materna, y por lo tanto, el niño se encontrará en desventaja. Otro riesgo a corto plazo está relacionado con la carga renal de solutos. Parece existir un mayor riesgo de caries dental con la introducción de jugos o aguas endulzadas a temprana edad, sobre todo cuando estos alimentos son suministrados con biberón y mamila. Cuando existe una exposición prolongada de los dientes a líquidos que contengan hidratos de carbono, se desarrolla un patrón característico de destrucción dentaria (caries con predilección de incisivos superiores y caninos). A este fenómeno se le ha llamado "caries del biberón". Otro riesgo importante a corto plazo es el síndrome diarreico agudo. Se observa sobre todo en sectores marginados de países subdesarrollados, donde viven en condiciones insalubres, y la preparación de los alimentos se lleva a cabo sin higiene y con un elevado índice de contaminación. Así, cuando se ofrecen en forma temprana otros alimentos a lactantes alimentados con leche materna, puede propiciarse una mayor incidencia de procesos diarreicos agudos y repetidos con la consecuente desnutrición y desaceleración del crecimiento del niño. ⁽²⁸⁾

Riesgos a largo plazo

Las prácticas de alimentación complementaria inadecuadas pueden tener un impacto negativo en la salud a largo plazo. Esto sucede a través de dos mecanismos: primero, por efecto acumulativo, dado que cuando se introducen los alimentos en forma temprana, puede haber evidencia clínica de morbilidad años más tarde; segundo, cuando se crean hábitos de alimentación que conducen a prácticas dietéticas indeseables, las que a su vez condicionan problemas de salud. ⁽²⁷⁾

ESTADO NUTRICIONAL

Para que el cuerpo humano funcione de forma eficiente es necesario contar con diversos factores relacionados entre sí, tales como el cuidado de la salud, el buen estado físico, la calidad y consistencia de una dieta balanceada, el estilo de vida, entre otros factores que van a ejercer una fuerte influencia en la salud y la longevidad de una persona.

El estado nutricional es el resultado de la utilización de nutrientes, va desde la normalidad hasta el desequilibrio que causa desnutrición crónica, aguda, global y obesidad. Para la evaluación del estado nutricional se pueden utilizar métodos directos e indirectos o ambos. Los métodos indirectos más comunes incluyen el uso de indicadores socioeconómicos, de disponibilidad y consumo de alimentos. Dentro de los métodos directos se encuentran los indicadores antropométricos, bioquímicos y la evaluación clínica, siendo los antropométricos los más utilizados en los servicios de salud por ser fáciles de obtener, de muy bajo costo y muy útiles. Las medidas antropométricas más utilizadas en la evaluación nutricional son el peso, la talla, la circunferencia braquial, y los pliegues cutáneos. Al establecer relaciones entre ellos se denominan índices, los índices más usados son el peso para la talla, la talla para la edad y el peso para la edad. ⁽²⁶⁾

Clasificación del estado nutricional:

Se realiza en cada control o contacto de la niña o niño con los servicios de salud.

Para la clasificación del estado nutricional de acuerdo a la edad de la niña y el niño se utilizará los siguientes indicadores:

Clasificación del estado nutricional en niñas y niños de 29 días a menores de 5 años. Se realizará en base a la comparación de

indicadores: P/E, T/E y P/T con los valores de los patrones de referencia vigentes.

Peso para la talla: Es el peso que corresponde a un niño para la talla que tiene en el momento de la medición, el déficit de peso indica un adelgazamiento, mide la desnutrición aguda.

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

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

Clasificación del estado nutricional en niñas y niños de 29 días a menores de 5 años

Puntos de corte	Peso para Edad	Peso para Talla	Talla para Edad
Desviación Estándar	Clasificación	Clasificación	Clasificación
>+ 3		Obesidad	
>+ 2	Sobrepeso	Sobrepeso	Alto
+ 2 a - 2	Normal	Normal	Normal
< - 2 a - 3	Desnutrición	Desnutrición Aguda	Talla baja
< - 3		Desnutrición severa	

Si los indicadores P/E o T/E se encuentran dentro de los puntos de cohorte de normalidad (+2 a -2 DS) y la tendencia del gráfico de la niña o niño no es paralelo a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente se considera Riesgo Nutricional.

Estado nutricional, alimentación y nutrición

En condiciones normales, el estado nutricional es el resultado del balance entre lo consumido y lo requerido por el cuerpo, determinado por la calidad y cantidad de nutrientes de la dieta y por su utilización completa en el organismo. De aquí que la alimentación y nutrición si bien son conceptos vinculados, no son un mismo proceso. Por una parte, la alimentación es la ingesta de alimentos para proveer al organismo de energía y elementos para su desarrollo que implica crecimiento o reparación corporal. En cambio, la nutrición es el conjunto de fenómenos fisiológicos involuntarios que suceden tras la ingestión de los alimentos, es decir, la digestión, la absorción intestinal, y su asimilación en las células del organismo.

Existen diversos problemas en cuanto a la alimentación y la nutrición se refiere. En cuanto a esta investigación, nos enfocaremos al problema de la malnutrición, entendida como el “estado patológico debido a la deficiencia, el exceso o la mala asimilación de los alimentos”.⁽²⁷⁾

Malnutrición por déficit: la desnutrición

La desnutrición es el estado patológico resultante de una ingesta de alimentos que es, de forma continuada, insuficiente para satisfacer las necesidades de energía alimentaria, de una absorción deficiente y/o de un uso biológico deficiente de los nutrientes consumidos.

Habitualmente, genera una pérdida de peso corporal.

Se reconocen tres tipos de desnutrición:

Desnutrición aguda: Operacionalmente se manifiesta en una deficiencia de peso con respecto a la talla (P/T), clínicamente puede presentarse con una delgadez extrema producto de la pérdida de peso asociada con periodos recientes de hambruna o enfermedad, se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo.

Desnutrición crónica: Operacionalmente se manifiesta en un retardo de la talla con respecto a la edad (T/E), suele estar asociada a situaciones de pobreza y trae consecuencias en el individuo tales como dificultades de aprendizaje y menor desempeño económico.

Desnutrición global: Según el glosario de términos de la UNICEF y la FAO, operacionalmente se define como una deficiencia de peso por edad, es decir la combinatoria de las dos primeras ($P/T \times T/E = P/E$) y se usa para dar seguimiento a los Objetivos del Milenio.

La desnutrición infantil crónica tiene una causalidad multifactorial que conlleva al déficit calórico proteico. En la década de los noventa el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) teniendo en cuenta que la desnutrición infantil constituye un fenómeno multifactorial, originado por factores diversos e interrelacionados, propuso como parte de la Estrategia Mundial del UNICEF sobre alimentación y nutrición, un marco conceptual para analizar causas o factores asociados a la desnutrición infantil. El marco conceptual del UNICEF postula la desnutrición infantil como consecuencia de tres conjuntos de causas: Inmediatas, subyacentes y básicas.

Explica que la interacción entre la inadecuada ingesta alimentaria y las enfermedades infecciosas, que representan las dos causas inmediatas más importantes de la desnutrición y a su vez pueden estar asociados a prácticas de higiene inadecuadas, tiende a crear un círculo vicioso,

ya que cuando el niño desnutrido, cuya resistencia a las enfermedades es de por sí inferior, contrae una enfermedad, su desnutrición empeora.

Por su parte, MUKURIA en el 2005, con el objetivo de analizar los niveles de desnutrición aguda, crónica y global en niños entre 0 y 35 meses de edad de 41 países de África, Europa, Asia y América Latina, utilizando como fuente de información las ENDES del período 1994 - 2001, adaptó el marco conceptual propuesto por el UNICEF y organizó cuatro conjuntos de factores (mediatos, biológicos y de comportamiento, socioeconómicos e inmediatos), asociados a la desnutrición infantil. MUKURIA indica que factores inmediatos que llevan a la desnutrición infantil comprenden enfermedades infecciosas e inadecuada alimentación. Estos factores son reflejo de factores biológicos y comportamentales (patrón alimentario, inmunización y cuidado de la salud del niño y características de la madre y del niño); socioeconómicos (educación y actividad económica de la madre y características del hogar en cuanto a disponibilidad de fuentes de agua para beber, servicios sanitarios y tipo de piso); y básicos, relacionados con la estructura política, económica e ideológica (área de residencia urbana/rural).

El marco conceptual del UNICEF y la adaptación realizada por MUKURIA, 2005 constituyen dos importantes propuestas conceptuales, las cuales han sido frecuentemente utilizadas como marco conceptual de referencia para el diseño y desarrollo de investigaciones orientadas a identificar y relacionar factores asociados a la desnutrición infantil.

Existen otras patologías en las que hay déficit de otro tipo de nutrientes.

El déficit en la dieta de micronutrientes (hierro, vitamina A, vitamina B, zinc y yodo) constituye una forma “oculta” de desnutrición y representa también un grave problema para la salud pública. Por ejemplo, la

deficiencia de vitamina A disminuye la capacidad de respuesta a las diferentes infecciones, puede generar un aumento de hasta en un 25 por ciento el riesgo de mortalidad materna e infantil, y la falta de yodo es la principal causa de retardo mental y aminora el coeficiente intelectual en aproximadamente diez puntos.

La anemia por su parte, es una condición en la cual la persona cuenta con menor volumen de sangre, menor cantidad de glóbulos rojos, o menor concentración de hemoglobina dentro de los glóbulos rojos, lo que trae como consecuencia cansancio físico e intelectual, debido a que las células de todo el cuerpo disponen de menos oxígeno que es transportado por la hemoglobina de los glóbulos rojos.

Malnutrición por exceso: la obesidad

El término sobrealimentación se refiere a un estado crónico en el que la ingesta de alimentos es superior a las necesidades de energía alimentaria, generando sobrepeso u obesidad, un exceso de peso corporal, a expensas fundamentalmente de la masa grasa, situación que altera la salud del individuo y lo pone en riesgo de desarrollar una enfermedad crónica.

Clínicamente, un niño se considera obeso cuando su peso supera en más de un 20% el peso medio ideal para su edad, talla y sexo. El peso para la edad, en forma aislada, no es un buen indicador porque pueden ser catalogados como obesos niños con talla por encima de la media o niños con mayor desarrollo muscular y cantidad normal de tejido graso, o a la inversa, ser considerados normales niños de baja estatura con escasa masa magra y exceso de grasa corporal.

De acuerdo a los criterios actualmente en uso, para la evaluación del estado nutricional en el lactante y en el niño menor de 6 años, se considera obeso a aquél cuyo peso para la talla se ubica por sobre 2

desviaciones estándar (DS) en los gráficos de referencia de la OMS para el sexo correspondiente, y sobrepeso o en riesgo de obesidad cuando este indicador se ubica en +2 DS.

Todos los organismos de salud del mundo reconocen que la epidemia de sobrepeso/obesidad tiene su origen en los modernos, y malos, comportamientos alimenticios, en los que prevalecen cantidad y no calidad, como el abuso del azúcar y grasa saturada, entre otros componentes de los alimentos procesados y las bebidas gaseosas.

Agreguemos a ello, las intensas e ininterrumpidas campañas de publicidad, que favorecen su consumo. Y es que la industrialización de la agricultura, la globalización y su gran rentabilidad han catapultado el desarrollo vertiginoso de alimentos de pobre valor nutritivo, conocidos como “comida chatarra”. Otro factor que contribuye a la epidemia de sobrepeso/obesidad es el entorno ambiental urbano, que predispone al sedentarismo por el predominio del transporte motorizado y la reducción progresiva del espacio público, de plazas y parques para el encuentro de ciudadanos. La elaboración de alimentos hipercalóricos y procesados industrialmente amenaza también con sustituir a los alimentos naturales, reduciendo así la diversidad necesaria en una alimentación saludable. No sólo eso, este desplazamiento de los alimentos naturales conspira asimismo contra las tradiciones culinarias y la comida casera que no puede prescindir de ellos. Este desplazamiento ya ha ocurrido en EEUU y Gran Bretaña, entre otros países desarrollados, donde el mercado es dominado por alimentos procesados, con pobre valor nutritivo y que concentra entre el 60% al 70% de todos los alimentos. Esa no parece ser la situación del Perú, donde supuestamente la participación de alimentos naturales en la alimentación diaria es aun proporcionalmente superior al de los productos procesados. ⁽²⁹⁾

Impacto del estado nutricional sobre la salud

El estado nutricional de los niños está relacionado con el bienestar infantil y con su desarrollo cognitivo; un estado nutricional inadecuado tiene efectos adversos sobre la salud infantil, el proceso de aprendizaje y el rendimiento escolar.

Los efectos de un inadecuado estado nutricional en los primeros años se prolongan a lo largo de la vida, ya que incrementa el riesgo de padecer enfermedades crónicas (sobrepeso, obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, entre otras) y está asociado a menores logros educativos y menores ingresos económicos en la adultez. Los niños afectados ven vulneradas sus capacidades potenciales de enfrentar la pobreza debido al impacto directo de la desnutrición crónica sobre su desarrollo físico y educativo.

Valoración del estado nutricional

La OMS en 1976 define la evaluación del estado nutricional como la interpretación de la información obtenida de estudios bioquímicos, antropométricos y/o clínicos, siendo utilizada para determinar la situación nutricional de individuos o de poblaciones en forma de encuestas, pesquisas o vigilancia. A lo anterior, la American Dietetic Association en 1994 agrega que el estado nutricional de un individuo se puede determinar recurriendo a antecedentes médicos, sociales, alimentarios, además de tener en cuenta la valoración antropométrica, los indicadores bioquímicos y la posible interacción de medicamentos y nutrientes en la persona.

Dentro de los parámetros antropométricos para la evaluación del estado nutricional, destacan las conocidas curvas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre otras destacadas clasificaciones que se detallarán a continuación.

Curva de peso para la edad de 0 a 5 años (OMS):

Este gráfico se presenta por separado para niñas y para niños. El gráfico está elaborado desde el nacimiento hasta los 5 años con datos del Estudio multicéntrico de la OMS sobre patrón de crecimiento de 2006. Se grafican las curvas de siete valores de percentiles (3, 10, 25, 50, 75, 90 y 97) del peso según la edad. En el eje horizontal, la escala de la edad se presenta en meses y años cumplidos desde el nacimiento hasta los 5 años; mientras que en el eje vertical, la escala del peso se presenta en cuadrícula por kilogramo con reparos cada 2 kilogramos, desde 0 a 30 kilogramos. Su evaluación permite determinar la presencia de desnutrición aguda en la población infantil.

Curva de talla para la edad de 0 a 5 años (OMS):

Este gráfico se presenta por separado para niñas y para niños. El gráfico está elaborado desde el nacimiento hasta los 5 años con datos del Estudio multicéntrico de la OMS sobre patrón de crecimiento de 2006. Se grafican las curvas de siete valores de percentiles (3, 10, 25, 50, 75, 90 y 97) de la longitud corporal según la edad hasta los 2 años y de la estatura según la edad de los 2 a los 5 años. La edad se debe graficar en meses cumplidos y años cumplidos. En el eje vertical, la escala de la longitud/estatura se presenta en cuadrícula cada centímetro y reparos a cada 5 centímetro, desde 45 a 130 centímetro.

Su evaluación permite determinar la presencia de desnutrición crónica en la población infantil.

Curva de peso para la talla de 2 a 5 años (OMS):

Este gráfico se presenta por separado para niñas y para niños. El gráfico está elaborado con datos del Estudio multicéntrico de la OMS sobre patrón de crecimiento de 2006, Se grafican las curvas de siete valores de percentiles (3, 10, 25, 50, 75, 90 y 97) del peso según la

estatura. Cabe destacar que anteriormente los niños se medían acostados hasta los 4 años y ahora sólo hasta los 2 años. En el eje horizontal, la escala de la estatura se presenta en centímetros alcanzados desde 65 a 120 centímetros -la estatura se debe graficar en centímetros alcanzados-; mientras que en el eje vertical, la escala del peso se presenta en cuadrícula cada 500 gramos y reparos cada 2 kilogramos, desde 6 a 28 kilogramos. Su evaluación permite determinar la presencia de desnutrición global en la población infantil.

2.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN:

H_i: El nivel de conocimientos maternos sobre alimentación complementaria tienen relación con el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses que asisten al consultorio CRED Centro Salud Parcona 2016.

H₀: El nivel de conocimientos maternos sobre alimentación complementaria no tienen relación con el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses que asisten al consultorio CRED Centro Salud Parcona 2016.

2.4. VARIABLES:

Variable independiente:

Conocimientos maternos sobre alimentación complementaria.

Variable dependiente:

Estado nutricional del niño de 6 a 12 meses.

2.5. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS:

Conocimiento:

Hechos o información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad.

Estado nutricional:

El estado nutricional de un individuo es la resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes.

Alimentación complementaria:

Es el proceso que comienza cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante, y por tanto se necesitan otros alimentos y líquidos, además de la leche materna.

Niño:

Periodo que abarca desde el nacimiento hasta cumplir una cierta edad o alcanzar su independencia.

Madre:

Mujer que ha tenido uno o más hijos.

CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODOS

1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

Es un estudio de investigación descriptiva, correlacional, cuantitativa de corte transversal.

2. ÁREA O SEDE DE ESTUDIO:

Consultorio CRED del Centro de Salud Parcona – Ica Perú.

3. POBLACIÓN Y MUESTRA, CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

Población:

La población estuvo conformada por 150 madres de niños de 6 a 12 meses; y 150 niños de 6 a 12 meses que asistieron al consultorio CRED del Centro de Salud de Parcona.

Muestra:

La muestra estuvo conformada por 92 madres de niños de 6 a 12 meses de edad y 92 niños de 6 a 12 meses de edad obtenidas para ambos casos según fórmula:

$$n = \frac{Z^2 pq N}{E^2 (N-1) + Z^2 pq}$$
$$n = \frac{(1.96)^2 (0.8)(0.2)(150)}{(0.05)^2 (150-1) + (1.96)^2 (0.8) (0.2)}$$
$$n = 92$$

Dónde:

N= Población de madres de niños de 6 a 12 meses.

Z= 1.96 valor de “Z” en la distribución normal al 95% de confianza.

E= 0.05 error muestral.

P= 0.20 probabilidad de un buen nivel del problema de estudio.

Q= 0.80 probabilidad de un bajo nivel del problema de estudio.

Criterios de inclusión:

- Madres de niños de 6 a 12 meses de edad que voluntariamente desearon participar del trabajo de investigación.
- Niños de 6 a 12 meses de edad.

Criterios de exclusión:

- Madres de niños de 6 a 12 meses de edad que no desearon participar del trabajo de investigación.
- Madres de niños mayores de 12 meses de edad.
- Madres de niños menores de 6 meses de edad.
- Niños mayores de 12 meses de edad.
- Niños menores de 6 meses de edad.

4. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para recolectar los datos del presente trabajo de investigación se utilizó un cuestionario que se aplicó a las madres de los niños de 6 – 12 meses de edad de forma voluntaria y previo consentimiento informado, para evaluar los conocimientos maternos acerca de la alimentación complementaria así mismo se realizó un trabajo de campo que consistió en obtener el peso, talla, edad de los niños de 6 a 12 meses de edad para evaluar su estado nutricional.

El cuestionario que se aplicó a las madres de niños de 6 a 12 meses consta de:

- I. **Datos generales maternos:** Con 6 preguntas.
 - II. **Datos de conocimientos maternos sobre alimentación complementaria:** Con 11 reactivos.
 - III. **Datos generales del niño:** 5 alternativas de respuesta.
- Para medir el nivel de conocimiento de las madres de los niños de 6 a 12 meses se utilizó la Escala de Likert que consiste en:

NIVEL DE CONOCIMIENTO	PUNTAJES
Alto	16 a 22
Medio	08 a 15
Bajo	Menor de 7

5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO:

El instrumento utilizado en el presente trabajo de investigación fue validado por 3 expertos especialistas en el tema tratado.

La confiabilidad del instrumento se realizó a través del Cálculo del Coeficiente de Confiabilidad Alfa De Crombach. La confiabilidad del instrumento fue de 0.886 el cual es aceptable para propósitos de investigación, por consiguiente el instrumento es confiable.

6. PROCESO DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS:

Para recolectar los datos del presente trabajo de investigación se realizó la coordinación con el Centro de Salud “Parcona” y se solicitó permiso mediante un documento, se seleccionó la muestra a trabajar y se solicitó el consentimiento informado a cada madre de familia para aplicar el instrumento.

La información fue digitada y validada en el programa SPSS 22.0. Se generaron los resultados en el mismo programa para obtener

estadísticas univariadas, en las que se presentarán las variables continuas con sus medidas de tendencia central y sus correspondientes medidas de dispersión y las variables categóricas fueron presentadas como frecuencias, calculando los Intervalos de confianza del 95% (IC 95%).

7. ASPECTOS ÉTICOS, CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Para ejecutar el estudio de investigación se tuvo en cuenta la autorización de la institución y la participación voluntaria de la madre del niño de 6 a 12 meses.

Se solicitó el consentimiento de las madres, previa información de ausencia de riesgo y del carácter anónimo de la recolección de datos.

- ✎ **Autonomía.-** La autonomía expresa la capacidad para darse normas o reglas a uno mismo sin influencia de presiones. El principio de autonomía tiene un carácter imperativo y debe respetarse como norma, excepto cuando se dan situaciones en que las personas puedan no ser autónomas o presenten una autonomía disminuida (personas en estado vegetativo o con daño cerebral, etc.)
- ✎ **Justicia.-** Tratar a cada uno como corresponda, con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad (ideológica, social, cultural, económica, etc.)
- ✎ **Beneficencia.-** Obligación de actuar en beneficio de otros, promoviendo sus legítimos intereses y suprimiendo prejuicios.
- ✎ **No maleficencia.-** Abstenerse intencionadamente de realizar actos que puedan causar daño o perjudicar a otros, es un imperativo ético válido para todos.
- ✎ **Confidencialidad.-** Principio ético de salvaguardar la información de carácter personal obtenida durante el ejercicio de su función como enfermero y mantener el carácter de secreto profesional de esta información, no comunicando a nadie las confidencias personales hechas por los pacientes.

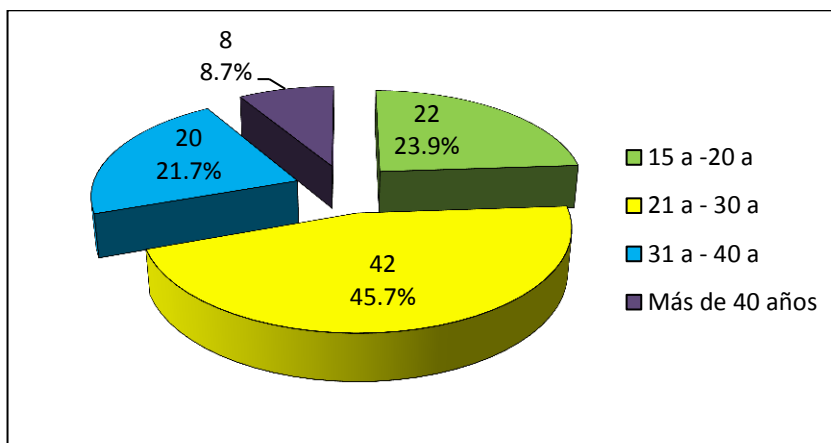
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

1. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LOS DATOS:

CUADRO Nº 01: Edad de madres encuestadas del Centro de Salud Parcona 2016

EDAD	Nº	%
15 a – 20 a	22	23,9
21 a – 30 a	42	45,7
31 a – 40 a	20	21,7
Más de 40 años	8	8,7
Total	92	100,0

GRÁFICO Nº 1:

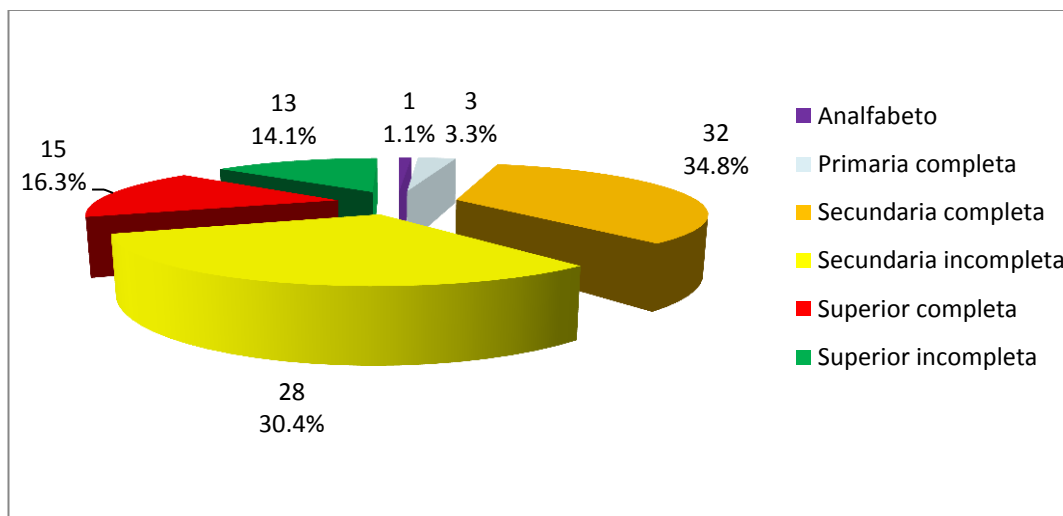


Interpretación: En este gráfico podemos observar que la mayoría de madres encuestadas tienen de 21 a 30 años representando el 45.7% otro grupo etario importante a considerar son las madres adolescentes con un 23.9% y madres de 31 a 40 años con 21.7%.

CUADRO N° 02: Grado de instrucción de madres encuestadas del Centro de Salud Parcona 2016

GRADO DE INSTRUCCIÓN	Nº	%
Analfabeto	1	1,1
Primaria completa	3	3,3
Secundaria completa	32	34,8
Secundaria incompleta	28	30,4
Superior completa	15	16,3
Superior incompleta	13	14,1
Total	92	100,0

GRÁFICO N° 2:

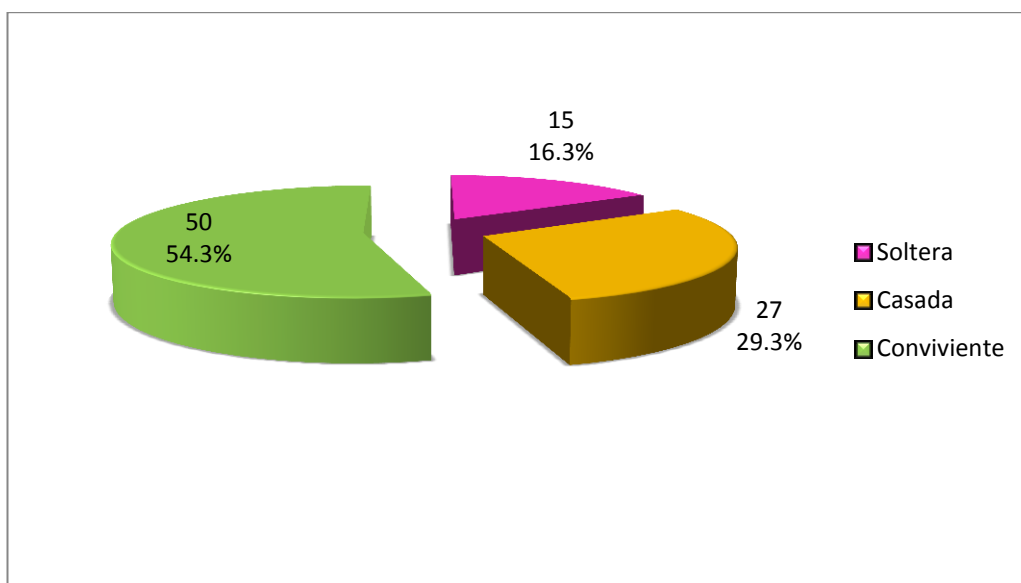


Interpretación: En este gráfico podemos observar que la mayoría de madres encuestadas tienen un grado de instrucción secundaria completa representando el 34,8%, por otra parte el 30,4% representa a las madres con secundaria incompleta y un porcentaje mínimo tiene un grado de instrucción analfabeta con un 1.1%.

CUADRO N° 03: Estado civil de madres encuestadas del Centro de Salud Parcona 2016

ESTADO CIVIL	N°	%
Soltera	15	16,3
Casada	27	29,3
Conviviente	50	54,3
Total	92	100,0

GRÁFICO N° 03:

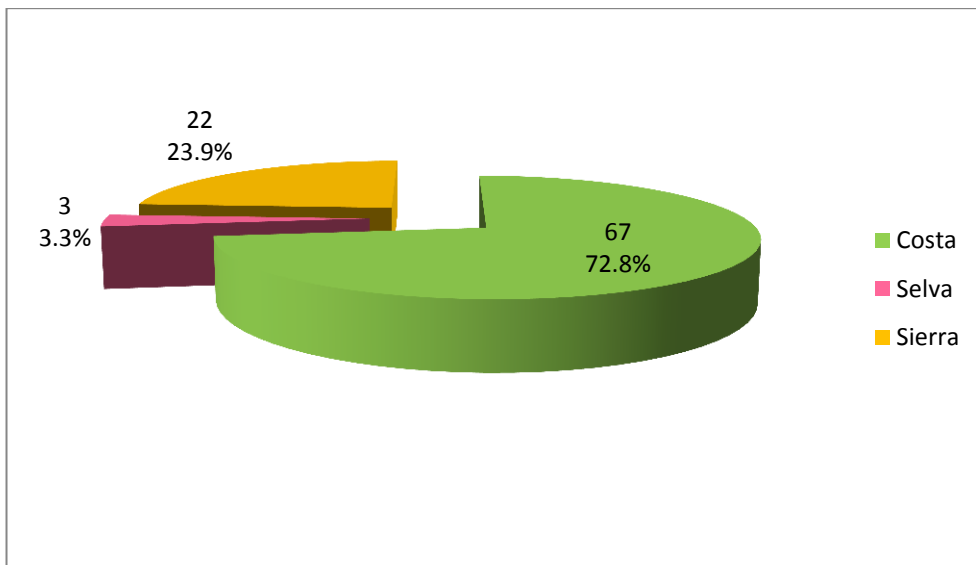


Interpretación: El 54.3% de las madres encuestadas conviven con su pareja, pero también hay un 16.3 % de madres q tienen un estado civil de soltera lo que significa que tienen una inestabilidad social económica.

CUADRO N° 04: Procedencia de madres encuestadas del Centro de Salud Parcona 2016

PROCEDENCIA	N°	%
Costa	67	72,8
Selva	3	3,3
Sierra	22	23,9
Total	92	100,0

GRÁFICO N° 04:

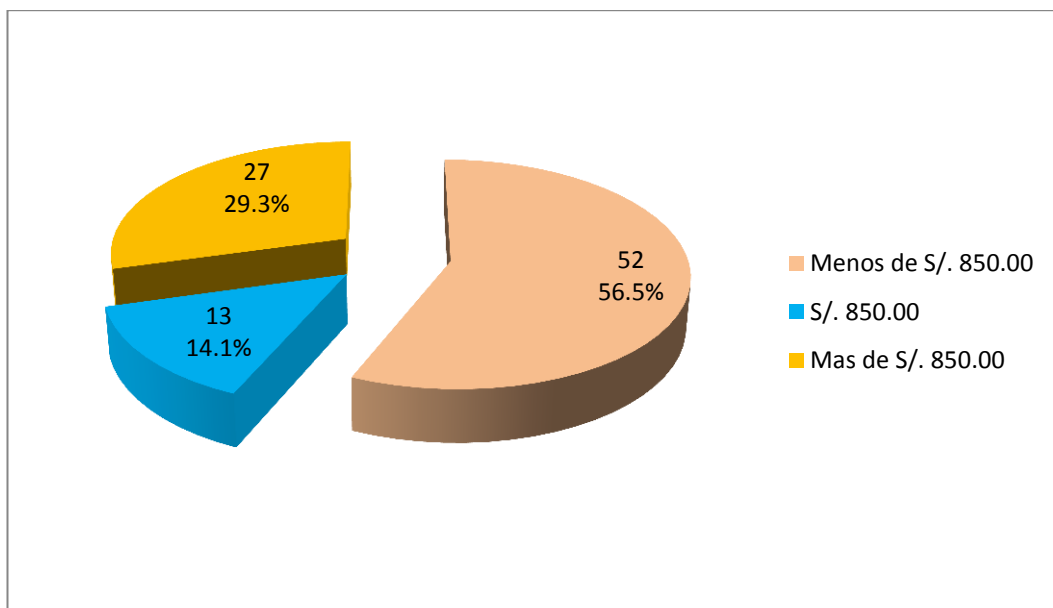


Interpretación: El 72.8% de las madres encuestadas proceden de la costa representando la mayoría y una minoría proceden de la selva representando un 3.3%.

CUADRO N° 05: Ingreso económico de madres encuestadas del Centro de Salud Parcona 2016

INGRESO ECONÓMICO	Nº	%
Menos de S/. 850.00	52	56,5
S/. 850.00	13	14,1
Más de S/. 850.00	27	29,3
Total	92	100,0

GRÁFICO N° 05:

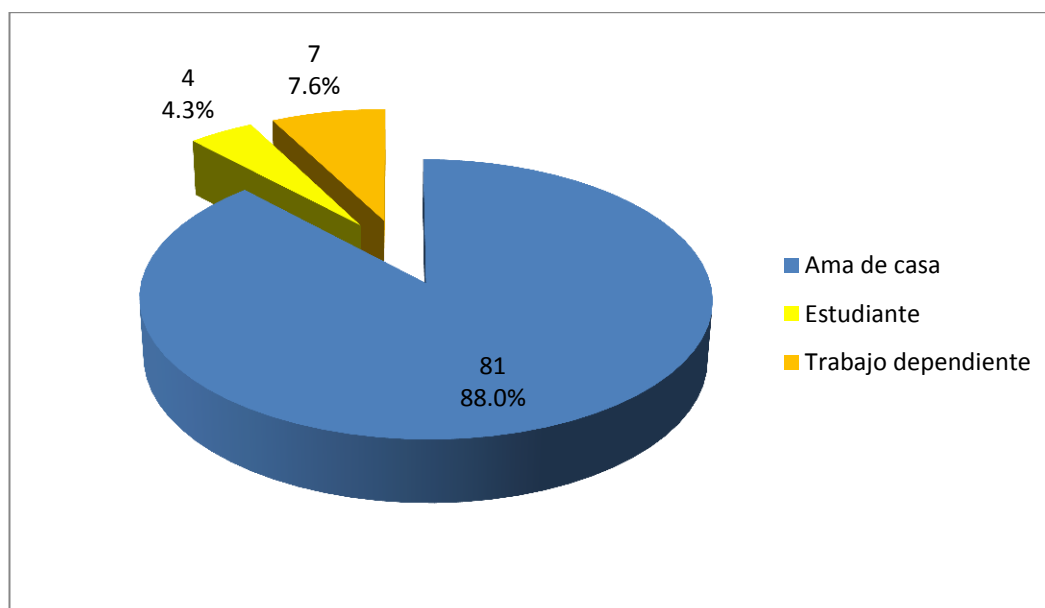


Interpretación: Según este gráfico podemos apreciar que la mayoría de las madres de los niños de 6 a 12 meses tienen un ingreso económico menos de S/. 850.00 lo que representa un 56.5%, también es resaltante que el 29.3% de madres tienen un ingreso económico mayor a S/. 850.00.

CUADRO N° 06: Ocupación de madres encuestadas del Centro de Salud Parcona 2016

OCUPACIÓN	Nº	%
Ama de casa	81	88,0
Estudiante	4	4,3
Trabajo dependiente	7	7,6
Total	92	100,0

GRÁFICO N° 06:

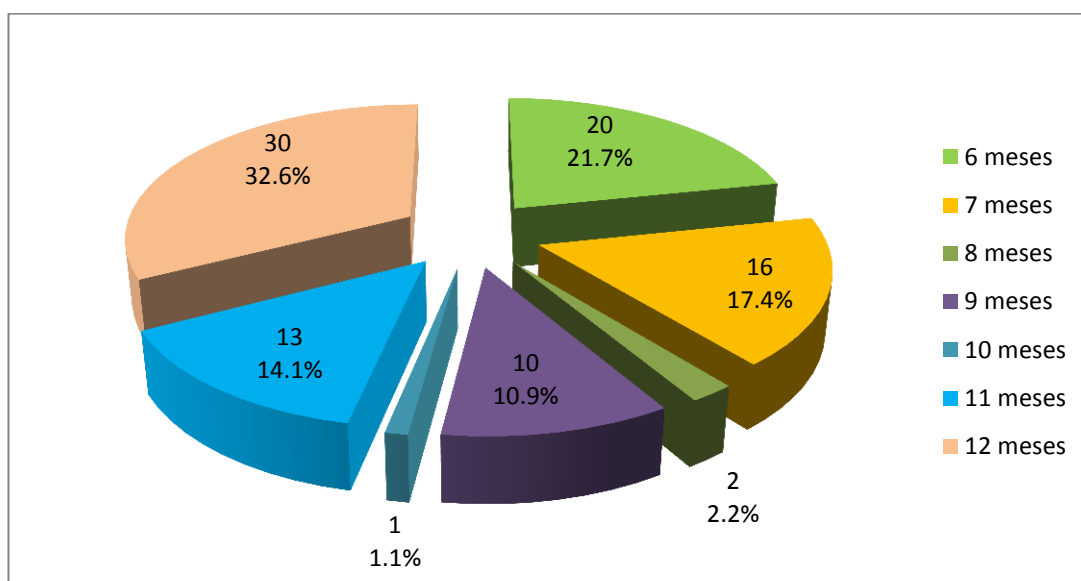


Interpretación: La mayoría de madres de niños de 6 a 12 meses son amas de casa representando un 88%, y un 4.3% de madres de niños de 6 a 12 meses son estudiantes.

CUADRO Nº 07: Edad de niños del consultorio CRED del Centro de Salud Parcona 2016

EDAD DE NIÑOS	Nº	%
6 meses	20	21,7
7 meses	16	17,4
8 meses	2	2,2
9 meses	10	10,9
10 meses	1	1,1
11 meses	13	14,1
12 meses	30	32,6
Total	92	100,0

GRÁFICO Nº 07:

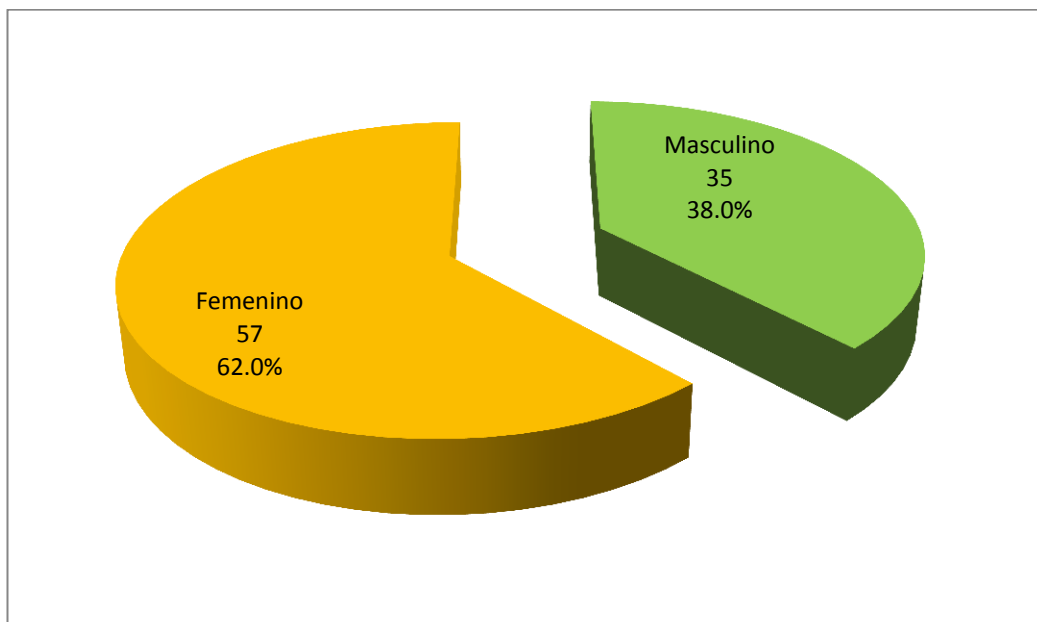


Interpretación: La edad de los niños motivo de estudio en su mayoría fueron los de 12 meses en un 32.6%, de 6 meses 21.7% y de 7 meses 17.4%.

CUADRO N° 08: Sexo de niños del consultorio CRED del Centro de Salud Parcona 2016

OCUPACIÓN	N°	%
Masculino	35	38,0
Femenino	57	62,0
Total	92	100,0

GRÁFICO N° 08:

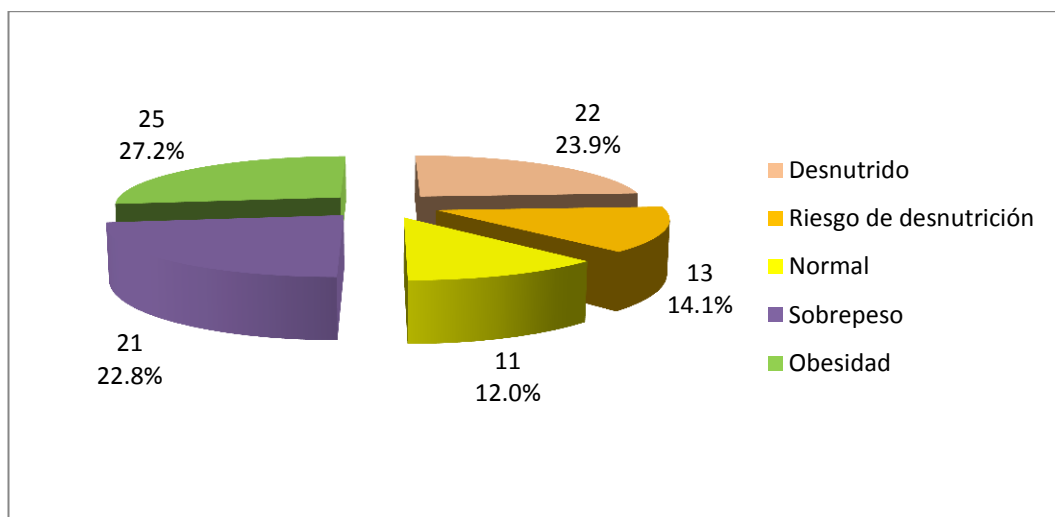


Interpretación: En la investigación realizada encontramos niños en un 62% de sexo femenino y un 38% de sexo masculino.

CUADRO N° 09: Diagnóstico nutricional de los niños de 6 a 12 meses de edad según peso/talla en el consultorio CRED del Centro de Salud Parcona 2016

DIAGNÓSTICO NUTRCIONAL PESO/TALLA	Nº	%
Desnutrido	22	23,9
Riesgo de desnutrición	13	14,1
Normal	11	12,0
Sobrepeso	21	22,8
Obesidad	25	27,2
Total	92	100,0

GRÁFICO N° 09:

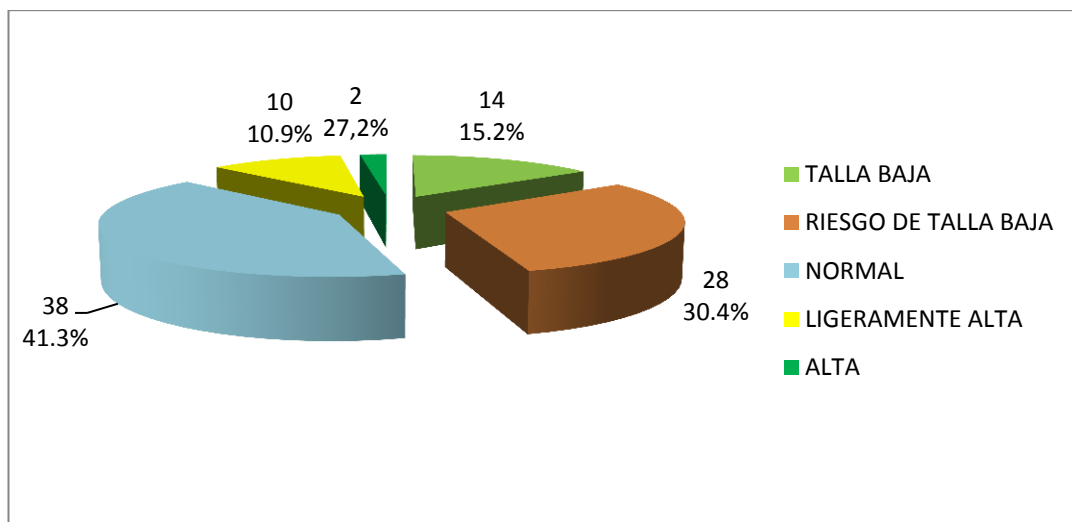


Interpretación: En este cuadro podemos observar a niños de 6 a 12 meses con un Dx. nutricional de obesidad que representa un 27.2%, 23.9% con Dx. nutricional de desnutrido y un 22.8% con un Dx. nutricional de sobrepeso.

CUADRO N° 10: Diagnóstico nutricional según talla/edad de niños de 6 a 12 meses de edad del consultorio CRED del Centro de Salud Parcona 2016

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL TALLA/EDAD	Nº	%
Talla baja	14	15,2
Riesgo de talla baja	28	30,4
Normal	38	41,3
Ligeramente alta	10	10,9
Alta	2	2,2
Total	92	100,0

GRÁFICO N° 10:

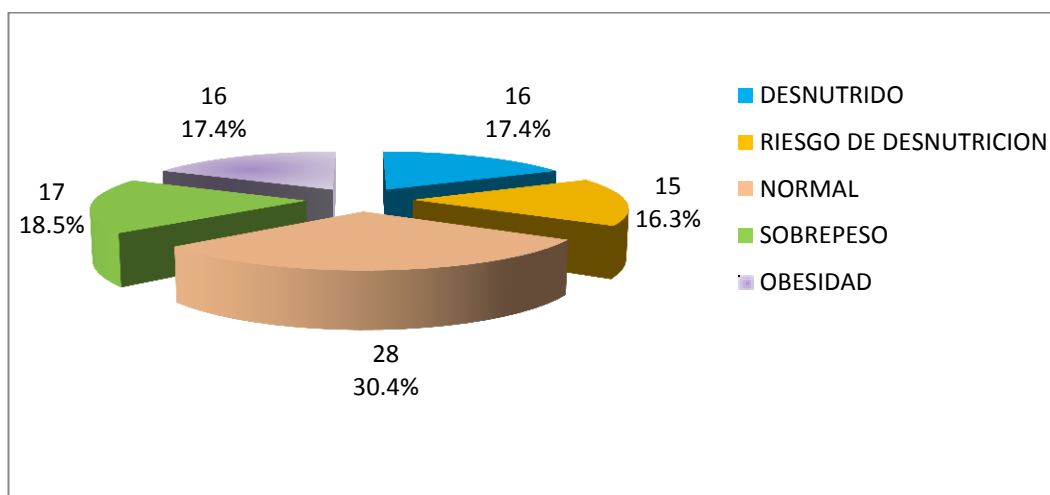


Interpretación: En este cuadro podemos observar a niños de 6 a 12 meses con un Dx. nutricional de riesgo de talla baja representado por 30.4%, 15.2% con Dx. nutricional de talla baja y un 41.3% con un Dx. Nutricional normal.

CUADRO N° 11: Diagnóstico nutricional según peso/edad de niños de 6 a 12 meses de edad del consultorio CRED del Centro de Salud Parcona 2016

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL PESO/EDAD	Nº	%
Desnutrido	16	17,4
Riesgo de desnutrición	15	16,3
Normal	28	30,4
Sobrepeso	17	18,5
Obesidad	16	17,4
Total	92	100,0

GRÁFICO N° 11:

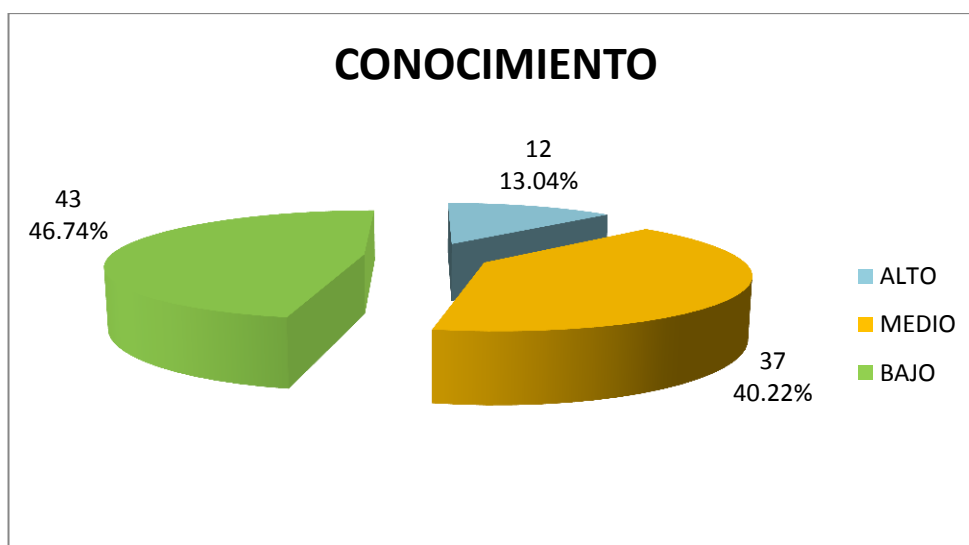


Interpretación: En este cuadro podemos observar a niños de 6 a 12 meses con un Dx. Nutricional normal representado por un 30.4%, un 17.4% con Dx. nutricional desnutrido y el mismo porcentaje con Dx. nutricional de obesidad.

CUADRO N° 12: Conocimiento de madres de niños de 6 a 12 meses de edad que asiste al consultorio CRED del Centro de Salud Parcona 2016

CONOCIMIENTO	PUNTAJES	Nº	%
Alto	16 a 22	12	13,04
Medio	08 a 15	37	40,22
Bajo	Menor de 7	43	46,74
Total	Total	92	100,0

GRÁFICO N° 12:

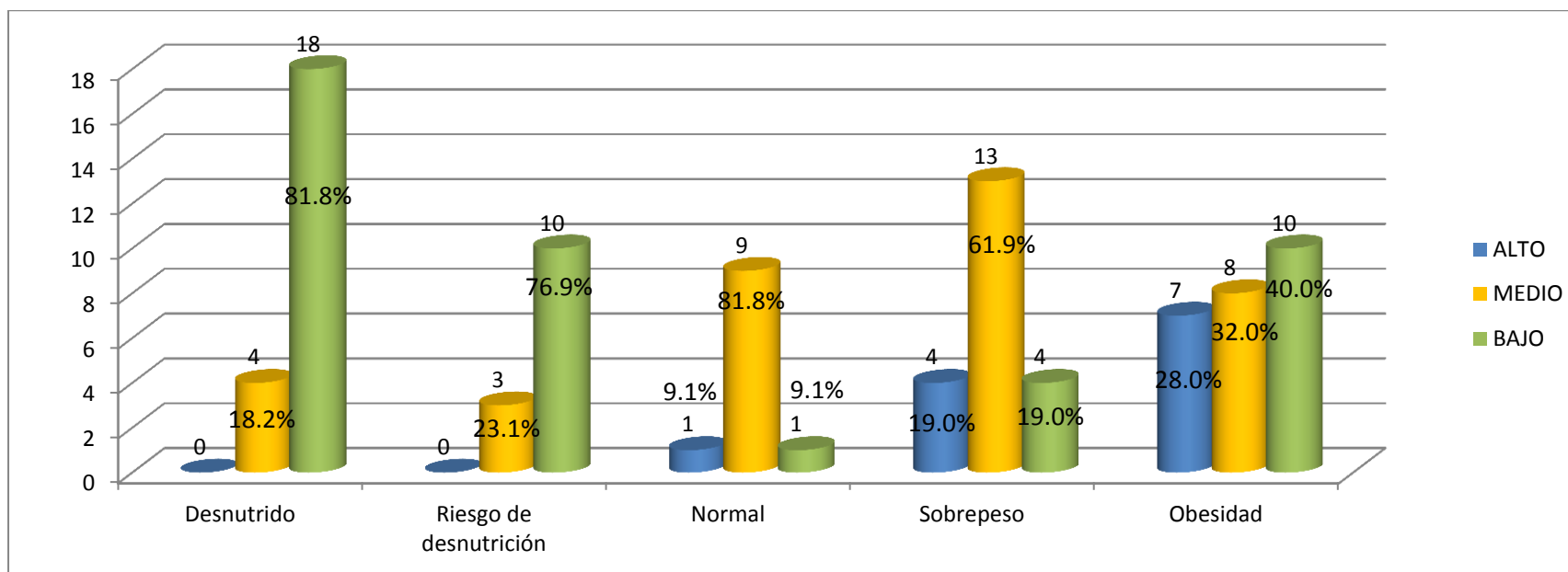


Interpretación: En este cuadro podemos observar que el nivel de conocimiento de las madres de los niños de 6 a 12 meses de edad posee un nivel bajo de conocimiento representado por un 46.7% y un 13.1 % de conocimiento alto.

CUADRO N° 13: Conocimiento de madres de niños de 6 a 12 meses que asisten al Centro de Salud Parcona y su relación con el diagnóstico nutricional según peso/talla

CONOCIMIENTO	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL PESO/TALLA										TOTAL	
	DESNUTRIDO		RIESGO DE DESNUTRICIÓN		NORMAL		SOBREPESO		OBESIDAD			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ALTO	0	0,0	0	0,0	1	9,1	4	19,0	7	28,0	12	13,0
MEDIO	4	18,2	3	23,1	9	81,8	13	61,9	8	32,0	37	40,2
BAJO	18	81,8	10	76,9	1	9,1	4	19,0	10	40,0	43	46,7
TOTAL	22	100,0	13	100,0	11	100,0	21	100,0	25	100,0	92	100,0

GRÁFICO N° 13: Conocimiento de madres de niños de 6 a 12 meses que asisten al Centro de Salud Parcona y su relación con el diagnóstico nutricional según peso/talla



Interpretación: En relación a los niños que están desnutridos se observa que el 81.8% de las madres tienen un nivel de conocimiento bajo y un 18.2% tienen un nivel de conocimientos medio.

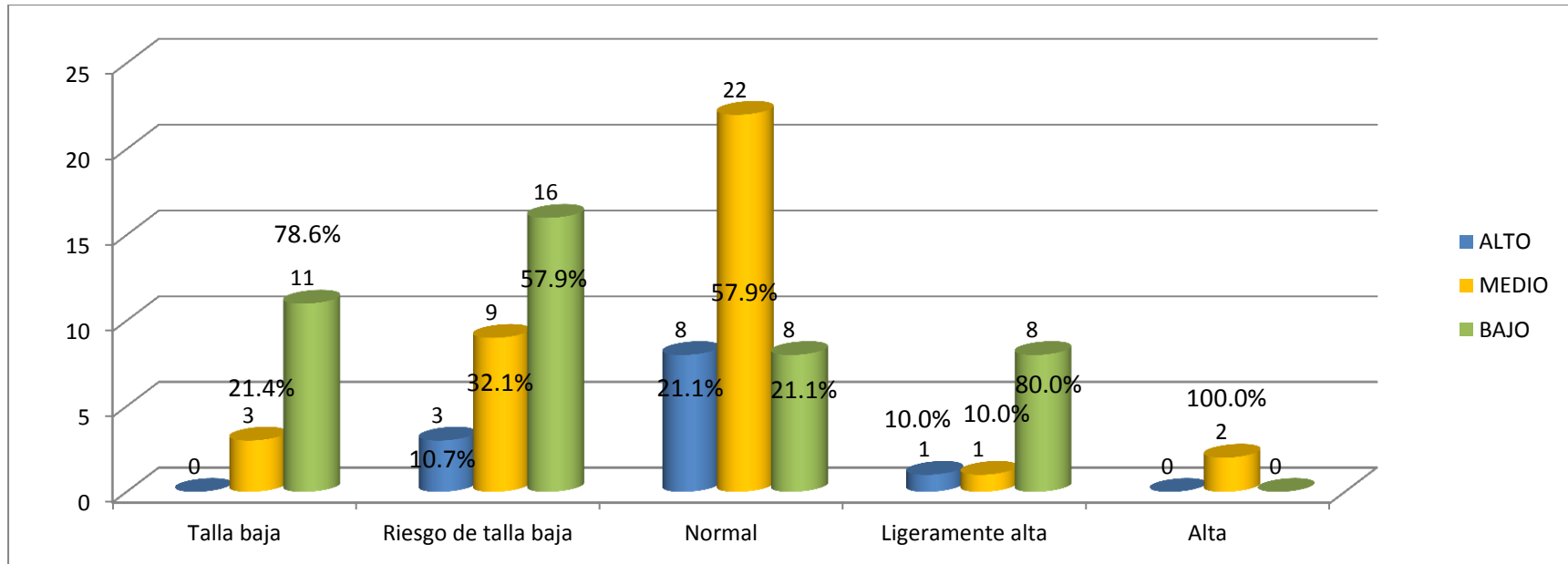
CUADRO N° 14:

Conocimiento de madres de niños de 6 a 12 meses que asisten al Centro de Salud Parcona y su relación con el diagnóstico nutricional según talla/edad

CONOCIMIENTO	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL TALLA/EDAD										TOTAL	
	TALLA BAJA		RIESGO DE TALLA BAJA		NORMAL		LIGERAMENTE ALTA		ALTA			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ALTO	0	0,0	3	10,7	8	21,1	1	10,0	0	0,0	12	13,0
MEDIO	3	21,4	9	32,1	22	57,9	1	10,0	2	100,0	37	40,2
BAJO	11	78,6	16	57,1	8	21,1	8	80,0	0	0,0	43	46,7
TOTAL	14	100,0	28	100,0	38	100,0	10	100,0	2	100,0	92	100,0

GRÁFICO N° 14:

Conocimiento de madres de niños de 6 a 12 meses que asisten al Centro de Salud Parcona y su relación con el diagnóstico nutricional según talla/edad



Interpretación: En esta tabla cruzada podemos apreciar que la relación entre el nivel de conocimientos y diagnóstico nutricional Talla/Edad es realmente significativa ya que de las madres que tienen un nivel de conocimientos bajo la mayoría tienen niños con talla baja o riesgo de talla baja.

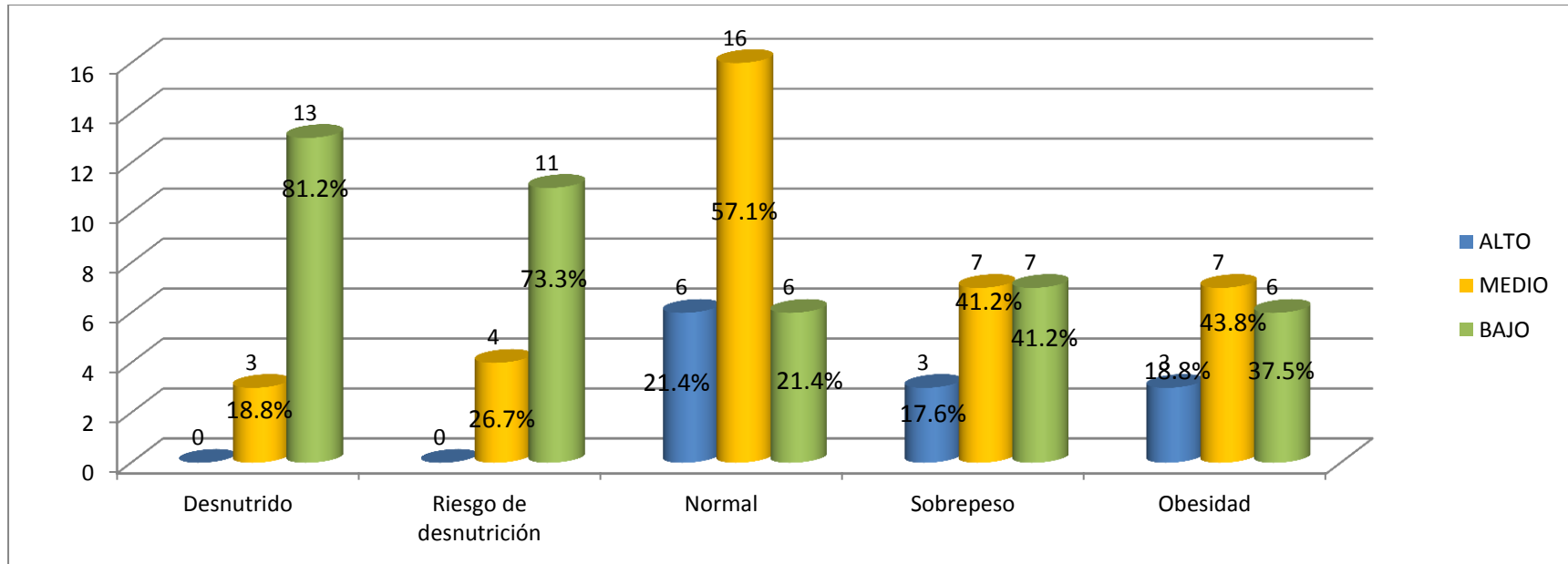
CUADRO Nº 15:

Conocimiento de madres de niños de 6 a 12 meses que asisten al Centro de Salud Parcona y su relación con el diagnóstico nutricional según peso/edad

CONOCIMIENTO	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL PESO/EDAD										TOTAL	
	DESNUTRIDO		RIESGO DE DESNUTRICIÓN		NORMAL		SOBREPESO		OBESIDAD			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ALTO	0	0,0	0	0,0	6	21,4	3	17,6	3	18,8	12	13,0
MEDIO	3	18,8	4	26,7	16	57,1	7	41,2	7	43,8	37	40,2
BAJO	13	81,2	11	73,3	6	21,4	7	41,2	6	37,5	43	46,7
TOTAL	16	100,0	15	100,0	28	100,0	17	100,0	16	100,0	92	100,0

GRÁFICO N° 15:

Conocimiento de madres de niños de 6 a 12 meses que asisten al Centro de Salud Parcona y su relación con el diagnóstico nutricional según peso/edad



Interpretación: Según este gráfico podemos concluir que el nivel de conocimiento de las madres en cuanto a alimentación complementaria tiene relación significativa con el estado nutricional de los niños.

2. DISCUSION DE RESULTADOS:

Los adecuados conocimientos y prácticas de alimentación complementaria en el primer año de vida son esenciales para la salud del niño, ya que solo así, la nutrición, la supervivencia y el crecimiento infantil serán los óptimos.

- ❖ Según el INEI 2010 la desnutrición crónica a nivel nacional en niños y niñas menores de 5 años es de 22.6%, llegando a descender 4.7 % en el 2015, o sea quedando un 17.9% es decir, por cada 100 niñas y niños cinco de ellos dejaron la condición de desnutrición, sin embargo a nivel de departamentos los mayores niveles de desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años se presentan en Huancavelica, Cajamarca, Huánuco, Apurímac y Ayacucho.
- ❖ En esta investigación se obtuvo que el nivel de conocimiento de las madres de los niños de 6 a 12 meses de edad posee un nivel bajo de conocimiento representado por un 46.7% y un 13.0 % de conocimiento alto. Estos resultados son parecidos al que obtuvo Unsihuay U., cuando investigó acerca del conocimiento materno sobre alimentación complementaria y estado nutricional en el lactante menor Huancayo – 2012 donde llegó a la conclusión que la mayoría de las madres (43,2%) de la comunidad Santa Isabel tienen un nivel regular de conocimientos sobre alimentación complementaria mientras que un menor número (19.0%) tiene un nivel de conocimientos bueno. ⁽²⁹⁾

En tanto podemos concluir que la mayoría de las madres que asisten al consultorio CRED del Centro de Salud Parcona tienen un nivel de conocimientos bajo.

- ❖ En relación a los niños que están desnutridos se obtuvo que el 81.8% de las madres tienen un nivel de conocimiento bajo y un 18.2% tienen un nivel de conocimientos medio.

Porcentajes similares se obtuvo en los niños con obesidad ya que el 28.0% de las madres tiene el nivel de conocimientos alto y un 32.0% tiene un nivel de conocimiento medio. Estos resultados se pueden contrastar con los realizados por Jenny Benítez Castañeda, cuando investigo acerca de la relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que asisten al consultorio CRED, en el C.S. Conde de la Vega Baja, enero 2007, donde llego a la conclusión que el mayor porcentaje de niños lactantes menores tiene un estado nutricional normal (78%) y solo el 12% con sobrepeso, pudiéndose observar que existe semejanza con los datos obtenidos en este estudio.

Hallazgos son concordantes a Unsihuay Ureta en el estudio que realizo denominado “Conocimiento materno sobre alimentación complementaria y estado nutricional en el lactante menor Huancayo – 2009” donde obtuvo que el 29,7% tiene un estado nutricional normal y un 17,6% se encuentran en sobrepeso.

- ❖ Según Jenny Rocío Benítez Castañeda los niños que tienen una malnutrición por exceso, no solo son más propensos a enfermedades a futuro sino también a tener consecuencias físicas y afectivas que incluyen depresión, ansiedad, baja autoestima, dificultad para relacionarse, entre otras, por lo que podría repercutir en la calidad de vida y en su crecimiento y desarrollo normal.

Los resultados obtenidos guardan relación con lo que Unsihuay Ureta, investigo acerca del conocimiento materno sobre alimentación complementaria y estado nutricional en el lactante menor Huancayo – 2009, donde llego a la conclusión que el 12,2% de los lactantes con estado nutricional normal, sus madres poseen un buen conocimiento sobre alimentación complementaria y el 13,5% de los lactantes con estado nutricional sobrepeso sus madres tienen un regular conocimiento sobre alimentación complementaria.

CAPITULO V: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES.

1. CONCLUSIONES:

- ❖ Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses que asisten al consultorio CRED del C.S. Parcona. Ya que realizada la prueba de Chi cuadrado entre las dos variables involucradas en la investigación esta resultó significativa ($p < 0,05$).

- ❖ La mayoría de las madres que asisten al consultorio CRED del C.S. Parcona tienen un nivel bajo de conocimientos sobre alimentación complementaria mientras que un menor número tienen un nivel de conocimientos medio y alto.

- ❖ El mayor porcentaje de los niños evaluados tiene un estado nutricional normal mientras que un porcentaje considerable tiene desnutrición y sobrepeso.

2. RECOMENDACIONES:

- ❖ Todos los programas de crecimiento y desarrollo de hospitales y puestos, centros de salud deben incluir acciones de capacitación, educación, monitoreo, supervisión y evaluación a las madres a fin de fortalecer la información que recibe sobre alimentación complementaria.

- ❖ El personal de enfermería del Centro de Salud debe involucrar más a las madres, sensibilizándolas sobre la importancia de una adecuada alimentación en los primeros años de vida de sus hijos y las consecuencias de la misma esto mediante talleres, sesiones demostrativas y participación en sesiones educativas mediante juego de roles, porque ellas son las principales agentes en contribuir con el reto de acabar con la desnutrición y por ende disminuir la mortalidad infantil.

- ❖ Se recomienda realizar estudios cualitativos para poder tener un mayor entendimiento acerca de las costumbres, creencias y prácticas de las madres en relación a los conocimientos que tienen sobre alimentación complementaria y la edad de inicio de la misma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINSA. Análisis de la Situación de Salud del Perú 1era ed. Lima. 2006. Pág.10
2. Estado Mundial de la infancia. Desnutrición: Causas. 2006. [en línea] Argentina: <http://www.gog.gab.gov.ar> [Consulta 12 Octubre 2015]
3. Estado Nutricional De La Niñez en el Perú Panfar Sistema De Información Del Panfar. 2015. Pág. 56
4. Hernández Aguilar MT. Alimentación complementaria. AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones. 2015. Pág. 250
5. Russel, Bertrand. “El Conocimiento Humano”. 5ta ed. Editorial. Tourus. S.A.2008. España. Pág. 50
6. Bunge, M.” La ciencia su método y filosofía”. Editorial Siglo XX. Buenos Aires. Argentina. Pág.23
7. Sopena. Diccionario Enciclopédico.3eraed.Editorial Ramón Sopena. S.A. España. Madrid.
8. ADUNI. “Enciclopedia de Psicología”. Editorial Lumbreras. Lima. Perú. 2010. Pág.34
9. Salinas Elmo. “Psicología”. 2da. edición. Ed. Escuela activa. Lima-Perú. Pag.84
10. Monitoreo del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud (OMS) disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_14-sp.pdf
11. MINSA. Implicancia de los nuevos patrones de crecimiento infantil 2012. [Internet], disponible [http:// www.minsa.gob.pe/oei](http://www.minsa.gob.pe/oei)
12. Unsihuay U. Conocimiento materno sobre alimentación complementaria y estado nutricional en el lactante menor Huancayo – 2012. (Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería) UNCP, Huancayo, Perú. 2012

13. Eugenio F.; Pacheco R.; Toledo Y. Nivel de conocimiento que tienen las madres sobre la alimentación en niños de 6 a 12 meses y su relación con el estado nutricional en la Institución Educativa N° 74 Fonavi La Angostura Ica. (Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería) UNSLG, Ica, Perú. 2012
14. Gómez H.; Cáceres T.; Figueroa G. Relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que asisten al consultorio de CRED, en el C.S. Pueblo Nuevo. Ica – Perú. (Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería) UNSLG, Ica, Perú. 2013
15. Jiménez C.; Miranda H.; Torres L. Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses de edad que acuden al Centro de Salud Guadalupe. Ica – Perú. (Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería) UPSJB, Ica, Perú. 2013
16. Galindo D. Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud "Nueva Esperanza – 2012. (Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería) UNMSM, Lima, Perú. 2011
17. Cisneros E. Vallejos Y. Efectividad del programa educativo en conocimientos, prácticas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6-24 meses - REQUE -2014. (Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería) UCSTM, Chiclayo, Perú. 2014
18. Clavo J. Conocimientos alimentarios en madres y su relación con el estado nutricional del escolar Institución Educativa Augusto Salazar Bondy - Chiclayo 2013. (Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería) UNPRG, Lambayeque, Perú. 2013
19. García C. Prácticas de alimentación complementaria en niños menores de 1 año de edad, de la Comunidad el Tablón del Municipio de Sololá.

- (Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Nutrición)
Universidad Rafael Landívar, Guatemala. 2012
20. Sánchez L. Nivel de conocimientos sobre ablactación que presentan los padres de familia de la estancia Cendi Mexiquense. (Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Nutrición) UAEM, Toluca, México. 2014
 21. Román G. Alimentación complementaria y presencia de obesidad en niños Chihuahuenses menores de 7 años, Juárez – México 2012. (Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Nutrición) UAEM, Toluca, México. 2012
 22. MINSA. Promoción y prevención de Salud [Internet] disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/oei>
 23. Teorías del aprendizaje [Internet] disponible en: http://educacion.idoneos.com/index.php/Teor%C3%ADas_del_aprendizaje
 24. WALLEY Y WONG “Enfermería Pediátrica” 4ta edición Ed. Mosby Madrid España 2005. Pág.45
 25. Aplicación de un enfoque constructivista a la educación sanitaria [Internet] disponible en: <http://www.eumed.net/rev/delos/02/cbn.htm>
 26. Brown, J. (2011). Libro de Texto: Nutrición en las diferentes etapas de la vida, (2ª. Edición) USA: Mac Graw Hill.
 27. Marín, Z. (2011). Libro de Texto: Elementos de Nutrición Humana. Editorial EUNED
 28. OPS/OMS (2012). Documento: Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington DC.
 29. O.M.S, Nuevo patrón de crecimiento. Portal del MINSA. Pág. 3 [Internet], disponible en <http://www.minsa.gob.pe/oei>

ANEXOS

ANEXO N° 01

Instrumento – Cuestionario

Buenos días Sra., somos internas de enfermería de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica. Nos encontramos realizando un estudio de investigación titulada CONOCIMIENTOS MATERNOS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 6 A 12 MESES; a fin de obtener información relacionado con la alimentación de sus niños motivo por el cual solicito su colaboración respondiendo con la mayor sinceridad posible, esta información es de carácter confidencial sólo para uso del estudio, agradezco por anticipado su colaboración:

DATOS GENERALES MATERNOS:

1. Edad de la madre:

- a) 15-20
- b) 21-30
- c) 31-40
- d) Más de 40

2. Grado de instrucción:

- a) Analfabeto
- b) Primaria completa
- c) Primaria incompleta
- d) Secundaria completa
- e) Secundaria incompleta
- f) Superior completa
- g) Superior incompleta

3. Estado civil de la madre:

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

4. Procedencia.

- a) Costa
- b) Selva
- c) Sierra

5. Ingreso Económico mensual:

- a) Menos de 850
- b) 850
- c) Más de 850

6. Ocupación:

- a) Ama de casa
- b) Estudiante
- c) Trabajo dependiente
- d) Trabajo independiente

DATOS DE CONOCIMIENTOS MATERNOS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA:

7. ¿Qué es para usted la alimentación complementaria?

- a) Dar a nuestros niños otro tipo de leche que no sea leche materna.
- b) Es dar al niño otros alimentos como papillas a partir de los 6 meses más leche materna.
- c) Darle papillas a nuestros niños y otras leches sin lactancia materna.
- d) Dar comida de la olla familiar sin lactancia materna

8. ¿Hasta qué edad cree usted que su niño debe recibir lactancia materna?

- a) 4 meses
- b) 6 meses
- c) 12 meses
- d) 2 años

9. ¿Qué edad tenía su niño o niña cuando usted le dio otros alimentos a parte de la leche materna?

- a) 4 meses
- b) 5 meses
- c) 6 meses
- d) 12 meses

10. ¿Cuántas veces al día le da de comer a su niño o niña?

Elija la edad que tiene su niño o niña y marque la respuesta:

De 6 meses:

- a) 1 vez + lactancia materna
- b) 2 veces + lactancia materna
- c) 3 veces + lactancia materna
- d) 5 veces + Lactancia materna

De 7 y 8 meses:

- a) 1 vez + lactancia materna
- b) 2 veces + lactancia materna
- c) 3 veces + lactancia materna
- d) 5 veces + lactancia materna

De 9 a 12 meses:

- a) 1 vez + lactancia materna
- b) 2 veces + lactancia materna
- c) 3 veces + lactancia materna
- d) 5 veces + lactancia materna

11. ¿En qué momento cree usted que es bueno dar de lactar a su niño cuando va a recibir otros alimentos?

- a) 15 minutos antes que coma
- b) 15 minutos después que coma
- c) Entre comidas
- d) A cualquier momento

12. ¿Además de dar lactancia materna, la alimentación que recibe su niño debe ser rica en:

Proteínas (Carne, vísceras, leche, queso, menestras, huevo, etc.)

Carbohidratos (papa, camote, yuca, cereales, fideos etc.)

Grasas (Aceite, mantequilla, etc.)

Elija la edad que tiene su niño o niña y marque la respuesta:

De 6 a 7 meses:

- a) Proteínas, carbohidratos y grasas.
- b) Proteínas, carbohidratos.
- c) Proteínas, grasas y vitaminas.
- d) Solo proteínas

De 8 a 9 meses:

- a) Proteínas, carbohidratos y grasas.
- b) Proteínas, carbohidratos.
- c) Proteínas, grasas y vitaminas.
- d) Solo proteínas

De 10 a 12 meses:

- a) Proteínas, carbohidratos y grasas.
- b) Proteínas, carbohidratos.
- c) Proteínas, grasas y vitaminas.
- d) Solo proteínas.

13. ¿Cuál es la forma en que usted le ofrece los alimentos a su niño para que coma?

Elija la edad que tiene su niño y marque la respuesta:

De 6 meses:

- a) En forma de Papillas
- b) En forma Licuada
- c) En forma Triturada
- d) En forma Picada

De 7 a 8 meses:

- a) En forma de Papillas
- b) En forma Licuada
- c) En forma Triturada
- d) En forma Picada

De 9 a 12 meses:

- a) En forma de Papillas
- b) En forma Licuada
- c) En forma Triturada
- d) En forma Picada

14. ¿Cuáles son los alimentos que evitan la desnutrición?

- a) Carne, pescado blanco, leche, huevo, papa, camote, queso, mantequilla y menestras.
- b) Plátano, granadilla, manzana, pera, papaya, naranja.
- c) Apio, poro, brócoli, col, zapallo, zanahoria.
- d) Chocolate, chicle, caramelo, chisito, galletas, chupetín.

15. ¿Ud. Le da las chispitas a su niño o niña como acompañamiento en su alimentación complementaria para evitar la anemia?

SI

NO

Por qué.....

16. ¿A partir de qué edad se puede dar de comer pescado a los niños?

- a) A los 6 meses
- b) A los 7 a 8 meses

- c) A los 9 a 11 meses
- d) A los 12 meses a más

17. ¿Qué alimentos debe Ud. evitar dar a su niño (a) antes del año?

- a) Cítricos (naranja/limón)
- b) Papilla de Hígado
- c) Zumo de granadilla
- d) Papilla de plátano

III DATOS GENERALES DEL NIÑO:

18. Edad: _____

19. Sexo: M () F ()

20. Peso:.....

21. Talla:.....

22. Diagnostico Nutricional del niño o niña:

- Relación Peso/Talla:.....

- Relación Talla/Edad:.....

- Relación Peso/Edad:.....

ANEXO 02: FICHAS DE VALIDACION

FICHAS DE VALIDACIÓN

INFORME DE OPINIÓN DEL JUICIO DE EXPERTO

DATOS GENERALES

1.1. Título de la Investigación: "CONOCIMIENTOS MATERNOS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 6 A 12 MESES QUE ASISTEN AL CONSULTORIO CRED CENTRO SALUD PARCONA 2016"

1.2. Nombre de los instrumentos motivo de Evaluación: **Encuesta**

CRITERIOS	ESCALA DE VALIDACION			
	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA
	0	1	2	3
1) ¿El cuestionario recoge datos que permiten responder al problema de investigación?				✓
2) ¿El cuestionario responde a los objetivos del estudio?				✓
3) Los ítems del cuestionario, son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?				✓
4) ¿El lenguaje utilizado en el cuestionario es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?				✓

ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Promedio de valoración: Bueno

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: a) deficiente b) Baja c) Regular d) Buena

NOMBRE Y APELLIDO:	<i>Luisa F. Quispe Quispe</i>	DNI:	<i>21445123</i>
DIRECCION DOMICILIARIA:	<i>Vob. Puente Blanco D-11</i>	TELEFONO:	<i>956004215</i>
TITULO PROFESIONAL:	<i>Lic en Enfermería</i>		
GRADO ACADEMICO:	<i>Doctor en Salud Pública</i>		
MENCION:			

LUGAR Y FECHA: ICA 23 DE 07 DEL 2016

Luisa Quispe

FIRMA
CEP 12956

ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Promedio de valoración: BUENA

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: a) deficiente b) Baja c) Regular d) Buena

NOMBRE Y APELLIDO:	NELYDA SALVATIERRA OYELA	DNI:	2141151
DIRECCION DOMICILIARIA:	URB. LOS VIÑEDOS H2 M-37	TELEFONO:	056 239052
TITULO PROFESIONAL:	LIC. EN ENFERMERIA - ESPECIALISTA EN CLINICA PEDIATRICA		
GRADO ACADEMICO:	MAGISTER		
MENCION:			

LUGAR Y FECHA: ICA...4...DE...08...DEL...2016

.....
FIRMA

ASPECTOS DE VALIDACIÓN

Promedio de valoración: Buena

OPINIÓN DE APLICABILIDAD: a) deficiente b) Baja c) Regular Buena

NOMBRE Y APELLIDO:	<i>Didima Arredondo Luna</i>	DNI:	<i>21452403</i>
DIRECCION DOMICILIARIA:	<i>K33 Sto Domingo de Macora</i>	TELEFONO:	<i>213449</i>
TITULO PROFESIONAL:	<i>Lic en Enfermería</i>		
GRADO ACADEMICO:	<i>Estudios completos de Maestría</i>		
MENCION:	<i>Maestría en Administración Pública</i>		

LUGAR Y FECHA: ICA. 22. DE. 07. DEL 2016


.....
FIRMA

ANEXO N° 03
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICE	INSTRUMENTO
<p>Variable independiente:</p> <p>Conocimientos maternos sobre alimentación complementaria</p>	<p>Conjunto de conceptos teóricos que tienen las madres para brindar una adecuada alimentación de acuerdo al tiempo de vida del lactante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Definición • Edad de Inicio • Frecuencia • Consistencia • Cantidad • Contenido nutricional • Tipo de alimentos 	<p>ALTO</p> <p>MEDIO</p> <p>BAJO</p>	<p>De 16 a 22</p> <p>De 08 a 15</p> <p>Menor de 07</p>	<p>Encuesta.</p>

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICE	INSTRUMENTO
Variable dependiente: Estado nutricional del niño de 6 a 12 meses	El estado nutricional de un individuo es la resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes.	Peso – Talla	Desnutrido	P/T > 120	Encuesta.
			Sobrepeso	P/T 110 < 120	
			Normal	P/T 90 < 110	
			Desnutrición aguda leve	P/T 80 < 90	
			Desnutrición aguda moderada	P/T 70 < 80	
		Desnutrición aguda severa	P/T < 70		
		Talla – Edad	Más grande de lo normal	T/E > 100	
			Normal	T/E 95 < 100	
			Retardo en el crecimiento	T/E 90 < 95	
			Retardo del crecimiento moderado	T/E 85 < 90	

		Peso – Edad	Retardo del crecimiento severo	T/E < 85	
			Obesidad	P/E > 120	
			Sobrepeso	P/E 110 < 120	
			Normal	P/E 90 < 110	
			Desnutrido I	P/E 80 < 90	
			Desnutrido II	P/E 70 < 80	
			Desnutrido III	P/E < 70	