



UNS
ESCUELA DE
POSGRADO

**CONOCIMIENTO, PRÁCTICAS MATERNAS SOBRE
ALIMENTACIÓN INFANTIL Y EL ESTADO NUTRICIONAL
DEL NIÑO. CENTRO DE SALUD CORONGO, 2016**

**Tesis para optar el grado de Maestro en Ciencias de
Enfermería**

Autora:

Br. INGRID GRACE LLAJAMANGO CASTILLO

Asesora:

Dra. ISABEL MORGAN ZAVALETA

**NUEVO CHIMBOTE - PERÚ
2017**



UNS
ESCUELA DE
POSGRADO

CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO DE LA TESIS

Yo, Dra. Isabel Morgan Zavaleta mediante la presente certifico mi asesoramiento de la Tesis de Maestría titulada: **CONOCIMIENTO, PRÁCTICAS MATERNAS SOBRE ALIMENTACIÓN INFANTIL Y EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO. CENTRO DE SALUD CORONGO, 2016**; elaborada por la bachiller Ingrid Grace LLajamango Castillo para obtener el Grado Académico de Maestro en Ciencias de Enfermería en la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional del Santa.

Nuevo Chimbote, Agosto del 2017

.....
Dra. ISABEL MORGAN ZVALETA

ASESORA



UNS
ESCUELA DE
POSGRADO

CONFORMIDAD DEL JURADO EVALUADOR

CONOCIMIENTO, PRÁCTICAS MATERNAS SOBRE ALIMENTACION INFANTIL
Y EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO. CENTRO DE SALUD CORONGO,
2016

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

Revisado y Aprobado por el Jurado Evaluador:

.....

Dra. Margarita Huañap Guzmán

PRESIDENTA

.....

Mg. Yolanda Rodríguez Barreto

SECRETARIA

.....

Dra. Isabel Morgan Zavaleta

VOCAL

DEDICATORIA

A Dios, por haberme dado la vida y permanecer siempre conmigo en este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis queridos padres y hermanos por su apoyo incondicional, que me brindan día a día con el objetivo de lograr una meta más en mi formación profesional.

A mi amado esposo Harold por estar a mi lado en todo momento y darme su amor, comprensión y confianza, y sobre todo por sus consejos que me han servido en mi superación personal y profesional.

TE AMO

A mis amados y adorados hijos Zabi y Gael por ser el motor y motivo de mi vida para mi superación personal y profesional.

Gracias por regalarme la dicha más bonita de ser madre.

LOS AMO MIS PEQUEÑOS.

A todas las personas que de alguna manera han hecho posible la realización de este sueño.

Ingrid Grace Llajamango Castillo

AGRADECIMIENTO

A Dios por ser mi guía y por darme la oportunidad de contribuir con la salud de la niñez y la investigación en Enfermería.

A la Escuela de Postgrado y su plana docente por haberme inculcado una excelente formación en la Maestría de Ciencias de Enfermería.

A mí querida docente y asesora Dra. Isabel Morgan Zavaleta, por su tiempo, orientación en la presente investigación.

A las madres de los lactantes y niños que participaron voluntariamente en el estudio de investigación.

Al Personal del Centro de Salud Corongo por su apoyo incondicional y colaboración en la ejecución y culminación de la presente investigación.

INDICE

	Pág.
Constancia de Asesoramiento de tesis	III
Conformidad del Jurado Evaluador	IV
Dedicatoria	V
Agradecimiento	VI
Índice	VII
Lista de tablas	IX
Lista de gráficos	X
Resumen	XI
Abstract	XII
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1. Planteamiento y fundamentación del problema de investigación	3
1.2. Antecedentes de la investigación	6
1.3. Formulación del Problema de Investigación	11
1.4. Delimitación del estudio	11
1.5. Justificación e Importancia de la Investigación	12
1.6. Objetivos de la investigación: General y específicos	14
CAPITULO II: MARCO TEORICO	15
2.1 Fundamentación teóricos de la investigación	16
2.2 Marco Conceptual	20
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO	33
3.1 Hipótesis central de la investigación	34
3.2 Variables e indicadores de la investigación	34

3.3 Métodos de la Investigación	36
3.4 Diseño o esquema de la investigación	36
3.5 Población y muestra	37
3.6 Técnicas e instrumentos de la investigación	38
3.7 Procedimiento para la recolección de datos	40
3.8 Técnicas de procesamiento y análisis de los datos	41
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	42
4.2 Discusión	53
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	66
5.1. Conclusiones	67
5.2 Recomendaciones	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	75

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Estado nutricional del niño. Centro de Salud Corongo, 2016.	43
Tabla 2. Nivel de conocimiento materno sobre alimentación infantil. Centro de Salud Corongo, 2016.	45
Tabla 3. Practicas maternas sobre alimentación infantil. Centro de Salud Corongo, 2016.	47
Tabla 4. Relación entre el conocimiento materno sobre alimentación infantil y el estado nutricional del niño. Centro de Salud Corongo, 2016.	49
Tabla 5. Relación entre prácticas maternas sobre alimentación Infantil y el estado nutricional del niño. Centro de Salud Corongo, 2016.	51

LISTA DE GRÁFICOS

		Pág.
Gráfico 1.	Estado nutricional del niño. Centro de Salud Corongo, 2016.	44
Gráfico 2:	Nivel de conocimiento materno sobre alimentación infantil. Centro de Salud Corongo, 2016	46
Gráfico 3:	Practicas maternas sobre alimentación infantil. Centro de Salud Corongo, 2016.	48
Gráfico 4:	Relación entre el conocimiento materno sobre alimentación infantil y el estado nutricional del niño. Centro de Salud Corongo, 2016.	50
Gráfico 5:	Relación entre prácticas maternas sobre alimentación infantil y el estado nutricional del niño. Centro de Salud Corongo, 2016.	52

RESUMEN

El presente trabajo de investigación cuantitativo, de tipo descriptivo correlacional y corte transversal, es sustentado en la teoría del rol maternal de Ramona T. Mercer. Tiene por objetivo conocer el conocimiento, practicas maternas sobre alimentación infantil y el estado nutricional del niño, Centro de Salud Corongo, 2016. La muestra estuvo constituida por 65 madres y 65 niños de 6 meses a 2 años de edad, que se atendieron en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Corongo; que reunieron los criterios de inclusión. Para la recolección de datos se utilizó los instrumentos: Cuestionario de nivel de conocimiento sobre alimentación infantil, el cuestionario sobre prácticas alimentarias y ficha de diagnóstico del estado nutricional del niño, el análisis de datos se realizó mediante la prueba estadística de Independencia de Criterios (Chi cuadrado), teniendo las siguientes conclusiones:

- El 76,9% de los niños asistentes del Centro de Salud Corongo, presenta un estado nutricional normal, y el 23.1% de los niños presentan un estado de Desnutrición.
- El 55,3% de las madres presenta conocimiento sobre alimentación infantil regular, el 26,2% deficiente y el 18,5% obtuvo un conocimiento bueno.
- El 83.3 % de madres presentan conocimiento regular, sobre un normal estado nutricional de los niños que fueron atendidos en el Centro de Salud.
- El 75,4% reciben prácticas Maternas adecuadas, sólo el 24,6% reciben prácticas Maternas inadecuadas.
- Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento materno, las prácticas maternas y estado nutricional del niño, por tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alternativa ($p < 0.05$). Significativo.

Palabras clave: Prácticas alimentarias, Conocimiento; Materno; Estado nutricional.

ABSTRACT

The present quantitative research work, descriptive correlational and transversal, is supported by the theory of the maternal role of Ramona t. Mercer. Its objective is to know the knowledge, maternal practices on infant feeding and the nutritional status of the child, corongo health center, 2016. The sample consisted of 65 mothers and 65 children from 6 months to 2 years of age, who were cared for in the Office of Growth and Development of the Corongo Health Center; Which met the inclusion criteria. For data collection, the following instruments were used: Knowledge questionnaire on infant feeding, questionnaire on feeding practices and diagnostic chart of the nutritional status of the child, data analysis was performed using the statistical test of Independence of Criteria (Chi Square), having the following conclusions:

- 76.9% of the children attending the Corongo Health Center have a normal nutritional status, and 23.1% of the children have a malnutrition status.
- 55.3% of the mothers present knowledge about regular infant feeding, 26.2% deficient and 18.5% had good knowledge.
- 83.3% of mothers present regular knowledge about a normal nutritional status of children who were cared for at the Health Center.
- 75.4% receive adequate Maternal practices, only 24.6% receive inadequate Maternal practices.
- There is a statistically significant relationship between maternal knowledge, maternal practices and nutritional status of the child. Therefore, the null hypothesis is rejected and the alternative is accepted ($p < 0.05$). Significant.

Key words: Food practices, Knowledge; Maternal; Nutritional status.

INTRODUCCION

El crecimiento y el desarrollo (CRED) del niño son los ejes conceptuales alrededor de los cuales se va vertebrando la atención de su salud. El monitoreo del crecimiento se destaca como una de las estrategias básicas para la supervivencia infantil.

Entre los objetivos principales de esta asistencia no sólo se cuenta el de atender a las necesidades actuales del niño a una edad determinada, sino el de asistirlo con un criterio preventivo, evolutivo y aun prospectivo, teniendo en cuenta sus características cambiantes, dinámicas, para que llegue a ser un adulto sano.

Es por ello que la vigilancia del crecimiento adquiere tanta sensibilidad en esta etapa como indicador positivo de salud, ya que hace posible la identificación de riesgos o problemas.

En la actualidad, el mundo se enfrenta a una doble carga de malnutrición que incluye la desnutrición, que es la forma más frecuente de malnutrición en nuestra población infantil y la alimentación excesiva, que constituye un hallazgo cada vez más frecuente en nuestros niños.

El estado nutricional, en cualquiera de sus formas, presenta riesgos considerables para la salud humana; y con frecuencia, el conocimiento y las prácticas inapropiadas sobre alimentación es un factor determinante de la malnutrición, incluso más importante que la falta de alimentos.

La adecuada alimentación complementaria va a depender en primera instancia de la madre, por tanto, es necesario establecer que conocimiento tiene y como práctica la alimentación complementaria, si esta no tiene los conocimientos necesarios, se podría originar serias repercusiones en el crecimiento y desarrollo del niño; por lo cual es relevante identificar estos aspectos, para ayudar a dar solución a los problemas que están presentes durante este proceso de introducción de nuevos alimentos.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

En la actualidad, el mundo se enfrenta a una doble carga de malnutrición que incluye la desnutrición y la alimentación excesiva. La malnutrición también se caracteriza por la carencia de diversos nutrientes esenciales en la dieta, en particular hierro, ácido fólico, vitamina A y yodo. Organización Mundial de la Salud, 2010 (OMS)

La desnutrición, en cualquiera de sus formas, presenta riesgos considerables para la salud humana. La desnutrición constituye a cerca de un tercio de todas las muertes infantiles. Las crecientes tasas de sobrepeso y obesidad en todo el mundo están asociadas a un aumento en las enfermedades crónicas como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes. Estas enfermedades están afectando con cifras crecientes a las personas pobres y las más vulnerables (OMS, 2010).

Con frecuencia, el conocimiento y las prácticas inapropiadas sobre alimentación es un factor determinante de la malnutrición, incluso más importante que la falta de alimentos (OMS, 2003). Las deficiencias nutricionales durante los primeros años de vida, limitan el crecimiento y desarrollo del niño, originando efectos irreversibles (Alarcón y García, 2008) (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF, 2008) (OMS, 2011). De acuerdo con el informe “Progreso para la Infancia: un balance sobre nutrición” de la ONU, el 27% de la población infantil de países en desarrollo, tiene peso inferior al normal y es causa de muerte de 5,6 millones de niños al año (Bove y Cerruti, 2007). Paralelamente, el sobrepeso y obesidad infantil en

79 países en desarrollo, donde vive un 87,8% de niños menores de cinco años, tienen una tasa de prevalencia general de 3,3%, la misma, que en 21 de ellos es mayor del 5%. (UNICEF, 2008).

El Perú es uno de los países de América Latina con más alta prevalencia de desnutrición crónica en la infancia, sólo superado por Guatemala, Haití, Honduras, Ecuador y Bolivia. Asimismo, debido a su peso poblacional, el Perú se encuentra entre los 36 países que concentran el 90% de los desnutridos crónicos menores de 5 años de todo el mundo, en donde está incluido los lactantes menores (CESIP/IBFAN Perú, 2009).

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES (2012), confirmando la reducción del nivel de la desnutrición crónica en los niños menores de cinco años, grupo que abarca lactantes y preescolares, en efecto, este indicador disminuye en 1,7 puntos porcentuales, de 15,2% en el año 2011 a 13,5% en el año 2012, cuando se utiliza el Patrón Internacional de Referencia recomendado por National Center for Health Statistics (NCHS) y, en 1,4 puntos porcentuales cuando se utiliza el Patrón de Referencia de Crecimiento Internacional Infantil de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que pasa de 19,5% a 18,1%, en el mismo periodo (INEI-ENDES, 2013).

En el año 2013 a nivel nacional, la desnutrición crónica afectó al 17,5% de niñas y niños menores de cinco años de edad, esta situación reflejaría una tendencia decreciente al observar en el año 2009 que fue de 23,8%. La desnutrición crónica presentó una diferencia de 2,0 puntos porcentuales, en el grupo de niñas y niños menores de seis meses de edad fue 11,6% y, en los

infantes de seis a ocho meses de edad este porcentaje fue 14,3%, observándose un incremento con la edad, alcanzando el más alto porcentaje en el grupo de niñas y niños de 18 a 23 meses de edad (25,2%) (INEI-ENDES, 2014).

Aunque el Perú ha avanzado notablemente en disminuir la tasa nacional de desnutrición crónica infantil, aún hay grandes diferencias entre los distritos y provincias más desarrollados y los más alejados. En el año 2009 la tasa de desnutrición crónica en niños menores de cinco años bordeaba el 27%, pero, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del INEI, al año 2013 el porcentaje bajó a 17.5%, lo que quiere decir que uno de cada cinco niños estaban desnutridos (INEI-ENDES, 2013).

El Centro de Salud Corongo pertenece a la DIRESA Huaraz, Red de salud Huaylas Norte, en el servicio de CRED, se identifican que existen problemas de salud en niños menores de dos años tales como: desnutrición, anemia ferropénica, sobrepeso, obesidad, IRA, EDA., al interactuar con las madres en especial en aquellos que por primera vez tienen un hijo ellos manifiestan: “No sé cómo voy a alimentar a mi niño”, “tengo miedo que le pueda caer mal cualquier alimento por eso quiero que me expliquen, mientras que las demás siguen teniendo dudas e interés por aprender más sobre la nutrición de su niño, algunas manifestaron: “yo a mi primer hijo le daba calditos bien sustanciosos y la carne lo dejaba para los adultos...” Dicen que no es bueno darle hierbitas porque no les alimenta...” “A veces le compro compotas de frutas en la farmacia porque dicen que es bueno...” ¿Se debe dar licuado los alimentos?.

Así surgen las siguientes interrogantes: ¿Cuáles serán las principales dudas que poseen los padres sobre alimentación infantil? ¿Comprenden realmente la orientación de la enfermera sobre alimentación infantil? Lo cual me lleva a pensar: si los conocimientos sobre una adecuada alimentación infantil de las madres asistentes al consultorio de Crecimiento y desarrollo son efectivas o falta realizar un reforzamiento en algunos aspectos. Ante la realidad problemática descrita se formula la siguiente interrogante.

1.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:

En el Ámbito Internacional

En Colombia Figueredo, Albano, Araujo & Col. (2012) realizaron un estudio sobre el estado nutricional en lactantes, del ambulatorio “Dr. J. M. Vargas” Barquisimeto, Lara. Cuyo objetivo fue determinar el estado nutricional del lactante, aplicando a las madres encuestas estructuradas, las cuales contenía las variables: edad, sexo, estrato socio-económico y datos antropométricos (peso y talla). Los datos antropométricos fueron llevados a las tablas de la OMS e interpretados según la combinación de indicadores peso/edad, peso/talla y talla/edad. En donde obtuvieron los siguientes resultados: Del total de la muestra estudiada 66,0% presentó estado nutricional normal; el 15,5% presentó desnutrición y 8,7% malnutrición por exceso. La mayoría de los niños pertenecía al estrato IV (77,0%) y se apreció un aumento de desnutrición en estratos más bajos

En Cuba, Rodríguez, Jiménez, Pineda y Col. (2011), realizaron un trabajo de investigación titulado “Lactancia materna y prácticas alimentarias

en niñas y niños menores de dos años de edad en Cuba”, donde se estudiaron a 922 menores de todo el país. Obteniendo como resultados: una prevalencia de LME del 23,6%, se encontró una asociación significativa entre la LME y el bajo peso al nacer; el 62,5% de las niñas y niños en esa categoría fueron alimentados con LME hasta el sexto mes de vida. El 88,8% de los menores fueron amamantados durante la primera hora de vida y el 96,3% de estos recibieron lactancia materna predominante hasta el sexto mes. La lactancia se prolongó entre los 6 meses y dos años de vida en el 31,5% de los encuestados. Los alimentos sólidos y semisólidos se introdujeron entre los 6 y 7 meses en el 67,4% de las niñas y niños. La diversidad dietética mínima solo fue satisfecha por el 35,6%, mientras que el 86,5% de las madres encuestadas declaró suministrar, al menos, cuatro tipos de alimentos ricos en hierro entre los 6 y los 23 meses de edad. Es decir la alimentación complementaria mostró un adecuado suministro y consumo de alimentos ricos en hierro pero a los menores de dos años de edad, no se les suministran los alimentos con la variedad requerida.

En Argentina Gatica & Medez de Feu (2009) realizaron un estudio sobre “Prácticas de alimentación en niños menores de 2 años” cuyo objetivo fue determinar la edad de introducción de alimentación complementaria, su tipo, composición y adulto involucrado, en niños sanos menores de 2 años de las provincias de Mendoza, San Juan y San Luis. Los resultados mostraron que la edad promedio fue de: $11,3 \pm 6,1$ meses, respecto a las prácticas de alimentación el 66,53% de los niños recibió LM, el 95,12% que no tenía LM, había recibido durante $7,8 \pm 5,2$ meses. A menor edad materna mayor frecuencia de LM. El 64,24% recibía puré/papillas desde los 6 meses,

enriquecida con aceite, leche o queso; carnes desde los $7,8 \pm 2,1$ meses (intervalo 3-19), huevos desde $8,4 \pm 2,6$ meses (intervalo 3-20); bebidas azucaradas desde $10,49 \pm 3,52$ meses. La madre ofreció la primera comida (88,72%) y la ofrecía habitualmente (91,44%). La TV estaba prendida durante la comida en 50,87%. Conclusión. Fueron prácticas frecuentes: Lactancia Materna, mayor a menor edad materna; incorporación de comidas al 6to mes, enriquecimiento de la comida inicial; amplio intervalo en la edad de incorporación de huevo y carne; incorporación temprana de bebidas azucaradas y exposición a la televisión durante la comida. La mamá ofrecía la comida habitualmente.

En el Ámbito Nacional

En Trujillo Zamora y Ramírez (2013) realizaron una investigación titulada "Conocimiento sobre alimentación infantil y prácticas alimentarias de madres con niños de 1 a 2 años de edad". Investigación descriptivo-correlacional de corte transversal, tuvo por objetivo de determinar el conocimiento y prácticas alimentarias sobre alimentación infantil y la relación entre ambas variables. La muestra estuvo conformada por 49 madres, seleccionadas mediante muestreo aleatorio simple. En dónde obtuvo que el 63.3% de las madres presenta un conocimiento deficiente, sólo el 36,7% presentó un conocimiento bueno. Respecto a las prácticas el 51.0% tiene prácticas inadecuadas y el 49.0% prácticas adecuadas. Se concluye que el nivel de conocimiento y prácticas alimentarias de las madres es deficiente en mayor porcentaje, y que existe relación altamente significativa entre

conocimiento y prácticas alimentarias de las madres en estudio (valor-p = 0.0002467).

En Lima Gamarra, Porroa y Quintana (2010) realizaron un estudio denominado “Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima”. Donde obtuvo como resultados que el 81% de participantes mostró nivel de conocimientos alto, 65% estuvo en total acuerdo con la Lactancia Materna Exclusiva (LME) durante los 6 primeros meses de vida, 63% estaba de acuerdo con prácticas adecuadas en alimentación complementaria. La mayoría percibía que la LM debía ser hasta dos años, porque ayuda a la formación de órganos y para que el niño crezca sano; la Alimentación Complementaria, se inicia a los seis meses, porque ayuda a la formación del estómago, el niño tiene más apetito y la LM ya no es suficiente; el consumo de alimentos de origen animal, frutas y verduras debía ser diario; durante la diarrea se brindaría abundante líquidos y mayor frecuencia de alimentos y en menor cantidad. Conclusiones: Las madres presentaron nivel de conocimiento alto (81%) y actitudes favorables (66,7%) sobre alimentación infantil, y sus percepciones en general coincidían con ello.

En Huancayo Unsihuay (2009) realizó un estudio sobre “Conocimiento materno sobre alimentación complementaria y estado nutricional del lactante menor” tuvo por objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante menor de la comunidad urbano marginal Santa Isabel distrito de Huancayo. A través del estudio concluyo que la mayoría de las madres tuvo un nivel regular de conocimientos sobre alimentación complementaria

mientras que un menor número tuvo un nivel de conocimiento bueno. El mayor porcentaje de niños lactantes menores tuvo un estado nutricional de desnutrido mientras que una minoría de niños un estado nutricional eutrófico y obeso. Finalmente sí existió una relación significativa entre el nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante menor en la comunidad Santa Isabel Huancayo.

En el Ámbito Local:

Solsol y Ulloa (2013) realizaron un estudio titulado “Prácticas alimentarias y su relación con el estado nutricional del lactante de 6 meses a 11 meses del Puesto de salud Villa María”. En donde tuvieron por objetivo conocer la relación entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional, del lactante, en donde llegaron a las siguientes conclusiones que el 77.1% de los lactantes presentaron prácticas alimentarias adecuadas y el 22.9% restante prácticas inadecuadas. El 70.0% de los lactantes presentaron un estado nutricional normal, seguido de un estado nutricional de sobrepeso (17.1%) y un 12.9% de lactantes presentó desnutrición, concluyendo que si existe relación entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional, del lactante de 6 meses a 11 meses ($p < 0.05$).

Cortez y Mendoza (2006) en su estudio Algunos factores maternos y el estado nutricional en lactantes de 6 -24 Meses. Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón - Nuevo Chimbote” 2006, tuvo como objetivo conocer en qué medida se relacionan algunos factores maternos y el estado nutricional de lactantes de 6 a 24 meses atendidos en el Módulo de Pediatría, entre los

meses de diciembre 2005 a febrero 2006. La población muestral estuvo constituida por 160 lactantes. Llegando a las siguientes conclusiones: El 100% de los lactantes estudiados entre 6 y 24 meses de edad, el menor porcentaje (8.8%) presentan un estado nutricional no eutrófico (4.4% son niños desnutridos y el otro 4.4% son niños obesos) mientras que el mayor porcentaje (91.2%) presenta un estado nutricional eutrófico. Algunos factores socioeconómicos maternos como la edad, la ocupación, el estado civil, el grado de instrucción y el número de hijos no guardan asociación estadística significativa con el estado nutricional; sin embargo la edad de la madre se constituye en un riesgo elevado, el grado de instrucción de la madre constituye un riesgo muy elevado, la ocupación, el estado civil y el número de hijos de la madre se constituye en un riesgo moderado, para un estado nutricional no eutrófico.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION:

Ante la realidad antes descrita, se plantea la siguiente interrogante

¿Existe relación entre conocimiento, practicas maternas sobre alimentación infantil y el estado nutricional del niño Centro de Salud Corongo, 2016?

1.4 DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO:

- El presente estudio se realizó en el Centro de salud Corongo, que está ubicado en el distrito de Corongo en la plaza de armas de dicha localidad, pertenece a la Red de salud Huaylas Norte es de categoría I – 3. Es decir es un centro de salud sin internamiento

- La presente investigación fue aplicada durante los meses de Julio a Agosto, del año 2016.
- La población de estudio estuvo constituida por madres de familia de niños de 6 meses a 2 años.

1.5 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN:

A pesar que en los últimos años se observó un leve descenso de la desnutrición y un aumento del sobrepeso y la obesidad infantil, contexto que evidencia la mal nutrición, la cual se detecta en el consultorio de CRED donde las madres muchas veces mantienen costumbres ancestrales en la crianza de sus hijos, la mayoría trabaja en el campo y además desconocen las características de la alimentación complementaria; esto trae consecuencias negativas para el crecimiento del niño como, enfermedades diarreicas y respiratorias entre otras, incrementando las tasas de morbimortalidad infantil.

La adecuada alimentación complementaria va a depender en primera instancia de la madre, por tanto, es necesario establecer qué conocimiento tiene y cómo práctica la alimentación complementaria, si la madre no tiene los conocimientos necesarios, se podría originar serias repercusiones en el crecimiento y desarrollo del niño; por lo cual es relevante que el profesional de enfermería identifique estos aspectos, para ayudar a dar solución a los problemas que están presentes durante este proceso donde inicia con su alimentación.

Es necesario profundizar en este tema por la relevancia pertinente, de esta manera la presente investigación aporta de manera significativa, un conocimiento válido científicamente y permitiendo conocer la situación en la que se encuentra nuestra población de estudio en lo referente conocimiento, práctica alimentaria y estado nutricional del niño de 6 meses a 2 años.

La presente investigación es importante debido a que los resultados del presente estudio servirán como información actualizada y relevante a la enfermera que labora en el área niño para que repotencie el proceso de aprendizaje de la madre mediante actividades interactivas destinadas a incrementar el conocimientos sobre la alimentación complementaria, teniendo en cuenta los valores culturales, la condición social y otros, lo cual contribuirá al crecimiento y desarrollo saludable del niño.

Por consiguiente el presente trabajo es importante para las madres de los niños de 6 meses a 2 años, porque con ellas se va a tomar una relativa sensibilización frente a esta problemática y servirá de base para formular estrategias que promuevan prácticas alimentarias adecuadas.

Es de relevancia la investigación, para enfermería, debido a que fortalece las líneas de investigación en el área niño, así como el campo de actuación del profesional de enfermería, incrementando los conocimientos referentes al tema, ampliando y mejorando los contenidos. En la actualidad el profesional de enfermería se involucra en el control de crecimiento y desarrollo, encontrando resultados positivos, donde una correcta alimentación contribuye con el crecimiento psicomotor del niño y con la relación social entre los demás integrantes de la familia.

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

1.6.1 Objetivo General:

- ❖ Conocer la relación entre el conocimiento, practicas maternas sobre alimentación infantil y el estado nutricional del niño .Centro de Salud Corongo, 2016.

1.6.2 Objetivos Específicos:

- ❖ Identificar el estado nutricional del niño. Centro de Salud Corongo, 2016
- ❖ Identificar el conocimiento materno sobre alimentación infantil en las madres de niños. Centro de Salud Corongo, 2016
- ❖ Identificar las prácticas maternas en el niño. Centro de Salud Corongo, 2016
- ❖ Determinar la relación entre conocimiento materno sobre alimentación infantil y el estado nutricional del niño. Centro de Salud Corongo, 2016
- ❖ Determinar la relación entre las prácticas maternas y el estado nutricional del niño. Centro de Salud Corongo, 2016

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación centra su estudio en el conocimiento sobre la alimentación, la prácticas alimentarias y su relación con el estado nutricional y se sustenta en la **teoría del Rol Maternal de Ramona Mercer** (Marriner & Raile, 2011).

Mercer (2004) señala que la adopción del rol maternal es un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de sus cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro de dicho rol, lo que constituye el punto final de la adopción del rol maternal, es decir la identidad como madre; así mismo, la capacidad de cumplimiento del rol a la maternidad puede depender de factores propios como los del ambiente también.

El rol materno es un papel que la madre adopta de forma dinámica, tal como lo propone Mercer (2004) en la teoría de la adopción del rol materno se desarrolla en la interacción de la madre con tres contextos o sistemas: el *Microsistema* es el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol materno, que incluye la familia y ciertos factores propios del contexto; las variables del microsistema interaccionan (Conocimiento materno sobre la alimentación infantil, prácticas alimentarias maternas) con una o más variables que afecta el rol maternal; el niño como individuo está incluido en el sistema familiar. La familia está considerada como un sistema semicerrado que mantiene los límites y el control sobre el intercambio entre el sistema familiar y los otros sistemas, el microsistema es la parte más influyente en la adopción del rol maternal; (basado en la relación madre-niño, la cual se ve

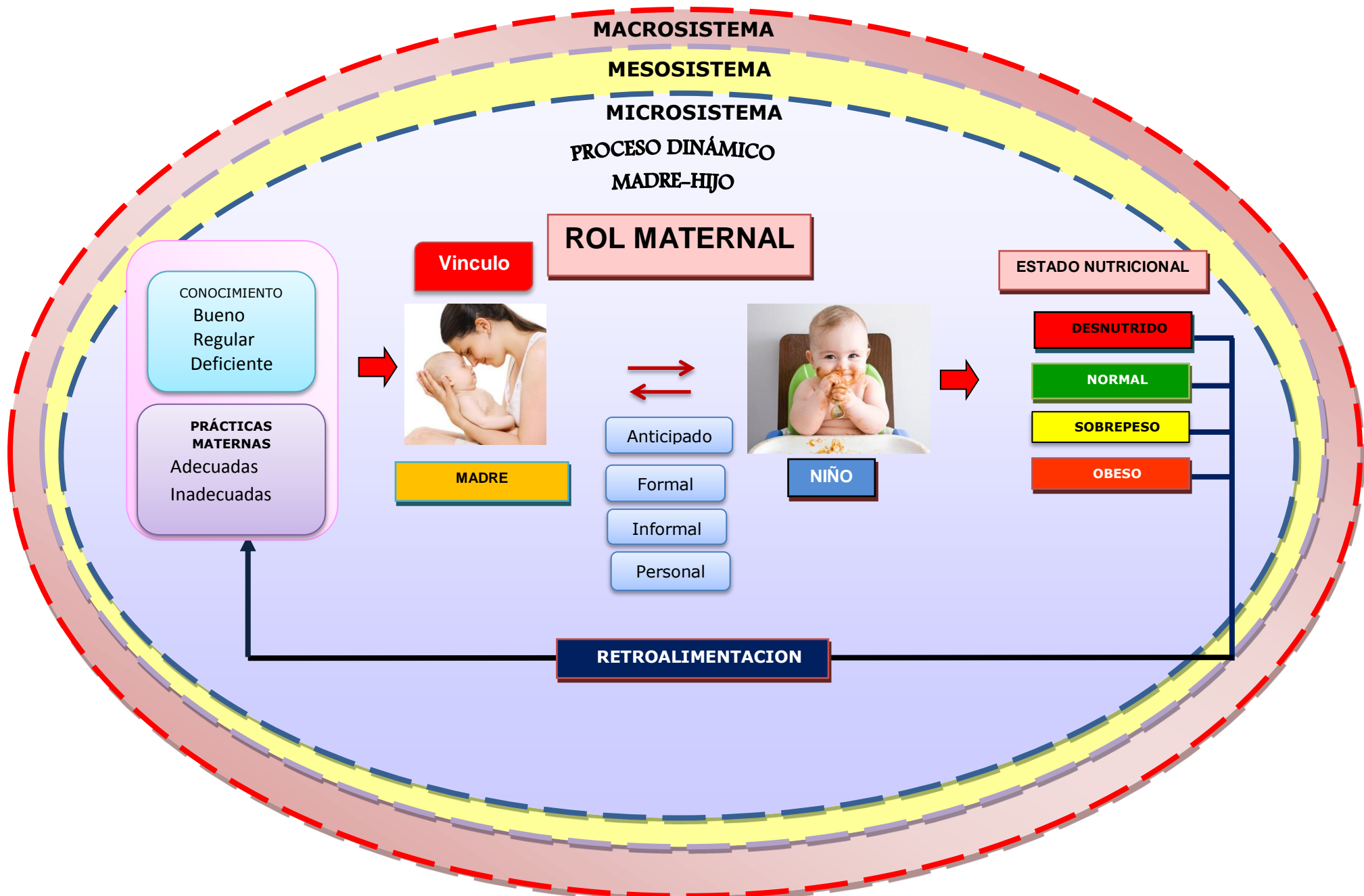
influenciada por la relación madre-padre, etc.); *el mesosistema*, influye e interactúa con las personas en el microsistema, las interacciones del mesosistema pueden influir en lo que ocurre al rol materno en el desarrollo del niño de 6 meses a 2 años, el mesosistema incluye la guardería, la escuela, el entorno laboral, las entidades de la comunidad más inmediatas y el *macrosistema*, hace referencia a los prototipos generales que existen en una cultura en particular o en la coherencia cultural transmitida, el macrosistema incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas. El entorno de cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud sobre la adopción del rol materno origina el macrosistema.

La adopción del rol maternal es un proceso que se produce en las cuatro fases siguientes (adoptado a partir de Thornton y Nardi, 1975):

La *fase Anticipatoria*, comienza con la adaptación social y psicológica al rol mediante el aprendizaje de las expectativas que comporta. La madre fantasea sobre el papel que ha de adoptar, se relaciona con el feto en el útero inicia su desempeño del rol. La *fase Formal*, comienza con la asunción del rol en el nacimiento; las conductas del rol están orientadas por las expectativas formales consensuadas de otras personas del sistema social materno. La *fase Informal*, se inicia cuando la madre desarrolla formas propias de asumir su rol con independencia del sistema social. Y la *fase Personal*, donde la madre experimenta un sentimiento de armonía, confianza y competencia con la forma en que desempeña su papel; el rol maternal se considera alcanzado (Marriner & Raile, 2011).

Así mismo la relación es bilateral se da a través de las características propias de la madre y del niño esta interacción permite el desarrollo de la identidad materna a través de las repuestas de desarrollo del niño las cuales están representadas en cuatro características: Contacto visual con la madre mientras la habla, reflejo de prensión; el reflejo de sonreír y conducta tranquila en respuesta a los cuidados de la madre, las conductas interactivas coherentes con la madre; las respuesta de obtención por parte de la madre; aumento de la movilidad.

A continuación se presenta la representación de la teoría de rol maternal adaptada a la presente investigación.



ESQUEMA DEL CONOCIMIENTO, PRÁCTICAS MATERNAS SOBRE ALIMENTACIÓN INFANTIL Y EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO. CENTRO DE SALUD CORONGO, 2016. BASADO EN RAMONA T. MERCER

2.2. MARCO CONCEPTUAL

La alimentación infantil temprana es un proceso social que debe ofrecer responsablemente alimentos a los niños en sus primeros años de vida, desde el nacimiento hasta los 3 años, con la finalidad de asegurar un buen estado de salud, y el desarrollo pleno de sus capacidades y potencialidades físicas, cognoscitivas y psicológicas. La necesidad de asegurar una buena alimentación infantil temprana en los primeros años de vida está íntimamente relacionada con los procesos fisiológicos que se suceden en esta etapa, donde la tasa de crecimiento de los niños es la más significativa durante toda su vida. Los primeros 6 meses de vida se caracterizan por la inmadurez del proceso digestivo y de los procesos metabólicos que esto implica (deglución, digestión, absorción), pues por ahora su organismo está predispuesto a ingerir y digerir la leche materna, otro tipo de leche (de vaca por ejemplo) tiene una alta carga de proteínas, que el estómago del niño no puede digerir. Sin embargo afortunadamente para el niño, en este periodo, solo la leche materna satisface todos sus requerimientos nutricionales (Dewey, 2003)

2.2.1. Práctica alimentaria

Las prácticas de alimentación se refieren a los comportamientos específicos que caracterizan a las interacciones durante la alimentación (por ejemplo, el número de bocados que se ofrecen, la reacción de los padres frente a la aceptación/rechazo del niño, etc.). Las recomendaciones y evaluaciones de las interacciones durante la alimentación a menudo se centran en las prácticas (por ejemplo: cuándo introducir utensilios; qué

hacer cuando un niño se niega a comer, etc.) (Black & Creed-Kanashiro, 2012).

A continuación presentamos la adecuada práctica alimentaria según las normas del ministerio de salud del Perú.

❖ **La práctica alimentaria infantil en las niñas y niños de 6 a 24 meses**

A partir de los 6 meses de edad la niña o niño además de continuar con la lactancia materna necesita iniciar la alimentación complementaria, Por lo cual es difícil que los niños amantados exclusivamente alcance sus necesidades nutricionales a partir de la leche materna únicamente, Más aún en términos de desarrollo (Taylor y Morron, 2001).

A continuación se presentan los contenidos básicos de la práctica de alimentación y nutrición del niño. Considerando que los determinantes del estado nutricional son multifactoriales, las prácticas deben promover principalmente aspectos vinculados con la alimentación, salud, higiene y apoyo psicoafectivo. Los aspectos básicos, que se describen a continuación, se han organizado de la siguiente manera: 6 a 8 meses, 9 a 11 meses, 1 a 2 años; los cuales hacen referencia al contenido técnico de documentos normativos: (Lineamientos de Nutrición Materno Infantil, NTS N.º 040-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño, Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva aprobado con Resolución Ministerial N.º 668-2004/MINSA).

Estos aspectos deben tomarse en cuenta al momento de analizar los factores determinantes del estado de nutrición y salud, al buscar alternativas de solución y al promover prácticas adecuadas.

❖ **La práctica alimentaria de la niña y niño de 6 a 8 meses**

Leche materna Darle de lactar todas las veces que la niña o niño quiera, por lo menos ocho veces durante el día y la noche.

Consistencia Iniciar la introducción de alimentos diferentes a la leche materna, con comidas espesas como papillas, purés, mazamorras, utilizando alimentos de la olla familiar y de la zona.

Cantidad Servir la mitad de un plato mediano de comida espesa cada vez que se le ofrezca de comer (iniciará con dos o tres cucharadas hasta llegar a cinco).

Frecuencia A los seis meses, dar dos comidas al día más leche materna. A los siete u ocho meses, dar tres comidas al día más leche materna.

Calidad.- Agregar diariamente a sus comidas, por lo menos, una porción de alimentos de origen animal: huevo, queso, pescado, hígado, “sangrecita”, pollo, etc. Introducir los alimentos nuevos uno a la vez, aumentando poco a poco la variedad de los alimentos.

Suplementos de hierro y vitamina A.

Usar la sal yodada.- Consumo del suplemento de hierro a partir del sexto mes. En zonas vulnerables recibir el suplemento de vitamina A. Promover el consumo de sal yodada.

Otros consideraciones.- Incluir todos los días, alimentos recomendados de los diferentes grupos: cereales, tubérculos y menestras, carnes y huevos, lácteos, frutas y verduras de color verde o color naranja o amarillo.

Adicionar una cucharadita de aceite vegetal a la comida principal para mejorar la densidad energética. Preparar menestras sin cáscara (lentejas, habas, arvejas, frijoles). Por cada cucharada de menestra sirva dos cucharadas de cereal (arroz, quinua, trigo, etc.).

Cada niña o niño debe tener su propio plato, taza y cubierto. Lavado de alimentos que no serán cocidos (frutas y verduras) con abundante agua segura (hervida, purificada, filtrada o clorada). Lavado de manos, con agua segura y jabón o detergente, de la niña o niño, madre, padre o cuidadores: antes de preparar y servir la comida, antes de alimentar a la niña o niño, después de ir al baño y después de cambiar el pañal. Lavar con agua segura platos, cubiertos y otros utensilios que son empleados para comer.

Eliminar las excretas de la niña o niño fuera del hogar. Mantenga los animales fuera del hogar. Importancia de las caricias, besos, abrazos, masajes, conversación, cuentos, cantos y juegos. Es importante ofrecerle al niño un ambiente agradable y tranquilo al momento de comer y ofrecerle la comida con afecto.

Es importante que el padre participe en el cuidado, control del crecimiento y desarrollo y fortalecimiento del vínculo afectivo de la niña o niño.

❖ **La práctica alimentaria de la niña y niño de 9 a 11 meses**

Leche materna.- Continuar con la lactancia materna todas las veces que la niña o niño quiera, por lo menos seis veces durante el día y la noche.

Consistencia

Continúe dándole comidas espesas, pero ahora incluir preparaciones sólidas (picado o pequeños trocitos) y variadas utilizando alimentos de la olla familiar.

Cantidad. Servir casi completo el plato mediano (3/4) de comida picadita cada vez que se le ofrezca de comer (cinco a siete cucharadas).

Calidad.- Agregar diariamente a sus comidas, por lo menos, una porción de alimento de origen animal: huevo, queso, pescado, cuy, hígado, “sangrecita”, pollo, etc.

Frecuencia Dar tres comidas al día más un refrigerio.

Suplementos de hierro y vitamina A.

Uso de sal yodada Consumo del suplemento de hierro. En zonas vulnerables recibir el suplemento de vitamina A. Promover el consumo de sal yodada.

Otros

Incluir todos los días alimentos recomendados de los diferentes grupos: cereales, tubérculos y menestras, carnes y huevos, lácteos, frutas y verduras de color verde o color naranja o amarillo. Agregar una cucharadita de aceite vegetal en la comida principal para mejorar la densidad energética. Preparar menestras sin cáscara (lentejas, habas, arvejas, frijoles). Por cada cucharada de menestra sirva dos cucharadas de cereal (arroz, quinua, trigo, etc.).

Uso de plato, taza y cubierto propio para la niña y niño. Lavado de alimentos que no serán cocidos (frutas y verduras) con abundante agua segura (hervida, purificada, filtrada o clorada).

Lavado de manos, con agua segura a chorro y jabón o detergente: antes de preparar y servir la comida, antes de alimentar a la niña o niño, después de ir al baño y después de cambiar el pañal

Lavado de platos, cubiertos y otros utensilios que son empleados para comer, con agua segura. Consumo de agua hervida en taza. Disposición de las excretas de la niña o niño, y mantener los animales fuera del hogar.

Consumo del suplemento de hierro. Importancia de las caricias, besos, abrazos, masajes, conversación, cantos, juegos, cuentos, etc. Es importante ofrecerle al niño un ambiente agradable y tranquilo al momento de las comidas y brindar la comida con afecto. Es importante que el padre participe en el cuidado, control del crecimiento y desarrollo y fortalecimiento del vínculo afectivo con su hijo.

❖ **La práctica alimentaria de la niña y niño de 1 a menos de 2 años**

Leche materna Continuar dando de lactar las veces que la niña y niño quiera, después de las comidas.

Consistencia Dar comidas sólidas y variadas incorporándose a la alimentación familiar.

Cantidad Servir un plato mediano de comida (siete a diez cucharadas).

Calidad Agregar diariamente a sus comidas, por lo menos, una porción de alimentos de origen animal: huevo, queso, pescado, hígado, cuy, “sangrecita”, pollo, etc.

Frecuencia Dar tres comidas al día más dos refrigerios.

Consumo del suplemento de hierro y de vitamina A, Promover el consumo de sal yodada.

Otros

Incluir todos los días, alimentos recomendados de los diferentes grupos: cereales, tubérculos y menestras, carnes y huevos, lácteos, frutas y verduras de color verde o color naranja o amarillo (una unidad). Agregar una cucharadita de aceite vegetal en la comida principal para mejorar la densidad energética.

Preparar menestras (lentejas, habas, arvejas, frijoles). Por cada cucharada de menestra sirva dos cucharadas de cereal (arroz, quinua, trigo, etc.).

Uso de plato, taza y cubierto propio para la niña y niño. Lavado de alimentos que no serán cocidos (frutas y verduras) con abundante agua segura (hervida, purificada, filtrada o clorada). Lavado de manos, con agua segura a chorro y jabón o detergente: antes de preparar y servir la comida, antes de alimentar a la niña o niño, después de ir al baño y después de cambiar el pañal.

Lavado de platos, cubiertos y otros utensilios que son empleados para comer, con agua segura. Consumo de agua hervida en taza.

Disposición de las excretas de la niña o niño y mantener los animales fuera del hogar.

Importancia de las caricias, besos, abrazos, masajes, conversación, cantos, juegos, cuentos. Es importante ofrecerle al niño un ambiente agradable y tranquilo al momento de las comidas y brindar la comida con afecto. Es importante que el padre participe en el cuidado, control del crecimiento y desarrollo y fortalecimiento del vínculo afectivo con su hijo.

❖ **La práctica alimentaria de la niña y niño durante y después de la enfermedad**

Si es menor de 6 meses: Darle el pecho con mayor frecuencia y durante más tiempo cada vez.

Si es mayor de 6 meses: Darle comida espesa más veces al día, en pequeñas porciones y de preferencia los alimentos favoritos de la niña y niño. Luego del proceso infeccioso, incorporar una comida espesa más hasta dos semanas después.

Continuar con lactancia materna, darle más líquidos: agua hervida.

En caso de diarrea.- Darle líquidos en pequeños sorbos, con una taza y cucharita; sales de rehidratación, panetela, agua hervida. Si la niña o niño vomita, esperar diez minutos y continuar después lentamente.

Ofrecer alimentos más veces al día, de preferencia los favoritos de la niña o niño.

2.2.2. El conocimiento sobre la alimentación infantil

El conocimiento de manera general es el conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a

través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativa (Platón, 1996).

El conocimiento de la madre sobre alimentación infantil, es la noción y experiencia, lograda y acumulada por la madre sobre alimentación, que alcanza en el transcurso de vida mediante una buena recolección de datos e información, que ayudará a mantener la salud de sus hijos y prevenir enfermedades (OMS/OPS, 2011).

Así mismo, este conocimiento depende de factores, como, el grado de instrucción, experiencias previas en el cuidado de niños y conocimientos que se adquieren del profesional de salud, entre otros (León & Montero, 2003). También influyen los consejos de la familia que manejan un conjunto de creencias, muchas veces, erróneas, profundamente arraigadas en nuestra cultura (Pereyra, Investigaciones Operativas en Salud y nutrición de la niñez en el Perú, 2008).

En este contexto, el conocimiento que los padres tengan sobre nutrición y desarrollo infantil no solo les ayudará a implementar mejores prácticas de educación, nutrición y cuidado de salud de sus hijos: también contribuirá a mejorar los servicios que brinda el Estado en esta área de la política social (Banco Mundial, 2006).

En la literatura la educación de la madre, es un factor muy importante según Schultz (1984) citado Alcazar y et al. (2010) muestra que la

educación materna influye en la salud del niño de cinco maneras principales: (i) conlleva una mejor combinación de los insumos relacionados con la búsqueda de la mejor salud de los niños; (ii) las madres más educadas son más eficientes en la producción de bienes para la salud de sus hijos, dada su restricción presupuestaria; (iii) puede generar cambios en sus preferencias (i. e., menos hijos, pero más sanos); (iv) implica un mayor ingreso para el hogar; y, por otro lado, (v) al aumentar el costo de oportunidad de las madres de criar a sus hijos, puede tener un efecto adverso para la salud del niño.

Por su parte y en esta misma línea, Thomas et al. (1990), señala que el efecto de la educación de la madre sobre la salud del niño tiene su origen en el acceso a los medios de información. De acuerdo con Glewwe (1999), los mecanismos por los cuales la educación de las madres mejora el desarrollo de sus hijos en países en desarrollo son: (i) la educación formal enseña directamente a la madre conocimientos sobre la nutrición; (ii) las habilidades aprendidas en el sistema educativo formal permiten a las futuras madres diagnosticar y tratar a sus hijos cuando tienen problemas de salud (por ejemplo, obtener información de fuentes escritas); (iii) la educación formal de las madres las expone a la sociedad moderna y, por lo tanto, a la medicina moderna. Más recientemente se pone énfasis no solo en la educación formal de la madre como determinante de la salud de sus hijos, sino también en su conocimiento específico sobre nutrición.

2.2.3. Estado nutricional:

Estado nutricional, es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tiene lugar, tras la alimentación que recibe diariamente (Tojo, 2000).

La malnutrición incluye no solo las formas clínicas severas de desnutrición (Marasmo y kwashiorkor), sino también formas leves, caracterizadas entre otros indicadores por déficits en uno o más de los índices antropométricos, y los excesos, es decir, el sobrepeso. La forma más frecuente de malnutrición en nuestra población infantil son las carencias específicas de micronutrientes (por ej.: las anemias), que no pueden diagnosticarse a partir de la antropometría.

El sobrepeso constituye un hallazgo cada vez más frecuente en nuestros niños y no suele ser activamente buscado por la mayoría de los Equipos de Salud, que están conceptualmente focalizados hacia la detección de la desnutrición.

Evaluación del estado nutricional

Existe en nuestro medio la práctica extendida de evaluar el crecimiento de los niños en el Primer Nivel de Atención mediante la antropometría. Esta cotidianeidad puede conducir a la automatización y a que no se obtenga de ella toda la información que puede brindar para la evaluación de individuos y poblaciones. En consecuencia, consideramos oportuno revisar sus alcances y limitaciones para situar una vez más la

interpretación de la antropometría dentro de la perspectiva del cuidado de la salud de los niños. Desde el nacimiento hasta los 24 meses de edad los niños crecen, en promedio, alrededor de 37 cm. Esta velocidad de crecimiento –unos 25 cm/año en el primer año y unos 12 cm/año en el segundo– no se volverá a alcanzar en ninguna otra etapa de la vida postnatal. Es por ello que la vigilancia del crecimiento adquiere tanta sensibilidad en esta etapa como indicador positivo de salud.

La antropometría ha sido ampliamente utilizada como un indicador que resume varias condiciones relacionadas con la salud y la nutrición. Su bajo costo, simplicidad, validez y aceptación social justifican su uso en la vigilancia nutricional, particularmente en aquellas poblaciones en riesgo de sufrir malnutrición. Es el método no-invasivo más aplicable para evaluar el tamaño, las proporciones e, indirectamente, la composición del cuerpo humano. Hace posible la identificación de individuos o poblaciones en riesgo, reflejo de situaciones pasadas o presentes, y también predecir riesgos futuros. Esta identificación permite seleccionarlos para la implementación de intervenciones y, al mismo tiempo, evaluar el impacto de las intervenciones (WHO, 1995).

Las mediciones básicas que consideraremos son el peso, la talla y el perímetro cefálico. Una medición aislada –por ejemplo, peso = 20 Kg– no tiene ningún significado, a menos que sea relacionada con la edad y el sexo o la talla de un individuo. A partir de una medición se pretende

establecer algún criterio de normalidad, lo que implica transformar esta medición en un índice.

Los índices antropométricos son combinaciones de medidas. En el ejemplo, al combinar el peso (20 Kg) con la talla podemos obtener el peso para la talla o el índice de masa corporal (IMC), que son distintas expresiones de una misma dimensión, aplicables en el niño y en el adulto. También pueden

Relacionarse con estándares de normalidad según edad y sexo. Así, a partir del uso de Gráficos o Tablas de referencia, se obtienen los índices básicos en niños que son: peso para la edad, talla para la edad, peso para la talla, índice de masa corporal para la edad y perímetro cefálico para la edad.

Peso/edad: refleja la masa corporal alcanzada en relación con la edad cronológica. Es un índice compuesto, influenciado por la estatura y por el peso relativo.

Talla/edad: refleja el crecimiento lineal alcanzado en relación con la edad cronológica y sus déficits se relacionan con alteraciones acumulativas de largo plazo en el estado de salud y nutrición.

Peso/talla: refleja el peso relativo para una talla dada y define la proporcionalidad de la masa corporal. Un bajo peso/talla es indicador de emaciación o desnutrición aguda. Un alto peso/talla es indicador de sobrepeso.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1. HIPOTESIS CENTRAL DE LA INVESTIGACIÓN:

Ho: No existe relación estadística significativa entre el conocimiento, prácticas maternas sobre alimentación infantil y el estado nutricional del niño, Centro de Salud Corongo, 2016.

Hi: Existe relación estadística significativa entre el conocimiento, practicas maternas sobre alimentación infantil y el estado nutricional del niño, Centro de Salud Corongo, 2016.

3.2. VARIABLES E INDICADORES DE LA INVESTIGACIÓN:

❖ VARIABLE INDEPENDIENTE

CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN INFANTIL,

Definición conceptual: es la noción y experiencia, lograda y acumulada por la madre sobre alimentación, que alcanza en el transcurso de vida mediante recolección de datos e información, que ayudará a mantener la salud de sus hijos y prevenir enfermedades (OMS/OPS, 2011).

Definición Operacional: Se midió según escala nominal:

- **Nivel de Conocimiento Bueno** 16-20 puntos
- **Nivel de Conocimiento Regular:** 13-15 puntos
- **Nivel de Conocimiento Deficiente:** 00-12 puntos

PRÁCTICAS MATERNAS

Definición conceptual: Son los comportamientos maternos específicos que caracterizan las interacciones durante la alimentación que se realizan para satisfacer necesidades alimentarias del niño. Supone un

orden, sintaxis, desde la preparación hasta el consumo de los alimentos, que consiste en la disposición, selección, compra, conservación y preparación de los mismos (Black & Creed-Kanashiro, 2012).

Definición Operacional: Se midió según escala nominal:

- **Práctica adecuada** : 26 a 30 puntos
- **Práctica Inadecuada:** 15 a 25 puntos

❖ **VARIABLE DEPENDIENTE**

ESTADO NUTRICIONAL

Definición conceptual, es la situación en la que se encuentra el niño, en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tiene lugar, tras la alimentación que recibe diariamente (Tojo, 2000).

Definición operacional.- Se midió según la clasificación del estado nutricional, en base a la comparación de indicadores: P/E, T/E y P/T con los valores de los patrones de referencia vigentes según la norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años -2011 (R. M. – N° 990 - 2010/MINSA.)

Se midió en escala nominal teniendo la siguiente secuencia

- **Normal:** Puntos de corte, si el valor del peso y la talla (+2a - 2 DE)
- **Desnutrido:** Puntos de corte, si el valor del peso y la talla (< 2a - 3 DE)
- **Sobrepeso:** Puntos de corte, si el valor del peso y la talla(>+2 DE)
- **Obeso:** Puntos de corte, si el valor del peso y la talla (>+3 DE)

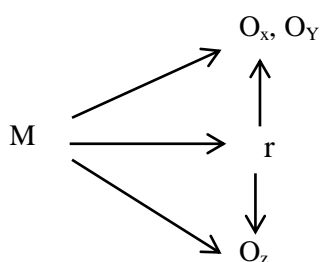
3.3. METODO DE LA INVESTIGACION

El **método**, utilizado fue descriptivo ya que nos permitió mostrar la información tal como se obtenga de acuerdo a la realidad, de corte transversal porque en un determinado tiempo.

3.4. DISEÑO O ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN:

El presente estudio de investigación, es de tipo cuantitativo, ya que se caracteriza por utilizar métodos y técnicas de medición de la unidad de análisis, el muestreo, el tratamiento estadístico y probar hipótesis (Ñaupas, Mejía, Novoa, & Villagomez, 2013).

De tipo descriptivo - Correlacionar; se orienta a la determinación de relación que existe entre dos o más variables de interés en una misma muestra de sujetos o el grado de relación existente entre dos fenómenos o eventos observados (Martinez & Céspedes, 2008) (Ñaupas, Mejía, Novoa, & Villagomez, 2013), que corresponde al siguiente esquema:



Dónde:

M: Sujeto de estudio (Madres y niños de 6 meses a 2 años de edad).

O_x: Observación o medición del conocimiento sobre alimentación infantil

O_y: Observación o medición de las prácticas alimentarias de madres

O_z: Observación o medición del estado nutricional

r: relación

3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

❖ Población

La población en estudio estuvo conformada por las 65 madres y 65 niños de 6 meses a 2 años que se atienden en el consultorio de CRED del Centro de Salud Corongo.

Así mismo la muestra estuvo conformada por el total de la población por ser viable para la investigación $n=65$ ($N=n$) los cuales serán seleccionados según criterios de inclusión

❖ **Unidad de análisis:** Niño de 6 meses a 2 años de edad con su respectiva Madre

a. Criterios de inclusión

- Niños de 6 meses a 2 años, que asistan al consultorio de CRED, para su control.
- Niños de 6 meses a 2 años, pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Corongo.
- Madres de los niños de 6 meses a 2 años que acepten participar del estudio
- Madre de los niños de 6 meses a 2 años, lúcidos, orientados en tiempo espacio y persona

b. Criterios de exclusión

- Niños de 3 años a más, que asistan al consultorio de crecimiento y desarrollo, para los controles cred.
- Niños de 6 meses a 2 años, considerados niños viajero o golondrinos.
- Niños que se hayan controlado los primeros meses y luego se van a controlar en los diferentes establecimientos de salud.

- Madres que no acepten participar del estudio.
- Madres con alteraciones en el estado de conciencia.

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

La técnica que se utilizó fue la encuesta y la observación, que es un conjunto de procedimientos que describe las actividades que un observador debe realizar para recibir las impresiones sensoriales, para las encuestas se utilizó un cuestionario estructurado por Ministerio de Salud, siendo los siguientes (Martínez & Céspedes, 2008), se utilizó los siguientes instrumentos:

❖ Cuestionario de nivel de conocimiento sobre alimentación infantil (Anexo N° 01)

Basado en el documento técnico- Consejería nutricional del Ministerio de Salud (2010) y adaptado por la investigadora. Este instrumento permitió medir el nivel de conocimiento nutricional materno de los niños de 6 – 24 meses, Esta organizado en 20 preguntas (con 3 alternativas cada uno), con una sola respuesta correcta, cada pregunta contestada entra un valor acumulativo de 1 punto. Se utilizó la escala ordinal de la siguiente manera:

- Nivel de Conocimiento Bueno 16-20 puntos
- Nivel de Conocimiento Regular: 13-15 puntos
- Nivel de Conocimiento Deficiente: 00-12 puntos

❖ **Cuestionario sobre prácticas alimentarias (Anexo 02)**

Basado por el Ministerio de salud a través de la norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años -2011 (R. M. – N° 990 - 2010/MINSA) y el documento técnico- Consejería nutricional en el marco de la atención de salud materno infantil. y adaptado por las investigadora teniendo en cuenta los criterios dados

Consta de 15 preguntas, teniendo en consideración los siguientes aspectos:

- Lactancia materna
- Cantidad
- Consistencia
- Otros (afecto, ambiente, la higiene)

Cada respuesta correcta equivale a dos puntos

Cada respuesta incorrecta un punto

Su clasificación fue de acuerdo al descrito en la definición operacional.

Práctica adecuada : 26 a 30 puntos

Práctica Inadecuada: 15 a 25 puntos

❖ **Ficha de diagnóstico del estado nutricional del niño (Anexo 03)**

Se realizó a través de la valoración antropométrica: peso, longitud / talla.

Se realizó a todo niño de 6 meses hasta los 2 años de nacimiento, en cada control o contacto con los servicios de salud y de acuerdo a criterios

establecidos por la norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años-2011 (R. M. – N° 990 - 2010/MINSA) tuvo una duración de 1 mes.

La ficha diagnóstico tuvo como indicadores lo siguiente:

- Nombre del niño
- Edad, la cual será registrada en meses y días
- Peso
- Talla

Luego se midió según escala nominal teniendo la siguiente secuencia

- **Normal:** Puntos de corte, si el valor del peso y la talla +2 a -2 DE
- **Desnutrido:** Puntos de corte, si el valor del peso y la talla <- 2 a - 3 DE
- **Sobrepeso:** Puntos de corte, si el valor del peso y la talla >+2
- **Obeso:** Puntos de corte, si el valor del peso y la talla >+3

3.7. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

- Se coordinó con la Escuela de postgrado de la Universidad Nacional del Santa.
- Se solicitó la autorización al gerente de la Microred Corongo para su apoyo en el desarrollo de la investigación.
- Se solicitó la autorización y coordinación con la responsable del área niño, para su conocimiento y apoyo en la realización de la investigación
- Se realizó la revisión del libro de censos e historias clínicas extrayendo según los criterios de inclusión los niños de 6 meses a 2 años que son atendidos en el Centro de Salud Corongo.

- Luego de la selección la investigadora explicó los objetivos del estudio e importancia del mismo a cada madre de niños de 6 meses a 24 meses que asista al centro de salud, a cada una se les hará firmar la hoja de consentimiento informado (Anexo 03), posteriormente se pasó al llenado de las encuestas (Anexo 01) (Anexo 02) en un tiempo máximo de 15 minutos, respetando los principios éticos.
- Luego se procedió a tomar las medidas antropométricas a cada uno de los niños según la normativa institucional del Ministerio de salud.
- Luego se les agradeció por su participación, los datos obtenidos fueron procesados.

3.8. TECNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LOS DATOS

Después de recolectar los datos se realizó el análisis estadístico con el Programa SPSS. Versión 21, posteriormente se elaboró tablas unidimensionales y bidimensionales de frecuencia, de la misma manera se elaboró gráficos. Luego se procedió al análisis estadístico descriptivo y el inferencial, para lo que se aplicó el coeficiente de contingencia de la prueba Chi Cuadrado para comprobar la relación entre conocimiento sobre alimentación infantil, prácticas alimentarias de madres y el estado nutricional. La significancia utilizada fue $\alpha = 0.05$

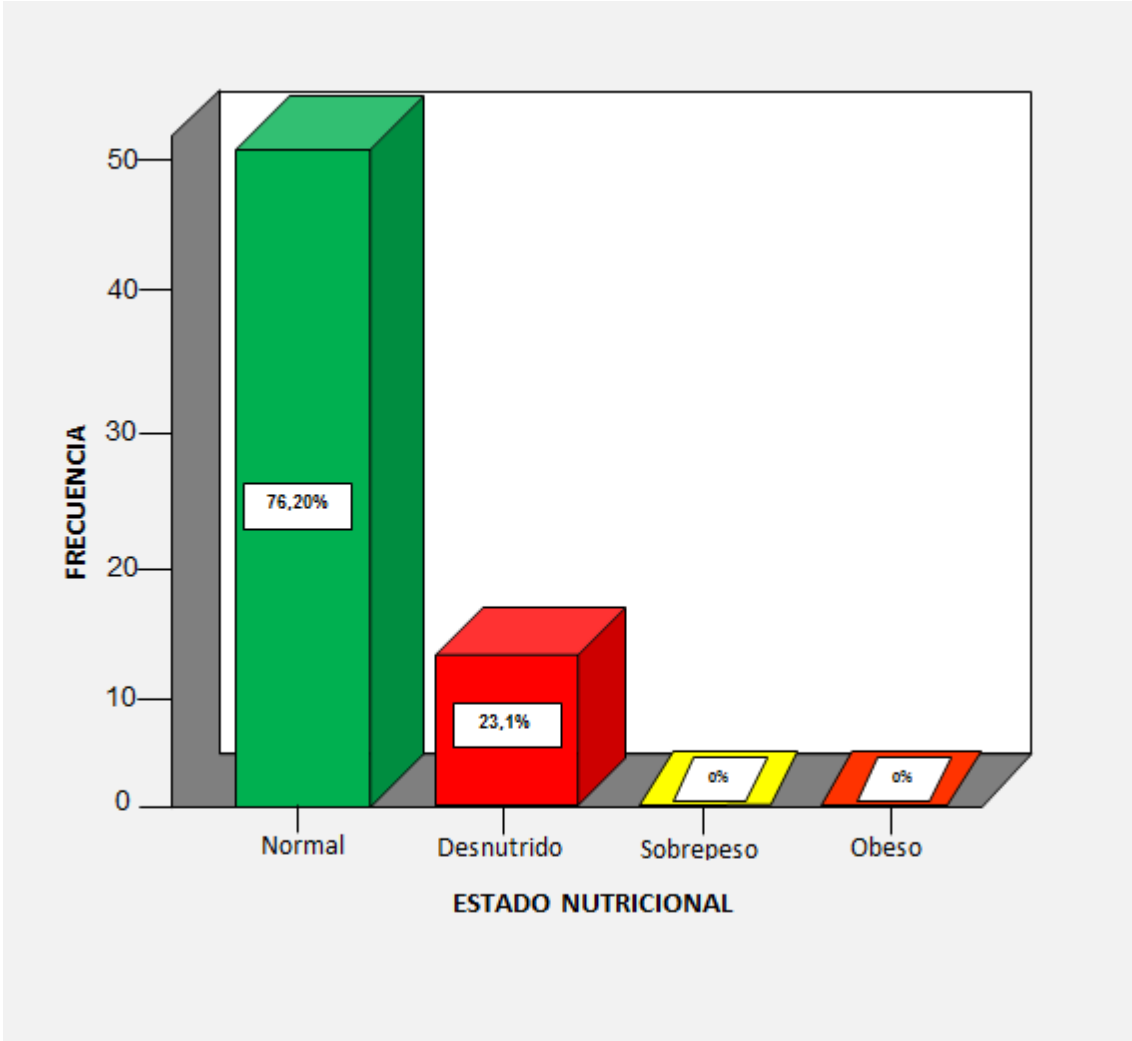
CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS:

**TABLA 1. ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO. CENTRO DE SALUD
CORONGO, 2016**

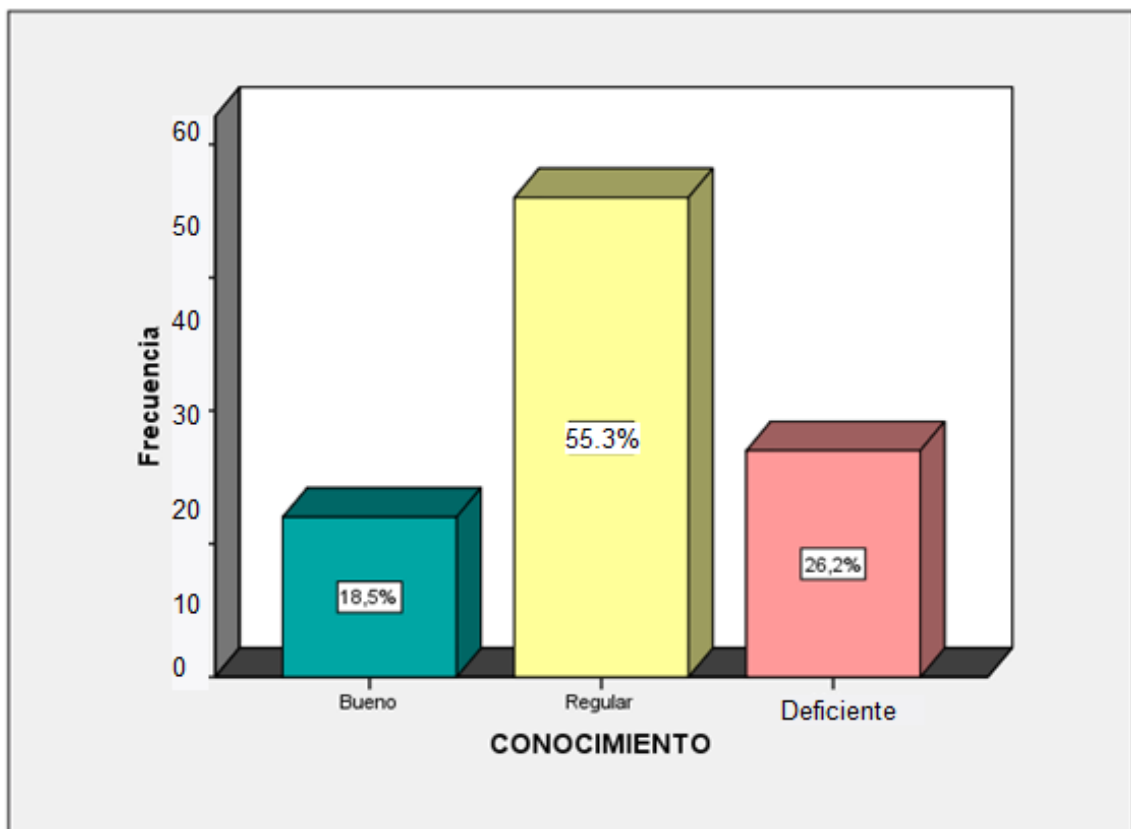
ESTADO NUTRICIONAL	N°	%
Normal	50	76,9
Desnutrido	15	23,1
Sobrepeso	0	0
Obeso	0	0
TOTAL	65	100,0



GRÁFICA 1. ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO. CENTRO DE SALUD CORONGO DEL 2016.

TABLA 2. IDENTIFICACION DEL CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE ALIMENTACIÓN INFANTIL. DEL CENTRO DE SALUD CORONGO, 2016

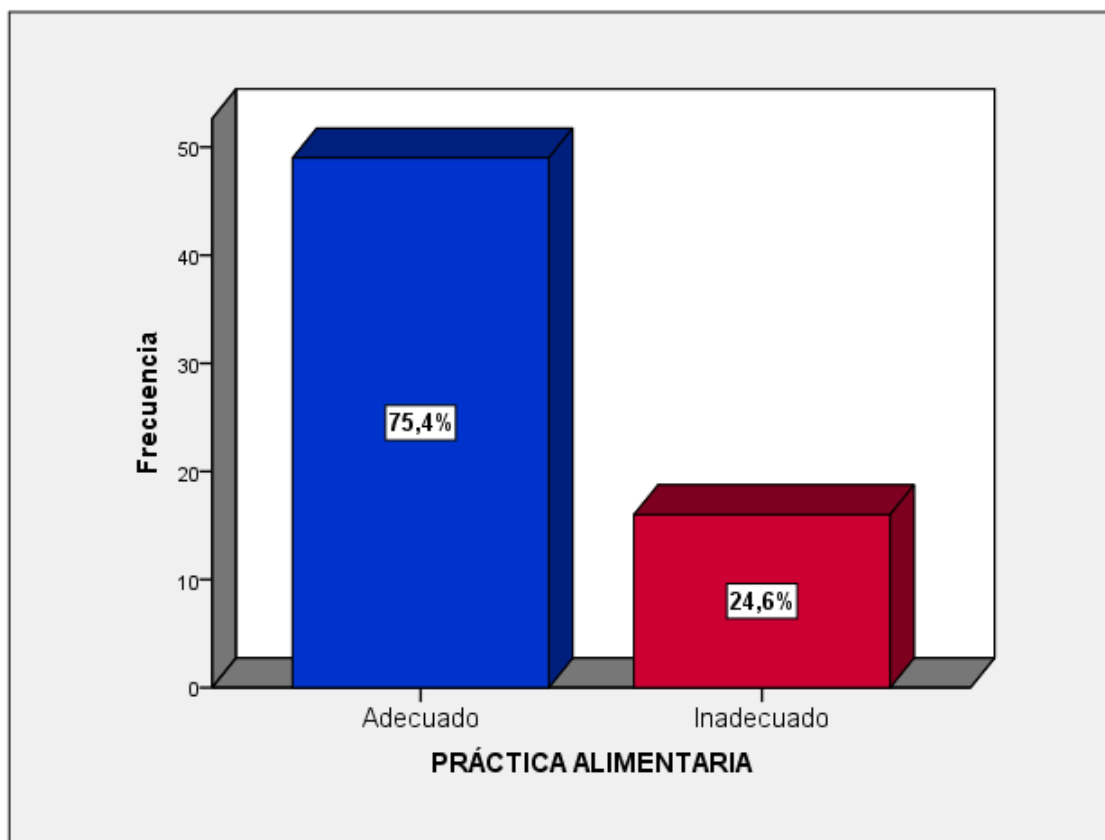
CONOCIMIENTO MATERNO	N°	%
Bueno	12	18,5
Regular	36	55,3
Deficiente	17	26,2
TOTAL	65	100,0



GRÁFICA 2. NIVEL DE CONOCIMIENTO MATERNO SOBRE ALIMENTACIÓN INFANTIL. CENTRO DE SALUD CORONGO, 2016

**TABLA 3. PRACTICAS ALIMENTARIAS MATERNAS. CENTRO DE SALUD
CORONGO, 2016.**

PRÁCTICA ALIMENTARIA	N°	%
Adecuado	49	75,4
Inadecuado	16	24,6
TOTAL	65	100,0

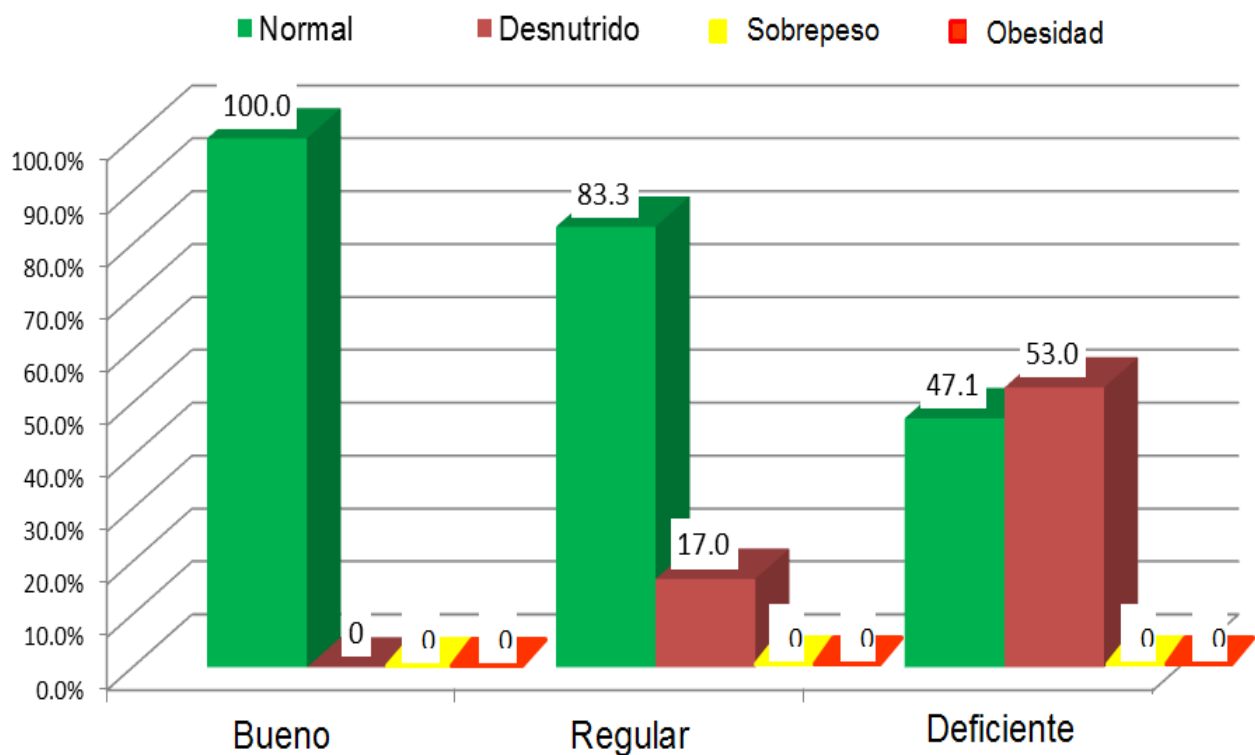


GRÁFICA 3. PRACTICAS ALIMENTARIAS MATERNAS. CENTRO DE SALUD CORONGO, 2016.

TABLA 4: RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO MATERNO Y EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO. CENTRO DE SALUD CORONGO, 2016.

CONOCIMIENTO MATERNO	ESTADO NUTRICIONAL								TOTAL	
	NORMAL		DESNUTRIDO		OBESO		SOBREPESO			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
BUENO	12	100,0	0	0,0	0	0	0	0	12	18,5
REGULAR	30	83,3	6	16,7	0	0	0	0	36	55,3
DEFICIENTE	8	47,1	9	52,9	0	0	0	0	17	26,2
TOTAL	50	76,9	15	23,1	0	0	0	0	65	100,0

χ^2 : 12,975^a; gl: 2; p: 0,002 (p: 0.05) Significativo



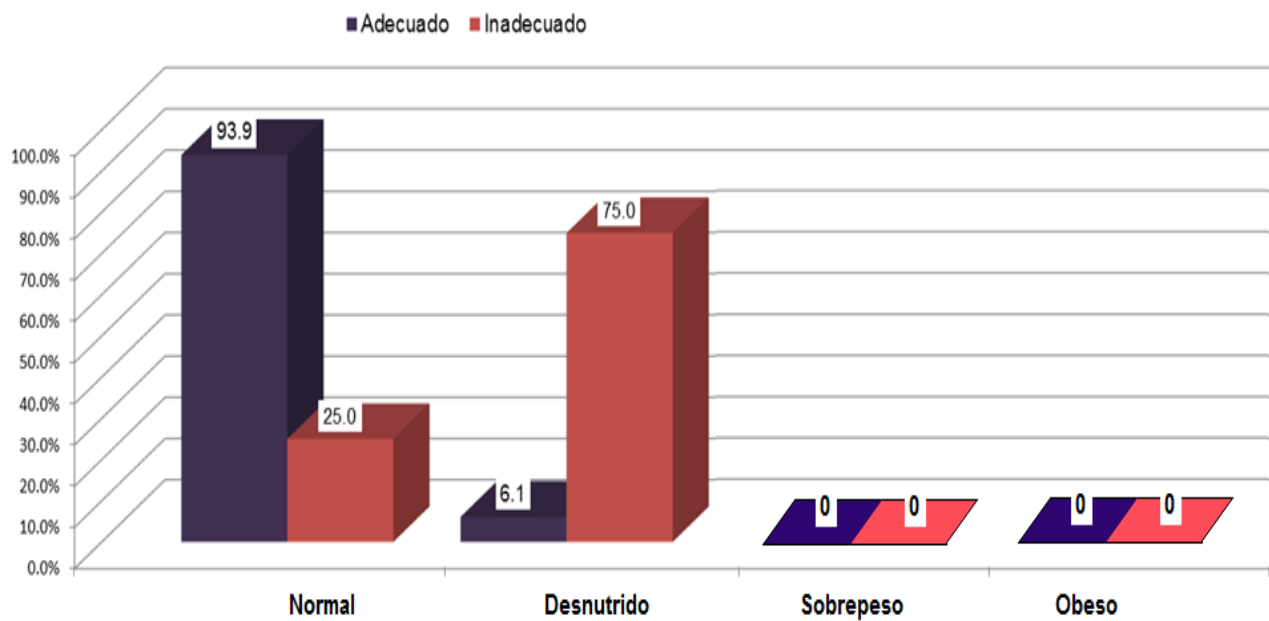
GRÁFICA 4: RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO MATERNO Y EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO. CENTRO DE SALUD CORONGO, 2016.

TABLA 5. RELACIÓN ENTRE PRÁCTICAS MATERNAS Y EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO. CENTRO DE SALUD CORONGO, 2016.

PRACTICA ALIMENTARIA	ESTADO NUTRICIONAL								TOTAL	
	NORMAL		DESNUTRIDO		OBESO		SOBREPESO			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
ADECUADO	46	93,9	3	6,1	0	0	0	0	49	75,4
INADECUADO	4	25,0	12	75,0	0	0	0	0	16	24,6
TOTAL	50	76,9	15	23,1	0	0	0	0	65	100,0

χ^2 : 32,235; gl: 1 ; p : 0,00 (p : 0.05) Significativo

PRACTICAS ALIMENTARIAS



ESTADO NUTRICIONAL

GRAFICA 5. RELACIÓN ENTRE PRÁCTICAS MATERNAS Y EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO. CENTRO DE SALUD CORONGO, 2016.

4.2. DISCUSIÓN:

El propósito de este trabajo es evidenciar la relación que existe entre el conocimiento materno, prácticas maternas sobre alimentación infantil y el estado nutricional del niño de 6 meses a 2 años partiendo desde la premisa que las buenas prácticas de alimentación del lactante y del niño(a) pequeño(a) se basan en el respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos humanos.

La alimentación es un componente fundamental y universalmente reconocido del derecho de los niños y niñas al disfrute del más alto nivel posible de salud; más aún porque los primeros años de vida constituyen la etapa en la cual ocurre el mayor desarrollo del capital humano. Por este motivo la calidad de vida de los niños de hoy es determinante de su calidad de vida futura, así como de la calidad y el desarrollo de la sociedad y del país. Un crecimiento limitado en este periodo tiene consecuencias en distintas esferas de la vida, que incluyen la capacidad intelectual y física, salud y desarrollo emocional y social (UNICEF, Ministerio de Salud y USAID Perú 2006).

Por tanto, los resultados a continuación mostrara la realidad sobre este tema y permitirá proponer estrategias en mejora del bienestar del niño de 6 meses a 2 años.

En la **Tabla N° 1**, **Gráfica N° 1**, respecto al estado nutricional; la mayoría de los niños de 6 meses a 2 años presentó un estado nutricional normal 76,9%, el 23,1% obtuvo un estado nutricional de desnutrición,

además no se encontraron niños con estado nutricional obeso, ni sobrepeso.

Dichos resultados guardan relación con el estudio de Yupanqui (2012) donde obtuvo que el 72.3% (47) de los niños presentaron un diagnóstico nutricional normal (Eutrófico) y menos de 30% un diagnóstico No eutrófico.

Así mismo, los resultados antes señalados coinciden con lo reportado por Cortez y Mendoza (2006) quienes en su estudio encontraron el 91.2% de los lactantes de 6 a 24 meses presenta un estado nutricional normal (Eutrófico) y el 8.8% un estado nutricional de No eutrófico 4.4 % fueron niños desnutridos y el otro 4.4% niños obesos.

A la vez los resultados son similares a lo reportado por Cueva y lozano (2003) donde se encontró que el 76.9% de los niños de 6 meses a 2 años de edad, fueron diagnosticados como eutróficos, el 10.55 presentaron desnutrición aguda, el 7.7% se encuentran con sobrepeso (45).

Según el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición en la región Ancash (2015) la desnutrición en niños menores de 5 años, mantiene una disminución sostenida e importante en los 4 últimos años, con 1 niño desnutrido de cada 4 niños. (Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, 2015).

Los bajos índices de niños con diagnóstico nutricional No eutrófico (Desnutrición) obtenidos en el presente estudio, probablemente se deban a que los niños se atiende de manera regular en el establecimiento de salud

de Corongo, donde el profesional de enfermería a través de las directivas y normativas establecidas brinda orientaciones nutricionales, con el objeto de sensibilizar y ayudar a disminuir la desnutrición infantil; sin embargo existe un porcentaje minoritario pero significativo de niños con desnutrición, que son datos alarmantes.

Por ello, la problemática nutricional es el resultado de las condiciones sociales, económicas, culturales y biológicas en que se interrelaciona el individuo y la comunidad. Está determinada por múltiples factores relacionados con las condiciones de salud, saneamiento ambiental, disponibilidad de agua potable, etc. Si a esta condición de pobreza sumamos otras enfermedades, existirá una repercusión negativa en la salud de los niños (OMS, 2010).

Las base teóricas indican a la vez que existen factores importantes para hablar de un adecuado estado nutricional, uno de ellos son las medidas antropométricas, como el peso y la talla en niños menores de 2 años, por ser una de las etapas de rápido crecimiento y desarrollo; los autores señalan que las proteínas son el constituyente principal para el crecimiento y desarrollo en esta edad; un inadecuado consumo de grasas y carbohidratos podría llevar a un estado de desnutrición u obesidad, siendo desfavorable para la salud (Alcázar, Marini, & Walker, 2010)

No Obstante, los resultados muestran que la mayoría de los niños en estudio manifiestan un estado nutricional normal, contexto favorable para el impacto de la zona y el desarrollo de los mismos; estos resultados llevan a la inquietud, que el trabajo concertado del estado peruano de hace años a

través del Plan regional 2007-2015, está evidenciando mejoras en el estado nutricional de los niños.

Más aun, en los últimos años, en las zonas alejadas de Ancash, se ha visto la disposición de más puesto de salud sumado a la contratación de personal de salud, quienes trabajan de manera multisectorial con los gobiernos municipales y las organizaciones no gubernamentales como caritas a través del programa “Ally Micuy” y juntos

Así, dentro de las políticas de Equidad y Justicia Social, se plantea Garantizar el acceso universal a una salud integral de calidad, en forma gratuita, continua y oportuna, ampliando y fortaleciendo los servicios de salud; la Décimo Quinta Política de Estado: Promoción de la Seguridad Alimentaria y Nutrición. Se compromete a establecer una política de seguridad alimentaria que permita la disponibilidad y el acceso de la población a alimentos suficientes y de calidad, para garantizar una vida activa y saludable dentro de una concepción de desarrollo humano integral.

Por otro lado, la Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria¹, para el 2015 se planteado: “Reducir los niveles de malnutrición y los riesgos de deficiencias nutricionales en las familias con niños y niñas menores de cinco años y gestantes, y en situación de mayor vulnerabilidad; promoviendo prácticas saludables de consumo alimentario e higiene, y asegurando una oferta sostenible y competitiva de alimentos”.

En la **Tabla N° 2, Gráfica N° 2** , Respecto al nivel de conocimiento de la madre, se observa que el 55,3% presenta un conocimiento regular

sobre la alimentación Infantil, seguido de un conocimiento deficiente 26,2% y sólo el 18,5% obtuvo un conocimiento bueno.

Los resultados obtenidos son similares a Unsihuay (2009), quien también encontró que el 43.2 % de madres tienen un nivel de conocimiento regular sobre alimentación complementaria y sólo el 19.0 un conocimiento bueno.

No obstante, difiere con la investigación de Zamora y Ramírez (2013) quienes obtuvieron que el 63.3% de las madres presentaron un conocimiento deficiente o malo y sólo el 36,7% presentó un conocimiento bueno. Del mismo modo difiere con Gamarra y et al (2010) quien en su estudio obtuvo que el 81% de las madres mostraran un nivel de conocimientos alto.

Cabe rescatar, que las madres de estudio, tiene un contexto socioeconómico pobre pertenecientes al II quintil según datos del INEI, por tanto su nivel educativo en muchas de ellas es primaria y secundaria incompleta, aunado a que han sido madres muy jóvenes, todo ello no ha permitido tener una mayor información académica.

Sin embargo, su identidad como madres las lleva a que cumplan con los cuidados de sus menores hijos, acudiendo al centro de salud de Corongo, donde el profesional de enfermería en su rol educador y promotor de salud informa y brinda conocimientos básicos sobre los cuidados adecuados para el lactante.

Al respecto, Cisneros y Nuñuvero (2007), refieren que las madres reviven y/o busquen información con respecto al cuidado que deben recibir su niño, puesto que a medida que obtienen información cambia con ello conceptos, comportamientos, actitudes, refuerza conductas positivas, desarrolla habilidades y las aplica satisfaciendo así las necesidades básicas de su hijo proporcionar un cuidado óptimo y de calidad.

Las madres en estudio manifestaron que conocen cómo deben interactuar con su niño en la alimentación, qué deben utilizar para la preparación de las comidas, que comidas debe comer a media mañana o media tarde, el consumo de frutas, que es una alimentación complementaria, cual es la edad de inicio de la alimentación complementaria y la edad de suspender la lactancia materna (LME), del mismo modo señalan, que los aspecto que poco conocen son la edad en que el niño puede comer todos los alimentos, la cantidad de alimentos que debe recibir un niño de 6 a 8 meses, la consistencia de los alimentos de 9 a 11 meses y como debe ser la lactancia materna durante la alimentación complementaria. (Anexo 4)

Ante ello, diversos autores señalan, que el nivel de conocimiento de las madres es la suma de hechos y principios que adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje de la madre también el aprendizaje se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continua hasta la muerte originando cambios en el proceso del pensamiento, acciones y actividades de quien aprende.

En la **Tabla N° 3, Gráfica N° 3**, se observa que el 75,4% de las prácticas maternas adecuadas sobre alimentación infantil, mientras el 24,6% de las prácticas maternas, son inadecuadas.

Dichos resultados guardan relación con Solsol y Ulloa (2013) quienes obtuvieron que el 77.1% de los lactantes presentaron prácticas alimentarias adecuadas y el 22.9% restante prácticas inadecuadas.

No obstante, difiere con la investigación de Zamora y Ramírez (2013) dónde obtuvo que el 51.0% de los lactantes perciben prácticas inadecuadas y el 49.0% restante prácticas adecuadas.

Los resultados obtenidos muestra que la mayoría de los niños reciben prácticas alimentarias adecuadas, siendo estas: según el análisis descriptivo (Anexo 5) hablarle al lactante mostrando afecto; brindan una adecuada cantidad de alimentos, una frecuencia adecuada, brindan alimentos de origen animal, brindar un ambiente agradable y adecuado, brindar al niño su propio plato, además de tener una buen hábito de lavado de manos en la práctica alimentaria.

Dichas prácticas alimentarias, son responsabilidad de los adultos quienes guían y enseñan a los menores las prácticas relacionadas con la alimentación correcta, siendo la madre en particular y los cuidadores en general, quienes determinan las pautas conductuales que más tarde adoptará el infante, tanto para su alimentación personal como para el cuidado de su salud, así, los adultos son responsables de facilitar o limitar este proceso (Horodynski & Stommel, 2005).

Es aquí, donde la madre adopta su rol maternal y lo pone en práctica brindando su afecto, siendo este último la práctica alimentaria que todas las madres cumplen mostrando de esta manera que al ser madres han interactuado con sus menores hijos y han asumido de manera formal, informal y personal su rol; para Mercer (2004) la adopción del rol maternal es un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre involucra una transformación dinámica y una evolución de la persona mujer; se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro del mismo igualmente hay desplazamiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia constituyendo el punto final de la adopción del rol maternal, es decir la identidad materna. (Mercer, 2004)

Por otra parte, las madres y los cuidadores a su vez han aprendido de diferentes grupos, principalmente el familiar, las maneras de atender a sus hijos; por lo que reproducen las prácticas predominantes en su entorno más cercano (Osorio, Weisstaub, & Castillo, 2006). Contexto que se evidencia en el estudio, donde las madres participan de las actividades y talleres que brinda el centro de salud, a través de las sesiones demostrativas, apoyadas estas por la ONG juntos quienes supervisan que las madres lleven a sus niños al control de crecimiento del niño sano, más el aporte de víveres que brinda el ministerio de salud, todo ello motiva a que las madres realice prácticas adecuadas de alimentación.

Ante esto Mercer (2004) propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción de este rol. Es ahí, donde, el profesional de enfermería tiene que respetar la cultura de la madre y brindarle según su contexto una orientación en bienestar del desarrollo y crecimiento del niño, permitiendo en la madre un crecimiento en conocimiento y en su propio desarrollo como persona; donde el centro de salud se convierte en el principal respaldo ante la salud de la población y más aun de los lactantes.

Sin embargo, no hay que olvidar que existe un grupo de madres con prácticas inadecuadas, permitiendo de esta manera inferir que aun cuando las prácticas alimentarias en su mayoría son adecuadas, aún existen vacíos que mejorar y esto dependerá de la interacción de la madre en los diferentes sistemas madre o cuidador del lactante.

En la **Tabla N° 4, Gráfica N° 4**. Se evidencia que el 100% de las madres con un nivel bueno de conocimiento presentaron niños con un estado nutricional normal, a diferencia del 52,9 % de las madres con nivel deficiente de conocimiento quienes presentaron niños con desnutrición y también se observó que las prácticas alimentarias tanto buenas como inadecuadas presentaron 0% tanto en estados de obesidad como de sobrepeso. Lo que permite inferir que a mayor conocimiento sobre la alimentación infantil el estado nutricional es el óptimo.

Esta inferencia, es afirmada a través de la prueba estadística chi cuadrado donde se obtuvo que el $\chi^2 = 12,975$, $gl= 1$ $p: = 0,002$ ($p: <0.05$), lo que indica que existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento y estado nutricional del lactante.

Los resultados obtenidos coinciden Unsiguay (2009) quien en su investigación encontró que los lactantes con estado nutricional normal o eutrófico sus madres tienen un buen conocimiento sobre alimentación complementaria y las los lactantes con estado nutricional desnutrido sus madres tienen un deficiente conocimiento sobre alimentación complementaria; así mismo, ante la aplicación de la prueba estadística ($\chi^2 = 16.561$, $4gl$ $p= 0.002 < 0.05$) concluyeron que si existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante.

De igual manera coincide con Benites (2008) quien en su investigación obtuvo que el 84% de las madres tuvieron un nivel de conocimiento de bueno a regular presentaron lactantes con estado nutricional normal; a diferencia del 62,0% de madres con deficiente conocimiento quienes presentaron niños con estado nutricional no eutrófico

A través de los resultados expuestos, se aprecia que a mayor nivel de conocimiento de las madres, los lactantes mantienen un óptimo crecimiento y desarrollo, teniendo un impacto positivo a nivel cognitivo, emocional y social, considerando que los conocimientos son puestos en práctica.

Por lo cual, se requiere tanto una estrategia en la cual las acciones del Estado, la población y los prestadores de servicios se articulen de manera fluida para mejorar la salud maternoinfantil y aliviar la desnutrición, así como estimular el desarrollo temprano de los niños en riesgo. En este contexto, el conocimiento que los padres tengan sobre nutrición y desarrollo infantil no solo les ayudará a implementar mejores prácticas de educación, nutrición y cuidado de salud de sus hijos: también contribuirá a mejorar los servicios que brinda el Estado y en la propia salud de la sociedad (Banco Mundial, 2006)

En la actualidad, los diferentes programas, motivan a las madres asistan de manera oportuna al control de crecimiento y desarrollo de sus menores hijos, con el objeto de que la madre reciba información y conocimiento sobre los cuidados para la óptima salud de sus niños, ya que es ella quien cuida la salud de su familia, transmitiendo sus creencias y aprendizaje sobre la alimentación e higiene, el vínculo, es por ello que la mujer Latinoamericana es base y cimiento del hogar, que en muchas ocasiones cría sola a sus hijos.

Para el ministerio de salud (2006) la atención integral del niño es una de las principales intervenciones dadas por el profesional de enfermería que está orientado a la valoración y monitoreo nutricional, promover un óptimo crecimiento y desarrollo del menor de cinco años con la activa participación de la familia, instituciones comunales, organizaciones y el sector salud en conjunto, detectar los riesgos de desnutrición así como las deficiencias nutricionales para su oportuna intervención, intervenir en la recuperación y rehabilitación nutricional en niños menores de 5 años con

riesgo o deficiencia nutricional. Promover y fomentar adecuadas prácticas de alimentación, en especial el uso de mezclas balanceadas a partir de la olla familiar y el aumento de frecuencia de administración de alimentos. Además el rol de la madre es muy importante ya que de ella dependerá ejecutar los conocimientos fomentados en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo, permitiendo que sus niños obtengan un óptimo crecimiento y desarrollo por tanto una disminución de la probabilidad de que exista un déficit nutricional. (MINSA. Normas Técnicas de Salud “Atención Integral de Salud de la niña y el niño” 2006.)

Estudios hechos por el Programa CRECER concluyen que la desnutrición está directamente relacionada con la educación de la madre, ya que concluyen que entre las mujeres sin instrucción la desnutrición llega a 54.5 por ciento; con primaria, a 38.5% y en las que tienen secundaria, a 16%. Entre mujeres con educación superior, la desnutrición baja a 3 por ciento (Beltrán & Seinfeld, 2014).

En la **Tabla N° 5, Gráfica N° 5**. Se evidencia que el 93,9% de los niños que recibe una práctica alimentaria adecuada tiene un estado nutricional normal, a diferencia del 75,0% los niños con prácticas inadecuadas tuvieron un estado nutricional distritico (Desnutrición), no se presentaron casos de sobrepeso, ni de obesidad.

A través de la aplicación de la prueba estadística chi cuadrado se obtuvo que el χ^2 : 32,235; gl: 1; p : 0,00 ($p < 0.05$) Significativo, lo que indica que existe relación estadísticamente significativa entre las prácticas alimentarias y estado nutricional del niño de 6 meses a 2 años

Los resultados obtenidos guardan relación Solsol y Ulloa (2013) quien en su estudio obtuvieron que el 90.7 % de lactantes con prácticas adecuadas presentó un estado nutricional normal, contexto que difiere con los lactantes que presentaron prácticas inadecuadas quienes presentaron un estado nutricional fluctuante de desnutrición y sobrepeso. Ante la aplicación del chi cuadrado se obtuvo que el $X^2= 53.459$ $gl= 2$ $p = 0,000$ ($p<0.05$), lo que indico que existe relación estadísticamente significativa entre las prácticas alimentarias y estado nutricional del lactante.

Los resultados obtenidos permiten señalar, que la práctica alimentaria guarda relación con el estado nutricional, mientras las madres les brinden a su hijos prácticas alimentarias optimas su estado nutricional también será el adecuado, además es de conocimiento que, el estado nutricional es el balance entre la ingesta de alimentos y la adaptación fisiológica, a través del análisis descriptivo sobre la práctica alimentaria se evidencia que más de la mitad de las madres practica de manera adecuada la cantidad y frecuencia correcta de alimentos.

Así mismo, la Organización mundial de la salud (OMS) señala importante la nutrición en los primeros meses y años de la vida, y el papel fundamental que juegan las prácticas de alimentación correctas para lograr un estado de salud óptimo. Las buenas prácticas de alimentación permiten iniciar estilos de vida saludables en la infancia y mejorar el estado de salud en la vida adulta (OMS, 2010).

Así mismo la madre y/o cuidador es quien incorpora al niño a las prácticas alimentarias y al contexto social de la familia, es por ello que la

educación materna es una de las variables más relacionada con el estado de salud de una población, comunidad o individuo (Tejada, González de Tineo, Márquez, & Bastardo, 2005) y por ende las prácticas alimentarias en estado nutricional

Por tanto, las prácticas inadecuadas de alimentación constituyen una amenaza para el desarrollo social y económico de un país; constituyen uno de los obstáculos más graves que enfrentan los niños menores de 5 años para alcanzar y mantener la salud.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Luego de analizar y discutir los resultados del presente trabajo de investigación, se detallan las siguientes conclusiones que:

- ❖ El 76,9% de los niños asistentes al control CRED del centro de Salud Corongo, presenta un estado nutricional NORMAL, y el 23.1% de los niños presentan un estado de Desnutrición, Ningún niño presenta un estado de Sobrepeso u Obesidad.
- ❖ El 55,3% de las madres presenta un conocimiento regular, el 26,2% un conocimiento deficiente y el 18,5% obtuvo un conocimiento bueno.
- ❖ El 83.3 % de madres presentan un conocimiento materno regular, sobre un normal estado nutricional de los niños que son atendidos en el Centro de Salud.
- ❖ El 75,4% de los niños reciben prácticas maternas adecuadas, sólo el 24,6% reciben prácticas maternas inadecuadas.
- ❖ Existe relación estadísticamente significativa entre el conocimiento Materno, las prácticas maternas y estado nutricional del niño, por tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alternativa ($p < 0.05$). Significativo.

5.2 RECOMENDACIONES:

Luego del proceso para la realización de la Tesis y en base a las diferentes situaciones acontecidas; me veo con la responsabilidad de realizar las siguientes recomendaciones.

- Los profesionales de Salud que están en contacto directo con las madres y niños deben elaborar, diseñar, implementar y/o establecer estrategias de promoción en adecuadas practicas alimentarias maternas para un adecuado estado nutricional del niño.
- El profesional de Enfermería, que se encarga de las actividades del Componente de Crecimiento y Desarrollo (CRED) del niño; teniendo la oportunidad de atender e interactuar directamente con la madre y el niño, promoverá las buenas practicas alimentarias mediante la educación para que así se convierta en una estrategia de prevención primaria en contra de la malnutrición.
- Que los estudiantes en formación y los profesionales de salud investiguen sobre actitudes de la madre y la practicas alimentarias; como también la calidad de educación que brinda el personal de enfermería a las madres en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo (CRED).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alcázar, L., Marini, A., & Walker, I. (2010). El rol de las percepciones y conocimiento de las madres en el estado nutricional de los niños. Perú: GRADE-Grupo de análisis para el desarrollo .
2. Allen, L., & Ahluwalia, N. (1997). Improving iron status through diet. John Snow. OMNI Project.
3. Banco Mundial. (2006). Un nuevo contrato social para el Perú. ¿Cómo lograr un país más educado, saludable y solidario. Washington: Banco Mundial.
4. Beltrán, A., & Seinfeld, J. (2014). Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: Un problema persistente. . Perú: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.
5. Benites, J. (2008). 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. Conde de la Vega Baja . Universidad Nacional Mayor de San Marcos: Lima .
6. Bentley, M., Caulfield, L., Torun, B., Schroeder, D., & Hurtado, E. (1992). Maternal feeding behavior and child appetite during acute diarrhea and subsequent health in Guatemala. FASEB J , 436.
7. Black, M., & Creed-Kanashiro, H. (2012). ¿Cómo alimentar a los niños? La práctica de conductas alimentarias saludables desde la infancia. Rev Peru Med Exp Salud Publica, 29(3), 373-3788.
8. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. (2015). Informe Ejecutivo Ancash – Situación Nutricional . Obtenido de http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/resu_sist_cena/ANCASH.pdf
9. Cisneros, D., & Nuñuvero, A. (2007). Factores socioculturales relacionados a nivel de conocimiento en el cuidado del recién nacido en adolescentes primíparas. Hospital Eleazar Guzmán Barrón. Nuevo Chimbote. 2006 -

2007. Nuevo Chimbote: Universidad Nacional del Santa. Facultad de Ciencias. Escuela Académico profesional de Enfermería.

10. Cortez, M., & Mendoza, T. (2006). Factores maternos y el estado nutricional en lactantes de 6 -24 Meses. Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón - Nuevo Chimbote. Chimbote : Universidad Nacional del Santa.
11. Dewey, K. (2003). Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
12. Engle, P., & Zeitlin, M. (1996). Active feeding behavior compensates for low interest in food among young Nicaraguan children. *J Nutr*, 1808-16.
13. Figueredo, V., Albano, G., Araujo, C. T., Vallenilla, I. M., & Pérez, D. (Enero-Julio de 2012). Estado nutricional en lactantes y preescolares, del ambulatorio "DR. J. M. Vargas" Barquisimeto, Lara. *Salud, Arte y Cuidado.*, V(1), 13-19.
14. Gainza, G. (2002). La práctica Alimentaria y la Historia. (U. d. Rica, Ed.) Revista electrónica semestral de estudios semióticos delacultura,<http://www.ugr.es/~mcaceres/Entretextos/entre2/gainza1>.
15. Gamarra, R., Porroa, M., & Quintana, M. (2010). Conocimientos, actitudes y percepciones de las madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima . *An Fac med*, 71(3), 179-83.
16. Gatica, C., & Medez de Feu, M. (2009). Prácticas de alimentación en niños menores de 2 años. *Arch Argent Pediatr*, 107(6), 496-503.
17. Gil, A., Uauy, R., & Serra, J. a. (2006). (Asociación Española de Pediatría). Bases para una alimentación complementaria adecuada de los lactantes y los niños de corta edad. . *An Pediatr*, 481-95.
18. Horodynski, M., & Stommel, M. (2005). Educación Nutricional Dirigido a niños pequeños : un estudio de intervención. *Enfermería Pediátrica*, 31(5), 364-372 .

19. INEI-ENDES. (2013). Instituto Nacional de estadística e Informática- Encuesta Demográfica y de salud familiar. (INEI-ENDES) Informe Preliminar Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Estratégicos, 2000 – 2012. Lima: INEI-ENDES.
20. INEI-ENDES. (2014). Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013. Lima : Instituto Nacional de estadística e Informática- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.
21. Jackson, P., Romo, M., Castillo, M., & Castillo Durán, C. (2004). Las golosinas en la alimentación infantil. Análisis antropológico Nutricional. Rev Med Chile, 42-1235.
22. León, O., & Montero, I. (2003). Métodos de investigación en psicología y educación (3° ed.). España: McGraW-Hill.
23. Lutter, C. (2003). macro_level aproaches to improve the availability of complementary food. Nutrición.
24. Marriner, A., & Raile, M. (2011). Modelo y teorías en enfermería. Barcelona: Elsevier Mosby.
25. Martinez, B., & Céspedes, N. (2008). Metodología de la investigación- Estrategias para investigar. Lima: Libro amigo.
26. Mercer, R. (2004). Ser madre frente logro rol materno. J NursScholarsh, 226-232. .
27. Ministerios de salud. (2006). Guías Alimentarias para la Población Infantil. Argentina: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
28. Ñaupas, H., Mejía, E., Novoa, E., & Villagomez, A. (2013). Metodología de la investigacion científica y elaboración de tesis . Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos .
29. OMS. (2010). Alimentación del lactante y niño pequeño.

30. OPS/OMS. (2002). Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington Dc.: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la salud.
31. Organización Mundial de Salud. (2010). El departamento de nutrición. Ginebra: OMS.
32. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2011). Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida. Washington D.C: OPS/OMS.
33. Osorio, E., Weisstaub, G., & Castillo, D. (2006). Desarrollo de la conducta Alimentaria en la infancia Y Sus Alteraciones. Revista Chilena de Nutrición SciELO, 29(3).
34. Pereyra, H. (2008). Investigaciones Operativas en Salud y nutrición de la niñez en el Perú. Lima, Perú: OPS y MINSA.
35. Pereyra, H. (2008). Investigaciones Operativas en Salud y nutrición de la niñez en el Perú. Lima, Perú: OPS y MINSA.
36. Rodríguez, A., Jiménez, S., Pineda, & S. (2011). Lactancia materna y prácticas alimentarias en niñas y niños menores de dos años de edad en Cuba. Revista española de nutrición comunitaria, 17(1), 13-19.
37. Solsol, A., & Ulloa, L. (2013). Prácticas alimentarias y su relación con el estado nutricional del lactante de 6 meses a 11 meses del Puesto de salud Villa María tesis para obtener el título Profesional de Licenciada en Enfermería. Tesis para obtener el título Profesional de Licenciada. Chimbote : Universidad San Pedro.
38. Tejada, M., González de Tineo, A., Márquez, Y., & Bastardo, L. (2005). Escolaridad materna y desnutrición del hijo o hija. Centro Clínico Nutricional Menca de Leoni. Caracas. AnVenez Nutr, XLIX(2), 162-168.
39. Tojo, R. (2000). Tratado de nutrición pediátrica . Barcelona: Doyma.
40. Unsihuay, F. (2009). Conocimiento materno sobre alimentación complementaria y estado nutricional del lactante menor de un año. Tesis

para optar el título profesional de licenciado en enfermería. . Huancayo:
Universidad católica los ángeles de Chimbote.

41. Zamora, Y., & Ramírez, E. (2013). Conocimiento sobre alimentación infantil y prácticas alimentarias de madres con niños de 1 a 2 años de edad 2013. *Enferm. investig. desarro*, 11(1), 38-44 Disponible en: [file:///C:/Users/User/Downloads/59-33-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/59-33-PB%20(1).pdf).

ANEXO



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
ESCUELA DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

**Anexo N° 01
CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN
INFANTIL**

INSTRUCCIONES: A continuación dará lectura a las interrogantes formuladas, la veracidad y sinceridad con que usted responda nos permitirá llegar al objetivo deseado. Marque con una "X" en la letra que crea correcta:

- 1. ¿Qué es la alimentación complementaria?:**
 - a) Dar otros alimentos más leche materna
 - b) Dar leche materna y calditos
 - c) Alimentar al niño con la comida de la olla familiar
- 2. ¿Cuál es la edad en la que el niño debe iniciar la alimentación diferente a la leche materna?**
 - a) Cuando coma solo
 - b) 4 meses
 - c) 6 meses
- 3. ¿Por qué debe dar la alimentación complementaria desde los 6 meses?**
 - a) Porque su barriga está creciendo
 - b) Porque con el pecho ya no se alimenta bien y necesita de otros alimentos
 - c) Porque ya tiene dientes
- 4. Hasta qué edad se debe dar de lactar al niño:**
 - a) Hasta el 1 año 6 meses
 - b) Hasta el 1 año
 - c) Hasta los 2 años o más
- 5. ¿Cómo debe ser la lactancia materna durante la alimentación complementaria?**
 - a) Tres veces al día
 - b) Cada vez que le niño se lo pida (A libre demanda)
 - c) Cada vez menos ya que el niño come otros alimentos
- 6. ¿Cuál debe ser la consistencia de los alimentos en los niños de 9 a 11 meses?**
 - a) Espesa
 - b) Picada
 - c) consistente
- 7. La preparación que nutre más al niño es:**
 - a) Caldos y/o Sopas
 - b) Segundos
 - c) Mazamoras
- 8. ¿Qué cantidad de alimentos deben recibir un niño entre 6 y 8 meses?**
 - a) 2-3 cucharadas
 - b) 3-5 cucharadas
 - c) 5-7 cucharadas
- 9. ¿Con qué frecuencia se alimenta a un niño de 12 a 24 meses?**
 - a) Dos comidas principales y dos refrigerios
 - b) Dos comidas principales y un refrigerio
 - c) Tres comidas principales y dos refrigerios
- 10. ¿A qué edad el niño puede comer todos los alimentos?**
 - a) 6 meses
 - b) 1 año
 - c) 2 años

- 11. En las comidas de media mañana o media tarde el niño debe comer:**
- a) Caldos
 - b) Mazamorras y frutas
 - c) Galletas y frutas
- 12. ¿Debe su niño consumir diariamente frutas?**
- a) No
 - b) Si
 - c) No sabe/no responde
- 13. ¿Cómo debe ser la alimentación del niño cuando se enferma?**
- a) Seguir alimentándolo en mayor cantidad y con mayor frecuencia (más veces)
 - b) (se le debe quitar los alimentos y dar solo leche materna)
 - c) Se le debe dar solo agüitas y caldos.
- 14. ¿A qué edad se inicia el suplemento de Hierro?**
- a) a los 2 meses
 - b) a los 4 meses
 - c) a los 6 meses
- 15. ¿Qué sal debe utilizarse para la preparación de la comida familiar?**
- a) Cualquier sal
 - b) Sal Yodada
 - c) No sabe
- 16. Por qué se debe agregar una cucharita de aceite a las comidas principales del niño:**
- a) Porque proporciona energía y favorece la absorción de vitaminas
 - b) Por qué ayuda a que la piel sea más suave
 - c) No es necesario agregarle
- 17. ¿Cómo se debe proteger a los alimentos?**
- a) Cubriéndolos solo con un material limpio.
 - b) Poniéndolos en un lugar donde corra el aire
 - c) Colocándolos en un lugar fresco y bien cubiertos.
- 18. ¿La comida que el niño deja en el plato debe ser guardada para consumirlo posteriormente?**
- a) Si
 - b) No
 - c) No sabe/ No responde
- 19. ¿Qué alimentos complementarios aportan hierro, Zinc, calcio y Vitamina A?**
- a) Alimentos de origen vegetal
 - b) Alimentos de origen animal
 - c) No sabe/ No responde
- 20. ¿Cómo se debe interactuar con el niño cuando se le alimenta?**
- a) Hablarle mientras come, alimentarlos despacio y con paciencia
 - b) Darle rápido la comida, para que no la boten
 - c) No sabe cómo interactuar/ No responde



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
ESCUELA DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

Anexo N° 02

CUESTIONARIO SOBRE PRÁCTICAS ALIMENTARIAS

AUTOR: MINSA(2010) modificado y adaptado

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de preguntas basadas en las prácticas alimentarias las cuales están designadas según la edad su niño, por favor responder con total sinceridad

	PREGUNTAS	6 A 8 MESES	9 A 11 MESES	DE 12 A 24 MESES
1	¿Le sigue dando su pecho a su niño?	a. SI.....b) NO	a. SI..... b) NO	a) SI..... b) NO
2	¿Cómo es la consistencia de la comida que da a su niño?	a. Líquidas (agüitas, caldos, etc) b. Semisólidas(papillas, mazamorra, etc) c. Sólidas (Arroz, pescado)	a. Líquidas(agüitas, caldos, etc) b. Semisólidas(papillas, mazamorras, etc) c. Sólidos (fruta, arroz, pan, papas, menestras,)	a. Líquidas(agüitas, caldos, etc) b. Semisólidas(papillas, mazamorras, etc) c. Sólidos fruta, arroz, pan, papas, menestras,)
3	¿Qué cantidad de alimentos consume su niño?	a. Se inicia con 2 a 3 cucharadas hasta alcanzar cinco cucharadas O ½ plato mediano b. No práctica	a. 5 a 7cucharadas, ¾ del plato mediano) b. No práctica	a. De 7 a 10 cucharadas o plato mediano b. No práctica
4	¿Con que frecuencia alimenta a su niño?	a. 3 comidas + LM b. 2 comidas + LM c. 1 comidas + LM	a. 2 comidas principales y 2 refrigerios b. 4 comidas principales c. 3 comidas principales + 1 refrigerio	a. 3 comidas principales + 2 refrigerio b. 2 comidas principales + 1 refrigerio c. 4 comidas principales + 1 refrigerio
5	¿Le da a su niño alimento de origen animal?	a. SI b. NO	a. SI b. NO	a. SI b. NO
6	¿Con que frecuencia da a su niño frutas y verduras?	a. Todos los días b. Tres veces por semana c. Una vez por semana	a. Todos los días b. Tres veces por semana c. Una vez por semana	a. Todos los días b. Tres veces por semana c. Una vez por semana
7	¿Con que frecuencia da a su niño alimentos de origen animal?	a. Todos los días b. Dos veces por semana c. Una vez por semana	a. Todos los días b. dos veces por semana c. Una vez por semana	a. Todos los días b. dos veces por semana c. Una vez por semana

8	¿Qué tipo de aceite usa para la comida del niño?	a. Soya b. Vegetal c. No vegetal	a. Soya b. Vegetal c. No vegetal	a. Soya b. Vegetal c. No vegetal
9	¿Su niño tiene, su propio plato? O lo alimenta del plato de usted.	a. Tiene su propio plato b. Come del plato de usted	a. Tiene su propio plato b. Come del plato de usted	a. Tiene su propio plato b. Come del plato de usted
10	¿La sal que usted utiliza para los alimentos de su niño es?	a. A granel b. Embazada yodada c. Embazada sin yodo	a. A granel b. Embazada yodada c. Embazada sin yodo	a. A granel b. Embazada yodada c. Embazada sin yodo
11	¿Su niño recibe suplemento de hierro?	a. SI b. NO	a. SI b. NO	a. SI b. NO
12	¿Cómo es el ambiente donde se alimenta su niño?	a. Bullicioso por el lugar y/o televisor b. Tranquilo	a. Bullicioso por el lugar y/o televisor b. tranquilo	a. Bullicioso por el lugar y/o televisor b. tranquilo
13	¿Cuándo alimenta a su niño le habla mostrando afecto	a. SI b. NO	a. SI b. NO	c. SI d. NO
14	¿Durante la diarrea, le da de comer a su niño más veces, menos veces o igual número de veces al día que de costumbre?	a. Más veces b. Menos veces c. Igual d. Solo pecho	a. Más veces b. Menos veces c. Igual d. Solo pecho	a. Más veces b. Menos veces c. Igual d. Solo pecho
15	Ud. ¿En qué momento acostumbra a lavarse las manos?	a. Antes de preparar los alimentos, antes de dar de comer a su niño, después de cambiar pañales o limpiarlo b. Después de preparar los alimentos, después de dar de comer a su niño, antes de cambiar el pañal o limpiarlo. c. No sabe		



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
ESCUELA DE POSTGRADO
Anexo 03

FICHA PARA EL DIAGNOSTICO DEL ESTADO NUTRICIONAL

PRESENTACIÓN: Estimada Madre a continuación se le presenta la siguiente ficha para el diagnóstico de estado nutricional de su niño.

Nombre:
Edad en meses y días :
Sexo: (M) (F)
Peso:
Talla:

** Sólo para uso del personal investigador*

DIAGNOSTICO NUTRIONAL

• P/E:	Diagnóstico:
• T/E:	Diagnóstico:
• P/T:	Diagnóstico:

Anexo 04

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN ITEMS

CONOCIMIENTO	CONOCE		NO CONOCE		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
20. ¿Cómo se debe interactuar con el niño cuando se le alimenta?	56	86,2	9	13,8	65	100,0
15. ¿Qué sal debe utilizarse para la preparación de la comida familiar?	56	86,2	9	13,8	65	100,0
11. En las comidas de media mañana o media tarde el niño debe comer:	595	84,6	10	15,4	65	100,0
12. ¿Debe su niño consumir diariamente frutas?	52	80,0	13	20,0	65	100,0
4. Hasta que edad se debe dar de lactar al niño:	51	78,5	14	21,5	65	100,0
2. ¿Cuál es la edad en la que el niño debe iniciar la alimentación diferente a la leche materna?	51	78,5	14	21,5	65	100,0
18. ¿La comida que el niño deja en el plato debe ser guardada para consumirlo posteriormente?	50	76,9	15	23,1	65	100,0
19. ¿Qué alimentos complementarios aportan hierro, Zinc, calcio y Vitamina A?	46	70,8	19	29,2	65	100,0
9. ¿Con que frecuencia se alimenta a un niño de 12 a 24 meses?	45	69,2	20	30,8	65	100,0
7. La preparación que nutre más al niño es:	45	69,2	20	30,8	65	100,0
1. ¿Qué es la alimentación complementaria?:	44	67,7	21	32,3	65	100,0
13. ¿Cómo debe ser la alimentación del niño cuando se enferma?	39	60,0	26	40,0	65	100,0
16. Por qué se debe agregar una cucharita de aceite a las comidas principales del niño:	38	58,5	27	41,5	65	100,0
3. ¿Por qué debe dar la alimentación complementaria desde los 6 meses?	37	56,9	28	43,1	65	100,0
17. ¿Cómo se debe proteger a los alimentos?	32	49,2	33	50,8	65	100,0
5. ¿Cómo debe ser la lactancia materna durante la alimentación complementaria?	30	46,2	35	53,8	65	100,0
6. ¿Cuál debe ser la consistencia de los alimentos en los niños de 9 a 11 meses?	29	44,6	36	55,4	65	100,0

8. ¿Qué cantidad de alimentos deben recibir un niño entre 6 y 8 meses?	24	36,9	41	63,1	65	100,0
10. ¿A qué edad el niño puede comer todos los alimentos?	16	24,6	49	75,4	65	100,0

Anexo 05

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS SEGÚN ITEMS

PRÁCTICAS ALIMENTARIAS	ADECUADAS		INADECUADAS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
¿Cuándo alimenta a su niño le habla mostrando afecto?	65	100,0	0	0,0	65	100,0
¿Qué cantidad de alimentos consume su niño?	62	95,4	3	4,6	65	100,0
¿Le da a su niño alimento de origen animal?	61	93,8	4	6,2	65	100,0
¿Cómo es el ambiente donde se alimenta su niño?	61	93,8	4	6,2	65	100,0
¿Su niño tiene, su propio plato? O lo alimenta del plato de usted?	61	93,8	4	6,2	65	100,0
Ud. ¿En qué momento acostumbra a lavarse las manos?	59	90,8	6	9,2	65	100,0
¿La sal que usted utiliza para los alimentos de su niño es?	50	76,9	15	23,1	65	100,0
¿Qué tipo de aceite usa para la comida del niño?	49	75,4	16	24,6	65	100,0
¿Con que frecuencia alimenta a su niño?	48	73,8	17	26,2	65	100,0
¿Con que frecuencia da a su niño alimentos de origen animal?	46	70,8	19	29,2	65	100,0
¿Le sigue dando su pecho a su niño?	45	69,2	20	30,8	65	100,0
¿Su niño recibe suplemento de hierro?	40	61,5	25	38,5	65	100,0
¿Con que frecuencia da a su niño frutas y verduras?	37	56,9	28	43,1	65	100,0
¿Cómo es la consistencia de la comida que da a su niño?	35	53,8	30	46,2	65	100,0
¿Durante la diarrea, le da de comer a su niño más veces, menos veces o igual número de veces al día que de costumbre?	35	53,8	30	46,2	65	100,0