UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA MEJORA DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES CENTRO DE SALUD ACOMAYO, HUÁNUCO - 2018

Tesis presentada por las Enfermeras:

TORRES ROJAS, CAROLINA CARMEN

CARDENAS VEGA, ROSALI STEFANY

Para optar el Título de: Segunda Especialidad en Enfermería: Crecimiento y Desarrollo

Asesora: Dra. Mary Luz Gutiérrez Vásquez

AREQUIPA – PERÚ

2018

ACEPTACIÓN DE LA ASESORA

La presente tesis, INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA MEJORA DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES CENTRO DE SALUD ACOMAYO, HUÁNUCO - 2018, reúne las condiciones y tiene mi conformidad.

_____

Dra. Mary Luz Gutiérrez Vásquez

Asesora

MIEMBROS DEL JURADO

Dra. Irene Deza y Falcon	Presidenta
Dra. Mary Luz Gutiérrez Vásquez	Vocal
Dra. Magda Bernardina Zea Rodríguez Vda. De Grgicevic	Secretaria

La presente tesis sustentada el día 12 de noviembre del 2018, APROBADA POR MAYORÍA, queda conforme para seguir con el trámite correspondiente.

_____

Dra. Magda Bernardina Zea Rodríguez Vda. De Grgicevic

Secretaria

ÍNDICE

Pág.

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 9

B. OBJETIVOS 11

C. HIPÓTESIS 12

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

A. ANTECEDENTES 13

B. BASE TEÓRICA 15

C. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES 39

D. ALCANCES Y LIMITACIONES 40

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

A. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO 41

B. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO 43

C. POBLACIÓN Y MUESTRA 44

D. MÉTODO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS 44

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS 46

B. DISCUSIÓN 56

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES 59

B. RECOMENDACIONES 60

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
TABLA 1	GRUPO DE ESTUDIO SEGÚN LA EDAD. CENTRO DE SALUD ACOMAYO HUANUCO 2018	47
TABLA 2	GRUPO DE ESTUDIO SEGÚN NIVEL EDUCATIVO. CENTRO DE SALUD ACOMAYO HUANUCO 2018	48
TABLA 3	GRUPO DE ESTUDIO SEGÚN ESTADO CIVIL. CENTRO DE SALUD ACOMAYO HUANUCO 2018	49
TABLA 4	GRUPO DE ESTUDIO SEGÚN TIPO DE OCUPACIÓN. CENTRO DE SALUD ACOMAYO HUANUCO 2018	50
TABLA 5	LACTANCIA MATERNA EN EL NIÑO MENOR DE DOS AÑOS. CENTRO DE SALUD ACOMAYO HUANUCO 2018	51
TABLA 6	EDAD DEL NIÑO QUE INICIA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA. CENTRO DE SALUD ACOMAYO HUANUCO 2018	52
TABLA 7	CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA ANTES DE LA INTERVENCIÓN. CENTRO DE SALUD ACOMAYO HUANUCO 2018	53
TABLA 8	CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN. CENTRO DE SALUD ACOMAYO HUANUCO 2018	54
TABLA 9	MEDIA DE LAS PUNTUACIONES DEL CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA SEGÚN GRUPOS DE INTERVENCIÓN. CENTRO DE SALUD ACOMAYO HUANUCO 2018	55

RESUMEN

El presente estudio se desarrolló en el Centro de Salud de Acomayo, con el objetivo de evaluar la efectividad de la intervención de enfermería en la mejora del conocimiento sobre alimentación complementaria en madre de niños menores de 2 años.

El estudio es de tipo cuasi experimental con diseño pre y post prueba, con una población de 65 madres de niños menores de 2 años que reciben atención en el servicio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud, con una muestra de 30 madres 15 para el grupo experimental y 15 para el grupo control.

Para la recolección de información se utilizó como instrumento el cuestionario para valorar el conocimiento sobre alimentación complementaria, evaluándose el nivel del conocimiento antes y después de la intervención encontrándose que 66,7% (10) tienen conocimiento deficiente, el 20% (3) conocimiento regular y el 13,3% (2) un buen conocimiento antes de la intervención; y después obteniendo un cambio significativo el 53,3% (8) obtuvieron un buen conocimiento, el 33,3% (5) conocimiento regular y el 13,3% (2) conocimiento deficiente.

Llegando a la conclusión que la intervención de enfermería es válida encontrando como media (X=2,26; X=1,49) en el grupo experimental y control respectivamente, con una significancia de (p=0,05) por tal se acepta la hipótesis que la intervención de enfermería es efectiva en la mejora del conocimiento de las madres en relación a la alimentación complementaria en niños menores de 2 años con una prueba de T student (11,231; 9,012) respectivamente.

Palabras Clave: Intervención de enfermería, alimentación complementaria.

ABSTRACT

The present study was developed at the Acomayo Health Center, with the objective of evaluating the effectiveness of the nursing intervention in improving knowledge about complementary feeding in mothers of children under 2 years of age.

The study is of a quasi-experimental type with a pre and post test design, with a population of 65 mothers of children under 2 years of age who receive care in the Growth and Development service of the Health Center, with a sample of 30 mothers 15 for the experimental group and 15 for the control group.

To collect the information, the questionnaire was used as an instrument to assess knowledge about complementary feeding, evaluating the level of knowledge before and after the intervention, finding that 66.7% (10) have deficient knowledge, 20% (3) knowledge regular and 13.3% (2) a good knowledge before the intervention; and after obtaining a significant change, 53.3% (8) obtained good knowledge, 33.3% (5) regular knowledge and 13.3% (2) poor knowledge.

Reaching the conclusion that the nursing intervention is valid, finding the mean (X = 2.26; X = 1.49) in the experimental and control group respectively, with a significance of (p = 0.05) for such is accepted the hypothesis that the nursing intervention is effective in improving the knowledge of mothers in relation to complementary feeding in children under 2 years of age with a T student test (11,231; 9,012) respectively.

Key Words: Nursing intervention, complementary feeding.

INTRODUCCIÓN

La desnutrición, especialmente en la infancia, es un obstáculo que impide que los individuos, e incluso las sociedades, desarrollen todo su potencial. Los niños y niñas desnutridos tienen menos resistencia a las infecciones y más probabilidades de morir a causa de dolencias comunes en la infancia, como las enfermedades diarreicas y las infecciones de las vías respiratorias.

La presente investigación está referido al tema de alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses y está motivado por una urgente necesidad, de que el niño sea bien alimentado y que las madres adopten una buena combinación de alimentos para que el niño pueda tener una alimentación balanceada y adecuada según la edad de su niño y así lograr que pueda cubrir toda las necesidades nutricionales que necesita; así como también el desarrollo psicomotor, el desarrollo de crecimiento y el desarrollo inmunológico.

En los diferentes establecimientos de salud se viene aplicando las sesiones demostrativas las cuales está a cargo del profesional de enfermería, es una tarea importante ya que a través de estas sesiones impartidas, las madres aprenden y así pueden brindar una alimentación complementara adecuada a los niños de 6 a 24 meses de edad, evitando de esta forma problemas en el crecimiento y desarrollo y al mismo tiempo se evite la desnutrición infantil.

Para analizar los problemáticas de una desnutrición infantil es necesario mencionar las causas, una de ellas es el desconocimiento de las madres; sobre la alimentación, que alimentos contienen mayor y menor nutrientes y el adecuado combinación de estos, y la frecuencia los graves problemas al tener desconocimiento serian la desnutrición, sobrepeso y obesidad esto dificultaría la supervivencia y causaría graves problemas en la salud de los niños.

La presente investigación estudia '' la Intervención de enfermería en la mejora del conocimiento sobre alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses Centro de salud – Acomayo, Huánuco 2018'' en las cuales despertó el interés en saber si la mayoría de las madres conoce la frecuencia, alimento de inicio, cantidad e inclusión de los alimentos en la alimentación complementaria. Con respecto al estado nutricional de los niños.

En el marco teórico metodológico se realizó con una serie de encuestas, que se les realizo a las madres que llevan a sus niños a su control CRED del centro de salud Acomayo.

Frente a esta problemática de salud se considera relevante desarrollar el presente estudio de investigación, dado que no se encontró otras investigaciones relacionados con las variables a estudiar. Además, que ciertos estudios sólo se limitan a conocer la prevalencia del inicio de la alimentación complementaria y no consideran relevante la frecuencia, la composición, la preparación y la manera de alimentar al niño.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

A. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

De los 150 países reportados por UNICEF en su informe sobre “Estado Mundial de la Infancia”, el Perú según la tasa de mortalidad en menores de cinco años (TMM5) ocupa el lugar 65 y entre los países de América del Sur, el tercer lugar. (1)

La desnutrición debilita el sistema inmunológico e incrementa los riesgos a enfermar, siendo la causa del 50% de las muertes de los niños menores de 5 años a nivel mundial. La desnutrición crónica se produce fundamentalmente entre los 6 y 24 meses de edad; es decir los niños están protegidos hasta los seis meses por la lactancia materna. (2)

La alimentación complementaria no sustituye la leche materna. Para asegurar un comienzo sano de la vida la OMS, UNICEF y otras organizaciones mundiales de salud recomiendan: 3 meses (180 días) de lactancia materna exclusiva e incorporación de alimentos complementarios continuando con la lactancia por dos años a más. (3)

La leche materna continúa siendo una fuente importante de nutrientes después de los 6 meses. En promedio, bebés de 6 a 8 meses obtiene alrededor del 70% de sus necesidades energéticas de la leche materna, de los 9 a 11 meses el 55% y de los 12 a 23 meses el 40%. Los nuevos alimentos que se brindarán al niño deberán complementar los nutrientes de la leche materna, más no los reemplazará. Una alimentación complementaria óptima debe ser: óptima, nutricionalmente adecuada, segura y perceptiva. Los nutrientes esenciales que un/a lactante mayor de 6 meses necesita en cantidades tales que pueda ser previstos por la leche materna y por los alimentos complementarios comunes son el hierro y el zinc. En algunas comunidades también deben prestarse atención a la vitamina A, B, C, D, el ácido fólico y el ácido. (4)

Los alimentos deben prepararse y administrarse en condiciones seguras, es decir, reduciendo al mínimo el riesgo de administrarse de manera inapropiada, lo cual significa que deben tener una textura adecuada para la edad del niño y administrarse de forma que respondan a su demanda de conformidad con los principios de la atención psicosocial. (5)

La reducción de la desnutrición a nivel nacional se ha convertido en el principal objetivo en salud del Gobierno Central. Este objetivo plantea disminuir las cifras de desnutrición en cinco puntos. Un último estudio señala que la cifra de niños desnutridos entre 0 y 5 años bordea el 25.6%, número que se llega a su máxima expresión en departamentos como Huánuco (46%), Huancavelica (43%), Cusco (41%) y Puno (35%). (6)

Por tal motivo la alimentación complementaria se inicia a partir de los 6 meses de edad cuando el niño ha alcanzado un adecuado 5 desarrollo de

las funciones digestivas, renal y la maduración neurológica y necesita cubrir requerimientos nutricionales. (7)

Es en estas circunstancias que las enfermeras cumplen una función importante de tipo preventivo promocional en el componente de crecimiento y desarrollo del Paquete de Atención Integral de Salud del Niño, ya que brinda una atención integral, asistiendo y educando a la madre sobre la alimentación del niño para que este alcance estándares promedios de peso y talla.

Ante lo expuesto anteriormente, se plantean la siguiente interrogante:

¿En qué medida la intervención de enfermería mejora la alimentación complementaria en niños entre 6 a 24 meses de edad en el Centro de Salud Acomayo, Huánuco - 2018?

B. OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la intervención de enfermería en la mejora la alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses Centro de Salud Acomayo, Huánuco - 2018.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.1. Caracterizar a la población en estudio según edad, nivel educativo, tipo de ocupación.

2.2. Determinar la información sobre alimentación complementaria que posee la población en estudio

2.3. Aplicar la intervención de la enfermera en el grupo experimental.

2.4. Comparar los resultados en el grupo experimental y grupo control.

C. HIPÓTESIS

La intervención de la enfermería mejora la alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses, Centro de Salud Acomayo Huánuco, 2018.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

A. ANTECEDENTES

López (2017) Lima, realizó una investigación titulado “Efecto de intervención educativa en la mejora del conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses en el C.S Milagro de la Fraternidad, Independencia, 2017”. los resultados obtenidos demuestra que el nivel de conocimiento de las madres mejoró en un 60.9% (28 madres), antes de la intervención educativa la mayoría de madres tuvieron un nivel de conocimiento bajo sobre la dimensión generalidades 39.14%, en la dimensión de edad de la alimentación complementaria con un 47.83% y en las características con un 65.21%; luego de la intervención educativa, se obtuvo un nivel de conocimiento alto en la dimensión generalidades con el 73.93%, en la edad de

alimentación con el 56.53% y en las características con el 69.56%; como conclusión se observa que la intervención educativa fue efectiva sobre el conocimiento de madres de niños de 6 a 24 meses sobre alimentación complementaria. (8)

Castro (2016) Perú, realizó una investigación titulada "Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa CRED de un C.S SJ.M 2015". Entre sus conclusiones se tiene que existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años de edad, en relación al nivel de conocimientos que poseen las madres sobre alimentación complementaria se tiene que en su mayoría es bajo. Finalmente y en mención al estado nutricional del niño tenemos que la mayoría de los niños se encuentra entre desnutrición y sobrepeso, seguido de un significativo grupo de niños con estado nutricional normal. (9)

Orosco (2015) Perú, realizó una investigación titulada "Conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses que acuden al centro materno infantil Villa María del Triunfo". Obteniendo como resultado que el 55,3% de madres tuvieron un nivel medio de conocimientos sobre alimentación complementaria, por otro lado el 60,6% de niños presentaron un estado nutricional normal o eutrófico. La conclusión de la investigación fue que existe relación entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses que acuden al Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo. Con una significancia $p<0,01$, aplicando chi – cuadrado. (10)

Galindo (2012) Perú, realizó una investigación titulada "Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud "Nueva Esperanza", 2012". Obteniendo como resultado que del 100% (40), 55% (22) de las madres encuestadas conocen sobre la alimentación complementaria; 45% (18)

desconocen. En cuanto a las prácticas 61% (25) tienen prácticas adecuadas; mientras que 39% (15) tienen prácticas inadecuadas. Llegando a la conclusión: La mayoría de las madres que acuden al centro de salud Nueva Esperanza conocen y tienen prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria. (11)

Herrera (2012) Chimbote, realizó una investigación titulada "Efectividad del programa educativo sobre alimentación complementaria y conocimiento en madres de niños menores de 2 años, Puesto de Salud Víctor Raúl, Chimbote 2012". Se obtuvieron los siguientes resultados: Las madres de niños menores de 2 años lograron disminuir el nivel deficiente de conocimiento sobre alimentación complementaria, de 68,2% en el pretest al 20,5% en el postest. Lograron incrementar el nivel regular, de 18,2% en el pretest al 27,3% en el postest. También incrementaron el nivel bueno, de 13,6% en el pretest al 52,3% en el postest. Finalmente, como conclusiones, el programa educativo fue efectivo al mejorar el conocimiento sobre alimentación complementaria en forma altamente significativa en las madres del postest respecto del pretest con niveles de confianza del 95% ($p < 0,05$). (12)

B. BASE TEÓRICA

1. Alimentación Complementaria

El concepto de alimentación complementaria es relativamente reciente. Es aquella que complementa a la lactancia materna, pero sin anularla. Revaloriza a la lactancia materna como un alimento óptimo para los primeros tiempos de la vida y establece la necesidad de estudiar científicamente la alimentación con objeto de cubrir las necesidades del niño a partir de los seis meses de edad. Se entiende por alimentación complementaria como la oferta de alimentos o líquidos a los lactantes para complementar la leche materna. La edad a la que se inicia esta

alimentación es una etapa especialmente sensible en el desarrollo del lactante ya que, como señala la guía para la alimentación del lactante y niño pequeño de la OMS/UNICEF, los primeros 2 ó 3 años de la vida son los más cruciales para un desarrollo físico y mental normales, y los problemas derivados de una nutrición inadecuada en esta etapa de la vida afectan no sólo al desarrollo físico, sino también al sistema inmunitario y al desarrollo intelectual y emocional. (13)

2. Importancia de la Alimentación Complementaria

La nutrición durante la infancia es uno de los pilares más importantes para la salud y calidad de vida de la población. Siguiendo estos lineamientos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna de forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida, seguida de la introducción de alimentos complementarios.

El carácter de complementario de los alimentos, los hace necesarios para que desde los seis meses de vida y junto a la lactancia materna, mejoren el aporte energético, proteico, cantidad, calidad y biodisponibilidad de nutrientes esenciales para el crecimiento. Por otra parte, las madres, los padres y otros dispensadores de atención necesitan tener acceso a información objetiva, coherente y completa acerca de las prácticas apropiadas de alimentación. (14)

En particular, deben estar informados acerca del período recomendado de lactancia natural exclusiva y continua; el momento de introducción de los alimentos complementarios; qué tipos de alimentos tienen que utilizar, en qué cantidad y con qué frecuencia y cómo darlos de forma inocua 2. Sabemos que la leche materna es el mejor alimento para los bebes y les proporciona todos los nutrientes que necesitan durante los primeros 6 meses ya que contiene sustancias inmunes y bioactivas que confieren al lactante protección frente a infecciones bacterianas y víricas y ayudan a la adaptación y la maduración intestinal del lactante, sin embargo cabe resaltar la transición de la leche materna a la inclusión de alimentos

diferentes a una edad adecuada ya que es muy importante saber las implicancias de adelantar o atrasar el inicio de la alimentación complementaria tal y como lo dice una revisión de la Academia Española de Pediatría que señala que hay una ausencia de beneficio, para la mayoría de los lactantes amamantados cuando introducimos otros alimentos en la dieta antes de los 6 meses y el aumento de riesgo de infecciones gastrointestinales. (15)

De acuerdo con datos del Comité de Nutrición de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), la nutrición adecuada en el primer año de vida y durante la primera infancia es fundamental para que el niño desarrolle plenamente su potencial humano. Los especialistas sugieren proveer alimentos complementarios, además de la lactancia después de los seis meses de edad, para mantener así un crecimiento saludable.

A los seis meses de edad, el bebé ya ha adquirido un buen desarrollo de su aparato digestivo, su función renal y el suficiente desarrollo neuro-madurativo para la incorporación de nuevos alimentos. (16)

A partir de esa edad es importante continuar la alimentación con papillas, preparadas con leche y cereal, purés a base de hortalizas (zanahoria, zapallo y papa), puré de frutas (manzana, banana y pera) y lácteos (postres a base de almidón de maíz) a los que es importante sumar el agregado de carnes para optimizar el aporte de hierro y de aceite para incrementar el aporte energético.

3. Factores que Influyen en el Inicio de la Alimentación Complementaria

El inicio de los alimentos sólidos implica un período de transición entre la alimentación líquida (leche materna) y la alimentación característica del resto de la vida (principalmente sólida). (17)

Resulta un proceso complejo y gradual, que, entre otras cosas, requiere de un tiempo prudente para que los sistemas neuromuscular, renal,

digestivo e inmunológico del niño adquieran la madurez necesaria.

Las últimas recomendaciones de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (Espghan) (2008), la Sociedad Norteamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (Naspghan) y la Academia Americana de Pediatría (AAP) señalan que los lactantes estarían aptos para recibir alimentos diferentes a la leche entre las 16 y 27 semanas de vida. No obstante, se enfatiza en la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de edad.

De manera particular, hay que tener en cuenta la maduración física y de los diferentes sistemas para considerar si el bebé está en capacidad de iniciar con alimentos distintos a la leche. Para ello se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

a. **Maduración digestiva**: la función digestiva de la mayoría de los lactantes de 6 meses es suficientemente madura para digerir la mayor parte de los almidones (cocidos o hidrolizados), las proteínas y la grasa de la dieta no láctea (la amilasa pancreática a los 4 meses es baja o casi ausente).

b. **Maduración renal**: a los 6 meses la filtración glomerulares del 60-80% de la del adulto y las capacidades de concentración y de excreción de sodio, fosfatos e hidrogeniones son mayores que al nacimiento, aunque aún limitadas entre los 6 y los 12 meses.

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

d. **Maduración inmune**: la introducción de alimentación complementaria supone la exposición a nuevos antígenos y cambios en la flora digestiva con repercusión en el equilibrio inmunológico Intestinal. Es un momento de gran influencia sobre el patrón de inmunorespuesta, y los factores específicos tolerogénlcos y protectores del intestino que aporta la leche humana pueden modular y prevenir la aparición de alergias y reacciones adversas.

Asimismo otro factor que pudiese influir en el inicio de la alimentación complementaria es la cultura en la cual nazca el niño.

4. Características de la Alimentación Complementaria

a. Inicio de la alimentación complementaria

El periodo comprendido entre los 6 y 9 meses es el periodo más crítico de la alimentación complementarla por el cambio de sabores, consistencias y texturas nuevas que debe experimentar el niño. El éxito de este periodo es determinante para el éxito de las etapas posteriores. Si no se maneja adecuadamente se convierte en el principal desencadenante de la desnutrición crónica, como lo muestran las estadísticas del Perú y de otros países subdesarrollados. (18)

Este hecho es principalmente importante cuando la lactancia materna se suspende antes de los 6 meses. Para que la alimentación complementarla resulte exitosa debe cumplir con cuatro requisitos sumamente importantes: frecuencia, consistencia, cantidad y contenido nutricional.

b. Frecuencia

Como la capacidad del estómago en esta etapa es limitada, el niño no puede tener el mismo número de comidas que el adulto, El número apropiado de comidas que se ofrecen a la niña o niño durante el día, depende de la densidad energética de los alimentos que se usen localmente y de las cantidades consumidas en cada comida. (19)

La frecuencia diaria de comidas ha sido estimada en función a la energía requerida que debe ser cubierta por los alimentos complementarios, asumiendo una capacidad gástrica de 30 g/kg de peso corporal y una densidad energética mínima de 0,8 kcal/g de alimento. SI la densidad energética o la cantidad de comida administrada es baja, o si a la niña o niño se le suspende la lactancia materna, requerirá de un mayor número de comidas para satisfacer sus necesidades nutricionales. Por lo cual es necesario fraccionarlas durante el día con la siguiente guía:

- De 6 a 9 meses: Leche materna más 2-3 comidas al día; 2 comidas principales.

- De 9 a 12 meses: Leche materna más 3-4 comidas al día; tres comidas principales y 1 refrigerio, que puede darse en la media mañana o en la tarde.

- De 12 a 24 meses: Leche materna más 4-5 comidas al día; tres comidas principales y dos refrigerios, 1 refrigerio entre cada comida principal.

c. Consistencia

La consistencia de los alimentos o preparaciones debe incrementarse gradualmente en la medida que el niño va a aprendiendo a comer. Entre los 6 y 9 meses la consistencia de los alimentos debe ser semi-sólidos en forma de purés espesos.

Luego a partir de esta edad se empieza con los alimentos sólidos-blandos y finalmente a sólidos. El alimento nuevo debe ser introducido uno a la vez, teniendo el cuidado de observar reacciones alérgicas.

d. Cantidad

La cantidad de alimentos se refiere al volumen de los alimentos en cada comida. El inicio de cada alimento nuevo debe hacerse en pequeñas cantidades y aumentar progresivamente a medida que aumenta la capacidad gástrica del niño. Por ello es muy Importante que la madre o quien cuide al

niño este atenta a las señales de satisfacción del niño. Nunca se debe forzar al niño a comer más de lo que quiere o lo que su capacidad gástrica lo permita. En niños(as) amamantados de países en vías desarrollo, las necesidades energéticas a cubrir con la alimentación complementaria se estiman en 200, 300 y 550 kcal/día entre las edades de 6 y 8, de 9 y 11 y de 12 y 23 meses, respectivamente. Por otro lado, tenemos que la capacidad gástrica de la niña o niño guarda relación con su peso (30 g/kg de peso corporal), estimándose así el volumen de alimentos capaz de tolerar en cada comida. Alrededor del sexto mes de edad la niña o niño expresa su deseo de alimento abriendo la boca e inclinándose hacia delante. Contrariamente, cuando ya se encuentra satisfecho, demuestra su desinterés por el alimento echándose hacia atrás y volteando la cabeza hacia un lado. La niña o niño participa así activamente de la alimentación y no ingiere indiscriminadamente los alimentos que se le introducen en la boca. Los lactantes aumentan gradualmente su aceptación a los alimentos nuevos mediante un incremento lento de la cantidad que aceptan. Lo lactantes amamantados parecen aceptar mayores cantidades que los lactantes que toman fórmulas. A partir de los 6 meses de edad se empezará con 2 a 3 cucharadas de comida dos veces al día; entre los 7 y 8 meses, se aumentará a 1/2 taza (100 g ó 3 a 5 cucharadas aproximadamente) tres veces al día; entre los 9 y 11 meses, se incrementará a 3/4 de taza (150 g ó 5 a 7 cucharadas aproximadamente) tres veces al día, más una entre comida adicional; y finalmente entre los 12 y 24 meses 1 taza (200 g ó 7 a 10 cucharadas aproximadamente), tres veces al día, más dos entre comidas adicionales. Desde los 6 meses de edad, la niña o niño debe tener su propio recipiente (plato o taza) y cucharita, para que la madre o la persona que lo cuida pueda observar la cantidad que come cada vez que lo alimenta y conscientemente aumente la cantidad, de acuerdo con la edad y sus sensaciones de hambre y saciedad. A medida que mejora la aceptabilidad y la niña o niño recibe mayor cantidad de alimentos se puede aumentar su variedad. La incorporación de un nuevo alimento debe ser en volúmenes pequeños para prevenir posibles intolerancias y/o alergias.

e. Contenido nutricional

Cada nutriente que el niño necesita tiene una función específica que cumplir dentro del organismo. Para asegurar que el niño consuma todos los nutrientes necesarios, es importante que las comidas incluyan alimentos variados. (20)

Desde el periodo de los 6 a 9 meses pueden introducirse cereales, menestras, carnes, hígado, queso, verduras, grasas y tubérculos.

Las carnes tienen un valor especial por la cantidad y calidad de proteínas que contienen y por el hierro que posee, nutrientes que son esenciales para el crecimiento físico y para el desarrollo y formación del cerebro. Si bien el hierro es pobremente absorbido, es fuente importante de proteína, calcio y vitamina A, nutrientes igualmente necesarios para el crecimiento, sin embargo el inicio de consumo del huevo debe ser a partir del año, pues tienen a generar reacciones alérgicas en algunos niños.

Estos alimentos deben ser consumidos diariamente y no pueden ser reemplazados por otros de origen vegetal porque la proteína y el hierro que contienen son de menor calidad. Otro de los nutrientes esenciales es el yodo, indispensable para el desarrollo mental. Como los alimentos naturales tienen muy poco yodo, es necesario que los alimentos del niño sean preparados con sal adecuadamente yodada y sin abusar de su uso en la preparación de las comidas, resaltando que el inicio en el consumo de sal en niños de 6 a 9 meses debe ser pobre pues el niño aun no desarrollo al cien por ciento su mecanismo renal.

5. Nutrición del Niño Menor de 2 Años

a. Requerimientos nutricionales del lactante

La principal razón por la que el niño debe consumir alimentos diferentes a la leche es de tipo nutricional. Las necesidades de energía, proteína, vitaminas y minerales se incrementan a partir del sexto mes de vida, y,

por esto los alimentos seleccionados deben ser ricos en: calorías, proteínas, hierro, zinc, calcio, vitaminas A-C-D, entre otros. Los alimentos seleccionados “complementarán” al alimento básico que continúa siendo la leche (al menos hasta el primer año de vida) y ayudarán con la cobertura de los requerimientos de los nutrientes. Se debe utilizar alimentos con un valor nutricional adecuado, de fácil digestión, poco voluminosos, frescos o higiénicamente elaborados.

La elección de los alimentos depende en parte de los factores geográficos, hábitos culturales, disponibilidad, costumbres familiares y nivel socio económico, entre otros. (21)

6. Necesidades Energéticas

La ingesta o aporte calórico aconsejable, debe cubrir los requerimientos mínimos para mantenimiento, actividad física y crecimiento. Las necesidades energéticas pueden variar con otros factores como la dieta, el clima o la presencia de patología.

Los requerimientos energéticos en el recién nacido son de dos a tres veces superiores a los del adulto, si se expresan por superficie corporal. La cantidad de energía que se requiere para el crecimiento durante el primer año de vida es muy grande, tanto que aunque los preescolares y escolares son mucho más activos que los lactantes, sus necesidades energéticas son muchos menores en relación al peso.

Las necesidades para mantenimiento incluyen el gasto por el metabolismo basal, las pérdidas por excretas y la energía necesaria para la acción dinámico-específica de los alimentos. Son constantes durante el primer año de vida: 70 kcal/kg de peso corporal.

Las necesidades para crecimiento son inversamente proporcionales a la edad del niño, variando con la velocidad de crecimiento y con el tipo de tejido preferentemente sintetizado, que es distinto dependiendo de la edad. Los requerimientos para actividad física aumentan con la edad

desde 9 kcal/kg en los primeros meses de vida hasta 23 kcal/kg al final del primer año. (22)

7. Necesidades de Vitaminas

La leche materna es deficitaria en vitamina D y vitamina K en los primeros días. Los suplementos vitamínicos son innecesarios a partir del año de edad, porque una alimentación variada cubre todos los requerimientos. Se tiene a las vitaminas liposolubles (A, D, E, K) y las hidrosolubles como la tiamina, riboflavina, niacina, folato, biotina, colina y B6 y B12. (23)

8. Necesidades de Proteínas

Las proteínas son componentes esenciales del organismo, su contenido en la masa corporal aumenta del 11% en el recién nacido hasta un 15% al año de edad.

Las proteínas son polímeros de aminoácidos de alto peso molecular que cumplen una función estructural y forman parte de unidades bioquímicas especiales como enzimas, hormonas y anticuerpos.

Los aminoácidos son utilizados para sintetizar las proteínas corporales. La síntesis de cada una de estas proteínas se realiza a partir de la ingesta adecuada de aminoácidos esenciales y no esenciales.

Algunos aminoácidos con considerados como esenciales en la primera infancia, porque las necesidades en esta etapa son mayores que la capacidad de síntesis, debido a la ausencia o bajo rendimiento de las enzimas que intervienen en su interconversión. Esto es lo que ocurre con la histidina hasta los seis meses y con la cistina en el recién nacido, sobre todo en el pretérmino, dado su papel precursor de la taurina, que juega un papel fundamental en el desarrollo cerebral.

Los requerimientos de proteínas en el primer año de vida son: 0-6 meses (2.2 g/kg/día) y desde los 7-12 meses (1.6 g/kg/día).

9. Necesidades de Grasas

Las grasas son sustancias orgánicas de bajo peso molecular que se caracterizan por ser solubles en disolventes orgánicos e insolubles en agua. Los lípidos de la dieta son fundamentales para un adecuado crecimiento y sobretodo desarrollo cerebral; están constituidos en su mayor parte por triglicéridos, ásteres de colesterol y fosfolípidos, los cuales contienen ácidos grasos. Los lípidos como los fosfolípidos y glicolípidos forman parte de la estructura de la membrana celular de la mielina y de los órganos intracelulares, así como de importantes sistemas enzimáticos. El colesterol forma parte de la membrana celular, siendo además precursor dé hormonas gonadales y adrenales y de ácidos biliares. Aportan ácidos grasos esenciales: ácido linoléico y ácido araquidónico. Favorece la absorción de vitaminas liposolubles (A, D, E, K).

10. Tipos de Alimentos

Cereales: Se introducirán alrededor de los 6 meses y nunca antes de los cuatro. A menudo es el primer elemento distinto de la leche que se introduce en la dieta de los lactantes. Los cereales contribuyen al aporte energético, y por tanto, existe riesgo de sobrealimentación, si se abusa de su consumo. Se ofrecen en forma de papillas y debe utilizarse la leche habitual y añadir el cereal necesario.

Frutas: Se pueden empezar a ofrecer al lactante a partir del 6o mes como zumo de frutas, y más adelante en forma de papilla, nunca sustituyendo a una toma de leche. Las frutas más recomendadas son plátano, papaya, manzana, pera y se debe evitar las más alergénicas como fresa, frambuesa, kiwi, naranja y melocotón. Se suele introducirlas tras la aceptación de los cereales, aunque la fruta puede ser el primer alimento complementario. No existe razón científica alguna, y puede ser perjudicial, el ofrecer zumos de fruta antes de los 4 meses.

Verduras y Hortalizas: Se van introduciendo a partir del 6o mes en forma

de puré. Al principio: papas, camotes, zapallo, etc. y más tarde las demás verduras. Se deben evitar inicialmente aquellas que tienen alto contenido en nitratos (betarraga, acelga, nabos,) y también las flatulentas o muy aromáticas (col, coliflor, nabo, espárragos).

Carnes: Se empieza principalmente con vísceras como hígado, sangrecita o pollo, a partir del 6° mes, ya que la consistencia es más suave y rica en hierro y proteínas. Posteriormente de acuerdo a la edad se incluirán carnes de res, cordero, etc.

Pescados: Comenzar pasado el 9° mes con pescados blancos: merluza, lenguado. Tienen gran capacidad de producir intolerancias alérgicas. En niños con antecedentes familiares, esperar su introducción hasta pasado el año de edad y/o probar tolerancia brindando al niño en mínimas cantidades observando cuidadosamente las reacciones que pueda presentar; si no hubiere reacción alguna se recomienda incluir pescado en la alimentación del niño ya que es fuente importante de ácidos grasos y hierro fundamentales en el desarrollo cerebral.

Huevos: Al 9° mes se puede introducir la yema cocida, y el huevo entero hacia el 12° mes. Se recomiendan 2-3 huevos por semana. La yema es buena fuente de grasas esenciales, vitaminas liposolubles y hierro. La clara contiene proteínas de alto valor biológico, entre ellas la ovoalbúmina, de alta capacidad alergénica por ello no es recomendable brindarle al niño la clara de huevo antes de cumplir el año de edad.

Legumbres: A partir de los 9 meses se pueden añadir a la alimentación del niño evitando las cascaras. Es fundamental por su contenido de fibra, carbohidratos y hierro como en las lentejas, fréjoles, etc. Se pueden añadir mezclados con arroz u otros cereales. No sustituyen a las carnes. Se recomienda dar un par de veces a la semana. (24)

11. Combinación de Alimentos

Cuando hablamos de combinación de alimentos tenemos a los alimentos

principales como: cereales, leguminosas (menestras), alimentos de origen animal, tubérculos, verduras, lácteos, (derivados) y frutas, que van a ser mezcladas teniendo en cuenta la disponibilidad en la zona de residencia y su inocuidad. Debido al crecimiento desarrollo rápido durante los primeros 2 años de vida, las necesidades de nutrientes por unidad de peso de los niños(as) son muy altas. La leche materna puede contribuir sustancialmente al consumo de nutrientes entre 6 y 24 meses, sobretodo en proteínas y vitaminas. Sin embargo, su aporte es relativamente bajo en algunos minerales como el hierro y el zinc aun teniendo en cuenta su biodisponibilidad. A partir de los seis meses de edad las necesidades de hierro así como del zinc y calcio deben ser cubiertas con la alimentación complementaria, porque a los 6 meses de edad se produce un balance negativo especialmente del hierro.

Dada las pequeñas cantidades de alimentos que los niños(as) consumen a esta edad, la densidad de estos nutrientes en las preparaciones tienen que ser altas. Los alimentos de origen vegetal, por sí solos no satisfacen las necesidades de estos y otros nutrientes, por lo que se recomienda incluir carnes, aves, pescado, vísceras, sangrecita y huevo en la alimentación complementaria lo más pronto posible, de esta manera asegurar el aporte del hierro, zinc, calcio y vitamina A.

Es imprescindible incorporar en la alimentación de la niña o niño productos que tengan alta biodisponibilidad de hierro; su deficiencia conlleva a la anemia y afecta el comportamiento del niño así como en su proceso de aprendizaje. Los alimentos fuentes de este mineral son las carnes, vísceras y sangrecita.

El zinc es importante para el crecimiento y desarrollo normal, favorece la cicatrización de heridas y aumenta la inmunidad natural contra infecciones. Las mejores fuentes del zinc, por su contenido y alta biodisponibilidad, son las carnes, hígado, huevos y mariscos.

Es necesario asegurar el aporte de la vitamina A en la alimentación del

niño(a), porque además de participar en su crecimiento y desarrollo, mantiene la integridad de las células epiteliales de la mucosa de la boca, de los ojos, y del aparato digestivo y respiratorio; los que tienen deficiencia están en mayor riesgo de tener infecciones, especialmente episodios de diarrea y sarampión más frecuentes y severos, así como, anemia por deficiencia de hierro y retardo del crecimiento. Los alimentos de origen animal fuentes de vitamina A son el hígado y carnes.

El calcio es un mineral, que participa en la construcción de los huesos, así como para la salud dental, para un adecuado aporte de calcio es necesario incluir leche y/o productos lácteos en la comida de la niña o niño a partir del año de edad, además de continuar con la leche materna.

El huevo y el pescado son muy buenos alimentos para la niña o niño y no deben ser restringidos, salvo temporalmente en el caso de una fuerte historia familiar de alergia.

El consumo diario de alimentos que contengan vitamina C favorece el mantenimiento de los huesos y cartílagos así como refuerza las defensas orgánicas, sobretodo de las vías respiratorias altas. Por ello se recomienda el consumo de frutas como la naranja, aguaje, camu camu, maracuyá, papaya y las verduras, como el tomate que tienen alto contenido de vitamina C, cuya ingesta después de las comidas, favorece la absorción de hierro proveniente de los vegetales y legumbres. Existe una asociación directa entre el contenido de vitamina C en la dieta y el porcentaje de absorción del hierro de cereales, hortalizas y leguminosas.

Se debe enriquecer una de las comidas principales de la niña o niño con una cucharadita de grasa (aceite, mantequilla, margarina). Las grasas provenientes de la alimentación infantil deben proporcionar entre el 30% y 40% de la energía total, aportando ácidos grasos esenciales en niveles similares a los que se encuentran en la leche materna; por lo tanto incrementan la densidad energética de las comidas y mantienen la viscosidad de las comidas independientemente de su temperatura. Una

ingesta muy baja de grasa ocasiona una inadecuada ingesta de ácidos grasos y baja densidad energética que puede traducirse en un adelgazamiento infantil y una ingesta excesiva puede incrementar la obesidad infantil y enfermedades cardiovasculares en el futuro. (25)

12. Estado Nutricional del Niño

Evaluación antropométrica

La evaluación antropométrica del estado nutricional puede realizarse en forma transversal (en un momento determinado) o longitudinal (a lo largo del tiempo). Su determinación es relativamente sencilla, de bajo costo y muy útil. (26)

Las medidas antropométricas más usadas en la evaluación del estado nutricional son el peso, la talla, el perímetro braquial y los pliegues cutáneos. Estas mediciones se relacionan con la edad o entre ellos, estableciendo los llamados índices. Los índices más utilizados son el peso para la edad (PIE), la talla para la edad (T/E) y el peso para la talla (P/T).

a. Peso para edad

Es un índice usado comúnmente en el control del crecimiento de los niños, en las historias clínicas y carnés de crecimiento. Sus principales ventajas son:

- Es fácil de obtener con poco margen de error.
- Si se tiene un número adecuado de controles, es sensible para detectar cambios en el seguimiento longitudinal de un niño.
- Es el índice más conocido por los trabajadores de salud.

Sin embargo también tiene desventajas importantes:

- En niños mayores de un año puede sobre estimar la desnutrición.

- No permite diferencias adelgazamiento (desnutrición aguda) de retardo del crecimiento (desnutrición crónica). Un niño de la misma edad y peso puede estar adelgazado, tener un peso adecuado para su talla o incluso ser obeso, dependiendo de la talla.

b. Talla para la edad

El incremento de talla es más lento que el incremento de peso. Los estados de deficiencia de talla suelen presentarse más lentamente y también recuperarse más lentamente.

Las ventajas de este índice son:

- Refleja la historia nutricional del sujeto.
- Estima el grado de desnutrición crónica.

Las principales desventajas son las siguientes:

- Requiere conocer con exactitud la edad.
- Latalla es más difícil de medir que el peso y tiene un mayor margen de error.
- No permite medir el grado de adelgazamiento o desnutrición aguda.

c. Peso para edad

Es un índice usado comúnmente en el control del crecimiento de los niños, en las historias clínicas y carnés de crecimiento.

Sus principales ventajas son:

- Es fácil de obtener con poco margen de error.
- Si se tiene un número adecuado de controles, es sensible para detectar cambios en el seguimiento longitudinal de un niño.
- Es el índice más conocido por los trabajadores de salud.

Sin embargo también tiene desventajas importantes:

- No permite diferenciar adelgazamiento (desnutrición aguda) de retardo del crecimiento (desnutrición crónica). Un niño de la misma edad y peso puede estar adelgazado, tener un peso adecuado para su talla o incluso ser obeso, dependiendo de la talla.

d. Talla para la edad

El incremento de talla es más lento que el incremento de peso. Los estados de deficiencia de talla suelen presentarse más lentamente y también recuperarse más lentamente.

Las ventajas de este índice son:

- Refleja la historia nutricional del sujeto.

- Estima el grado de desnutrición crónica.

Las principales desventajas son las siguientes:

- Requiere conocer con exactitud la edad.

- La talla es más difícil de medir que el peso y tiene un mayor margen de error.

- No permite medir el grado de adelgazamiento o desnutrición aguda.

e. Peso para la talla

Este índice compara el peso de un individuo con el peso esperado para su talla y esto permite establecer si ha ocurrido una pérdida reciente de peso corporal (desnutrición aguda). (27)

Puntos de corte de normalidad

Durante el proceso de evaluación del estado nutricional es necesario determinar si un niño es normal o si presenta alguna alteración

(desnutrición o sobre peso), estableciendo un punto de corte o nivel de diagnóstico. Se conoce como indicador a la relación entre el índice y su respectivo punto de corte. Hablar de puntos de corte implica adoptar un patrón de referencia para cada índice. Actualmente se acepta el uso de patrones internacionales debido a que las diferencias raciales y étnicas tienen una mínima influencia en el potencial de crecimiento, en comparación con la influencia de los factores socioeconómicos. (28)

Los nuevos patrones de crecimiento infantil de la OMS proporcionan ahora información sobre el crecimiento idóneo de los niños: demuestran, por vez primera, que los niños nacidos en regiones diferentes del mundo a los que se ofrecen unas condiciones de vida óptimas cuentan con el potencial de crecer y desarrollarse hasta estaturas y pesos para la edad similares. Los patrones de crecimiento infantil de la OMS son un instrumento que se utilizará extensamente en salud pública y medicina, así como por organizaciones gubernamentales y sanitarias para la vigilancia del bienestar de los niños y para detectar a niños o poblaciones que no crecen adecuadamente -con insuficiencia ponderal o sobrepeso- y a los que puede ser preciso aplicar medidas específicas de atención médica o de salud pública. El crecimiento normal es una expresión fundamental de la buena salud y una medida de los esfuerzos realizados para reducir la mortalidad y morbilidad en la niñez. Los nuevos gráficos constituyen, por consiguiente, un instrumento sencillo para evaluar la eficacia de estos esfuerzos. Se utilizarán en consultas de médicos, dispensarios y otros centros de salud de todo el mundo, así como por centros de investigación, organizaciones de defensa de la salud del niño y ministerios de salud.

Los patrones de crecimiento infantil de la OMS son superiores a los patrones de referencia que se manejan actualmente. Permiten comparar parámetros del crecimiento importantes, como el peso y la talla/estatura de los lactantes y niños, con un valor de referencia óptimo. Hay gráficos para varones y para mujeres y también gráficos para lactantes (hasta un

año de edad) y para niños de hasta cinco años. Estos parámetros son importantes indicadores de salud y ayudan a determinar el estado de salud de un niño o una población de niños y si su crecimiento es adecuado. Por ejemplo, los niños con estatura para la edad es baja (situados por debajo de la línea roja en el gráfico de talla/estatura) o cuyo peso para la estatura es demasiado bajo (por debajo de la línea roja) pueden tener problemas de salud; cuanto más alejados de las líneas rojas se encuentren, mayores serán las posibilidades de que tengan problemas de salud. En la práctica clínica, estos parámetros ayudan a diagnosticar enfermedades tempranamente y a vigilar la evolución durante el tratamiento. Es importante el hecho de que existen ahora, por vez primera, gráficos normalizados del índice de masa corporal (IMC) para niños de hasta cinco años, lo que resulta particularmente útil para la vigilancia de la creciente epidemia de obesidad infantil. Además, los nuevos patrones de crecimiento infantil incluyen Ventanas de logro que describen el intervalo y plazos de seis hitos clave del desarrollo motor de los niños, como sentarse, ponerse en pie y andar. Los patrones de crecimiento infantil quedan reflejados en más de 30 gráficos. La mayoría de los médicos, proveedores de atención de salud y progenitores sólo utilizarán de forma habitual unos pocos gráficos (por ejemplo, los correspondientes a estatura/talla, peso e IMC), pero determinados investigadores y profesionales que se ocupan de la salud a nivel de poblaciones utilizarán un mayor número de gráficos para fines de medición y evaluación. (29)

La desnutrición infantil ha sido catalogada por UNICEF como una emergencia silenciosa: genera efectos muy dañinos que se manifiestan a lo largo de la vida de la persona, y que no se detectan de inmediato. La primera señal es el bajo peso, seguido por la baja altura; sin embargo, ellas son solo las manifestaciones más superficiales del problema. Según UNICEF, hasta el 50% de la mortalidad infantil se origina, directa o indirectamente, por un pobre estado nutricional. (30)

La etapa más vulnerable del desarrollo humano va desde la gestación hasta los tres años.

En este periodo se forma el cerebro y otros órganos vitales como el corazón, el hígado y el páncreas. Por esta razón, un individuo malnutrido durante esa etapa de su vida es más vulnerable a los efectos negativos de dicha condición. Hay que considerar, además, que dado el rápido crecimiento de los niños en sus primeros años, los requerimientos nutricionales son más altos y específicos, y que la alimentación depende enteramente de terceros (padres o cuidadores), quienes pueden no tener los' recursos y/o los conocimientos suficientes para llevar a cabo esta tarea de forma adecuada.

Una mala nutrición en edad temprana tiene efectos negativos en el estado de salud del niño, en su habilidad para aprender, para comunicarse, para desarrollar el pensamiento analítico, la socialización y la habilidad de adaptarse a nuevos ambientes (Gajate e Inurritegui, 2002). Como explican Sagan y Dryuyan (1994), el cuerpo humano le da prioridad a la sobrevivencia frente al crecimiento y desarrollo, destinándole más recursos energéticos a la primera cuando las sustancias alimenticias que recibe no son suficientes. (31)

Además, el sistema inmunológico se ve debilitado por una mala nutrición; por ello, un niño desnutrido tiene menos resistencia a enfermedades comunes, aumentando su probabilidad de morir por causas como la diarrea o las infecciones respiratorias.

Asimismo tenemos el tema de la obesidad infantil en menores de 2 años principalmente, un aspecto importante es la relación la alimentación complementaria y sobrepeso en la infancia y subsecuente obesidad en el adulto. Es cierto que no se han realizado estudios prospectivos a largo plazo, sin embargo, estudios retrospectivos y prospectivos a corto plazo, tienden a sostener la hipótesis de que es conocida tanto la desnutrición como la sobrealimentación en la infancia pueden conducir a una obesidad

tardía. En la obesidad existe un mayor riesgo de enfermedad cardiaca e hipercolesterolemia, por lo cual, es lógico considerarla como una consecuencia negativa de una alimentación temprana inadecuada.

Desde un punto de vista social, las consecuencias de la desnutrición son graves. El daño que se genera en el desarrollo cognitivo de los individuos afecta el desempeño escolar, en un primer momento y, más adelante, la capacidad productiva laboral. Peor aún, una niña malnutrida tiene mayor probabilidad de procrear, cuando sea adulta, a un niño desnutrido, perpetuando los daños de generación en generación. (32)

13. La Adecuada Higiene en la Preparación de Alimentos

Una adecuada higiene implica una serie de acciones preventivas que la madre o el cuidador del niño debe tener en cuenta al momento de la preparación de alimentos y a la hora de brindárselos, estas recomendaciones son las siguientes:

Lavado de manos con agua y jabón antes de la preparación de los alimentos, antes de dar comer a la niña o niño, después de usar el baño o letrina y después de limpiar a un niño(a) que ha defecado.

- Los alimentos deben estar tapados y servirlos inmediatamente después de la cocción.

- Los utensilios que se usaran en la preparación de alimentos deben estar limpios (tazas, vasos, platos, cucharas, etc.).

- Evitar el uso de biberones y chupones debido a la dificultad para mantenerlos limpios, además de otros efectos negativos.

- Utilizar agua potable, clorada o hervida y mantenerla en recipientes limpios, tapados y en lugares frescos.

- Conservar los alimentos del niño en lugares seguros (libres de polvo, insectos, roedores y otros animales), para evitar la contaminación de

los mismos.

- La basura o restos de comida deben estar en recipientes tapados y fuera de la vivienda.

- Los restos de comida que la niña o niño pequeño dejan en el plato no se debe guardar para consumirlo posteriormente, pues se descomponen fácilmente (33)

14. El Entorno del Niño Durante la Alimentación

El entorno del niño es un aspecto primordial en la alimentación del niño ya que pueden afectar su disposición para comer. Actualmente se reconoce que la alimentación complementaria óptima depende no solo de que alimentos se le ofrece al niño en sus comidas (que dar de comer), sino también es importante la manera de cómo, cuándo, dónde y quien da de comer a un niño.

La interrelación entre el niño(a) y la madre o cuidadora durante la alimentación puede ser crítica e influenciar sobre el consumo de nutrientes. Se describe los siguientes estilos:

- Un “estilo controlador”, donde la madre o cuidadora decide cuando y como come el niño puede llegar a que los niños no reconozcan adecuadamente sus propias señales de apetito y autorregulación de su ingesta de energía, poniendo al niño en riesgo de sobrepeso.

- Un estilo “dejar hacer” o “liberal”, donde la madre o cuidadora ofrece muy poca ayuda física o poco ánimo verbal en el momento de la alimentación, aun a niños menores de un año, salvo que el niño esté enfermo o que no coma. Este estilo es frecuente en nuestra población.

- Un estilo “interactivo” incluye comportamientos que permiten una óptima inter-relación madre o cuidadora- niño.

Se aplican los principios de cuidado psico-social:

- Hablar con los niños durante las comidas reconociendo que los momentos de comer son espacios de aprendizaje y amor.

- Alimentarlos despacio y con paciencia y animar a los niños a comer pero sin forzarlos.

- Dar de comer directamente a los niños pequeños y ayudar físicamente a los niños mayores cuando se alimentan solos, estando atentos y respondiendo sus señales de apetito y saciedad.

- Cuando los niños no quieren comer, experimentar con diferentes combinaciones de alimentos, sabores, texturas y maneras de animarlos a comer.

- Se debe dedicar un tiempo para la alimentación del niño de acuerdo a horarios establecidos.

- El mejor lugar para la alimentación es en la mesa del comedor ya que otros lugares pueden distraer al niño o no generar en él la disposición a comer.

- El niño debe encontrarse sentado en la silla o en la rodilla de la madre según sea conveniente, la madre debe estar a la altura del niño para ayudarlo a alimentarse.

- Minimizar las distracciones durante la comida (34)

15. Intervención de Enfermería

El desarrollo integral de la infancia es fundamental para el desarrollo humano y la construcción de capital social, elementos considerados principales y necesarios para romper el ciclo de pobreza y reducir las brechas de inequidad.

El crecimiento se expresa en el incremento del peso y la talla, y el

desarrollo es definido como cambios en las estructuras físicas y neurológicas, cognitivas y de comportamiento, que emergen de manera ordenada y son relativamente duraderas. Es un proceso que comienza desde la vida intra-uterina, y que envuelve varios aspectos que van desde el crecimiento físico, pasando por la maduración neurológica, comportamental, cognitiva, social y afectiva del niño.

Recientes investigaciones demuestran la importancia del desarrollo en la primera infancia con respecto a la formación de la inteligencia, la personalidad y el comportamiento social. En ese sentido, si los niños y niñas de corta edad no reciben en esos años formativos la atención y el cuidado que necesitan, las consecuencias son acumulativas y prolongadas. Por lo tanto, brindar al niño oportunidades para que tenga un crecimiento y desarrollo adecuado es una de las prioridades de la familia, los gobiernos, organizaciones, y comunidad en general.

En este marco del crecimiento y desarrollo del niño ligado al tema de nutrición propiamente dicha el personal de enfermería es quien cumple la labor trascendental de realizar la evaluación al niño, así como en la detección de casos de desnutrición. Asimismo la enfermera es quien brinda la consejería nutricional a los padres en el inicio de la alimentación complementarla, es así como el rol que cumple la enfermera tiene suma importancia en la nutrición del niño como en su estado nutricional y las capacidades que el niño pueda lograr en el futuro.

Consejería en enfermería del paquete CRED

La consejería es un proceso educativo comunicacional que se desarrollará de manera participativa entre el prestador de salud y los padres o responsables del cuidado de la niña y el niño con el objetivo de ayudarlos a Identificar los factores que influyen en la salud, nutrición y desarrollo de la niña y el niño, analizar los problemas encontrados en la evaluación e Identificar acciones y prácticas que permitan mantener el crecimiento y desarrollo adecuado de la niña y el niño de acuerdo a su

realidad, fortaleciendo las prácticas adecuadas y corrigiendo las de riesgo, se focaliza en el mejoramiento de las prácticas de cuidado de la niña y el niño, así como en el uso de los recursos disponibles en la familia y permite 39 establecer un acuerdo negociado sobre las prácticas y acciones identificadas, registrándolos en la historia clínica. El objetivo de la consejería nutricional es asegurar un adecuado estado nutricional o lograr la recuperación de la tendencia del crecimiento. El propósito es guiar y ayudar a tomar decisiones a los padres o adultos responsables del cuidado de la niña o niño, con base en la situación de crecimiento tanto si el crecimiento es adecuado o inadecuado (riesgo o desnutrición), para mejorar sus prácticas de alimentación y nutrición. La consejería nutricional es prioritaria en situaciones de riesgo y en procesos de enfermedad, ya que durante la consejería nutricional es importante promover prácticas adecuadas de alimentación y calidad de la dieta (alimentos de origen animal, alimentos fuentes de hierro) ambiente de tranquilidad y afecto, se realiza en cada control o contacto de la niña o niño con los servicios de salud tanto si éste se da a través de oferta fija (establecimientos de salud, otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes), además la consejería puede reforzarse con actividades grupales como las sesiones educativas y demostrativas.

C. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Intervención de la Enfermera.

2. VARIABLE DEPENDIENTE

Conocimiento sobre alimentación complementaria.

D. ALCANCES Y LIMITACIONES

1. ALCANCES

El estudio será factible realizar en el tiempo previsto para brindar un alcance científico-técnico – de la investigación.

La metodología a seguir conducirá a dar respuesta al problema.

Para el estudio se dispondrá con recursos humanos y materiales suficientes.

2. LIMITACIONES

Falta de financiamiento por parte de las instituciones de salud para el apoyo del estudio.

Falta de antecedentes relacionados al tema actualizados.

CAPÍTULO III

MARCO OPERACIONAL

A. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

La investigación es de tipo cuasi experimental con diseño de pre test y post test.

GE	**O1**	**X**	**O2**
GC	**O3**	**-**	**O4**

Donde:

GE: Grupo experimental.

GC: Grupo control.

O1: O3: Pre test.

O2: 04: Post test.

X: Intervención de enfermería.

PROCEDIMIENTO

Para la recolección de datos y la realización del estudio se siguió los siguientes procedimientos:

- Se solicitó el permiso al Director del Centro de Salud de Acomayo para la realización del estudio.
- Se aplicó el consentimiento informado a las madres de niños de 6 a 24 meses de edad.
- Se aplicó el pre test para conocer el nivel de conocimiento de las madres.
- Aplicación y demostración de las sesiones educativas para la enseñanza sobre alimentación complementaria.
- Aplicación de los instrumentos validados para la evaluación del nivel de conocimiento y prácticas sobre la alimentación complementaria a la muestra en estudio (Post Test).
- Selección, cómputo o tabulación y evaluación de los datos.
- Interpretación de datos según los resultados, confrontando con otros trabajos similares o con la base teórica disponible.
- Finalmente, se realizó las conclusiones y recomendaciones.

B. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO

La alimentación complementaria constituye el segundo paso más importante en la nutrición del niño después de la lactancia materna exclusiva. Cuando la lactancia materna no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales de las niñas y niños, es necesario añadir otros alimentos a la dieta del niño es decir, brindarle una alimentación complementaria adecuada desde el punto de vista nutricional con todos los nutrientes que el niño necesita para desarrollarse adecuadamente; este periodo de inclusión de alimentos diferentes de la leche materia va de los seis a los 24 meses de edad, intervalo en el que la niña y el niño es muy vulnerable ya que está expuesto a diferentes enfermedades.

Según la encuesta demográfica de salud y familia (ENDES, 2014) a nivel nacional, la desnutrición crónica afectó al 18,1% de niñas y niños menores de cinco años de edad. Es el grupo de niñas y niños menores de seis meses de edad fue 13, 3% y, en los infantes de seis a ocho meses de edad este porcentaje fue de 14.6%, 3% más comparado con el 11.6% del ENDES 2013, observándose un incremento con la edad, periodo que abarca el inicio de la alimentación complementaria y que constituye el primer paso sumamente importante en la inclusión de alimentos en el niño y que va a definir su alimentación en adelante. Asimismo tenemos que las cifras de desnutrición crónica alcanzan el más alto porcentaje en el grupo de niñas y niños de 18 a 23 meses de edad (25, 3%); periodo en el que el niño debe consumir todos los alimentos de la olla familiar, la cual debe incluir alimentos balanceados para su edad. De estos porcentajes de desnutrición se tiene que la desnutrición crónica afectó con mayor intensidad a niñas y niños de madres sin educación (45.0%); en relación con aquellas con mayor nivel educativo; 4.7% con nivel superior y 13.0% con secundaria.

C. POBLACIÓN Y MUESTRA

1. POBLACIÓN

Para la investigación la población está conformada por un total de 60 madres de niños de 6 a 24 meses de edad que acuden al Centro de Salud Acomayo.

Criterios de Inclusión:

- Madres de niños entre las edades de 6 a 24 meses.
- Madres que presentan el consentimiento informado firmado.

Criterios de Exclusión:

- Madres de niños de 6 a 24 meses de edad que no quieren participar en el estudio.
- Madres que abandonan durante la investigación.
- Madres de niños.

2. MUESTRA

Para la selección de la muestra se tendrá en cuenta el método del muestreo no probabilístico por conveniencia; es decir, dicha muestra estará representada por el 100% de la población estimada (60 madres) llamado como población muestral.

D. MÉTODO, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. MÉTODOS

Encuesta: donde se encuestarán a las madres de niños entre 6 a 24 meses de edad sobre alimentación complementaria.

2. TÉCNICAS

Cuestionario; con preguntas cerradas y respuestas politómicas sobre la alimentación complementaria.

3. INSTRUMENTOS

Formulario Pre y Post Test, para evaluar los conocimientos sobre la alimentación complementaria.

PLAN DE TABULACIÓN

- Luego de la recolección de datos, se procedió a realizar el procesamiento de los datos utilizando el paquete estadístico de Excel y el programa de SPSS V.24.
- La información se presentara en tablas para su análisis e interpretación.
- Para la prueba de hipótesis se utilizó el T de Student.

$$t = \frac{\left(\bar{X}_2 - \bar{X}_1\right) - d_0}{\delta_p \sqrt{\left(1/n_2\right) + \left(1/n_1\right)}}$$

Dónde:

$\mathbf{n_1}$ = muestra del grupo 1.

$\mathbf{n_2}$= muestra del grupo 2.

$\dot{\mathbf{X}}_1$= Promedio de los puntajes del grupo 1.

$\dot{\mathbf{X}}_2$ = Promedio de los puntajes del grupo 2.

$\boldsymbol{\sigma}_{\mathbf{p}}$ = Estadístico de prueba.

$\mathbf{d_0}$ = Diferencia.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

De la tabla 1 a la 4, se describe la caracterización del grupo de estudio.

En la tabla 5, se describe si el niño recibe o no lactancia materna.

En la tabla 6, se describe la edad de inicio de la alimentación complementaria.

En la tabla 7 y 8 se describe el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria antes y después de la intervención.

En la tabla N° 9 se realiza la prueba de hipótesis.

TABLA 1

GRUPO DE ESTUDIO SEGÚN LA EDAD. CENTRO DE SALUD ACOMAYO HUANUCO 2018

EDAD	N = 30			
	Grupo Experimental		Grupo Control	
	Nº	%	Nº	%
18 a 23 años	11	73.3	7	46.7
24 a 29 años	3	20.0	5	33.3
30 a 35 años	2	13.3	2	13.3
36 años a más	0	0.0	1	6.7
TOTAL	15	100	15	100

Fuente: Cuestionario para valorar conocimiento sobre alimentación complementaria (Anexo 1).

En la tabla 1, se describe la edad de la población en estudio siendo que las madres de niños menores de 2 años en grupo experimental oscilan entre 18 a 23 años en un 73,3% (11), de 24 a 29 años en un 20% (3) y de 30 a 35 años en un 13,3% (2); del mismo modo en el grupo control el 46,7% (7) tienen de 18 a 23 años.

TABLA 2

GRUPO DE ESTUDIO SEGÚN NIVEL EDUCATIVO. CENTRO DE SALUD ACOMAYO HUANUCO 2018

NIVEL EDUCATIVO	N = 30			
	Grupo Experimental		Grupo Control	
	Nº	%	Nº	%
Sin instrucción	8	53.3	6	40.0
Primaria	4	26.7	6	40.0
Secundaria	2	13.3	3	20.0
Superior	1	6.7	0	0.0
TOTAL	15	100	15	100

Fuente: Cuestionario para valorar conocimiento sobre alimentación complementaria (Anexo 1).

En la tabla 2, se describe el nivel educativo de las madres encontrándose en el grupo experimental que el 53,3% (8) no tienen instrucción, el 26,7% (4) solo tienen primaria, el 13,3% (2) están con secundaria y 6,7% (1) superior; del mismo modo en el grupo control el 40% (6) no tienen instrucción y están solo con primaria respectivamente.

TABLA 3

GRUPO DE ESTUDIO SEGÚN ESTADO CIVIL. CENTRO DE SALUD ACOMAYO HUANUCO 2018

ESTADO CIVIL	N = 30			
	Grupo Experimental		Grupo Control	
	Nº	%	Nº	%
Soltera	5	33.3	6	40.0
Casada	1	6.7	6	40.0
Conviviente	9	60.0	3	20.0
TOTAL	15	100	15	100

Fuente: Cuestionario para valorar conocimiento sobre alimentación complementaria (Anexo 1).

En la tabla 3, se describe el estado civil de las madres encontrándose en el grupo experimental que el 60% (9) son convivientes, el 33,3% (5) son solteras y el 6,7% (1) casadas; asimismo en el grupo control el 40% (6) son solteras y casadas respectivamente.

TABLA 4

GRUPO DE ESTUDIO SEGÚN TIPO DE OCUPACIÓN. CENTRO DE SALUD ACOMAYO HUANUCO 2018

Tipo de ocupación	N=30			
	Grupo Experimental		Grupo Control	
	Nº	%	Nº	%
Estudiante	3	20.0	4	26.7
Ama de casa	7	46.7	8	53.3
Trabajo independiente	3	20.0	2	13.3
Trabajo dependiente	2	13.3	1	6.7
TOTAL	15	100	15	100

Fuente: Cuestionario para valorar conocimiento sobre alimentación complementaria (Anexo 1)

En la tabla 4, se describe el tipo de ocupación de las madres encontrándose en el grupo experimental que el 46,7% (7) son amas de casa, el 20% (3) son estudiantes y tienen un trabajo independientes y el 13,3% (2) tienen un trabajo dependiente; asimismo en el grupo control el 53,3% (8) son amas de casa.

TABLA 5

LACTANCIA MATERNA EN EL NIÑO MENOR DE DOS AÑOS. CENTRO DE SALUD ACOMAYO HUANUCO 2018

RECIBE LACTANCIA MATERNA	N = 30			
	Grupo Experimental		Grupo Control	
	Nº	%	Nº	%
Sí	10	66.7	8	53.3
No	5	33.3	7	46.7
TOTAL	15	100	15	100

Fuente: Cuestionario para valorar conocimiento sobre alimentación complementaria (Anexo 1).

En la tabla 5, se describe si el niño menor de dos años aún sigue recibiendo lactancia materna encontrándose que en el grupo experimental el 66,7% (10) refieren que sí y el 33,3% (5) no; asimismo en el grupo control el 53,3% (8) aún siguen recibiendo lactancia materna y el 46,7% (7) no lo reciben. Siendo que estos niños consumen leche artificial.

TABLA 6

EDAD DEL NIÑO QUE INICIA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA. CENTRO DE SALUD ACOMAYO HUANUCO 2018

INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	N = 30			
	Grupo Experimental		Grupo Control	
	Nº	%	Nº	%
6 meses	6	40.0	5	33.3
7 meses	7	46.7	8	53.3
8 meses	2	13.3	2	13.3
TOTAL	15	100	15	100

Fuente: Cuestionario para valorar conocimiento sobre alimentación complementaria (Anexo 1).

En la tabla 6, se describe la edad del niño que inicia la alimentación complementaria, siendo que en el grupo experimental el 46,7% (7) lo iniciaron a los 7 meses, el 40% (6) a los 6 meses y el 13,3% (2) a los 8 meses; asimismo en el grupo control lo iniciaron a los 7 meses en un 53,3% (8), el 33,3% (5) a los 6 meses y el 13,3% (2) a los 8 meses.

TABLA 7

CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA ANTES DE LA INTERVENCIÓN. CENTRO DE SALUD ACOMAYO HUANUCO 2018

CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	N = 30			
	Grupo Experimental		Grupo Control	
	Nº	%	Nº	%
Deficiente	10	66.7	8	53.3
Regular	3	20.0	5	33.3
Bueno	2	13.3	2	13.3
TOTAL	15	100	15	100

Fuente: Cuestionario para valorar conocimiento sobre alimentación complementaria (Anexo 1).

En la tabla 7, se describe el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria antes de la intervención encontrándose que en el grupo experimental el 66,7% (10) tienen conocimiento deficiente, el 20% (3) conocimiento regular y el 13,3% (2) un buen conocimiento; asimismo en el grupo control el 53,3% (8) obtuvieron un conocimiento deficiente.

TABLA 8

CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN. CENTRO DE SALUD ACOMAYO HUANUCO 2018

CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	N = 30			
	Grupo Experimental		Grupo Control	
	Nº	%	Nº	%
Deficiente	2	13.3%	7	46.7%
Regular	5	33.3%	6	40.0%
Bueno	8	53.3%	2	13.3%
TOTAL	15	100%	15	100%

Fuente: Cuestionario para valorar conocimiento sobre alimentación complementaria (Anexo 1).

En la tabla 8, se describe el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria después de la intervención encontrándose que en el grupo experimental el 53,3% (8) obtuvieron un buen conocimiento, el 33,3% (5) conocimiento regular y el 13,3% (2) conocimiento deficiente observándose cambios muy significativos; asimismo en el grupo control el 46,7% (7) obtuvieron un conocimiento deficiente no encontrándose cambio alguno.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

TABLA 9

MEDIA DE LAS PUNTUACIONES DEL CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA SEGÚN GRUPOS DE INTERVENCIÓN. CENTRO DE SALUD ACOMAYO HUANUCO 2018

	GRUPOS	X	DE	T	gl	p
CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	**Grupo Experimental**	2,26	0,745	11,231	14	0,05
	Grupo Control	1,49	0,224	9,012	14	

En la tabla 9, al realizar la prueba de hipótesis se encuentra una media de (X=2,26; X=1,49) en el grupo experimental y control respectivamente, con una significancia de (p=0,05) por tal se acepta la hipótesis que la intervención de enfermería es efectiva en la mejora del conocimiento de las madres en relación a la alimentación complementaria en niños menores de 2 años con una prueba de T student (11,231; 9,012) respectivamente. Por tal se concluye que la intervención fue valida.

B. DISCUSIÓN

La presente investigación se realizó en el Centro de Salud de Acomayo, con el objetivo de evaluar la efectividad de la intervención de enfermería en la mejora del conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses. De las cuales parten resultados que son motivos de discusión.

En la investigación se observa que el 66,7% (10) tienen conocimiento deficiente, el 20% (3) conocimiento regular y el 13,3% (2) un buen conocimiento.

Estos resultados son similares con: Miranda (35)en la investigación titulada “Efectividad del programa educativo Niño sano, bien alimentado” en el nivel de conocimiento del cuidador sobre nutrición del niño de 2 a 5 años de edad en el AA.HH. Primavera Alta La Unión Chimbote. 2011”. Concluye: que el 71,43% tuvieron un deficiente nivel de conocimiento no habiendo ningún participante con un nivel de conocimiento bueno sobre nutrición antes de aplicado el programa educativo.

Asimismo, concuerda con la investigación de Teller, (36) en el año 2013, presentaron la tesis titulada “Conocimiento materno sobre alimentación, nutrición y su relación con el estado nutricional de niños(as) menores de dos años que acuden al subcentro de salud de san pedro del cebollar durante mayo-julio 2013”. Donde los resultados demostraron del 100% de madres que conforman la muestra, del 56% de madres que no poseen conocimientos el 51% de sus hijos tienen peso bajo y del 44% de las que conocen el 39% de sus hijos tienen peso normal, lo que indica que el conocimiento de la madre influye de forma negativa en el estado nutricional de sus hijos. (37)

Y difieren con la investigación de Cueva (38). En la investigación titulada Efectividad del programa educativo “Aprendiendo a alimentar a mi niño” en el conocimiento materno sobre alimentación complementaria en el

lactante. Puesto de Salud del Asentamiento Humano Huáscar distrito de Jequetepeque, La Libertad. 2014.” Concluye que: Antes de la aplicación del programa educativo los resultados muestran un 45 por ciento de madres obtuvo un nivel de conocimiento medio.

El rol de los padres y el cuidador a nivel del hogar y de la sociedad son un factor importante para asegurar el desarrollo óptimo del niño; ya que, los primeros años de vida resultan de vital importancia debido a que un estado de deficiencia nutricional en la infancia, tiene efectos severos que se reflejan incluso durante la etapa adulta y en la productividad de las personas. Una alimentación inadecuada dentro del hogar tiene un efecto negativo sobre las condiciones de salud del niño, sobre su habilidad para aprender, comunicarse, pensar analíticamente, socializar efectivamente y adaptarse a nuevos ambientes y personas.

Después de la intervención se obtiene que el 53,3% (8) obtuvieron un buen conocimiento, el 33,3% (5) conocimiento regular y el 13,3% (2) conocimiento deficiente

Este resultado concuerda con lo de Cisneros (39) en la investigación titulada “Efectividad del programa educativo en conocimientos, prácticas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6-24 meses, Centro de Salud Reque, Chiclayo, 2014”. Concluye: Después de la aplicación del programa educativo, en el Post test en el cual 75 por ciento presentaron un nivel de conocimiento alto.

El programa educativo es un plan sistemático, diseñado por el educador, que está orientada al perfeccionamiento y capacitación de la persona en la adquisición complementaria de conocimientos, técnicas, valores y actitudes para alcanzar metas y objetivos; para enfermería el programa educativo de salud es la promoción de la misma, para ello nos basamos en la teoría de Nola Pender sobre la promoción de salud y en la teoría de Albert Bandura con su teoría del aprendizaje. (40)

Al respecto Nola J. Pender, desde una perspectiva holística y psicosocial de la enfermería, y el aprendizaje de la teoría como base para el Modelo de la Promoción de la Salud, identifica los factores cognitivos y perceptuales como los principales determinantes de la conducta de promoción de la salud, basado a través de la identificación de la importancia de la salud, control percibido de la salud, auto eficacia percibida, definición de la salud, estado de salud percibido, beneficios percibidos de las conductas promotoras de salud, y barreras percibidas de las conductas promotoras de salud, las cuales promueven el compromiso de las conductas de salud. (41)

CAPÍTULO V

CONCLUISONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

PRIMERO: La edad de la población en estudio oscila entre 18 a 23 años en un 73,3% (11), sin instrucción en un 53,3% (8) siendo convivientes en un 60% (9) y dedicadas como ama de casa en un 46,7% (7).

SEGUNDO: Si el niño menor de dos años sigue recibiendo leche materna, se encuentra que el 66,7% (10) refieren que sí y el 33,3% (5) no.

TERCERO: En cuanto a la edad de inicio de la alimentación complementaria en el niño menor de 2 años, se encuentra

que el 46,7% (7) lo iniciaron a los 7 meses, el 40% (6) a los 6 meses y el 13,3% (2) a los 8 meses.

CUARTO: En cuanto al nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria antes de la intervención encontrándose que en el grupo experimental el 66,7% (10) tienen conocimiento deficiente, el 20% (3) conocimiento regular y el 13,3% (2) un buen conocimiento

QUINTO: En cuanto al nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria después de la intervención encontrándose que en el grupo experimental el 53,3% (8) obtuvieron un buen conocimiento, el 33,3% (5) conocimiento regular y el 13,3% (2) conocimiento deficiente observándose cambios muy significativos.

SEXTO: Al realizar la prueba de hipótesis se encuentra una media de (X=2,26; X=1,49) en el grupo experimental y control respectivamente, con una significancia de (p=0,05) por tal se acepta la hipótesis, que la intervención de enfermería es efectiva en la mejora del conocimiento de las madres en relación a la alimentación complementaria en niños menores de 2 años, con una prueba de T student (11,231; 9,012) respectivamente. Por tal se concluye que la intervención fue valida.

B. RECOMENDACIONES

1. Es importante fomentar talleres para reforzar el tea de alimentación complementaria en las madres, ya que muchas de ellas no realizan una buena práctica.

2. Se debe incentivar, aún más una alimentación infantil adecuada en

madres y cuidadores, disminuyendo de esta manera a largo plazo problemas nutricionales, así como también la desnutrición crónica y anemia.

3. Capacitar a las personas sobre temas de alimentación y nutrición infantil, para una adecuada promoción y prevención en salud de la mano con el personal de salud.

4. Es necesario que se realicen investigaciones en diferentes áreas sobre la adecuada alimentación infantil.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estado Nutricional de la Niñez en el Perú. Panfar Sistema De Información Del Panfar. 1998.

2. Documento técnico “Modelo de abordaje de Promoción de la salud. Acciones a desarrollar en el eje temático de la Alimentación y Nutrición Saludable. Dirección general de Promoción de la Salud. 2006.

3. Instituto Nacional de estadística e Informática. Encuesta demografica y de salud Familiar. ENDES. 2012.

4. Instituto Nacional de estadística e Informática. Factores asociados a la desnutrición crónica infantil en el Perú. 2007.

5. Alimentación y Nutrición del niño pequeño: Memoria de la Reunión Subregional de los Países de Sudamérica. 2009.

6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. [Online]; 2010 [cited 2017 diciembre 2. Available from: HYPERLINK "http://proyectos.inei.gob.pe/endes/endes2010/resultados/obj10.pdf%20" http://proyectos.inei.gob.pe/endes/endes2010/resultados/obj10.pdf.

7. MT HA. Alimentación complementaria. Curso de Actualización Pediatría. 2006.

8. López Villon EK. EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LA MEJORA DEL CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES, EN EL C.S MILAGRO DE LA FRATERNIDAD, INDEPENDENCIA, 2017. Lima:; 2017.

9. Castro Sullca KV. Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años.

Programa CRED de un C.S SJ.M 2015. Lima:; 2016.

10. Orosco Camargo LL. CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 6 A 12 MESES QUE ACUDEN AL CENTRO MATERNO INFANTIL VILLA MARIA DEL TRIUNFO. Lima:; 2015.

11. Galindo Bazalar DA. Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud "Nueva Esperanza". Título Profesional de Licenciada de Enfermería. Lima: UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS, FACULTAD DE MEDICINA HUMANA; 2012.

12. Herrera Montano JY. Efectividad del programa educativo sobre alimentación complementaria y conocimiento en madres de niños menores de 2 años, puesto de salud Víctor Raúl, Chimbote, 2012. Chimbote, Perú; 2012.

13. Cárdenas Castillo CJ. Actitud de las madres hacia la alimentación complementaria y estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas Santa Anita. Tesis de licenciatura. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2004.

14. MINSA. Normas Técnicas de Salud “Atención Integral de Salud de la niña y el niño. 2006.

15. UNICEF. La desnutrición infantil, causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. 2011.

16. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. R. M. – nº 990 - 2010/minsa. 2011.

17. ENFASIS. Alimentación. 2014 junio.

18. Beltran A, Seinfeld J. Desnutrición crónica Infantil en el Perú: Un problema persistente. 2014.

19. Alimentación y Nutrición del niño pequeño: Memoria de la Reunión Subregional de los Países de Sudamérica. [Online]; 2008 [cited 2017 diciembre 3. Available from: HYPERLINK "http://www.unicef.org/lac/Reunion_Sudamericana_de_Alimentacion_y_Nutricion_del_Nino_Pequeno(2).pdf.%20" http://www.unicef.org/lac/Reunion_Sudamericana_de_Alimentacion_y_Nutricion_del_Nino_Pequeno(2).pdf. .

20. Farfán R. Prácticas de destete y ablactación que tiene las madres del Centro de Salud Primero de Mayo de la ciudad de Portoviejo, provincia de Manabí y su relación con el estado nutricional del infante. Ecuador: Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ciencias de la Salud Campus de Quetzaltenango; 2011.

21. García de León C. Prácticas de alimentación complementaria en niños menores de 1 año de edad, de la comunidad el tablón del municipio de Sololá. Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ciencias de la Salud Campus de Quetzaltenango; 2011.

22. Belén EM. Relación de los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre alimentación complementaria con el estado nutricional de los niños y niñas que acuden a consulta externa de pediatría en el Hospital del IESS de Latacunga en el período Junio-Septiem. Ecuador: Pontificia Universidad Católica de Quito, Facultad de Enfermería; 2013.

23. Jácome X. Relación entre las prácticas de alimentación complementaria y el estado nutricional de niñas y niños de 6 a 24 meses de edad que asisten al centro de salud n°10 Rumiñahui. Ecuador: Pontificia Universidad Católica de Quito, Facultad de nutrición; 2013.

24. Zurita Alvarado MA. Lactancia materna, alimentación complementaria y factores asociados a su práctica, en niños menores de 2 años. 1ra. sección del municipio de Quillacollo-Cochabamba. Bolivia: Universidad de Aquino, Facultad de enfermería; 2005.

25. Hidalgo D. Representaciones sociales sobre la alimentación complementaria en madres de niños menores de 2 años: Yanacancha - Cerro de Pasco. Perú: Universidad Nacional de Cerro de Pasco, Facultad de Enfermería; 2008.

26. Cárdenas C. Actitud de las madres hacia la alimentación complementaria y estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas Santa Anita. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2004.

27. Laura C. Conocimientos y prácticas que tienen las madres de los niños de 6 meses a 2 años sobre el inicio de la ablactancia en el consultorio de CRED del HNGDM". Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Escuela académico profesional de Enfermería; 2003.

28. Barba H. Características de la alimentación que recibe. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Escuela académico profesional de Enfermería; el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal que acude a la estrategia sanitaria de crecimiento y desarrollo de niño sano del Centro de Salud Fortaleza.

29. Jiménez CO. Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses que acuden al centro de salud fortaleza. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2008.

30. UNICEF. [Online]; 2006 [cited 2017 Diciembre 3. Available from: HYPERLINK "http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/760/1/vilca_hg.pdf"

http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/760/1/vilca_hg.pdf .

31. Ministerio de Salud del Perú. Plan nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el país 2014-2016. 2016.

32. Ministerio de Salud. Análisis de la Situación de Salud del Perú. 2015.

33. J C, T L. Efectividad del programa educativo “Aprendiendo a alimentar a mi niño” en el conocimiento materno sobre alimentación complementaria en el lactante. Puesto de Salud del Asentamiento Humano Huáscar distrito de Jequetepeque. la Libertad:; 2014.

34. S C. Conocimientos y Practicas que tienes las madres de los niños de 6 meses a 2 años sobre el inicio de la ablactancia en el consultorio de CRED del HNDM. Lima; 2007.

35. D M. Efectividad del programa educativo” Niño sano, bien alimentado” en el nivel de conocimiento del cuidador sobre nutrición del niño de 2 a 5 años de edad AA.HH. Primavera Alta La Unión Chimbote. ; 2011.

36. Teller CH. Población y Planificación de la Nutrición: Utilidad de la demografía para las Políticas de Nutrición en América Latina. Uruguay. 2006.

37. Calle S MB. Conocimiento materno sobre alimentación, nutrición y su relación con el estado nutricional de niños(as) menores de dos años que acuden al Subcentro de Salud de San Pedro del Cebollar durante mayo-julio 2013. Ecuador; 2013.

38. Cueva J, Llanos T. op cit.

39. Cisneros E. Efectividad del programa educativo en conocimientos, prácticas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6-24 meses, Centro de Salud Reque, Chiclayo. ; 2014.

40. Perder N. modelo de promoción de la salud. [Online]; 2012. Available from: HYPERLINK "http://es.slideshare.net/estherodarjaviel/resencin." http://es.slideshare.net/estherodarjaviel/resencin.

41. Modelo de Promoción de la Salud del Cuidado Nola Pender. [Online]; 2012.

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada “INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA MEJORA DEL CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES, CENTRO DE SALUD ACOMAYO, HUÁNUCO 2018”. Habiendo sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos; y teniendo la confianza plena que la información que en el instrumento vierta será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confió en que la investigadora utilizara adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

Firma del paciente

ANEXO 2

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

"NIÑOS SANOS Y FUERTES"

I. OBJETIVO

II. POBLACIÓN OBJETIVO

III. PLANIFICACIÓN DE LA SESIÓN EDUCATIVA

DATOS GENERALES			
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD.	Niños sanos y fuertes	Fecha	15 de junio del 2018
TEMA	Alimentación complementaria	HORARIO	9.00 am – 13.00 horas
PÚBLICO OBJETIVO	Madres de niños de 6 a 24 meses que se atienden en el C.S Acomayo	RESPONSABLE	Los investigadores
LUGAR	Auditorio del Centro de Salud		

IV. CONTENIDO TEMÁTICO

SESIÓN N° 1: Generalidades de la alimentación complementaria.

SESIÓN N° 2: Edad para la alimentación complementaria.

SESIÓN N° 3: Características de la alimentación complementaria.

V. PROGRAMACIÓN DE LA SESIÓN

HORA	SESIÓN	CONTENIDO	CAPACIDADES	ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS
9.00 am – 9:30 am	Presentación	1. Saludo de bienvenida. 2. Presentación de la expositora y socialización de los objetivos de la sesión educativa. 3. Evaluación inicial pre test.	Al término de la presentación las madres de niños de 6 a 24 meses identificarán: - Los objetivos de la sesión educativa y de la importancia de su participación. - La dinámica del curso.	Exposición y diálogo.
9:30 am – 10:00 am	Sesión N° 1. Generalidades de la alimentación complementaria	1. ¿Qué es la alimentación complementaria? 2. ¿Por qué es importante la alimentación complementaria?	Al término de la sesión, las madres: - Definen con términos propios que es la alimentación complementaria. - Identifican y mencionan con sus propias palabras la importancia de alimentación complementaria.	Lluvia de ideas, exposición y diálogo.

10:00 am – 10:30 am	Sesión N° 2 Edad para la alimentación complementaria	1. ¿Cuál es la edad apropiada para el inicio de la alimentación complementaria? 2. ¿Cómo debe ser los alimentos por cada edad? 3. ¿A qué edad el niño puede consumir todo tipo de alimento?	Al término de la sesión las madres: - Identificar la edad propicia para el inicio de la alimentación complementaria. - Reconocen como debe ser cada alimento según la edad del niño. - Identifican la edad adecuada para que el niño pueda consumir todos los alimentos.	Lluvia de ideas, exposición y diálogo.
10:30 am – 13:00 am	Sesión N° 3 Características de la alimentación complementaria	1. ¿Qué cantidad de alimento debe recibir según la edad? 2. ¿Con qué frecuencia se le debe dar los alimentos? 3. ¿Qué alimentos producen alergia? 4. ¿Cuáles son los alimentos con	Al término de la sesión las madres: - Identificarán la cantidad necesaria de alimento para la edad del niño. - Identificarán la frecuencia de los alimentos adecuada. - Identificarán los alimentos que	Lluvia de ideas, exposición y diálogo.

ANEXO 3

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Intervención de la Enfermera	Sesiones Educativas	Medios Audiovisuales	Nominal
VARIABLE DEPENDIENTE			
Alimentación Complementaria	Conocimiento sobre alimentación complementaria	• Definición • Alimentación • Importancia • Inicio de la alimentación. • Alimentos que brinda. • Número de veces. • Combinación • Enfermedad • Habilidad. • Preparación	Nominal

ANEXO 4

ACRÓNIMOS

INEI:	Instituto Nacional de Estadística e Informática
MAIS:	Modelo de Atención Integral de Salud
MINSA:	Ministerio de Salud
IRA:	Infecciones Respiratorio Agudo
EDA:	Enfermedades Diarreica Aguda
ODM:	Objetivo de Desarrollo del Milenio
DCI:	Desnutrición Crónica Infantil
OMS:	Organización Mundial de la Salud