

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE ENFERMERÍA

**Conocimientos de los padres de niños de 6 a 12 meses
sobre alimentación complementaria en el Centro de
Salud San Juan de Miraflores, 2011**

TESIS :

para optar el Título de Licenciada en Enfermería

AUTOR :

Nathaly Luz Marina Piscoche Torres

ASESOR :

Juana Matilde Cuba Sancho

Lima – Perú

2012

**CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES DE NIÑOS
DE 6 A 12 MESES SOBRE ALIMENTACION
COMPLEMENTARIA EN EL CENTRO DE
SALUD SAN JUAN DE MIRAFLORES**

2011

A Dios, porque ser mi fuente
De fortaleza y darle sentido
A mi vida.

A mi familia en especial a mi madre,
Por su inmenso amor, paciencia y
Ayudarme siempre a salir adelante
Hasta conseguir mis metas.

A la Lic. Juana Cuba Sancho
Por su asesoramiento,
dedicación, y comprensión para
la realización del presente
estudio.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| TITULO | 2 |
| INDICE | 4 |
| RESUMEN | 8 |
| PRESENTACION | 10 |
| CAPITULO I: INTRODUCCION | |
| A. Planteamiento del Problema | 12 |
| B. Formulación del Problema | 15 |
| C. Justificación | 15 |
| D. Objetivos de la Investigación | 16 |
| E. Propósito | 17 |
| F. Marco Teórico | 17 |
| F.1 Antecedentes del Estudio | 17 |
| F.2 Base Teórica | 24 |
| 1. Nutrición del niño menor de un año | 24 |
| 2. Alimentación Complementaria | 25 |
| 2.1 Inicio de la alimentación complementaria | 27 |
| 2.2 Cantidad necesaria de alimentos | 27 |
| 2.3 Consistencia de la alimentación complementaria | 28 |
| 2.4 Frecuencia de la alimentación complementaria | 29 |
| 2.5 Combinación de los alimentos | 30 |
| 2.6 Tipo de alimentos que debe consumir | 30 |
| 2.7 Alergia alimentaria en los lactantes | 31 |
| 2.8 Riesgo de la Alimentación Complementaria Temprana | 32 |
| 2.8.1 Riesgo a Corto Plazo | 32 |
| 2.8.2 Riesgo a Largo Plazo | 33 |
| 2.9 Riesgo de la alimentación complementaria tardía | 34 |
| 3. Beneficios de alimentación complementaria | 34 |

| | |
|--|----|
| 4. Higiene y Cuidado de los alimentos | 35 |
| 5. Rol de los padres en la alimentación del niño | 36 |
| 6. Rol de la enfermera en la alimentación complementaria | 37 |
| 7. Aspectos generales del conocimiento | 39 |
| G. Hipótesis | 40 |
| H. Definición operacional de términos | 40 |

CAPITULO II: MATERIAL Y METODOS

| | |
|--|----|
| A. Tipo, Nivel y Método de Estudio | 41 |
| B. Área de estudio | 41 |
| C. Población | 43 |
| D. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos | 44 |
| E. Proceso de Recolección, Procesamiento y Presentación de Datos | 45 |
| F. Proceso de Análisis e Interpretación de Datos | 46 |
| G. Consideraciones Éticas. | 46 |

CAPÍTULO III Resultados y Discusión

| | |
|---------------|----|
| A. Resultados | 47 |
| B. Discusión | 57 |

CAPITULO IV – Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones

| | |
|--------------------|----|
| A. Conclusiones | 61 |
| B. Limitaciones | 62 |
| C. Recomendaciones | 62 |

| | |
|----------------------------|----|
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 63 |
|----------------------------|----|

| | |
|--------------|----|
| BIBLIOGRAFÍA | 67 |
|--------------|----|

| | |
|--------|----|
| ANEXOS | 70 |
|--------|----|

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| GRÁFICO N° | | Nº Pág. |
|------------|---|---------|
| 1. | CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE MIRAFLORES LIMA- PERU 2011 | 49 |
| 2. | CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES SOBRE BENEFICIOS DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE MIRAFLORES LIMA- PERU 2011 | 50 |
| 3. | CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES SOBRE LA CANTIDAD DE ALIMENTOS QUE DEBE CONSUMIR EL NIÑO SEGÚN SU EDAD EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE MIRAFLORES LIMA – PERÚ 2011 | 51 |

4. CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES SOBRE LA CONSISTENCIA DE LOS ALIMENTOS QUE DEBE RECIBIR EL NIÑO SEGÚN SU EDAD EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE MIRAFLORES LIMA – PERÚ 2011 53
5. CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES SOBRE LA FRECUENCIA DE ALIMENTOS QUE DEBE RECIBIR EL NIÑO EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE MIRAFLORES LIMA – PERÚ 2011 55
6. CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES SOBRE LAS MEDIDAS DE HIGIENE EN LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE MIRAFLORES LIMA – PERÚ 2011 56

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo determinar los conocimientos de los padres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud San Juan de Miraflores. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal. La población estuvo conformada por 30 padres, obtenida por muestreo no probabilístico. El instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue el cuestionario y como técnica la entrevista – encuesta.

Los resultados mostraron que la mayoría de los padres tienen conocimientos generales sobre alimentación complementaria siendo estos 20(66,7%), sin embargo en cuanto a las características un porcentaje significativo de padres desconocen sobre la cantidad y frecuencia de alimentos que se debe brindar al niño según su edad; por tanto se debe hacer énfasis en la educación sobre las características para garantizar un adecuado crecimiento y desarrollo.

Palabras Claves: Conocimientos, Padres, Alimentación Complementaria.

SUMMARY

This study aims to determine the knowledge of parents of children from 6 to 12 months for complementary feeding in the Health Center San Juan de Miraflores. The study is level application, quantitative, simple descriptive method of cross section. The population consisted of 30 parents, obtained by non-probability sampling. The instrument used for data collection was the questionnaire and the interview as a technique - survey.

The results showed that most parents have general knowledge on complementary feeding to being 20 (66.7%); however, in terms of the characteristics a significant percentage of parents are unaware of the amount and frequency of food should be given to the child according to their ages. Therefore, education about the characteristics of complementary feeding should be reinforced in order to ensure proper growth and development.

Keywords: Knowledge, Parenting, Food Supplement

PRESENTACION

Resulta imprescindible conocer lo que engloba la alimentación complementaria para el lactante ya que después de los seis meses de edad necesita mayor cantidad de nutrientes que la leche materna.

Esta etapa hace referencia a los alimentos que el niño debe ingerir para crecer y desarrollarse saludablemente; donde la edad de inicio y características es un factor de protección para el niño frente a riesgos y complicaciones como son las enfermedades gastrointestinales (diarreas) y malnutrición (desnutrición, obesidad), que luego se reflejan en una alta tasa de morbilidad infantil.

La desnutrición es uno de los problemas de alcance mundial relacionado con más de la mitad de los casos de mortalidad infantil, la persistencia de esta amenaza trae graves consecuencias sobre los lactantes ya que tendrán mayor propensión a sufrir enfermedades, por tanto es necesario entender que malnutrición implica las carencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de energía, proteínas o nutrientes, por tanto incluye la desnutrición como la sobrealimentación.

La enfermera cumple un rol relevante en la educación sobre la alimentación complementaria ya que guía a los padres a prácticas saludables para la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño incluyendo dentro de ello el tipo, frecuencia, consistencia y cantidad de los alimentos a brindar según edad; por lo que la planifica y organiza la adecuada atención dentro del servicio de CRED (crecimiento y desarrollo) para promover integración familiar con la participación activa de ambos progenitores en cada etapa de vida de su niño, producir cambios comportamentales, actitudes e incrementar el

conocimiento tendiente a disminuir los riesgos como desnutrición, obesidad y malos hábitos en la dieta

Es por ello que se creyó conveniente realizar el presente estudio titulado “Conocimientos de los Padres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud San Juan de Miraflores, 2011”

El propósito está orientado a brindar información válida y confiable sobre los conocimientos que poseen los padres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria; así también contribuirá al desarrollo de propuestas educativas en el servicio para incidir en los aspectos donde se registra el mayor porcentaje de desconocimiento y brindar orientación según las necesidades y realidad de las familias que resulten ser efectivas, para ser ejecutadas posteriormente por el personal de enfermería.

Este trabajo consta de cuatro capítulos: CAPITULO I: Introducción, en el cual se expone el planteamiento, formulación y justificación del problema, así como los objetivos, propósitos y marco teórico; CAPITULO II: Material y Método que incluye el método, descripción del área de estudio, población y muestra, técnicas e instrumentos, validez y confiabilidad, procedimiento y análisis de datos; CAPITULO III: se presentan los resultados y su respectiva discusión; CAPITULO IV: constituido por las conclusiones, recomendaciones y limitaciones y finalmente la referencia bibliográfica, bibliografía y anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

A. PLANTEAMIENTO, DELIMITACIÓN Y ORIGEN DEL PROBLEMA

Cuando la lactancia natural ya no basta para satisfacer las necesidades nutricionales del niño, es preciso añadir otros alimentos a su dieta. La alimentación complementaria cubre el periodo que va de los 6 a los 24 meses de edad, intervalo en el que el niño es muy vulnerable de adquirir enfermedades y su sistema inmunitario necesita refuerzos. Es entonces cuando muchos lactantes empiezan a sufrir de malnutrición y a engrosar la elevada cifra de menores de cinco años mal nutridos que hay en el mundo. ⁽¹⁾

La desnutrición produce diversos efectos negativos y es uno de los principales factores de muerte en más de 6 millones de niños por año según la UNICEF, lo que representa 55% de los 12 millones de muertes anuales de niños menores de 5 años en países en desarrollo ⁽²⁾ en el mundo moderno, las organizaciones internacionales reconocen cada vez más, la importancia de la nutrición, como el eje fundamental del desarrollo de las naciones. En tal sentido, numerosos estudios han demostrado que la lactancia materna y la alimentación en general, en los primeros años de la vida del ser humano, resultan esenciales para posibilitar el óptimo desarrollo de los individuos y por ende contribuir a la elevación de los niveles y calidad de vida de las personas en las sociedades a las cuales pertenecen. ⁽³⁾.

En el Perú con una mortalidad infantil de 33 x 1.000 nacidos vivos y una tasa de malnutrición crónica del 25% se han realizado numerosas investigaciones e implementado diversas estrategias y programas,

destacando por su escaso número, las correspondientes evaluaciones sobre los resultados e impacto de los mismos. ⁽⁴⁾

Por otro lado la desnutrición crónica sobrepasa el 30% en niños menores de dos años, mientras que la anemia por déficit de hierro llega al 70%, cifras que se incrementan significativamente en los departamentos andinos y amazónicos. ⁽⁵⁾

Estos datos están corroborados por MINSA (3) cuyas cifras de ENDES-2005 muestra que a pesar de la reducción de 49.6% a 46.2% en menores de 5 años la prevalencia de anemia se mantiene alta ⁽⁶⁾

En este contexto el Plan Concertado de Salud dentro de sus objetivos sanitarios tiene Reducir la prevalencia de Desnutrición Crónica y anemia en niñas y niños menores de 5 años especialmente en las regiones de mayor pobreza. ⁽⁷⁾

Es así que la Dirección General de Salud a través de la Estrategia de Crecimiento y Desarrollo del Niño (CRED) y el Programa Nacional de Prevención y Deficiencia de Micronutrientes (PREDEMI) desarrollan estrategias en conjunto para prevenir la malnutrición. ⁽⁸⁾

Es por ello que la madre como eje importante y componente esencial en el cuidado de su niño debe conocer el tipo de alimentación que debe proporcionarle así como la cantidad y la combinación.

La enfermera como parte del equipo multidisciplinario tiene un rol fundamental en el primer nivel de atención, está comprometida con los derechos de los niños y a su vez es responsable del logro de los objetivos de Desarrollo del Milenio (Plan Nacional de Acción por la infancia y Adolescencia) específicamente en reducir la morbi mortalidad

infantil, así como responder a los Lineamientos de política en salud del País. ⁽⁹⁾

El Centro de Salud San Juan de Miraflores pertenece a la DISA II Lima Sur, Red de Servicios San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo, Micro red Trébol - San Juan en el servicio de CRED (crecimiento y desarrollo) se identifican que existen problemas de salud en niños menores de un año tales como: desnutrición, anemia ferropénica, sobrepeso, obesidad, IRA, EDA. ⁽¹⁰⁾

Durante las prácticas pre - profesionales del curso de Enfermería en Salud del Niño y el Adolescente, en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo (CRED) del Centro de Salud San Juan de Miraflores- Distrito de San Juan de Miraflores, al interactuar con los padres 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”, asimismo se captó madres multíparas que 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 complementaria? ¿Comprenden realmente la orientación de la enfermera sobre alimentación complementaria? ¿La educación impartida sobre nutrición al tener al primer hijo marca la atención para los siguientes? Lo cual nos lleva a pensar: si los conocimientos sobre una adecuada alimentación complementaria de los padres asistentes al consultorio de

Crecimiento y desarrollo son efectivas o falta realizar un reforzamiento en algunos aspectos. Por ello se ha creído conveniente investigar el siguiente problema.

B.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los conocimientos que tienen los padres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud San Juan de Miraflores, 2011?

C.JUSTIFICACIÓN

La desnutrición sigue siendo una causa destacada de mala salud y mortalidad prematura entre los niños en los países en desarrollo según lo referido por la OMS (Organización Mundial de la Salud). Siendo esto un problema de salud pública que afecta primordialmente a niños menores de 5 años. A nivel mundial la desnutrición es uno de los principales factores de muerte en más de 6 millones de niños por año según la UNICEF, lo que representa 55% de los 12 millones de muertes anuales de niños menores de 5 años de países en desarrollo, en el Perú existe una mortalidad infantil de 33 x 1.000 nacidos vivos y una tasa de malnutrición crónica del 25%, en el Centro de Salud San Juan de Miraflores en el año 2010 se evidencio una tasa de desnutrición del 24% siendo esto una cifra significativa que se manifiesta con retraso del crecimiento (talla baja para la edad) y peso inferior a lo normal (peso bajo para la edad), es a menudo un factor que contribuye a la aparición de las enfermedades comunes en la niñez y, como tal, se asocia con muchas causas de muerte de los niños menores de 5 años.

Es por tanto que los resultados a corto y largo plazo de una mejora en la nutrición y disminución de anemia en los niños parte de un esfuerzo conjunto de los profesionales de Salud así como la influencia familiar.

Por ello el profesional de Enfermería a cargo del Programa de Crecimiento y Desarrollo, es responsable de impartir conocimientos a los padres de manera que motive en ellas un compromiso de cambio para mejorar la calidad de alimentación de sus niños así como disminuir los índices de desnutrición.

Teniendo en cuenta que el personal de enfermería es el responsable del área de Crecimiento y Desarrollo del niño, en el cual se brinda la educación sanitaria a los padres para el inicio de la alimentación complementaria y el seguimiento oportuno, es importante que la enfermera cuente con evidencias objetivas de: cuál es el nivel de conocimientos de los padres con respecto a la alimentación complementaria, para poder brindar un cuidado culturalmente pertinente y adaptado a sus propias necesidades identificadas.

D.OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

Objetivo General

- Determinar los conocimientos que tienen los padres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria.

Objetivos Específicos

- Identificar los conocimientos que tienen los padres de niños de 6 a 12 meses sobre los beneficios de la alimentación complementaria.

- Identificar los conocimientos que tienen los padres de niños de 6 a 12 meses acerca de las características de la alimentación complementaria.

- Identificar los conocimientos que tienen los padres de niños de 6 a 12 meses sobre las medidas de higiene en la alimentación complementaria.

E. PROPÓSITO

Los resultados del estudio están orientados a proporcionar información válida, actualizada y confiable a la institución de salud y personal del de Enfermería, a fin de mantener o mejorar las actividades que se brindan en el servicio de CRED a las madres asistentes al Centro de Salud “San Juan de Miraflores”, considerando que la educación que imparte la enfermera debe basarse en los conocimientos previos de los padres, para a partir de ello los nuevos conocimientos puedan incorporarse significativamente en la estructura mental de los padres.

F. MARCO TEÓRICO

F.1 ANTECEDENTES

En Lima, en el año 2007 Jenny Rocío Benítez Castañeda, realizó una investigación titulada “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, enero 2007”

cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de sus niños de 6 a 12 meses que asisten al consultorio de CRED en el C.S. Conde la Vega Baja.

El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo correlacional de corte transversal. La población estuvo conformada por 50 madres. La técnica que se utilizó fue la entrevista. El instrumento fue un formulario y la ficha de evaluación del estado nutricional del lactante. Sus conclusiones fueron:

“Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses de edad, el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria mayoritariamente fluctúa entre medio y alto, siendo el nivel bajo el de menor porcentaje.”⁽¹¹⁾

Este estudio me permitió tener en cuenta algunos aspectos fundamentales en la construcción del instrumento.

En Lima, en el 2008 Cesar Orlando Jiménez Huamaní, realizó una investigación titulada “Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses que acuden al centro de salud fortaleza Lima-Perú 2008”, cuyo objetivo fue determinar el inicio de la alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses en el centro de salud Fortaleza. El método que se utilizó fue correlacional de corte transversal, para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista encuesta, y el instrumento fue un cuestionario

semiestructurado aplicados a las madres y una lista de chequeo aplicado a los lactantes. Dentro de las conclusiones tenemos:

“La mayoría de lactantes del centro de salud Fortaleza inicio la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad; un menor porcentaje inicio la alimentación complementaria antes de los 6 meses o después de los 7 meses de edad. Los lactantes que iniciaron la alimentación complementaria tardía (después de los 7 meses), tienen mayor índice de Desnutrición de I grado, que los lactantes que iniciaron un alimentación precoz (antes de los 6 meses) y normal (6 meses). Los lactantes que iniciaron una alimentación complementaria normal (6 meses), en una evaluación posterior al inicio de la alimentación, tienen un mayor índice de desnutrición de Iº, que los lactantes que iniciaron una alimentación precoz (antes de los 6 meses). Por lo tanto se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula. **H0:** No existe relación entre el inicio de la alimentación complementaria y el estado nutricional.”⁽¹²⁾

Este estudio ha contribuido a la construcción del problema y a resaltar la importancia de buscar nuevas evidencias sobre la relación directa que existiría entre la alimentación complementaria precoz y desnutrición.

En Lima, en el 2009 Lourdes Noemí Cárdenas Alfaro, realizo una investigación titulado: “Relación entre el nivel de conocimientos y practicas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6

meses a 24 meses que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del niño en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita 2009” cuyo objetivo fue Determinar la relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 meses a 24 meses que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del niño en el centro de salud Materno infantil Santa Anita 2009”. El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. Los resultados mas significativos fueron:

“Las madres primíparas tiene en su mayoría un nivel de conocimiento medio y realizan prácticas desfavorables sobre alimentación complementaria”.⁽¹³⁾

Esta investigación contribuye a identificar como un problema los conocimientos de la madre sobre la alimentación del niño en Lima.

En Lima, en el 2004 Catherine Jannina Cárdenas Castillo, realizo un estudio titulado: 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 2004, cuyo objetivo fue determinar la 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”.

El método que se utilizo fue el descriptivo transversal, para la recolección de datos se utilizó la escala de Lickert y una ficha de evaluación del estado nutricional del lactante, llegándose a las siguientes conclusiones:

“El 91% de las madres presentan una actitud de dirección positiva hacia la alimentación complementaria de sus hijos; el 81% de las madres tienen una actitud de intensidad de indiferencia a rechazo hacia la alimentación complementaria de sus hijos; el 70% de las madres tiene una actitud de indiferencia hacia el inicio de la alimentación complementaria, la consistencia de los alimentos, tipos de alimentos, finalización de la lactancia materna exclusiva , frecuencia de alimentación y tiempo especial para alimentar a sus hijos, el 100% de las madres tienen una actitud de aceptación hacia la higiene de los alimentos que ofrecen a sus hijos y los utensilios que usan, el 57% de los lactantes evaluados tienen un peso normal de acuerdo a su talla y el 43% de los lactantes evaluados tienen alteraciones nutricionales tales como obesidad, sobrepeso, bajo peso , desnutrición , entre otros”.⁽¹⁴⁾

Esta investigación resalta la relación que existe entre conocimientos y estado nutricional; lo cual revaloriza el problema abordado como pertinente.

En Lima, en el 2005 la Lic. Betty Gómez Laureano, realizó un estudio para obtener el título de especialista en enfermería pediátrica titulado: Nivel de Conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria para la prevención de Anemia en lactantes internados en el servicio de pediatría del Hospital Essalud “A.D.U y P” San Juan de Lurigancho- Lima Diciembre- Febrero del 2005 cuyo objetivo fue determinar los conocimientos de las madres sobre alimentación

complementaria para la prevención de anemia en lactantes internados en el servicio de pediatría del hospital Essalud “A.D.U y P” San Juan de Lurigancho- Lima. El tipo de investigación es cuantitativa descriptiva, de corte transversal. Se ha llegado a las conclusiones siguientes:

“El nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria es alto y el inicio se dio cuando el lactante tenía más de seis meses de edad, de igual modo es regular cuando ellas tienen más de 31 años de edad, es alto en madres con grado de instrucción superior. El 88.2% de las madres identifican al pescado como alimento que contiene alto porcentaje de hierro y el 79.5% consideran que se debe dar suplementos de sulfato de hierro a los lactantes.

El total de lactantes en estudio el 79.4% presentan anemia moderada y 20.6 % anemia severa”.⁽¹⁵⁾

Este estudio aborda dos variables importantes como es los conocimientos sobre alimentación complementaria y la prevención de anemia; contribuye a evaluar la relación directa entre el nivel de instrucción de la madre y los conocimientos de la madre.

La Fundación FES Social; Colombia, 2009, realizó un estudio titulado: “Factores asociados a la iniciación inapropiada de alimentación complementaria en el primer año de vida de infantes de Cali y Manizales”, tuvo como objetivo identificar los factores asociados a la iniciación inapropiada de Alimentación Complementaria en el primer año de vida de infantes en mujeres primíparas de la zona urbana de Cali y Manizales. El estudio es cohorte prospectivo en una población de

197 Mujeres en Manizales y 176 en Cali que habían tenido su primer hijo en las 24 horas anteriores, se aplicó la técnica de la entrevista primero en las salas de puerperio acerca de sus conocimientos, creencias e intenciones frente a la alimentación de los infantes y luego en sus viviendas con el fin de establecer el tipo de alimentos que estaba dando al recién nacido. Las conclusiones entre otras fueron:

“El inicio de AC inapropiada es alto en mujeres primíparas de Cali y Manizales. Los datos las mujeres de Cali y Manizales alimenten inapropiadamente a los infantes menores de un año”. “Existen deficiencias en conocimientos, percepciones e intenciones y características a intervenir para mejorar la alimentación de los infantes de Cali y Manizales. Así, se observó que es preciso diseñar intervenciones orientadas a modificar los conocimientos frente a lactancia exclusiva, frente a los tiempos de iniciación de los diferentes tipos de alimentos”. “Así mismo, es importante tener en cuenta el efecto que las abuelas y el padre del bebé pueden tener sobre las creencias de las mujeres y por tanto sobre las prácticas alimentarias en los infantes.”⁽¹⁶⁾

Este estudio me permite comparar los datos obtenidos en nuestra realidad peruana con otro país sudamericano con similares características al nuestro y contribuir en la discusión de los resultados.

F.2 BASE TEÓRICA

1. La Nutrición en el Niño menor de 1 año

Para que el crecimiento del niño se desenvuelva normalmente, es indispensable contar con el aporte de una dieta adecuada en cuanto a la cantidad, calidad y proporción armónica de sus componentes.

En la naturaleza existe seis tipos de nutrientes las proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales y agua. Cada uno desempeña una función específica en el organismo:

Función energética: Provee la energía necesaria para la formación de nuevos tejidos y para el funcionamiento del organismo.

Función estructural: provee el material para la formación de tejidos y órganos; son los ladrillos con que se construye el cuerpo.

Función reguladora: Favorece el desarrollo de las funciones estructurales y energéticas.

Nutrientes con función energética: la energía aportada por estos alimentos se expresa en calorías. Por ejemplo: los carbohidratos aportan 4 calorías por cada gramo, las grasas 9 calorías por cada gramo y las proteínas, 4 calorías por cada gramo.

Los carbohidratos constituyen la fuente principal de energía de una dieta habitual alrededor del 60%- 80% de todas las calorías ingeridas). Entre ellos tenemos papa, camote, azúcar, miel, fideos entre otros.

Las grasas son una fuente importante de provisión de energía. El organismo utiliza las grasas como reserva natural de energía. Además

tienen una función básica en el proceso de crecimiento, especialmente en el desarrollo del sistema nervioso, la síntesis de hormonas entre otras.

Las proteínas constituye una fuente de energía, pero su utilización es compleja y el organismo no las usa como fuente habitual de energía, sino como reserva y estructuración de tejidos.

Nutrientes con función estructural: pertenecen a este grupo las proteínas que intervienen en la formación de nuevos tejidos. Las proteínas pueden ser de origen animal, como vegetal. Los alimentos de origen animal son la leche y derivados, carnes y huevos. Las proteínas de origen vegetal, exigen algunas medidas para facilitar su digestibilidad. En términos generales la proporción de proteínas en los diferentes alimentos vegetales son las siguientes: menos del 10% los vegetales de hoja y cereales (avena, arroz, trigo, maíz) alrededor del 20% las legumbres (menestras) y 30% la soya.

Nutrientes con función reguladora: Son aquellos que favorecen la utilización adecuada de las sustancias estructurales y energéticas. Se encuentra presente en las frutas y verduras, además proveen minerales y vitaminas. ⁽¹⁷⁾

2. Alimentación Complementaria

El primer año de vida se caracteriza por un rápido crecimiento y cambios en la composición corporal. La alimentación infantil debe cubrir adecuadamente los requerimientos energéticos necesarios y nutricionales en cada una de las etapas, a fin de promover el óptimo

crecimiento y desarrollo, favorecer el establecimiento de un patrón de alimentación sana y variada.

La alimentación complementaria es la que “complementa” a la leche materna, también es conocida como alimentación durante la ablactancia. Es el periodo en que la leche deja de ser el alimento único y predominante en la dieta del niño. Consistiendo en la introducción de alimentos espesos continuando con la lactancia materna esta alimentación comprende de frutas o jugos, verduras, papas, mantequilla cereales carne, hígado, pescado y huevos. Sin embargo este periodo es muy peligroso para el niño, debido a que durante su transcurso aumenta la incidencia de infecciones, particularmente de enfermedades diarreicas, por los cambios que se producen con el tránsito de una dieta caracterizada por una leche en condiciones óptimas (alimentación materna) al consumo de alimentos preparados, a veces en condiciones no higiénicas. La desnutrición es más frecuente en este periodo.

Según las normas de Alimentación del Niño de 0 a 2 años menciona que la alimentación del niño menor de 5 años tiene tres periodos los cuales son:

- Todo niño menor de 6 meses deberá recibir lactancia materna exclusiva.
- Los niños de 6 meses al año deben recibir la alimentación complementaria, donde se introduce nuevos alimentos espesos continuándose con la lactancia materna.

- En los niños de un año a 2 años de vida la lactancia materna continúa siendo importante pero ahora varía la cantidad, frecuencia y se inicia la alimentación de la olla familiar. ⁽¹⁸⁾

Es importante el conocimiento sobre la ablactancia la OPS refiere: “Ningún alimento único proporciona todos los nutrientes que el cuerpo requiere, por esta razón el niño debe comer preparaciones balanceadas combinando diferentes alimentos; ya que éstos proporcionan energía, proteínas, vitaminas y minerales necesarios para el adecuado crecimiento y desarrollo del niño”. ⁽¹⁹⁾

2.1 Inicio de la Alimentación Complementaria

Cabe resaltar que la alimentación complementaria no debe retrasarse más allá de los 6 meses de vida; también tener en cuenta que si la introducción se hace muy pronto, puede ocurrir una cesación temprana de la alimentación a pecho. Si la introducción se retrasa, al disminuir el volumen de la leche materna, no se llegaría a cubrir las necesidades de energía, hierro, zinc y otros minerales; respecto al amamantamiento, la Organización Mundial de la Salud recomienda que los lactantes continúen siendo amamantados hasta los dos años de edad, recibiendo a su vez el complemento de alimentos seguros.

2.2 Cantidad necesaria de alimentos

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 ½ taza (100gr ó 3 a 5 cucharadas aproximadamente) tres veces al día y 2 adicionales; entre los 9 y 11 meses, se incrementará a ¼ taza (150gr ó 5 a 7 cucharadas aproximadamente) tres veces al día y 2 adicionales;

y, finalmente entre los 12 y 24 meses 1 taza (200gr ó 7 a 10 cucharadas aproximadamente) tres veces al día y 2 adicionales. ⁽²⁰⁾

2.3 Consistencia de la alimentación complementaria

La introducción de alimentos sólidos o semisólidos puede llevarse a cabo siempre que el sistema nervioso y el tracto gastrointestinal puedan responder adecuadamente a la secuencia de:

Masticación-deglución-digestión-absorción.

Si un niño(a) de cuatro o cinco meses no sube de peso, lo primero que hay que hacer es indagar a la madre si tiene algún problema con la lactancia (si ha disminuido la frecuencia de lactadas, si da de lactar al niño de día y noche, si el niño(a) ha estado enfermo: resfrío, fiebre u otros). Si aparentemente está sano, aumentar las frecuencias de lactadas en el día y la noche. Si la madre está siguiendo con las instrucciones y el niño (a) no sube de peso, se podrá iniciar la alimentación complementaria a esta edad. Nunca iniciarla antes de los cuatro meses.

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

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

mazamorras deben ser ofrecidos al niño como alimentos principales, preparados con cereales, tubérculos, menestras con una pequeña porción de producto animal (pescado, hígado, sangre, huevo, pollo, leche, etc.) y un poquito de producto vegetal (zapallo, zanahoria, acelga, espinaca) para hacer nutritivas las mazamorras se aconseja agregar leche y prepararlas con cereales (arroz, sémola trigo, quinua, polenta, etc.) y/o harina (cebada, chochoca, trigo, maíz, alverja, habas, etc. Promover el uso de cucharita y plato o taza en la alimentación del niño(a), evitar el uso de biberón. El uso de sopas en los niños es muy generalizado. Explicar a la madre que estas no son tan nutritivas, por eso es recomendable que primero se le ofrece el puré y después otros líquidos.⁽²¹⁾

La alimentación complementaria se preparara con alimentos disponibles en la olla familiar y apropiada para su edad. A los 6 meses, se iniciara con alimentos aplastados en forma de papilla, mazamorras o purés; entre los 7 y 8 meses, se dará principalmente alimentos triturados en las mismas formas de preparación; entre los 9 y 11 meses, se introducirán los alimentos picados; y finalmente, entre los 12 y 24 meses deberá integrarse a la alimentación de su entorno familiar.⁽²²⁾

2.4 Frecuencia de la alimentación complementaria

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

2.5 Combinación de los alimentos

El niño(a) a partir de los seis meses ya puede empezar a comer progresivamente toda clase de alimentos. Es recomendable favorecer el consumo de alimentos de bajo costo y alto valor nutritivo. Dentro los productos de origen animal tenemos la sangre de animales, hígado de pollo, huevo, pescado, leche. Los cereales que se debe proporcionar son el arroz, quinua trigo, avena, harinas, maíz, cebada, etc.

Las menestras estarán dadas por los frejoles, lentejas, arvejas verdes partidas, soya, harinas. Dentro de los tubérculo la papa camote, yuca. Se debe complementar estos alimentos con verduras de color anaranjado y verde oscuro (zanahoria, zapallo, acelga, espinaca). Agregar en cada preparación una cucharadita de aceite y/o mantequilla lo que hará más suave la comida del bebé. Promover el uso de frutas ricas en vitamina C (naranja, mandarina, papaya, piña, limón, mango, etc.) después de las comidas para favorecer la absorción de hierro. Evitar el consumo de infusiones como el té, anís, canela, café, hierva luisa, manzanilla, emoliente, etc. Junto con las comidas, porque interfieren en la absorción de hierro. En lugar de éstas se puede indicar el consumo de limonada, naranja o refrescos de frutas. Evitar alimentarlo con alimentos licuados, promoviendo el consumo de éstos pero aplastados, al inicio más suave y progresivamente ir aumentando el tamaño en trozos. ⁽²³⁾

2.6 Tipo de alimento que debe consumir de acuerdo a la edad

Los alimentos deben ser incluidos gradualmente de acuerdo a la edad, dentición, potencial alergénico del alimento y la capacidad gástrica. Por ejemplo: A los 6 meses de edad se debe incluir, purés, sangrecita y ¼

de yema de huevo. A los siete meses, $\frac{1}{2}$ yema de huevo, pollo sancochado. A los 8 meses, continúa con los purés, menestra sin cáscara y $\frac{3}{4}$ de yema de huevo. A los 9 meses se incluyen las carnes rojas. A los 11 meses la clara del huevo y el pescado y a los 12 meses comida de la olla familiar, huevo entero, y los cítricos.

2.7 Alergia alimentaria en los Lactantes

La leche materna protege a los lactantes de las reacciones adversas a los alimentos por tres vías: a) minimizando el tamaño de la dosis de proteína extraña ingerida; b) induciendo una maduración temprana de la barrera natural de la mucosa vs proteínas extrañas; c) aportando protección pasiva a través de la IgA secretora en la leche vs proteínas extrañas. Normalmente existe una barrera gastrointestinal que protege al organismo de antígenos extraños. Está formada por dos grupos de componentes: 1) Inmunológicos: IgA, IgE, IgM, IgG, linfocitos y macrófagos, placas de Peyer, IgA secretora intestinal e IgA secretora de la leche humana; 2) No inmunológicos: ácido gástrico, enzimas pancreáticas, enzimas intestinales, membrana de las microvellosidades y la capa mucosa.

En el momento en que la naturaleza de la dieta se altera, como sucede con la introducción de alimentos ocurren complejos cambios fisiológicos. De esta situación pueden resultar efectos profundos en la respuesta inmune no sólo porque los antígenos en el lumen son diferentes, sino también debido a la ingestión y digestión alterada. Por ejemplo, las enzimas proteolíticas de las secreciones digestivas, la motilidad intestinal, la rapidez de absorción y el patrón de defecación influyen sobre la cantidad del antígeno presente en un segmento particular del intestino. Por otro lado, un cambio en la flora bacteriana

puede exponer al tejido linfo-reticular asociado al intestino a sustancias inmuno-modulatorias muy potentes como es el caso de las endotoxinas.

La hipótesis más aceptada en la patogenia de la alergia alimentaria se refiere a la carencia relativa de IgA secretora en el lactante que permite una absorción excesiva de antígenos alimentarios que estimulan el sistema de anticuerpos IgE y el consecuente desarrollo de una reacción adversa al alimento. Asimismo, esta respuesta de IgE es dependiente de la interacción de las células T ayudadoras y supresoras. Los alérgenos más conocidos en el mundo son la clara de huevo, naranja, trigo, frijol de soya, cacahuates, pescado, tomate, piña, edulcorantes, chocolate, mariscos. ⁽²⁴⁾

2.8 Riesgos de la Alimentación Complementaria Temprana

La inmadurez neuromuscular es un factor asociado a problemas de deglución, los lactantes que reciben alimentación complementaria antes del sexto mes pueden presentar accesos de tos al momento de ser alimentados y en ocasiones se observan signos de dificultad respiratoria lo que sucede cuando una pequeña fracción de papilla deglutida alcanza la glotis del niño.

Otro problema radica cuando ha saciado su hambre, lo cual puede conducir a que sea sobrealimentado por su madre.

2.8.1 Riesgo a corto plazo:

La introducción de alimentos diferentes a la leche materna, disminuye la frecuencia e intensidad de la succión y como consecuencia de la producción láctea. En la mayoría de los casos el valor nutricional del

alimento complementario será menor que el de la leche materna, y por lo tanto, el niño se encontrara en desventaja.

Otro riesgo a corto plazo está relacionado con la carga renal de solutos del lactante durante los primeros meses de edad, manifiesta cierta inmadurez renal lo cual impide concentrar con la misma eficiencia de niños mayores o del adulto. En esta situación, la introducción de alimentos con exceso de solutos aunado a eventuales pérdidas extrarenales de agua, como sucede con la diarrea, puede ocasionar una deshidratación hipertónica como consecuencia grave en el sistema nervioso central.

Existe un mayor riesgo de caries dental con la introducción de jugos o aguas endulzadas a temprana edad, sobre todo cuando estos alimentos son suministrados con biberón, cuando existe una exposición prolongada de los dientes a líquidos que contengan hidratos de carbono, se desarrolla un patrón característico de destrucción dentaria. Otro riesgo importante es el síndrome diarreico agudo, se observa sobretodo en los lugares marginados de países subdesarrollados, donde viven en condiciones insalubres y la preparación de los alimentos se lleva a cabo sin higiene y con un elevado índice de contaminación.

2.8.2 Riesgo a largo plazo:

Las prácticas de alimentación complementaria inadecuadas pueden tener un impacto negativo en la salud a largo plazo, esto sucede a través de dos mecanismos: primero por efecto acumulativo, dado que cuando se introducen los alimentos en forma temprana, puede haber evidencia clínica de morbilidad años más tarde; segundo, cuando se

crean hábitos de alimentación que conducen a prácticas dietéticas indeseables, las que a su vez condicionan problema de salud.

2.9 Riesgo de la Alimentación Complementaria Tardía

Si la alimentación complementaria empieza después de los 6 meses de edad, el niño no recibirá suficiente alimentación y puede ser más difícil el periodo de adaptación a nuevas consistencias, texturas y sabores de los alimentos.

- Insuficiente energía para apoyar un óptimo crecimiento y desarrollo.
- Dificultad para la aceptación de otros alimentos.
- Aumenta el riesgo de malnutrición y eficiencia de micro nutrientes, principalmente el hierro.⁽²⁵⁾

3. Beneficios de la Alimentación Complementaria

Los beneficios para el niño comprende en el aspecto físico un mejor desarrollo y crecimiento en sus valores ponderales principalmente de peso y talla, además de un buen desarrollo cerebral, para evitar retrasos en el desarrollo psicomotor.

En el aspecto Psicológico se genera un vínculo madre - niño de mayor seguridad y confianza para el niño.

En el aspecto económico comprende que desde la promoción de la alimentación complementaria se efectúa la disminución de la posibilidad de presentar enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias.

4. Higiene y cuidado de los alimentos

La Organización Mundial de la Salud, difunde la “Reglas para la preparación higiénica de los alimentos, cuya aplicación sistemática reduce considerablemente el riesgo de la enfermedades de origen alimenticio. A continuación presentaremos las reglas:

- Consumir alimentos que hayan sido tratados o manipulados higiénicamente. Hay alimentos que sólo son seguros si han sido tratados previamente y conservados a una temperatura adecuada.
- Cocinar correctamente los alimentos, pueden estar contaminados por microorganismos pero si se cocinan bien esos microorganismos son destruidos por el calor.
- Consumir los alimentos inmediatamente después de ser cocinados, es la mejor manera de evitar que los gérmenes proliferen. No dejar nunca a temperatura ambiental los alimentos cocidos.
- Calentar suficientemente los alimentos.
- Evitar el contacto entre los alimentos crudos y los cocinados.
- Un alimento cocinado puede volverse a contaminar por contacto con alimentos crudos o si tiene comunicación con objetos (cuchillos, tablas, trapos, etc. que anteriormente hayan tocado un alimento crudo contaminado).
- Asegurar la correcta higiene de la persona que va manipular los alimentos y una limpieza adecuada en todas las superficies de la cocina. La persona que manipule los alimentos debe realizar estrictas prácticas higiénicas.

Es importante que tenga las manos siempre lavándolas cada vez que haga falta y siempre que haga uso de los servicios higiénicos. En caso de una pequeña herida, se cubrirá con un apósito impermeable. Si la herida está infectada debe apartarse del contacto de los alimentos.

- Mantener los alimentos fuera del alcance de insectos, roedores y animales de compañía. Los animales son portadores de gérmenes patógenos que originan enfermedades de transmisión alimentaria.
- Utilizar exclusivamente agua potable.

El agua potable no es solamente imprescindible para beber, sino también para preparar los alimentos. Debe tener exclusivamente uno de estos orígenes agua envasada o provenientes de la red pública de distribución de la población (un ligero sabor a cloro es garantía de potabilidad). En caso de necesidad agregar unas gotas de lejía de uso alimentario. ⁽²⁶⁾

5. Rol de los Padres en la Alimentación de los Niños

La formación de hábitos alimentarios saludables debe comenzar desde los primeros años de vida porque estos son instalados tempranamente y tienden a perdurar a lo largo de la vida. El rol de los progenitores en el desarrollo de estos comportamientos es fundamental ya que no sólo enseñan con el ejemplo, sino que también son quienes pueden orientar qué, cómo y cuándo comen los niños; así como deben procurar tener un ambiente agradable para establecer con el niño horarios, presentar una manera atractiva la comida buscando comer juntos en familia para que sea espacio de comunicación, cariño y paz.

Es así que se reconoce que el cuidado que ofrecen los padres a su niño tiene un impacto importante en la salud y nutrición del mismo, influyendo favorable o negativamente en su desarrollo, por tanto una alimentación inadecuada dentro del hogar tiene un efecto negativo sobre las condiciones de salud del niño, como en la habilidad para aprender, comunicarse, pensar analíticamente, socializar efectivamente y adaptarse a nuevos ambientes y personas. También, estudios previos confirman que el bajo nivel nutricional de los niños se refleja en resultados negativos para el país en términos de crecimiento económico: la mala nutrición durante los primeros años afecta negativamente su productividad cuando ingresan en el mercado laboral. Si se toma en cuenta todo lo antes mencionado, se debe pensar que una dieta balanceada en nutrientes y buenas prácticas nutricionales desde los primeros años de vida constituye la primera línea de defensa del menor, no solo contra las posibles enfermedades que pudiera contraer sino, fundamentalmente, a favor de las habilidades; que, en el futuro, le permitirán desenvolverse productiva y eficientemente en su actividad laboral; evidenciándose así el rol importante de los padres en la alimentación de sus hijos.⁽²⁷⁾

6. Rol de la Enfermera en Alimentación Complementaria

La enfermera en la atención primaria en salud tiene el liderazgo de las actividades preventivo-promocionales, principalmente en el área Niño, ya que es responsable de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones(ESNI) y del componente de Crecimiento y Desarrollo (CRED); por ello , como miembro del equipo de salud, al estar la mayor parte del tiempo en contacto directo con los padres de familia posee una función muy importante como educadora, ya que tiene un trato directo con las padres de los lactantes, quienes no solo reciben

recomendaciones de personal de salud sino también de su familia, además de los patrones tradicionales u otras creencias que influyen positivamente o negativamente en el proceso de introducción de nuevos alimentos en la dieta de sus hijos. La actitud que asuman es muy importante y finalmente la que genera un comportamiento específico por lo que la enfermera debe orientar sus actividades a resolver dudas o temores que tengan las madres acerca de la alimentación que deben de recibir los lactantes a partir de los 6 meses, a fin de prevenir posibles alteraciones nutricionales.

En tal sentido, la labor de la enfermera reviste gran importancia en la educación alimentaria y nutricional; promoviendo el consumo de alimentos de alto valor nutritivo, de fácil accesibilidad, así como potenciar el nivel cultural de la población a fin de que éstos asuman un rol consciente y responsable acorde a nuestra realidad socioeconómica.

En la comunidad, la enfermera dirige su actividad preventiva promocional a la familia, principalmente a las madres quienes dentro de cada grupo familiar asumen una gran responsabilidad en el cuidado del niño, especialmente en la administración de los alimentos a sus niños.

Una buena educación nutricional permitirá a los padres utilizar los alimentos en forma adecuada para mantener sano al niño y en caso que se enferme, prevenir futuras recaídas o agravar el estado nutricional del niño. Es necesario también identificarse con las costumbres que necesitan cambiarse; la persona que va a educar en materia de nutrición tiene que abordar todas las prácticas que la población presenta; y comportarse de manera simpática para al final poder lograr cambios en ella.

7. Aspectos Generales de Conocimiento:

Según Mario Bunge el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que pueden ser claros precisos ordenados, vago inexacto clasificándole en conocimiento científico y conocimiento vulgar, el científico es el racional analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia y el conocimiento vulgar es vago inexacto limitado por la observación. ⁽²⁸⁾

Kant en su teoría del conocimiento refiere que está determinado por la Intuición sensible y el concepto, distinguiéndose dos tipos de conocimiento: el Puro y el empírico, el puro o priori se desarrolla antes de la experiencia y el Segundo elaborado después de la experiencia ⁽²⁹⁾. El ser humano aprende a través del conocimiento, de esta manera se puede definir al aprendizaje como la adquisición de información codificada bajo la forma de conocimientos, creencias, etc. Este proceso le permite al sujeto descubrir las relaciones existentes entre los eventos de su entorno, los cuales al asimilarlo generan un cambio de conducta. Entre las principales características del conocimiento tenemos el aprendizaje implica un cambio de conducta del sujeto, este cambio puede entenderse como la aparición o desaparición de la conducta. Los cambios de conducta son Relativamente estables es decir, los cambios se incorporan en la conducta durante un periodo de tiempo. Sin embargo, lo que se aprende también se Olvida a consecuencia del desuso. El aprendizaje resulta de la interacción del Sujeto con su medio lo que a su vez le permite una mayor adaptación al medio social. ⁽³⁰⁾ Esto hace referencia a la importancia de los conocimientos que deben poseer los padres para brindar una mejor orientación, dirigir actividades y fomentar conductas sobre el desarrollo integral de los niños:

G. HIPOTESIS

Hp: “Los padres de niño de 6 a 12 meses conocen sobre alimentación complementaria”.

Ho: “Los padres de niños de 6 a 12 meses poseen un deficiente conocimiento sobre alimentación complementaria”.

H.DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

- **Conocimientos:** conjunto de información o ideas que refieren tener los padres de los niños que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria.

- **Padres:** son las personas responsables del cuidado del niño de 6 a 12 meses que asisten al C.S San Juan de Miraflores, que saben leer y escribir cuyas edades fluctúan entre 18 y 42 años.

CAPITULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

A.- TIPO Y NIVEL DE ESTUDIO:

De acuerdo a la naturaleza del problema y los objetivos planteados, el presente estudio es de tipo cuantitativo; de nivel descriptivo porque se va a describir los conocimientos de los cuidadores de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria, de corte transversal, ya que nos permitirá estudiar la variable en un momento dado.

B.- ÁREA DE ESTUDIO

Esta investigación se realizó en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud San Juan de Miraflores que pertenece a la DISA II Lima Sur, Red de Servicios San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo, Micro red Trébol - San Juan.

Este establecimiento de salud se encuentra ubicado en el Pasaje San Juan s/n, Centro Cívico de la Zona “A”, San Juan de Miraflores. Teniendo como límites: la Iglesia Corpus Christi, el parque, la Comisaria de San Juan de Miraflores y la Manzana L de la Zona “A”. Cuenta con una infraestructura amplia de un solo piso en la que se brindan servicios de Consulta Externa y Atención en Urgencias en las diferentes especialidades como: Medicina, Odontología, Gineco-Obstetricia, Enfermería, Servicio Social, Psicología, Laboratorio, Farmacia, SIS (Seguro Integral de Salud). El personal que labora en el Centro de Salud está constituido por: Médicos (04); Enfermeras (03); Obstetras (02); Odontólogo (01); Psicólogo (01); Asistente Social (03);

Laboratorista (01); Químico Farmacéutico (02); Técnicos de Enfermería (05); Técnicos Administrativos (02); Digitadores (02); Vigilante (01); Mantenimiento (01).

El Centro de Salud San Juan de Miraflores, está bajo la supervisión de la Micro red Trébol Azul, y tiene como jurisdicción sanitaria los siguientes puestos de Salud: Puesto de Pampas de San Juan, Puesto de Villa Solidaridad, Puesto de Valle Sharon.

La estrategia de Crecimiento y Desarrollo, se encuentra bajo la responsabilidad de una enfermera; el horario de atención es de lunes a sábado de 8:00am a 2:00pm, atendiendo un promedio de 10 niños por día. Durante el año 2010 se atendió 600 niños menores de 12 meses. Los problemas más frecuentes que se presentan son los siguientes: algún tipo de desnutrición (144 niños menores de un año en el 2010), infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas. Entre las actividades que realiza la enfermera en el control del crecimiento y desarrollo es evaluar integralmente al niño, lo cual permite identificar signos y síntomas que sugieran alguna enfermedad para su respectiva derivación; así mismo, se realiza la vigilancia nutricional y actividades preventivas promocionales.

Para el año 2011 toda la jurisdicción sanitaria del Centro de Salud San Juan de Miraflores, tuvo una población asignada de 116 669 habitantes, lo que representa el 30% de la población del distrito de San Juan de Miraflores. De los cuales al centro de salud le corresponden 37 334 habitantes (32%).

C.-POBLACIÓN

La población de estudio estuvo constituida por el total de padres de familia que acuden al consultorio de Crecimiento y Desarrollo del centro de salud. En el consultorio se atienden al año en promedio de 600 niños de 6 a 12 meses; durante el periodo de recolección de datos que fueron los meses de noviembre a diciembre se atendieron a un total de 30 niños que cumplían con los criterios de inclusión; por ser una población pequeña se considero a todos los padres; aplicándose la técnica del muestreo no probabilístico, ya que se desconoce las probabilidades de selección de cada elemento de la población y de tipo accidental porque se eligió a los padres que acudieron al consultorio de crecimiento y desarrollo durante el tiempo que duró la recolección de datos (60 días).

a) Criterios de Inclusión

- Padres de niños de 6 a 12 meses
- Que sepan leer y escribir
- Que hablen castellano
- Que asistan al consultorio CRED del C.S San Juan de Miraflores
- Que acepten participar en el estudio de investigación

b) Criterios de Exclusión

- Padres que asistan por primera vez al consultorio de CRED.

D. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista encuesta, y como instrumento el formulario constituido por preguntas cerradas con respuestas múltiples (Anexo B), en su estructura el instrumento consta de introducción, datos generales, instrucciones y cuerpo del instrumento.

El cuestionario consta de 22 preguntas, cada pregunta se valorará en función del siguiente puntaje:

- Respuesta correcta: valor 1 puntos.
- Respuesta incorrecta: valor 0 puntos.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validez del contenido del instrumento se obtendrá a través de la coherencia con la base teórica, la operacionalización de la variable de estudio que está encaminada por los objetivos planteados (Anexo A) y será validado mediante el juicio de expertos conformado por profesionales de la salud, entre ellos docentes de práctica de la E.A.P.E en el área de Enfermería en Salud Comunitaria, Salud del niño y adolescentes así como los docentes que están vinculados con el área de investigación, cuyos aportes se tomaran en cuenta para mejorar el contenido del instrumento a aplicar ; para determinar la validez se aplicará la tabla de concordancia a través de la prueba de concordancia binomial y obtener $p < 0.05$ (Anexo E). Asimismo se realizó la prueba piloto a un total de 6 padres que cumplían con los criterios de inclusión con la finalidad de constatar la aplicabilidad y comprensión del instrumento; luego se aplicó la prueba de coeficiente de Kuder Richardson para la confiabilidad del instrumento (Anexo F).

E. PROCESO DE RECOLECCION, PROCESAMIENTO Y PRESENTACION DE DATOS

Para la recolección de los datos se solicitó previamente el permiso y autorización del Director del Centro de Salud y la Enfermera jefe a quienes se les informó respecto a la investigación.

La recolección de datos se realizó en los meses de noviembre y diciembre siguiendo el procedimiento que a continuación se detalla:

- Se informó a los padres de familia de niños menores de un año asistentes al consultorio de CRED (crecimiento y desarrollo) sobre la encuesta que deberían realizar.
- Se verificó que los padres cumplan con los criterios de inclusión y exclusión
- Se hizo firmar el formato de consentimiento informado a los padres que aceptaron participar en la investigación (Anexo D).
- Se aplicó la entrevista encuesta en un tiempo promedio de 15 a 20 minutos por persona.

Para el procesamiento de la información los datos se vaciaron en el libro de códigos (Anexo C) mediante paloteo manual, luego fueron procesados en el programa de Excel elaborándose la tabla matriz de datos (Anexo G).

F. PROCESO DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Para el análisis de los datos obtenidos se hizo uso de la base teórica, la estadística descriptiva y el promedio aritmético, así se midió los conocimientos que tienen los padres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria.

Para la medición de la variable se asignó 1 punto a la respuesta correcta y 0 a la respuesta incorrecta; se aplicó la escala de promedio aritmético donde se valoró como conoce y no conoce (Anexo H). La clasificación de los conocimientos fue como a continuación se presenta:

- No conoce de 0 a 11
- Si conoce de 12 a 22

G. CONSIDERACIONES ETICAS

Para el presente trabajo y dado que la unidad de análisis de la investigación son los padres de niños menores de un año, se considera necesario el consentimiento informado, el cual responde al principio bioético de la autonomía, ya que los participantes fueron informados de los objetivos del estudio, y en qué medida va a contribuir para la atención del servicio de CRED.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A. RESULTADOS

Después de recolectar los datos éstos fueron procesados y presentados en gráficos para su respectivo análisis e interpretación considerando el marco teórico.

DATOS GENERALES DEL PADRE:

Respecto a los datos generales de los padres encuestados, tenemos que del total de padres 30 (100%), la mayoría 83.3% (25) son de sexo femenino (Anexo J); respecto a la edad de los padres 13 (43.3%) tienen entre 23 a 27 años, 10 (33.3%) tienen entre 18 a 22 años (Anexo K); según la procedencia 15 (50%) son de la costa, 8 (26.7%) son de la sierra (Anexo L); la mayoría 18 (60%) tienen como grado de instrucción secundaria (Anexo M); de acuerdo a la ocupación la mayoría 19 (63.3%) se dedican a su casa (Anexo N); y 20 (66.6%) tienen un hijo (Anexo O).

DATOS GENERALES DEL NIÑO:

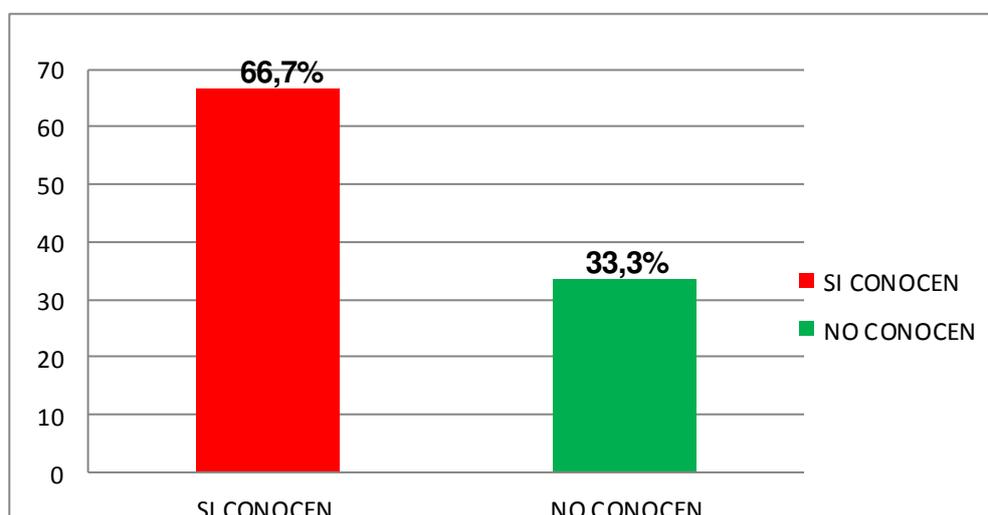
Respecto a los datos generales de los niños encontramos, que del total 30 (100%), la mayoría 63.3% (19) son de sexo femenino (Anexo P); respecto a la edad 14 (46.6%) tienen entre 7 y 8 meses, 7 (23.3%) tienen 6 meses (Anexo Q); según la edad que inicio de la alimentación complementaria 19 (63.3%) comenzaron a los 6 meses, 7 (23.3%) a los 5 meses (Anexo R) de acuerdo al número de controles de CRED 13 (43.3%) tienen entre 3 y 4 controles, 10 (33.3%) entre 6 y 7 controles (Anexo S).

DATOS ESPECÍFICOS:

A continuación se muestran los resultados del estudio según los objetivos trazados.

GRAFICO N° 1

CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE MIRAFLORES LIMA- PERU 2011

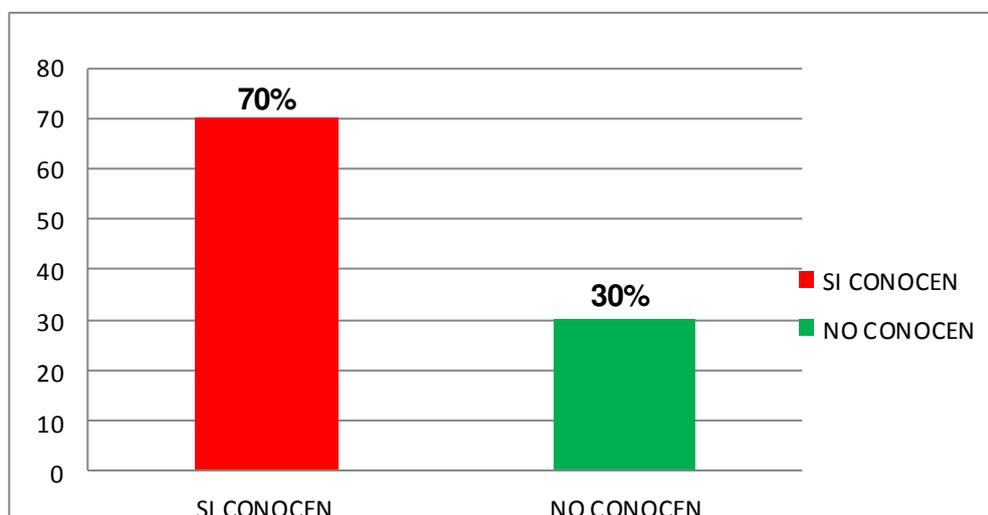


FUENTE: Encuesta tomada a los padres de niños de 6 a 12 meses en el Centro de Salud San Juan de Miraflores. Lima. Diciembre 2011

En relación al conocimiento de los padres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el centro de salud San Juan de Miraflores, observamos que del total de 30 (100%) padres encuestados en el centro de salud, el porcentaje de padres que conocen son el 66,7% (20) y 33,3% (10) representa a la cantidad de padres que no conocen sobre alimentación complementaria.

GRAFICO N°2

CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES SOBRE BENEFICIOS DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE MIRAFLORES LIMA-PERU 2011

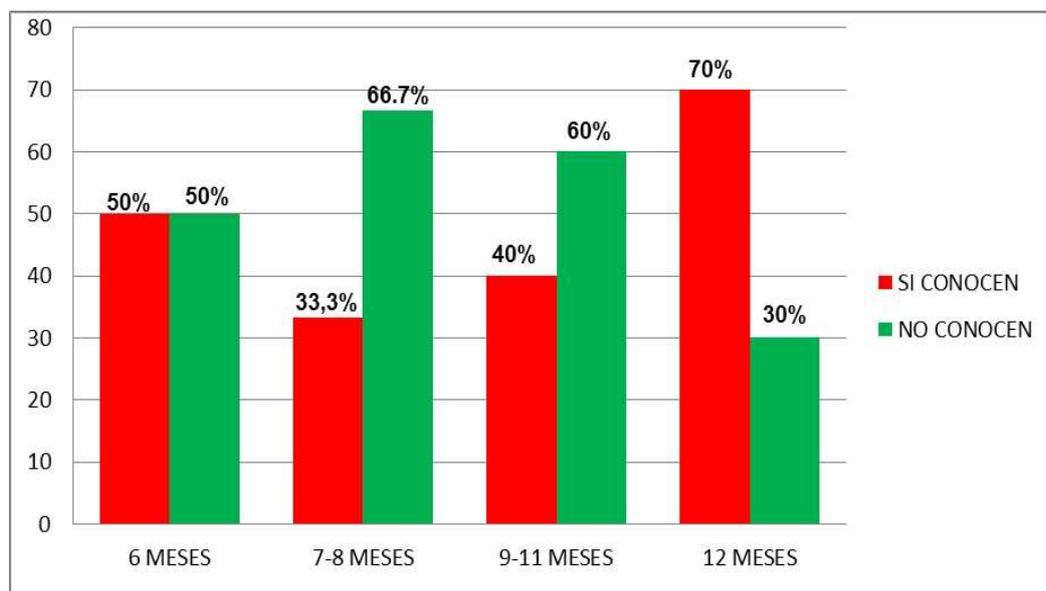


FUENTE: encuesta tomada a los padres de niños de 6 a 12 meses en el centro de salud San Juan de Miraflores. Lima. Diciembre 2011

En relación al conocimiento de los padres sobre beneficios de la alimentación complementaria en el centro de salud San Juan de Miraflores, de los resultados obtenidos; observándose que de el total de 30 (100%) encuestados, el porcentaje de padres que conocen sobre los beneficios están representados por el 70% (21), y los que desconocen representa el 30% (9) del total.

GRAFICO N°3

**CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES
SOBRE LA CANTIDAD DE ALIMENTOS QUE DEBE CONSUMIR
EL NIÑO SEGÚN SU EDAD EN EL CENTRO DE SALUD
SAN JUAN DE MIRAFLORES
LIMA – PERÚ
2011**



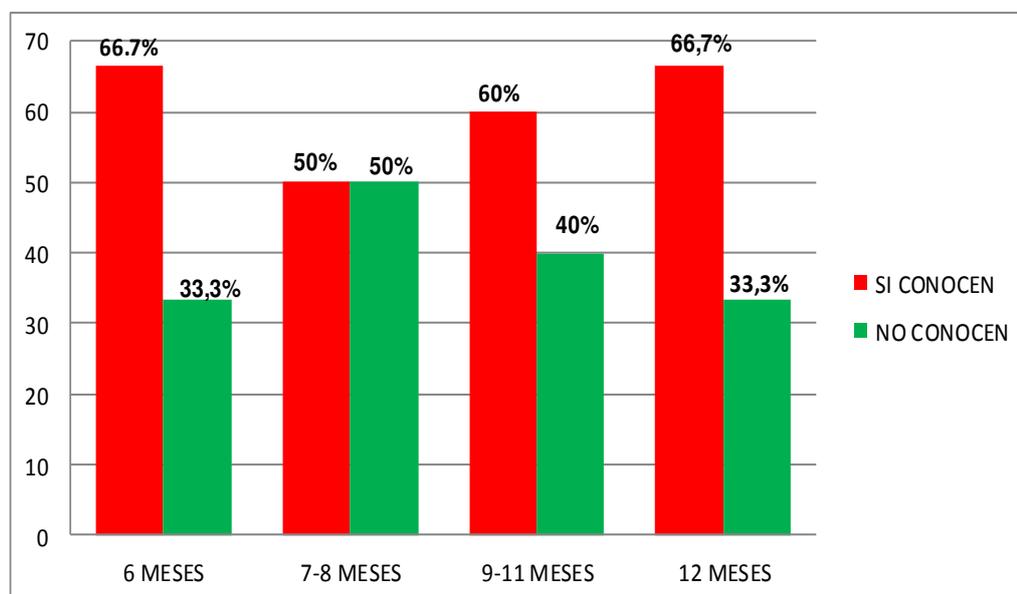
FUENTE: encuesta tomada a los padres de niños de 6 a 12 meses en el centro de salud San Juan de Miraflores. Lima. Diciembre 2011

En cuanto a la relación de los conocimientos sobre la cantidad de alimentos que debe recibir el niño según su edad del total de padres encuestados 30 (100%) a los 6 meses nos muestra una equivalencia entre padres que conocen 50% (15) y no conocen 50% (15), al rango de 7-8 meses hay mas padres que desconocen la cantidad de alimentos siendo estos un 66,7% (20) y 33,3% (10) conocen.

De 9-11 meses hay un 60% (18) de padres que desconocen y 40% (12) de encuestados que conocen. A diferencia de los demás resultados a los 12 meses existen un 70% (21) de padres que poseen conocimientos de la cantidad de alimentos para esta edad frente a un 30% (9) de padres que no conocen.

GRAFICO N°4

CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES SOBRE LA CONSISTENCIA DE LOS ALIMENTOS QUE DEBE RECIBIR EL NIÑO SEGÚN SU EDAD EN EL CENTRO DE SALUD SAN JUAN DE MIRAFLORES LIMA – PERÚ 2011



FUENTE: encuesta tomada a los padres de niños de 6 a 12 meses en el centro de salud San Juan de Miraflores. Lima. Diciembre 2011

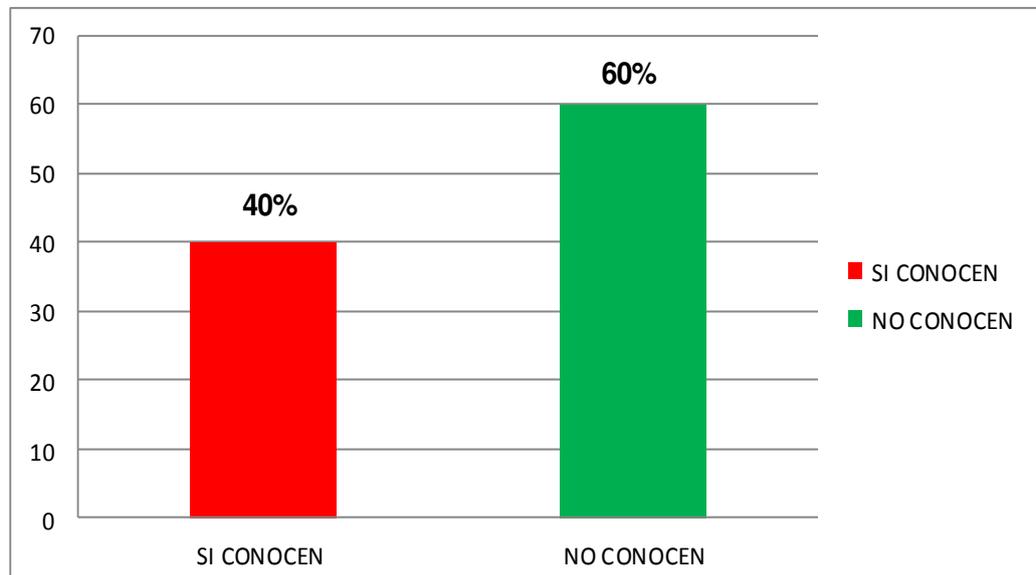
Sobre los conocimientos sobre la consistencia de alimentos que debe recibir el niño según su edad desde los 6 meses hasta los 12 meses rango que fue tomado en esta investigación.

A los 6 meses los padres que poseen conocimientos representan un 66,7% (20) frente a un 33,3% (10) que no conocen, en el intervalo de 7-8 meses el gráfico nos muestra una equivalencia entre padres que conocen 50% (15) y los que no conocen 50% (15).

Para la edad de 9-11 meses hay mas padres que conocen la consistencia de alimentos siendo estos un 60% (18) frente a un 40% (12) que desconocen. A los 12 meses se observa un 66,7% (20) de padres que conocen y un 33,3%(10) que no poseen conocimientos sobre la consistencia a esta edad.

GRAFICO N°5

**CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES
SOBRE LA FRECUENCIA DE ALIMENTOS QUE DEBE RECIBIR
EL NIÑO EN EL CENTRO DE SALUD
SAN JUAN DE MIRAFLORES
LIMA – PERÚ
2011**

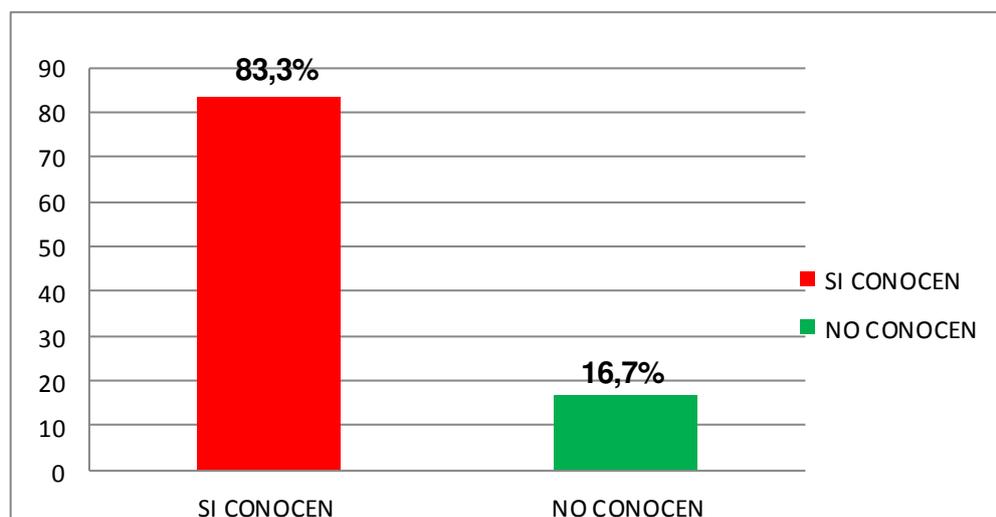


FUENTE: encuesta tomada a los padres de niños de 6 a 12 meses en el centro de salud San Juan de Miraflores. Lima. Diciembre 2011

En el gráfico nos evidencia el conocimiento de los padres sobre la frecuencia de los alimentos que debe recibir el niño observándose un predominio de un 60% (18) de padres que no conocen frente a un 40% (12) que conocen.

GRAFICO N° 6

**CONOCIMIENTOS DE LOS PADRES DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES
SOBRE LAS MEDIDAS DE HIGIENE EN LA ALIMENTACION
COMPLEMENTARIA EN EL CENTRO DE
SALUD SAN JUAN DE MIRAFLORES
LIMA – PERÚ
2011**



FUENTE: encuesta tomada a los padres de niños de 6 a 12 meses en el centro de salud San Juan de Miraflores. Lima. Diciembre 2011

El presente gráfico nos presenta que del total 30 (100%) un gran porcentaje de padres 83,3% (25) que conocen sobre medidas de higiene para la alimentación complementaria frente a un 16,7% (5) de encuestados que no conocen las adecuadas medidas de higiene.

B.DISCUSIÓN

En el gráfico N°1 se evidencia respecto a los conocimientos de los padres que una mayoría relativa del 66, 7% (20) conocen sobre alimentación complementaria, y que un grupo minoritario 33.3%(10) desconoce los principios básicos que pueden guiar a una adecuada alimentación complementaria; al respecto Benítez en un estudio titulado: Relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madres sobre la alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que asisten al consultorio CRED, en el C.S Conde de la Vega Baja concluyó que existe una relación directa entre el nivel de conocimientos de la madre y el estado nutricional del lactante; es por ello que se debe revalorar la labor educativa de la enfermera en los consultorios de Crecimiento y Desarrollo como una de las acciones mas efectivas en costo beneficio; teniendo en cuenta la interculturalidad y el contexto familiar en el que se desarrolla el niño.

En el gráfico N° 2 nos muestra los conocimientos de los padres sobre los beneficios que nos brinda la alimentación complementaria que se basan principalmente en tres ejes como son el beneficio físico, psicológico y económico, se evaluó el conocimiento de los padres siendo los resultados obtenidos; que la mayoría de padres 70% (21) conocen, sin embargo existe una gran minoría de 30% (9) que desconoce sobre dichos beneficios. Estas cifras son importantes debido a que el conocimiento de los beneficios de la alimentación complementaria lleva a una toma de conciencia de los padres por aprender cada día más sobre el tema así brindar la mejor nutrición para un desarrollo óptimo de su niño.

Las investigaciones han demostrado que a mayor conocimiento mejores prácticas de salud en la población; por ello se debería de diseñar estrategias que permitan que este minoritario de padres que no

conocen los beneficios de la alimentación complementaria puedan acceder a información pertinente adaptada a su cultura que mejore el nivel de conocimientos de la mayoría de población lo cual incidirá en mejorar la nutrición del niño.

En el gráfico 3, 4 y 5 nos muestra las características de la alimentación complementaria, encontrándose que dentro de estas tres características hay mayor conocimiento en la mayoría de los padres sobre la consistencia de los alimentos a ofrecer al niño de acuerdo a la edad.

Específicamente en relación a los conocimientos sobre la cantidad de alimentos que debe recibir el niño según su edad del total de padres encuestados 30 (100%) podemos resaltar que existe un nudo crítico en el rango de 7-8 meses debido a que una mayoría relativa de padres desconocen la cantidad de alimentos que debe consumir el niño, lo cual podría estar condicionando a que no le brinda la cantidad apropiada de alimentos lo que podría estar afectando su crecimiento y desarrollo.

Es importante conocer la cantidad de los alimentos a brindar porque es un periodo de transición de recibir nuevos alimentos teniendo en cuenta la capacidad gástrica del niño y evitara problemas gastrointestinales derivados de la cantidad brindada, por tanto el incremento de la cantidad debe ser progresivo para su edad a partir de los 6 meses de edad.

En el gráfico n° 4 relacionado a la consistencia de los alimentos se observa que en cada uno de los ítems la mayoría de padres conocen;

esto podría deberse a que la enfermera brinda la orientación necesaria para la preparación de los alimentos, porque como se sabe alrededor del 6to mes los músculos y nervios de la boca se desarrollan lo suficientemente para masticar. Los niños (as) a esta edad controlan mejor la lengua, pueden mover la mandíbula hacia arriba y hacia abajo, empiezan a salir los dientes, todo esto les da madurez para recibir alimentos de consistencia más densa.

A los seis meses, se iniciara con alimentos aplastados en forma de papillas, mazamorras o purés; luego se dará triturados para prepararlos a los alimentos picados; y finalmente deberá integrarse a la alimentación de su entorno familiar siendo estos enteros.

Por tanto es importante conocer la consistencia de los alimentos a brindar por edad para favorecer la deglución y digestión de los nutrientes, en el grafico mostrado se observa de manera general que hay predominio del conocimiento de los padres sobre la consistencia en los diversos intervalos de edad.

En el gráfico N° 5 nos evidencia el conocimiento de los padres sobre la frecuencia de los alimentos que debe recibir el niño observándose un predominio de un 60% (18) de padres que no conocen frente a un 40% (12) que conocen. Esto constituye una situación preocupante debido a que ocasionan en el niño una alteración de la nutrición por déficit cuando no cubrimos lo requerimientos necesarios del niño.

Es por tanto, necesario conocer la frecuencia de la alimentación para cubrir de manera adecuada las necesidades nutricionales según la capacidad del niño. El cuadro nos muestra una mayoría de padres que no conocen la frecuencia por lo cual no deben tener una práctica adecuada de brindar alimentos al niño lo que puede llevar a un

incremento del peso o en caso contrario a un déficit de alimentos por cantidad brindada denominado desnutrición.

En el gráfico n° 6 nos presenta que del total 30 (100%) una mayoría significativa de padres 83,3% (25) que conocen sobre medidas de higiene para la alimentación complementaria, esto es un buen signo de seguridad alimentaria, existen tesis que resaltan el conocimiento de las medidas de higiene en la preparación de alimentos y proponen mejoras en la educación para prevenir enfermedades derivadas.

Por tanto, la Organización Mundial de la Salud, difunde la “Reglas para la preparación higiénica de los alimentos”, cuya aplicación sistemática reduce considerablemente el riesgo de la enfermedades de origen alimenticio.

Es importante el manejo de reglas de higiene para la preparación y manipulación de los alimentos por los padres que son fuente primaria y principal que brinda los alimentos a los niños, puesto que de no manejar una adecuada higiene estos pueden ser contagiados de enfermedades que afectan directamente al tracto gastrointestinal e inclusive producir alergias a ciertos alimentos

Además, se encontró dentro de los resultados obtenidos en la encuesta que una mayoría significativa de padres no conocen sobre el tipo de alimentos que se debe brindar según la función que cumplen dentro del organismo (Anexo I), para así favorecer un adecuado equilibrio interno y una nutrición balanceada.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES:

- Una mayoría significativa de padres conocen sobre alimentación complementaria, lo cual constituye una fortaleza que debe ser utilizada por el personal de salud sobre todo de enfermería a fin de mejorar la nutrición del niño.
- Los padres tienen un adecuado conocimiento sobre los beneficios de la alimentación complementaria, lo que incrementaría el interés de los mismos para poder brindar una mejor nutrición de acuerdo a su edad.
- En caso de las características como son cantidad, consistencia y frecuencia se concluye que los padres tienen mayor conocimiento de la consistencia a brindar a diferencia de la cantidad y frecuencia en el cual se tiene que trabajar para poder optimizar una adecuada nutrición que responda a su edad y desarrollo.
- Existe un predominio de padres que poseen conocimientos sobre medidas de higiene en la alimentación complementaria, esto favorecerá a disminuir la prevalencia de enfermedades infecciosas en los niños.

B.LIMITACIONES

- Los resultados obtenidos del presente estudio de investigación solo pueden ser generalizados para la población en estudio.

C. RECOMENDACIONES:

Las recomendaciones derivadas del estudio son:

- Realizar estudios que busquen relación entre los conocimientos de los padres y el número de controles de CRED para verificar la efectividad de la atención en consejería.
- Realizar estudios que busquen relación entre los conocimientos de los padres y edad de los padres ya que fue uno de los hallazgos del presente estudio así poder ampliarlo.
- Realizar investigaciones cualitativas y cuantitativas sobre factores que influyen sobre los conocimientos de los padres en alimentación complementaria.

Referencia Bibliográfica

- (1) http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/nutrition/comp_feeding/es/index.html
- (2) Estado Mundial de la infancia. “Desnutrición: Causas. 2006.[internet], disponible en <http://www.gob.gub.gub.ar/documentos/unicef06/fs01sp.htm>
- (3) Investigaciones Operativas en Salud y Nutrición de la niñez en el Perú 2008, MINSA/OPS
- (4) Investigaciones Operativas en Salud y Nutrición de la niñez en el Perú 2008, MINSA/OPS
- (5) Investigaciones Operativas en Salud y Nutrición de la niñez en el Perú 2008, MINSA/OPS
- (6) Investigaciones Operativas en Salud y Nutrición de la niñez en el Perú 2008, MINSA/OPS
- (7) <http://hist.library.paho.org/spanish/Bol/v68n5p375.pdf>
- (8) Plan Nacional Concertado de Salud 2007, MINSA
- (9) http://ciaal.com/Brochures_Anemia_en_Peru.pdf
- (10) Oficina de Informática y Estadística del C.S San Juan de Miraflores

- (11) Benítez Castañeda, Jenny Rocío, 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, Lima, Perú. 2007.
- (12) Jiménez Huamaní Cesar Orlando, “Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses que acuden al centro de salud fortaleza lima-Perú 2008”.
- (13) Cárdenas Alfaro Lourdes Noemí, “Relación entre el nivel de conocimientos y practicas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 meses a 24 meses que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del niño en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita 2009”
- (14) Cárdenas Castillo Catherine Jannina, “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 2004.
- (15) Gómez Laureano Betty,” Nivel de Conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria para la prevención de Anemia en lactantes internados en el servicio de pediatría del Hospital Essalud “A.D.U y P” San Juan de Lurigancho- Lima Diciembre- Febrero del 2005

- (16) Fundación FES Social, “Factores asociados a la iniciación Inapropiada de alimentación complementaria en el primer año de vida de infantes de Cali y Manizales, Colombia. 2009”.
- (17) MINSA. Guía de Alimentación. Lima-Perú.2000.Pág. 15.
- (18) MINSA. Guía de Alimentación. Lima-Perú.2000.Pág. 23.
- (19) OPS. “Lineamientos de nutrición Materno Infantil del Perú”. Ed. Prisma. Lima- Perú 2005. Pág. 45
- (20) CAMERON YRIGVE, Margaret. “Manual para la alimentación de infantes y niños pequeños” ed. Pax México S.A. México 1989. Pág.32
- (21) MINSA. Guía de Alimentación. Lima-Perú.2000.Pág. 28
- (22) OPS. “Lineamientos de nutrición Materno Infantil del Perú”. Ed. Prisma. Lima- Perú 2005. Pág. 45
- (23) MINSA. Guía de Alimentación. Lima-Perú.2000.Pág. 28
- (24) La alimentación Complementaria. “Pauta para la introducción de Nuevos alimentos”. España. 2004. Internet disponible en <http://www.lactanciamamidameteta.iespana.es>
- (25) www.unicef.org/spanish/nutrition/index_breastfeeding.html-54k-
- (26) OMS. Reglas para la preparación higiénica de los alimentos. Publicación Científica y Técnica N° 578 Washington. DC.2004

- (27) CORTEZ RAFAEL. "La nutrición de los niños en edad pre-escolar: Aproximando los costos y beneficios de la inversión pública". Lima 2001. Pág. 5
- (28) Bunge, M." La ciencia su método y filosofía". Editorial Siglo XX. Buenos Aires. Argentina. Pág.23
- (29) Russel, Bertrand. "El Conocimiento Humano".5taed. Editorial. Tourus. S.A.1998.España. Pág. 50
- (30) ADUNI. "Enciclopedia de Psicología". Editorial Lumbreras. Lima. Perú.2006.Pág.34
- (31) OPS. "Lineamientos de nutrición Materno Infantil del Perú". Ed. Prisma. Lima- Perú 2005. Pág. 43

BIBLIOGRAFIA

- ADUNI. “Enciclopedia de Psicología”. Editorial Lumbreras. Lima. Perú.2006.

- Benítez Castañeda, Jenny Rocío, 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, Lima, Perú. 2007.

- Bunge, M.” La ciencia su método y filosofía”. Editorial Siglo XX. Buenos Aires. Argentina.

- CAMERON YRIGVE, Margaret. “Manual para la alimentación de infantes y niños pequeños” ed. Pax México S.A. México 1989.

- Cárdenas Alfaro Lourdes Noemí, “Relación entre el nivel de conocimientos y practicas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 meses a 24 meses que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del niño en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita 2009”.

- Cárdenas Castillo Catherine Jannina, “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 2004.

- CORTEZ RAFAEL. “La nutrición de los niños en edad pre-escolar: Aproximando los costos y beneficios de la inversión pública”. Lima 2001.

- Fundación FES Social, Factores asociados a la iniciación Inapropiada de alimentación complementaria en el primer año De vida de infantes de Cali y Manizales, Colombia. 2009.

- Gómez Laureano Betty, “Nivel de Conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria para la prevención de Anemia en lactantes internados en el servicio de pediatría del Hospital Es salud “A.D.U y P” San Juan de Lurigancho- Lima Diciembre- Febrero del 2005.

- http://ciaal.com/Brochures_Anemia_en_Peru.pdf

- <http://hist.library.paho.org/spanish/Bol/v68n5p375.pdf>

- <http://www.gog.gab.gov.ar/documentos/unicef06/fs01sp.htm>

- [http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_c\)are/child/nutrition/comp_feeding/es/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_c)are/child/nutrition/comp_feeding/es/index.html)

- Investigaciones Operativas en Salud y Nutrición de la niñez en el Perú 2008, MINSA/OPS

- Jiménez Huamaní Cesar Orlando, “Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses que acuden al centro de salud fortaleza lima-Perú 2008”.

- La alimentación Complementaria. “Pauta para la introducción de Nuevos alimentos”. España. 2004.
- MINSA. Guía de Alimentación. Lima-Perú.2000.
- Oficina de Informática y Estadística del C.S San Juan de Miraflores.
- OMS. Reglas para la preparación higiénica de los alimentos.
- OPS. “Lineamientos de nutrición Materno Infantil del Perú”. Ed. Prisma. Lima- Perú 2005.
- Plan Nacional Concertado de Salud 2007, MINSA
- Russel, Bertrand. “El Conocimiento Humano”.5taed. Editorial. Tourus. S.A.1998.España.
- www.unicef.org/spanish/nutrition/index_breastfeeding.html-54k-

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo

| | | |
|----|---|------|
| A. | Operacionalización de la variable | I |
| B. | Instrumento | II |
| C. | Libro de Códigos | VI |
| D. | Consentimiento informado | VII |
| E. | Prueba binomial: Jueces de expertos | VIII |
| F. | Prueba de Confiabilidad del Instrumento | IX |
| G. | Tabla Matriz | X |
| H. | Medición de la Variable | XI |
| I. | Tabla General de Resultados obtenidos del Cuestionario realizado a los Padres en el C.S San Juan de Miraflores Lima Perú 2011 | XII |
| J. | Padres de niños de 6 a 12 meses distribuidos Según sexo en el C.S San Juan de Miraflores Diciembre 2011 | XIII |
| K. | Padres de niños de 6 a 12 meses distribuidos Según edad en el C.S San Juan de Miraflores Diciembre 2011 | XIV |
| L. | Padres de niños de 6 a 12 meses distribuidos Según procedencia en el C.S San Juan de Miraflores Diciembre 2011 | XV |
| M. | Padres de niños de 6 a 12 meses distribuidos Según grado de instrucción en el C.S San Juan De Miraflores Diciembre 2011 | XVI |

| | | |
|----|--|-------|
| N. | Padres de niños de 6 a 12 meses distribuidos Según ocupación en el C.S San Juan de Miraflores Diciembre 2011 | XVII |
| O. | Padres de niños de 6 a 12 meses distribuidos Según N° de hijos en el C.S San Juan de Miraflores Diciembre 2011 | XVIII |
| P. | Niños de 6 a 12 meses distribuidos Según sexo en el C.S San Juan de Miraflores Diciembre 2011 | XIX |
| Q. | Niños de 6 a 12 meses distribuidos Según edad en el C.S San Juan de Miraflores Diciembre 2011 | XX |
| R. | Niños de 6 a 12 meses distribuidos Según edad de inicio de la alimentación Complementaria en el C.S San Juan de Miraflores Diciembre 2011 | XXI |
| S. | Niños de 6 a 12 meses distribuidos Según N° de controles de CRED En el C.S San Juan de Miraflores Diciembre 2011 | XXII |

ANEXO A

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

| Variables | Definición conceptual de la variable | Dimensión | Indicadores | Valor final de la variable | Definición operacional de la variable |
|---|--|---|--|---|--|
| Conocimientos de los padres sobre alimentación complementaria | La alimentación complementaria consiste en la introducción de los alimentos semisólidos y nutritivos en la dieta del niño a partir de los seis meses, y así se constituyen en la base importante para lograr mantener una buena nutrición y por ende favorecer el crecimiento y desarrollo óptimo del niño evitando las enfermedades, por lo que se hace necesario que la enfermera imparta conocimientos lo cual se concibe como la información que permite a la persona tomar decisiones efectivas en este caso a las madres para la salud del niño. | <ul style="list-style-type: none"> -Beneficios de la Alimentación Complementaria -Características de la Alimentación Complementaria - Medidas de higiene en la Alimentación Complementaria | <ul style="list-style-type: none"> -Definición de la alimentación complementaria -Inicio de la Alimentación Complementaria. - Beneficios de alimentación complementaria - Cantidad de los Alimentos. - Consistencia de los preparados. - Frecuencia de los alimentos. -Incorporación de alimentos -Tipos de alimentos. -Alimentos alérgenos -Combinación de los Alimentos. -Riesgo de la alimentación complementaria tardía - Medidas higiénicas en la preparación -Medidas de higiene después de ingerir los alimentos | <ul style="list-style-type: none"> -Conoce -No Conoce | Información que refieren tener Los padres sobre la alimentación complementaria que será medido a través de un cuestionario en bueno, regular y deficiente. |



ANEXO B

ENTREVISTA – ENCUESTA

Presentación:

Sra. Buenos días, mi nombre es Nathaly Piscoche Torres, soy interna de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, la siguiente encuesta, tiene como objetivo saber los conocimientos que tienen las padres sobre alimentación complementaria, para poder mejorar los cuidados que se le brinda a los niños y evitar las complicaciones, la información que brinde es ANONIMA por lo que solicito su consentimiento informado para realizar la siguiente encuesta, le agradezco de antemano su colaboración.

Instrucciones:

Lea detenidamente cada pregunta y marque con una X (aspa), la respuesta según crea conveniente.

A. Datos Generales del Padre/ Madre:

Madre: _____ Padre: _____
Edad: _____
Procedencia: Selva () Costa () Sierra ()
Grado de instrucción: Primaria () Secundaria () Técnico () Universitario ()
Ocupación: Independiente () Dependiente () Su Casa ()
Número de hijos: _____

B. Datos Generales del Niño:

Femenino: _____ Masculino: _____
Edad: _____
Edad de Inicio de la alimentación complementaria: _____
Numero de control en CRED: _____

C. Datos Específicos:

1. La alimentación complementaria consiste en:
 - a) Dar comida de la olla familiar
 - b) La introducción de nuevos alimentos a parte de la leche materna
 - c) Darle al niño solo lecha materna
 - d) Darle leche fórmula para complementar la leche materna

2. La edad apropiada para el inicio de la Alimentación Complementaria en el niño es:
 - a) 8meses
 - b) 4meses
 - c) 6meses
 - d) 5meses

3. La alimentación complementaria es beneficioso para el niño porque:
 - a) Brinda alimentos necesarios para que pueda caminar
 - b) Para crecer y ser más sociable
 - c) Favorece el desarrollo físico, psicológico y disminuye la probabilidad de contraer enfermedades.
 - d) Brinda vitaminas y minerales

4. La cantidad de alimentos que debe recibir el niño de 6 meses es:
 - a) 2-3 cucharadas
 - b) 3-5 cucharadas
 - c) 5-7 cucharadas
 - d) 7-10 cucharadas

5. La consistencia de los alimentos que debe recibir el niño de 6 meses es:
 - a) Triturado
 - b) Picado
 - c) Purés
 - d) Entero

6. La cantidad de alimentos que debe recibir el niño de 7-8 meses es:
 - a) 2-3 cucharadas
 - b) 3-5 cucharadas
 - c) 5-7 cucharadas
 - d) 7-10 cucharadas

7. La consistencia de los alimentos que debe recibir el niño de 7 a 8 meses es:
 - a) Triturado
 - b) Picado
 - c) Purés
 - d) Entero

8. La cantidad de alimentos que debe recibir el niño de 9-11 meses es:
 - a) 2-3 cucharadas
 - b) 3-5 cucharadas
 - c) 5-7 cucharadas
 - d) 7-10 cucharadas

9. La consistencia de los alimentos que debe recibir el niño de 9-11 meses es:
 - a) Triturado
 - b) Picado
 - c) Purés
 - d) Entero

10. A los 12 meses el niño debe comer un equivalente a:
 - a) 2-3 cucharadas
 - b) 3-5 cucharadas
 - c) 5-7 cucharadas
 - d) 7-10 cucharadas

11. La consistencia de los alimentos que debe recibir a los 12 meses es:
- a) Triturado
 - b) Picado
 - c) Purés
 - d) Entero
12. La frecuencia de la alimentación complementaria debe ser ::
- a) 4 veces
 - b) 5 veces (3 principales+2 adicionales)
 - c) 2 veces
 - d) 3 veces
13. A qué edad el niño debe incorporar las menestras sin cascara en su alimentación:
- a) 8 meses
 - b) 6 meses
 - c) 12 meses
 - d) 7 meses
14. Que alimentos tienen una función energética:
- a) Papa, camote, azúcar, miel
 - b) Carnes, huevos, legumbres, maíz
 - c) Frutas y verduras
 - d) Gaseosas y conservas
15. Que alimentos tienen una función estructural o constructora:
- a) Papa, camote, azúcar, miel
 - b) Carnes, huevos, legumbres, maíz
 - c) Frutas y verduras
 - d) Gaseosas y conservas
16. Que alimentos tienen una función reguladora:
- a) Papa, camote, azúcar, miel
 - b) Carnes, huevos, legumbres, maíz
 - c) Frutas y verduras
 - d) Gaseosas y conservas
17. Que alimentos pueden producir alergia en los niños:
- a) Cítricos, Pescados y Mariscos
 - b) Menestras y cereales
 - c) Papa y cebollas
 - d) Trigo y Tubérculos
18. Para absorber mejor el hierro de los alimentos se deben combinar con:
- a) Anís y Manzanilla
 - b) Té y Café
 - c) Limonada y Jugos Cítricos
 - d) Avena y soya

19. Señale cual es el alimento que proporciona una mayor nutrición al niño:
- a) Sopa
 - b) Segundo
 - c) Mazamorra
 - d) Ensaladas
20. Señale la combinación que usted cree que es la adecuada para el almuerzo de su niño:
- a) puré + hígado + fruta o jugo de fruta
 - b) arroz + sangrecita + mate de hierba
 - c) puré de papa + jugo de fruta
 - d) caldo de hueso de res + jugo de frutas
21. Señale cual es un riesgo de alimentación complementaria tardía:
- a) Aumenta el riesgo de malnutrición y deficiencia de hierro
 - b) Aumenta el crecimiento
 - c) Hay riesgo de no caminar al año
 - d) Hay problemas en el habla
22. Que debe de hacer para asegurar la higiene de los alimentos:
- a) Dejar reposar los alimentos al sol, calentar el agua antes de beberla.
 - b) Asegurar el lavado de manos antes y después de manipular los alimentos,
Utilizar agua potable
 - c) Utilizar el microondas para calentar los alimentos
 - d) Lavar las ollas, comprar alimentos frescos

Gracias por su colaboración.

ANEXO C
LIBRO DE CODIGOS

| ITEM | a | b | c | d | TOTAL |
|-------------|----------|----------|----------|----------|--------------|
| 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 5 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 6 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 7 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 8 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 9 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 10 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 11 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 12 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 13 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 14 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 15 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 16 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 17 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 18 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 19 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 20 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 21 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 22 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |

ANEXO D

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....identificada con D.N.I

Autorizo a la Srta. Interna de Enfermería Nathaly Piscoche Torres, a realizarme una entrevista encuesta para obtener datos sobre el tema a estudiar:

“Conocimientos que tienen los padres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el centro de salud San Juan de Miraflores 2011, así mismo afirmo haber sido informada de los objetivos del estudio, haber comprendido la importancia del tema y estar habilitada a desistir en cualquier momento, es mi placer.

.....
Firma de la participante

.....
Int. Nathaly Piscoche Torres
Responsable

ANEXO E

TABLA DE CONCORDANCIA – PRUEBA BINOMIAL

| ITEMS | N° DE JUEZ | | | | | | | | P |
|-------|------------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | |
| 1. | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.004 |
| 2. | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0.004 |
| 3. | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.035 |
| 4. | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.004 |
| 5. | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.004 |
| 6. | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0.035 |
| 7. | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0.035 |

-Se realizaron las sugerencias del instrumento antes de su aplicación.

Se ha considerado:

0: Si la respuesta es negativa

1: Si la respuesta es positiva

■ Si $p < 0.05$ la concordancia es SIGNIFICATIVA de acuerdo a los resultados por cada juez.

ANEXO F

PRUEBA DE CONFIABILIDAD CÁLCULO DEL COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD KUDER RICHARSON

Procedimiento:

$$X = \frac{K}{K-1} \frac{(1 - \sum \% p \times \% q)}{S}$$

Donde:

$X > 0.5$ para que sea confiable

$K = N^a$ de ítem

$S =$ Varianza (Desviación estándar al cuadrado)

$\% p =$ Numero de personas que responden correctamente a un ítem

$\% q =$ Numero de personas que responden incorrectamente a un ítem

$\sum \%p \times \%q =$ Es la sumatoria del producto del $p\%$ por el $q\%$

Remplazando:

$X = 0,61$ Instrumento Confiable

ANEXO G

TABLA MATRIZ

| USUARIO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | Total |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 15 |
| 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 13 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 18 |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 14 |
| 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 14 |
| 6 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 14 |
| 7 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 16 |
| 8 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 10 |
| 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 14 |
| 10 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 9 |
| 11 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 12 |
| 12 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 12 |
| 13 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 15 |
| 14 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 12 |
| 15 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 15 |
| 16 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 10 |
| 17 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| 18 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 11 |
| 19 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 7 |
| 20 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 11 |
| 21 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 16 |
| 22 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 16 |
| 23 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 15 |
| 24 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 12 |
| 25 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 18 |
| 26 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 15 |
| 27 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 9 |
| 28 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 7 |
| 29 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 17 |
| 30 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 9 |

ANEXO H

MEDICION DE LA VARIABLE

Se utilizó la escala del promedio a fin de obtener la clasificación de la variable conocimientos de forma global.

$$X_T = \underbrace{X_1 + X_2 + X_3 + X_4 + \dots + X_{22}}_{30}$$

Donde:

X_1 : Promedio de Ítem 1

X_2 : Promedio de Ítem 2

·
·
·

X_T : Promedio de los Puntajes

X : 12.5

Puntaje:

Por tanto, se tomara los resultados de cada instrumento de acuerdo al siguiente puntaje:

■ Conocen = 12 a 22

■ No conocen = 0 a 11

ANEXO I

Tabla General de Resultados obtenidos del Cuestionario realizado a los Padres En el C.S San Juan de Miraflores Lima Perú 2011

| PREGUNTA | SI CONOCEN | | NO CONOCEN | | TOTAL | |
|----------|------------|------|------------|------|-------|-----|
| | N | % | N | % | N | % |
| 1 | 25 | 83.3 | 5 | 16.7 | 30 | 100 |
| 2 | 25 | 83.3 | 5 | 16.7 | 30 | 100 |
| 3 | 21 | 70 | 9 | 30 | 30 | 100 |
| 4 | 15 | 50 | 15 | 50 | 30 | 100 |
| 5 | 20 | 66.7 | 10 | 33.3 | 30 | 100 |
| 6 | 10 | 33.3 | 20 | 66.7 | 30 | 100 |
| 7 | 15 | 50 | 15 | 50 | 30 | 100 |
| 8 | 12 | 40 | 18 | 60 | 30 | 100 |
| 9 | 18 | 60 | 12 | 40 | 30 | 100 |
| 10 | 21 | 70 | 9 | 30 | 30 | 100 |
| 11 | 20 | 66.7 | 10 | 33.3 | 30 | 100 |
| 12 | 12 | 40 | 18 | 60 | 30 | 100 |
| 13 | 8 | 26.7 | 22 | 73.3 | 30 | 100 |
| 14 | 7 | 23.3 | 23 | 76.7 | 30 | 100 |
| 15 | 10 | 33.3 | 20 | 66.7 | 30 | 100 |
| 16 | 13 | 43.3 | 17 | 56.7 | 30 | 100 |
| 17 | 28 | 93.3 | 2 | 6.7 | 30 | 100 |
| 18 | 12 | 40 | 18 | 60 | 30 | 100 |
| 19 | 19 | 63.3 | 11 | 36.7 | 30 | 100 |
| 20 | 23 | 76.7 | 7 | 23.3 | 30 | 100 |
| 21 | 24 | 80 | 6 | 20 | 30 | 100 |
| 22 | 25 | 83.3 | 5 | 16.7 | 30 | 100 |

FUENTE: Padres de niños de 6 a 12 meses en el Centro de Salud San Juan de Miraflores.
Lima. Diciembre 2011

ANEXO J

**Padres de niños de 6 a 12 meses
Distribuidos según sexo en el
C.S San Juan de Miraflores
Lima Perú
2011**

| SEXO | N° | % |
|--------------|-----------|------------|
| MADRE | 25 | 83.3 |
| PADRE | 5 | 16.7 |
| TOTAL | 30 | 100 |

FUENTE: Padres de niños de 6 a 12 meses en el Centro de Salud San Juan de Miraflores. Lima. Diciembre 2011

ANEXO K

**Padres de niños de 6 a 12 meses
Distribuidos según edad en el
C.S San Juan de Miraflores
Lima Perú
2011**

| EDAD | N° | % |
|--------------|-----------|------------|
| 18-22 | 10 | 33.3 |
| 23-27 | 13 | 43.3 |
| 28-32 | 6 | 20 |
| 33-37 | 1 | 3.3 |
| 38-42 | 0 | 100 |
| TOTAL | 30 | 100 |

FUENTE: Padres de niños de 6 a 12 meses en el Centro de Salud San Juan de Miraflores. Lima. Diciembre 2011

ANEXO L

**Padres de niños de 6 a 12 meses distribuidos
Según procedencia en el C.S
San Juan de Miraflores
Lima Perú
2011**

| PROCEDENCIA | N° | % |
|--------------------|-----------|------------|
| Costa | 15 | 50 |
| Sierra | 8 | 26.7 |
| Selva | 7 | 23.3 |
| Total | 30 | 100 |

FUENTE: Padres de niños de 6 a 12 meses en el Centro de Salud San Juan de Miraflores. Lima. Diciembre 2011

ANEXO M

**Padres de niños de 6 a 12 meses distribuidos
Según grado de instrucción en el
C.S San Juan de Miraflores
Lima Perú
2011**

| GRADO DE INSTRUCCIÓN | N° | % |
|-----------------------------|-----------|------------|
| Primaria | 2 | 6.6 |
| Secundario | 18 | 60 |
| Técnico | 8 | 26.7 |
| Universitario | 2 | 6.7 |
| TOTAL | 30 | 100 |

FUENTE: Padres de niños de 6 a 12 meses en el Centro de Salud San Juan de Miraflores. Lima. Diciembre 2011

ANEXO N

**Padres de niños de 6 a 12 meses
Distribuidos según ocupación en
el C.S San Juan de Miraflores
Lima Perú
2011**

| OCUPACIÓN | N° | % |
|------------------|-----------|------------|
| Independiente | 2 | 6.6 |
| Dependiente | 8 | 26.7 |
| Su casa | 20 | 66.7 |
| Total | 30 | 100 |

FUENTE: Padres de niños de 6 a 12 meses en el Centro de Salud San Juan de Miraflores. Lima. Diciembre 2011

ANEXO O

**Padres de niños de 6 a 12 meses distribuidos
Según n° de hijos en el C.S
San Juan de Miraflores
Lima Perú
2011**

| N° HIJOS | N° | % |
|-----------------|-----------|------------|
| Uno | 18 | 60 |
| Dos | 8 | 26.7 |
| Tres | 4 | 13.3 |
| Más de tres | 0 | 100 |
| Total | 30 | 100 |

FUENTE: Padres de niños de 6 a 12 meses en el Centro de Salud San Juan de Miraflores. Lima. Diciembre 2011

ANEXO P

**Niños de 6 a 12 meses distribuidos
Según sexo en el C.S
San Juan de Miraflores
Lima Perú
2011**

| SEXO | N° | % |
|--------------|-----------|------------|
| Mujer | 19 | 63.3 |
| Varón | 11 | 36.6 |
| Total | 30 | 100 |

FUENTE: Niños de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud San Juan de Miraflores.
Lima. Diciembre 2011

ANEXO Q

**Niños de 6 a 12 meses distribuidos
Según edad en el C.S San Juan
De Miraflores
Lima Perú
2011**

| EDAD | N° | % |
|--------------|-----------|------------|
| 6 meses | 7 | 23.3 |
| 7-8 meses | 14 | 46.7 |
| 9-11 meses | 6 | 20 |
| 12 meses | 3 | 10 |
| TOTAL | 30 | 100 |

FUENTE: Niños de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud San Juan de Miraflores.
Lima. Diciembre 2011

ANEXO R

**Niños de 6 a 12 meses distribuidos según edad de
Inicio de la Alimentación Complementaria
En el C.S San Juan de Miraflores
Lima Perú
2011**

| EDAD | N° | % |
|--------------|-----------|------------|
| 4 meses | 1 | 3.3 |
| 5 meses | 7 | 23.3 |
| 6 meses | 19 | 63.3 |
| + de 6 meses | 3 | 10 |
| TOTAL | 30 | 100 |

FUENTE: Niños de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud San Juan de Miraflores.
Lima. Diciembre 2011

ANEXO S

**Niños de 6 a 12 meses distribuidos según
N° de controles de CRED en el
C.S San Juan de Miraflores
Lima Perú
2011**

| N° de Controles | N° | % |
|------------------------|-----------|------------|
| 2-3 | 7 | 23.4 |
| 4-5 | 13 | 43.3 |
| 6-7 | 10 | 33.3 |
| TOTAL | 30 | 100 |

FUENTE: Niños de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud San Juan de Miraflores.
Lima. Diciembre 2011