



UNS
ESCUELA DE
POSTGRADO

**PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LA MADRE Y ESTADO
NUTRICIONAL DEL LACTANTE DE 6 A 12 MESES. PUESTO DE
SALUD GARATEA. NUEVO CHIMBOTE – 2014.**

Tesis para optar el Grado de Maestro en Ciencias de Enfermería

AUTORA

Bachiller Amaya Mendoza Noelia Milagros.

ASESORA

Dra. Loli Ponce Rudi Amalia

CHIMBOTE – PERÚ

2017

Registro N° _____



CONSTANCIA DE ASESORAMIENTO DE LA TESIS DE MAESTRÍA

Yo, Dra. RUDI AMALIA LOLI PONCE, mediante la presente certifico mi asesoramiento de la Tesis de Maestría titulada: **“PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LA MADRE Y ESTADO NUTRICIONAL DEL LACTANTE DE 6 A 12 MESES. PUESTO DE SALUD GARATEA. NUEVO CHIMBOTE - 2014”**, elaborada por la bachiller NOELIA MILAGROS AMAYA MENDOZA para obtener el Grado Académico de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional del Santa.

Nuevo Chimbote, 26 de Enero del 2017

DRA. RUDI AMALIA LOLI PONCE

ASESORA

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



APROBACIÓN DEL JURADO EVALUADOR

Dra. CARMEN SERRANO VALDERRAMA
(Presidenta)

Dra. DORILA TAPIA UGAZ
(Secretaria)

Mg. ZAIDA SILVA REQUENA
(Vocal)

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía, por darme fuerza para lograr mis metas, por estar presente en cada momento de mi vida.

A mis padres Raúl y Dora, a mi hermano Carlos, por su amor, apoyo, confianza y atención en todo momento de mi vida, por el apoyo para poder culminar con mis estudios.

A Luis, por ser una persona muy especial en mi vida, gracias por tu paciencia y amor.

AGRADECIMIENTO

A mi Alma Mater la Universidad Nacional del Santa, en especial a la Escuela de Post Grado, por abrirnos las puertas para un mejor futuro, y brindarnos la oportunidad de adquirir y madurar conocimientos.

A mi asesora la Dra. Amalia Loli Ponce, por sus orientaciones y enseñanzas en la presente tesis.

A mi jurado evaluador de informe de tesis: Dra. Carmen Serrano Valderrama; Dra. Dorila Tapia Ugaz y la Mg. Zaida Silva Requena, por sus aportaciones y enseñanzas en la presente tesis.

A las (os) docentes, de la Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional del Santa: Enfermería, por sus enseñanzas impartidas durante este período, brindándonos conocimientos para mejorar esta hermosa profesión.

A mis compañeras de la Promoción 2013, de la Maestría en Enfermería de la Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional del Santa, por el apoyo brindado entre cada una de nosotras, para seguir adelante y seguir formándonos como buenos profesionales.

ÍNDICE

	Pág.
Lista de cuadros	ix
Lista de gráficos	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN	13
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento y fundamentación del problema de investigación	17
1.2. Antecedentes de la investigación	21
1.3. Formulación del Problema de Investigación	27
1.4. Delimitación del estudio	27
1.5. Justificación e Importancia de la Investigación	28
1.6. Objetivos de la investigación: General y específicos	31
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Fundamentos teóricos de la investigación	33
2.2 Marco Conceptual	38
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO	
3.1 Hipótesis central de la investigación	50
3.2 Variables e indicadores de la investigación	50
3.3 Métodos de la Investigación	51
3.4 Diseño o esquema de la investigación	52
3.5 Población y muestra	53
3.6 Actividades del proceso investigativo	54
3.7 Técnicas e instrumentos de la investigación	54

3.8 Procedimiento para la recolección de datos	56
3.9 Técnicas de procesamiento y análisis de los datos	58
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	59
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	74
5.2 Recomendaciones	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
ANEXOS	85

CUADROS

		Pág.
Cuadro N° 01	Prácticas alimentarias de la madre. Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote – 2014.	60
Cuadro N° 02	Estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses. Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote – 2014.	62
Cuadro N°03	Relación de las prácticas alimentarias de la madre y estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses. Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote – 2014.	64

GRÁFICOS

		Pág.
Gráfico N° 01	Prácticas alimentarias de la madre. Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote – 2014.	61
Gráfico N° 02	Estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses. Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote – 2014.	63
Gráfico N°03	Relación de las prácticas alimentarias de la madre y estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses. Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote – 2014.	65

RESUMEN

El presente trabajo de investigación de abordaje cuantitativo y de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal, tiene por objetivo general conocer la relación de las prácticas alimentarias de la madre y estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses. Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote – 2014. La muestra estuvo constituida por 88 madres y lactantes de 6 a 12 meses atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Puesto de Salud Garatea. Para la recolección de datos se utilizó los instrumentos: Cuestionario sobre prácticas alimentarias de la madre y Ficha de Observación: Estado nutricional del niño. El procesamiento de datos se realizó mediante la prueba estadística Chi cuadrado, llegando a las siguientes conclusiones:

- ❖ El 76.10% de las madres presentan buenas prácticas alimentarias, el 23.90% presentan prácticas alimentarias regulares; no encontrándose malas prácticas alimentarias.
- ❖ El 89.80% de los lactantes presentan estado nutricional normal, el 6.80% sobrepeso, el 2.30% talla alta y el 1.10% obesidad.
- ❖ Si existe relación estadística significativa entre las prácticas alimentarias de la madre y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses de edad.

Palabras claves: Prácticas alimentarias, Estado nutricional, lactante.

ABSTRACT

The present research work of quantitative and descriptive approach, correlational cross-sectional, has as general objective to know the relationship of the mother's dietary practices and nutritional status of the infant from 6 to 12 months. Garatea Health Post. New Chimbote - 2014. The sample consisted of 88 mothers and infants from 6 to 12 months attended in the Office of Growth and Development of the Garatea Health Post. For the collection of data, the following instruments were used: Questionnaire on feeding practices of the mother and Observation record: Nutritional status of the child. Data processing was performed using the Chi square statistical test, arriving at the following conclusions:

- ❖ 76.10% of mothers present good food practices, 23.90% present regular food practices; Not finding bad food practices.
- ❖ 89.80% of the infants present normal nutritional status, 6.80% overweight, 2.30% high, and 1.10% obesity.
- ❖ If there is a statistically significant relationship between the mother's feeding practices and the nutritional status of the infant from 6 to 12 months of age.

Key words: Feeding practices, Nutritional status, infant.

INTRODUCCIÓN

En el mundo actual, la alimentación varía enormemente según sea un país desarrollado o en otro de los considerados en vías de desarrollo. Por tanto, la práctica alimentaria está relacionada a lo social o, lo que es lo mismo, a la cultura.

Las prácticas alimentarias se consideran como el reflejo de la estructura y los valores culturales de una sociedad, los que se transmiten por grupos de generación en generación y constituyen la base de los hábitos alimentarios, influenciados por factores geográficos, culturales, religiosos, sociales, psicológicos, biológicos, educativos y económicos por estar relacionados directamente a la cantidad y calidad de los alimentos que se consumen.

Las prácticas alimentarias están condicionadas por las costumbres familiares y culturales de un pueblo. El impacto de las modas, los bombardeos televisivos en donde se promociona el consumo de productos poco sanos y la falta de tiempo para caminar en un mercado comprando los insumos, preparar y degustar tranquilamente los alimentos, atentan contra la salud. (Vela, 2011)

Los países que se encuentra en proceso de desarrollo y de cambios sociales acelerados, en gran medida asociado a su creciente incorporación a la comunidad económica internacional, considerado como un modelo de éxito económico y de modernidad, se han visto invadidos por los supermercados que ofrecen productos y estilos de vida consumistas y extraños a sus reales necesidades y posibilidades.

El estado nutricional no puede ser evaluado y comprendido completamente separado del contexto sociocultural. Los problemas de alimentación no pueden ser enfrentados de manera uniforme en todas las sociedades y culturas del mundo. Siendo todos los individuos miembros de una cultura y ésta es una guía aprendida

de comportamientos aceptables, los modos de alimentación son influenciados por la cultura.

El Ministerio de Salud (MINSA), informa que el estado de la niñez en el Perú, aun revela cifras alarmantes en el estado nutricional, contexto que no responde a situaciones recientes, sino que es consecuencia de las deficientes condiciones de vida en donde se desarrolla el infante, es por ello que la alimentación y por ende el estado nutricional son considerados un eje temático de gran importancia y relevancia en los lineamientos políticos del País (MINSA, 2014).

Según el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN), la proporción promedio mensual de casos de desnutrición crónica, durante el 2012 es de 16.9% entre los niños menores de 5 años que acuden a los establecimientos de salud. Las proporciones más altas de niños desnutridos crónicos se concentran en el trapecio andino y en el norte del país, mientras que las menores proporciones están en Lima, Callao y la costa sur del país (CENAN, 2012).

Los primeros años de vida, caracterizados por un crecimiento y desarrollo físicos y sociales rápidos, representa un periodo en el cual ocurren muchos cambios que afectan la alimentación y el consumo de nutrientes. La adecuación de los consumos nutricionales de los lactantes afecta su interacción con su ambiente. Los lactantes sanos y bien alimentados tienen la energía para responder y aprender de los estímulos de su entorno y para interactuar con sus padres y quienes los cuidan, de una manera que fomenta los lazos emocionales y el apego (Mahan, 2008).

Desde el inicio de la humanidad la alimentación a través de la leche materna ha sido garantía de su supervivencia, debido a que su composición de nutrientes es perfecta para el óptimo crecimiento del niño(a), el cual se va adaptando a sus necesidades en la medida en que crecen, por ello la alimentación

es imprescindible para la vida, la cantidad adecuada de proteínas, grasas, azúcares y otros nutrientes es básica para que el cuerpo funcione correctamente (OMS, 2010).

Un inadecuado consumo de alimentos se refleja en el estado nutricional de los niños, condicionando retardo en su crecimiento (desnutrición crónica) y causando una alta prevalencia de anemia por deficiencia de hierro. En el caso peruano, el 25% de los niños menores de 5 años sufre desnutrición crónica y el 50% padece anemia. La anemia y otras deficiencias nutricionales ocasionan un bajo rendimiento escolar, lo que repercute en la capacidad del adulto para tener una vida productiva y saludable (Haas, 2001).

Por ello, las prácticas de alimentación inadecuadas que ocurren con la introducción de los primeros alimentos complementarios son una causa principal de la alta prevalencia de desnutrición infantil observada, por tal motivo es importante conocer las prácticas alimentarias de la madre y la incidencia que tienen éstas en el estado nutricional del lactante (Creed, 1990).

CAPITULO I:

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

Durante los últimos diez años la Organización Mundial de la Salud (OMS) estudió cómo deberían crecer los niños si se les ofrecieran adecuadas condiciones sanitarias y una alimentación saludable. La transición de la lactancia exclusivamente materna a la alimentación complementaria abarca generalmente el periodo que va de los 6 a los 18 a 24 meses de edad, y es una fase de gran vulnerabilidad, cuando para muchos lactantes empieza la malnutrición, y de las que más contribuye a la alta prevalencia de la malnutrición en los menores de 5 años de todo el mundo. La OMS calcula que en los países de ingresos bajos dos de cada cinco niños tienen retraso del crecimiento (OMS, 2010).

La situación de los niños durante los primeros meses y años de vida, en el mundo y en particular en América Latina requiere atención especial, se observa elevados índices de enfermedades prevalentes como problemas respiratorios agudos, diarreas y desnutrición, los cuales son prevenibles con prácticas saludables de bajo costo y de fácil aplicación. Frente a esta situación, varios países han realizado esfuerzos en la labor de afrontar con seriedad este problema (Parada, 2011).

América Latina y el Caribe se han caracterizado históricamente por la inestabilidad de su crecimiento económico. Esta situación no es generalizada, pero en distintos períodos ha afectado significativamente a algunos países, esta población sufre del flagelo de la pobreza y la indigencia. Así, aunque ha habido mejorías considerables en las últimas décadas, casi 13% de la población no cuenta con los ingresos suficientes para cubrir sus requerimientos nutricionales mínimos y uno de cada tres habitantes vive bajo la línea de la pobreza.

Hacia el año 2011, hay muchos ejemplos de países que han sido testigos de grandes descensos en la prevalencia de desnutrición crónica entre niños menores de 5 años: En Haití, los resultados preliminares de encuestas indican que disminuyó de un estimado del 29% en 2006 al 22% en 2012. En Perú, en tan sólo unos pocos años se redujo en un tercio de un estimado del 30% en 2004 - 2006 al 20% en 2011 (UNICEF, 2013).

A nivel nacional, según el CENAN, informa que la proporción promedio mensual de casos de desnutrición crónica, durante el 2012 es de 16.9% entre los niños menores de 5 años que acuden a los establecimientos de salud. Las proporciones más altas de niños desnutridos crónicos se concentran en el trapezio andino y en el norte del país, mientras que las menores proporciones están en Lima, Callao y la costa sur del país (CENAN, 2012).

La mayoría de los niños son alimentados con leche materna en los primeros meses de vida, aunque no necesariamente en forma exclusiva. Sin embargo, las prácticas de alimentación inadecuadas que ocurren con la introducción de los primeros alimentos complementarios son una causa principal de la alta prevalencia de desnutrición infantil observada (Creed, 1990).

En el Perú, como otros países en vías de desarrollo, existen hábitos y costumbres relacionados con la alimentación de infantes y niños pequeños que necesitan ser mejorados para asegurar un óptimo desarrollo y crecimiento. Por estas razones, para mejorar la alimentación infantil y lograr un mayor éxito en la implementación de alternativas es necesario conocer primero las prácticas de alimentación y las razones de éstas (Creed, 2007).

Una adecuada alimentación durante los primeros años de vida, resulta fundamental para el óptimo crecimiento y desarrollo del niño. A su vez, las pautas alimentarias aprendidas durante estos años sientan las bases para la constitución de los hábitos alimentarios más tarde en la vida del individuo. Dado que el rápido crecimiento de los niños, que condiciona elevados requerimientos nutricionales, sumado a una capacidad de ingesta limitada en volumen, esta etapa presenta en sí misma una alta vulnerabilidad nutricional (MINSA, 2010).

Debido a que los requerimientos de energía, proteína y micronutrientes específicos requeridos para el buen funcionamiento del organismo, se satisfacen a partir de la cantidad y variedad de los alimentos ingeridos. Es por ello que la calidad de la dieta cotidiana constituye un elemento esencial que contribuye al estado de nutrición y salud del individuo, especialmente en los primeros años de vida (Zuleta, 2008).

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

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2010, durante el periodo 2007-2010 la desnutrición crónica a nivel nacional ha descendido en 4,7 puntos porcentuales, al pasar de 22,6 a 17,9 por ciento, es decir, por cada 100 niñas y niños, cinco de ellos dejaron la condición de desnutrición. Para el año 2010 se apreció que los niños menores de 36 meses presentaron en un 16,9 por ciento desnutrición crónica (ENDES, 2011).

Así mismo los resultados de la ENDES 2011 (Primer Semestre), ratificando el nivel observado en la ENDES 2009-2010, confirman la progresiva reducción del nivel de la desnutrición crónica en el país, que disminuye cerca de dos puntos porcentuales, de 18.3 % en la ENDES 2009 a 16.6 %, cuando se utiliza el Patrón de Referencia National Center for Health Statistics (NCHS); y, en algo más de dos puntos porcentuales cuando se utiliza el Patrón de Referencia OMS, que varía de 23,8 % a 21,6 %, en dicho periodo (INEI-ENDES, 2011).

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

La reducción de la desnutrición no se ve reflejada en la región de Ancash, en donde la desnutrición crónica de los niños menores de cinco años, grupo que abarca lactantes y preescolares, ha mostrado una disminución pausada en los 3 últimos años, con casi 1 niño desnutrido crónico de cada 4 niños. La desnutrición global presenta una disminución de apenas un punto porcentual en los 3 últimos años. La desnutrición aguda se presenta con una evolución estacionaria (una disminución de apenas una décima de punto porcentual por año), en los últimos 3 años. El sobrepeso y la obesidad, muestran una tendencia leve a incrementarse y, en conjunto (exceso de peso), está afectando alrededor de 1 cada 20 niños entre los que acuden al Establecimiento de Salud de la región (CÁRITAS, 2010).

La problemática nutricional en nuestro país es resultado de las condiciones sociales, económicas, culturales y biológicas en que se interrelaciona el individuo y la comunidad. Está determinada por múltiples factores relacionados con las condiciones de salud, saneamiento ambiental, disponibilidad de agua potable, prácticas alimentarias, etc. Si a estas condiciones sumamos otras enfermedades, existirá una repercusión negativa en la salud de los niños, por lo que la presente investigación es de relevancia pública (INEI, 2007).

Las prácticas alimentarias son consideradas como el reflejo de la estructura y los valores culturales de una sociedad, los que se transmiten por grupos de generación en generación y constituyen la base de los hábitos alimentarios, influenciados por factores geográficos, culturales, religiosos, sociales, psicológicos, biológicos, educativos y económicos por estar relacionados directamente a la cantidad y calidad de los alimentos que se consumen.

Cabe señalar la importancia del rol de la enfermera, quien constantemente educa y orienta a las madres sobre aspectos nutricionales, con la finalidad que ellas, se concienticen de la información brindada y la pongan en práctica, debido a que la madre, es quien provee la dieta diaria a su hijo de acuerdo con sus conocimientos y circunstancias y así prevenir consecuencias graves como la desnutrición, sobrepeso u obesidad.

1.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN:

ÁMBITO INTERNACIONAL:

En Colombia. Alvarado, B. y Cols, (2004) realizaron un estudio sobre las “Creencias maternas, prácticas de alimentación, y estado nutricional en niños Afro-Colombianos”, describe las creencias y prácticas de la

alimentación infantil, y su relación con el estado nutricional de niños de 6 a 18 meses. Se combinaron datos etnográficos y epidemiológicos. Sus datos muestran una prevalencia de desnutrición aguda, 2.6%, y 9.8% de desnutrición crónica. Las prácticas se caracterizan por el inicio universal de la lactancia, un promedio de duración de 10 meses e introducción temprana de alimentos (3 meses). El destete se asocia a nuevos embarazos, escasez de la leche o a efectos negativos del amamantamiento en la salud de la madre. La introducción temprana de alimentos y el uso de biberón son valorados positivamente por las madres por sus efectos sobre el estado nutricional y la adaptación del niño a la dieta familiar. El inicio de la alimentación complementaria después de los 4 meses, la calidad del primer alimento introducido, y la diversidad de la dieta complementaria predicen mejor estado nutricional. En conclusión, la falta de conocimiento básico nutricional y algunas creencias erradas llevan a que al menos 50% de las madres tengan prácticas de alimentación inadecuadas (Alvarado, 2004).

En México. Alarcón, M. y Cols. (2008) realizaron un estudio sobre “Prácticas alimentarias: relación con el consumo y estado nutricional infantil”. La desnutrición infantil se relaciona con características inherentes a los infantes y sus cuidadores, sin embargo estas tiene impacto en diferentes niveles. El objetivo principal de este estudio fue analizar la repercusión de las prácticas alimentarias y algunas variables sociodemográficas, en las características de la dieta y el estado nutricional que presenta una muestra de infantes. Se encontraron altos niveles de desnutrición en los niños participantes, explicadas por diferencias significativas en el consumo infantil y las prácticas alimentarias entre niños desnutridos y eutróficos. Los resultados permiten señalar que las prácticas alimentarias pueden ser factores protectores o de riesgo, según el caso, para la desnutrición infantil y al ser modificables constituyen un punto clave para futuras intervenciones (Alarcón, 2008).

En Argentina. Gatica, C. y Cols. (2009) en su estudio sobre “Prácticas de alimentación en niños menores de 2 años” cuyo objetivo fue determinar la edad de introducción de alimentación complementaria, su tipo, composición y adulto involucrado, en niños sanos menores de 2 años de las provincias de Mendoza, San Juan y San Luis. Los resultados mostraron que la edad promedio fue de: $11,3 \pm 6,1$ meses, respecto a las prácticas de alimentación el 66,53% de los niños recibió LM, el 95,12% no tenía LM, recibió durante $7,8 \pm 5,2$ meses. A menor edad materna mayor frecuencia de LM. El 64,24% recibía puré/papillas desde los 6 meses, enriquecida con aceite, leche o queso; carnes desde los $7,8 \pm 2,1$ meses, huevos desde $8,4 \pm 2,6$ meses; bebidas azucaradas desde $10,49 \pm 3,52$ meses. La madre ofreció la primera comida (88,72%) y la ofrecía habitualmente (91,44%). La TV estaba prendida durante la comida en 50,87%. Conclusión. Fueron prácticas frecuentes: LM, mayor a menor edad materna; incorporación de comidas al 6to mes, enriquecimiento de la comida inicial; amplio intervalo en la edad de incorporación de huevo y carne; incorporación temprana de bebidas azucaradas y exposición a la televisión durante la comida. La mamá ofrecía la comida habitualmente (Gática, 2009).

En Colombia. Parada, D. (2011) en su estudio sobre “Conocimientos, actitudes y prácticas del cuidador del menor de cinco años”. La investigación es de carácter descriptivo, cuantitativo en el que participaron 339 cuidadores de las unidades básicas Puente Barco Leones, Libertad y Comuneros. Los resultados demuestran que la introducción de alimentos complementarios se ha realizado en forma oportuna en el 70% de los casos, el destete precoz se ha dado en un 30,08% cuando se inicia ablactación, así mismo se identifica el bajo nivel de conocimientos respecto a la necesidad de introducir micronutrientes en la dieta de los menores de 5 años y sobre los alimentos donde pueden ser hallados. En ausencia de la madre, el cuidador principal del menor ha sido la abuela en el 75% de los

casos, dentro de las cuales, algunas imparten el cuidado de acuerdo a sus conocimientos y creencias (Parada, 2011).

En Colombia. Figueredo, V. y Cols. (2012) realizaron un estudio sobre el “Estado nutricional en lactantes, del ambulatorio “Dr. J. M. Vargas” Barquisimeto, Lara”. En donde obtuvieron los siguientes resultados: Del total de la muestra estudiada 66,0% presentó estado nutricional normal; el 15.5% presentó desnutrición y 8,7% malnutrición por exceso. La mayoría de los niños pertenecía al estrato IV (77,0%) y se apreció un aumento de desnutrición en estratos más bajos (Figueredo, 2012).

ÁMBITO NACIONAL:

En Lima. Benites, J. (2007) en su estudio “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”. Entre sus conclusiones se tiene que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses de edad, el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria mayoritariamente fluctúa entre medio y alto, siendo el nivel bajo el de menor porcentaje. Los conocimientos que en mayor porcentaje tiene la madre son definición, edad inicio, consistencia, combinación y medidas higiénicas de la alimentación complementaria. La mayoría de las madres desconoce la frecuencia, alimento de inicio, cantidad e inclusión de los alimentos en la alimentación complementaria. Con respecto al estado nutricional de los niños predomina la normalidad y es mayor la malnutrición por defecto que por exceso (Benites, 2007).

En Lima. Jiménez, C. (2008) realizó un estudio sobre el “Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses que acuden al centro de salud Fortaleza”. Entre sus conclusiones se tiene que la mayoría de los lactantes iniciaron su 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 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, que los lactantes que iniciaron una alimentación precoz (antes de los 6 meses, no existiendo relación entre el inicio de la alimentación complementaria y el estado nutricional (Jiménez, 2008).

En Huancayo. Unsihuay, S. (2009) realizó un estudio sobre “Conocimiento materno sobre alimentación complementaria y estado nutricional del lactante menor de un año. Comunidad Santa Isabel”. Concluyó que la mayoría de las madres tuvo un nivel regular de conocimientos sobre alimentación complementaria mientras que un menor número tuvo un nivel de conocimiento bueno. El mayor porcentaje de niños lactantes menores tuvo un estado nutricional de desnutrido mientras que una minoría de niños un estado nutricional eutrófico y obeso. Finalmente sí existió una relación significativa entre el nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante menor en la comunidad Santa Isabel Huancayo (Unsihuay, 2009).

ÁMBITO LOCAL:

En Chimbote. Flores, R. y Llanos, S. (2000) en su estudio “Estado Nutricional del niño menor de 5 años asociado al nivel de información y organización familiar. AA.HH. Villa Los jardines. Distrito de Chimbote. 2000”. Se obtuvo los siguientes resultados: Existe una proporción significativa de niños menores de cinco años desnutridos, aproximadamente dos de cada tres niños menores de cinco años son desnutridos (69,6%). El nivel de información materna sobre alimentación infantil guarda una asociación altamente significativa con el estado nutricional ($p < 0,00001$); constituyéndose el nivel de información malo en un riesgo elevado para un estado nutricional desnutrido ($OR=4$). La Organización familiar guarda una asociación significativa con el estado nutricional ($p < 0,05$); constituyéndose la inadecuada organización familiar en un riesgo elevado para un estado nutricional desnutrido ($OR=2$) (Flores, 2001).

En Nuevo Chimbote. Cortez, M. y Mendoza, T. (2006) en su estudio “Algunos factores maternos y el estado nutricional en lactantes de 6 -24 Meses. Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón - Nuevo Chimbote 2006”. Se llegó a las siguientes conclusiones: El 100% de los lactantes estudiados entre 6 y 24 meses de edad, el menor porcentaje (8.8%) presentan un estado nutricional no eutrófico (4.4% son niños desnutridos y el otro 4.4% son niños obesos) mientras que el mayor porcentaje (91.2%) presenta un estado nutricional eutrófico. Algunos factores socioeconómicos maternos como la edad, la ocupación, el estado civil, el grado de instrucción y el número de hijos no guardan asociación estadística significativa con el estado nutricional; sin embargo la edad de la madre se constituye en un riesgo elevado, el grado de instrucción de la madre constituye un riesgo muy elevado, la ocupación, el estado civil y el número de hijos de la madre se constituye en un riesgo moderado, para un estado nutricional no eutrófico (Cortez, 2006).

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

¿Qué relación existe entre las Prácticas Alimentarias de la madre y Estado Nutricional del lactante de 6 a 12 meses. Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote - 2014?

1.4 DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO:

El Puesto de Salud está ubicado en la urbanización Nicolás Garatea, en el Distrito de Nuevo Chimbote, urbanización que fue creada en 1985. Luego del terremoto de 1970 que destruyó la ciudad de Chimbote, donde colapsó la infraestructura básica, la Comisión de Rehabilitación y Reconstrucción de la Zona Afectada por el Sismo de 1970. Perú (CRYRZA) elabora el "Plan Director de la Municipalidad del Santa" aprobado en 1974, estudio en el que se plantea como área de expansión urbana la zona sur de la ciudad de Chimbote, a consecuencia de este plan se construyó nuevas urbanizaciones donde su ocupación se postergó por la renuencia de la población de Chimbote a trasladarse a la zona sur, debido a su aparente lejanía respecto a los centros de trabajo y zonas de comercio. En 1980, las urbanizaciones de la zona sur comienzan a ser ocupadas y se construyen otras nuevas como: Villa María, Tres de Octubre, Buenos Aires, Bancharo Rossi, Los Héroes, Bruces, El Bosque, San Rafael, Las Gardenias, Bellamar, teniendo ésta última como segunda etapa a la Urbanización Nicolás Garatea.

El Puesto de Salud Garatea, pertenece a la Micro Red Yugoslavia, de la Red Pacífico Sur de la Dirección Regional de Ancash, es de categoría I – 2, la población total de la Microred Yugoslavia entre estas edades es de 1152, teniendo el puesto de Salud Garatea 752 niños entre 6 a 12 meses de edad.

La presente investigación fue aplicada durante los meses de Noviembre – Diciembre, del año 2014; en las comunidades: Bellamar, Nicolás Garatea, Bella Vista, Houston, pertenecientes a la jurisdicción del Puesto de Salud Garatea en Nuevo Chimbote, lugar del estudio.

1.5 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN:

Directa o indirectamente, la malnutrición es responsable de aproximadamente un tercio de las muertes de los menores de 5 años. Bastante más de dos tercios de estas muertes, a menudo relacionadas con prácticas alimentarias inadecuadas, que se producen en el primer año de vida.

La alimentación del lactante y del lactante es fundamental para mejorar la supervivencia infantil y fomentar un crecimiento y desarrollo saludable. La alimentación complementaria del lactante de seis a doce meses de edad es un reto nutricional, ya que de no ser adecuada, se desaprovecha el máximo potencial de crecimiento determinado genéticamente.

En la etapa del lactante menor, existe un cambio vertiginoso debido a que el lactante de 6 meses inicia su primera alimentación diferente y complementaria a la leche materna, es aquí, en donde se inician los hábitos alimentarios, guiados por las madres de acuerdo a sus conocimientos y sus condiciones de vida, contexto al que no es ajena las comunidades que pertenecen a la jurisdicción del Puesto de Salud Garatea del distrito de Nuevo Chimbote.

Problemática que se encuentran a nivel local, nacional e internacional, a pesar de las inversiones que el estado hace en los programas nutricionales como el Programa Articulado Nutricional (PAN) que tiene por objetivo orientar a conseguir resultados vinculados a la reducción de la desnutrición crónica en

niños menores de 5 años y que comprende un conjunto de intervenciones articuladas entre el MINSA, el MIMDES, la Presidencia del Consejo de Ministros, el SIS, los Gobiernos Regionales y los Gobiernos Locales. (MINSA, 2014)

El desarrollo del presente estudio de investigación es relevante debido a que representa un aporte significativo para conocimiento de los profesionales de la salud y las madres, debido a que los resultados permitirán mejorar las intervenciones preventivas promocionales a los lactantes en el eje temático de nutrición, no olvidando que es importante determinar el estado nutricional del lactante de 6 meses a 12 meses, debido a que las deficiencias nutricionales en este período repercutirán irreversiblemente en su crecimiento y desarrollo a posterior.

Es importante también porque representa un conjunto de oportunidades para construir las bases de lo que más adelante serán los hábitos alimentarios de la persona.

Ante lo cual, se pretende realizar la presente investigación con el propósito de que los resultados encontrados permitan tomar medidas preventivas promocionales no sólo a los profesionales de la salud sino a la sociedad en sí. Sin olvidar que la situación sobre el estado nutricional es una responsabilidad que involucra al estado, a la familia y a la sociedad en su conjunto, siendo el tutor principal de su desarrollo, la madre, quien con su información y prácticas alimentarias brindará el estado nutricional de su menor hijo (UNICEF – INEI, 2004).

Es así, que durante mis estudios y prácticas pre-profesionales en el ámbito comunitario, y durante el SERUMS, tuve la oportunidad de conocer y observar más de cerca esta problemática, a través del control de crecimiento y desarrollo del niño; llamando mi atención e inquietud las prácticas alimentarias

de las madres de los lactantes menores, debido a que esta edad es donde se inician los hábitos alimentarios, toda esta problemática me motivó para realizar la presente investigación en el Distrito de Nuevo Chimbote.

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

1.6.1 Objetivo General:

Conocer la relación entre las prácticas alimentarias de la madre y estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses. Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote – 2014.

1.6.2 Objetivos Específicos:

- Identificar las prácticas alimentarias de la madre del lactante de 6 a 12 meses. Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote – 2014.
- Identificar el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses. Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote – 2014.
- Determinar la relación entre las prácticas alimentarias de la madre y estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses. Puesto de Salud Garatea. Chimbote – 2014.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN:

La presente investigación está sustentada en el Modelo de la Promoción de la Salud de Nola J. Pender.

Nola J. Pender, nació en 1941 en Lansing, Michigan, Estados Unidos y fue hija única de unos padres defensores acérrimos de la educación de la mujer; se comprometió precozmente con la profesión de la enfermería cuando, a la edad de 7 años, observó los cuidados de enfermería que recibía una tía suya durante su hospitalización. Este deseo de proporcionar cuidados a los demás evolucionó a través de su experiencia y de su formación hacia la creencia de que el objetivo de la enfermería era el ayudar a las personas a cuidar de sí mismas.

Su familia la animó en su objetivo de llegar a ser enfermera diplomada, merced a lo cual se matriculó en la Escuela de Enfermería del West Suburban Hospital del Oak Park en Illinois. La elección de esta escuela se debió a su relación con el Wheaton College y a su estricta base cristiana. Recibió su diploma en 1962. En 1964, Pender obtuvo el B.S.N por la universidad del Estado de Michigan en East Lansing. Obtuvo el M.A. en Crecimiento y Desarrollo Humano por la Universidad del Estado de Michigan en 1965, el grado de Ph.D. en Psicología y Educación en 1969, por la Universidad del Noroeste en Evanston, Illinois. En su tesis, la Dra. Pender investigó las modificaciones evolutivas en los procesos de codificación de la memoria a corto plazo en los niños.

En 1975, la Dra. Pender publicó “Un modelo conceptual de conducta para la salud preventiva”, que constituyó una base para estudiar el modo en que los individuos toman las decisiones sobre el cuidado de su propia salud dentro de contexto de la enfermería. En este artículo identificaba factores que

habían influido en la toma de decisiones y las acciones de los individuos para prevenir las enfermedades.

Nola Pender ha promovido considerablemente el desarrollo de la investigación de enfermería en los Estados Unidos. Su trabajo en apoyo del Centro Nacional de Investigación de Enfermería en el Instituto Nacional de la Salud fue de gran utilidad para su formación en 1981.

El Modelo de Promoción de la Salud, se basa en la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, que postula sobre la importancia del proceso cognitivo en la modificación de la conducta. La teoría de Fishbein de la acción razonada, que afirma que la conducta es una función de las actitudes personales y las normas sociales, ha influido también en el desarrollo del modelo. El modelo de Promoción de la Salud tiene una construcción similar al del modelo de creencia en la salud, pero no se limita a explicar la conducta preventiva de la enfermedad, sino que se amplía para abarcar las conductas que favorecen la salud. Los fundamentos de la Dra. Pender sobre el desarrollo humano, la psicología experimental y la educación contribuye también a estos fundamentos sobre psicología social y teoría del aprendizaje que plasma en su modelo de promoción.

Este modelo identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. Los factores propuestos identificados fueron determinados mediante una revisión extensa de la investigación sobre conductas sanitarias.

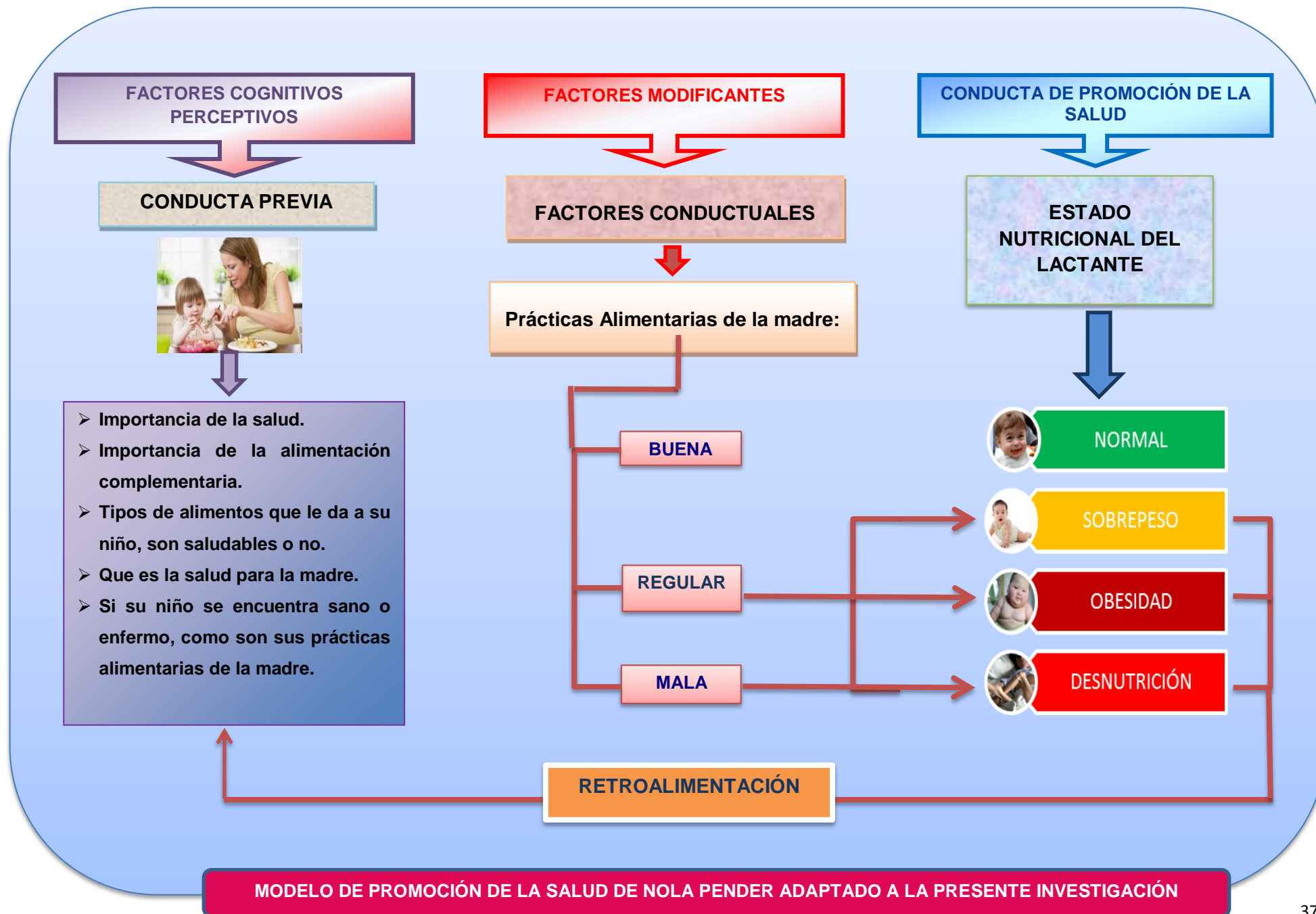
El Modelo de Promoción de la Salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los

hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables.

Los siguientes factores son factores cognitivos perceptuales y se definen como “mecanismos motivacionales primarios” de las actividades relacionadas con la promoción de la salud (Marriner, 1994):

1. *Importancia de la salud:* Los individuos que conceden gran importancia a su salud es más probable que traten de conservarla.
2. *Control de la salud percibida:* La percepción que el individuo tiene de su propia capacidad para modificar su salud puede motivar su deseo de salud.
3. *Autoeficacia percibida:* La convicción por parte del individuo de que una conducta es posible pueda influir la realización de dicha conducta.
4. *Definición de la salud:* La definición del individuo sobre lo que significa la salud, que puede ir desde la ausencia de enfermedad hasta un alto nivel de bienestar, puede influir las modificaciones conductuales ue este intente realizar.
5. *Estado de salud percibido:* El encontrarse bien o encontrarse enfermo en un determinado momento puede determinar la probabilidad de que se inicien conductas promotoras de la salud.
6. *Beneficios percibidos de la conducta:* Los individuos pueden sentirse más inclinados a iniciar o mantener conductas promotoras de la salud cuando consideran que los beneficios de dichas conductas son altos.

7. Barreras percibidas para las conductas promotoras de la salud: La creencia del individuo de que una actividad o una conducta es difícil o inviable puede influir su intención de llevarla a cabo.



- Importancia de la salud.
- Importancia de la alimentación complementaria.
- Tipos de alimentos que le da a su niño, son saludables o no.
- Que es la salud para la madre.
- Si su niño se encuentra sano o enfermo, como son sus prácticas alimentarias de la madre.

2.2 MARCO CONCEPTUAL:

❖ Características del Lactante:

Los lactantes aumentan de peso y estatura más de prisa durante los primeros meses y luego se estabiliza hacia los tres años. Además en promedio los niños son algo más grandes que las niñas, y con respecto a su dentición empieza a los cuatro meses con el rompimiento de las encías y el brote de los primeros incisivos centrales inferiores, posteriormente cuando el niño tiene 9 meses puede apreciarse los incisivos superiores centrales y los incisivos laterales superiores e inferiores es decir al año el niño debe llegar con un total de 8 dientes, sin olvidar que la dentición del niño está condicionada a factores genéticos y hereditarios de los padres (Papalia, 2011).

A la edad de 6 meses el lactante, generalmente, duplica su peso al nacer y se torna más activo. Por sí sola, la lactancia materna ya no es suficiente para cubrir sus requerimientos de energía y de nutrientes, por lo tanto se deben introducir los alimentos complementarios para completar la diferencia. Aproximadamente, en esta edad, el lactante también ha alcanzado el desarrollo suficiente para recibir otros alimentos. El sistema digestivo es lo suficientemente maduro para digerir el almidón, proteínas y grasas de una dieta no láctea. Los lactantes muy pequeños expulsan los alimentos con la lengua pero, entre los 6 y 9 meses, pueden recibir y mantener los alimentos en la boca con mayor facilidad (Naylor, 2001).

Podemos condensar lo dicho hasta aquí para poder resaltar puntos importantes o características que describen perfectamente a nuestro sujeto de estudio y que permitirá un mejor entendimiento a nivel fisiológico sobre su estado físico sin olvidarnos del entorno social que favorecerá su estado nutricional y sus prácticas alimentarias pues como se describió antes no se le podría dar alimentos picados a un niño de 6 meses pues no posee la

dentadura necesaria para masticar dichos alimentos, precisamente por ello es necesario empezar con una breve descripción de nuestro lactante sujeto de estudio en nuestra investigación.

A la vez es importante conocer la diferencia entre alimentación y nutrición:

- **La alimentación**, es un acto de proporcionar alimentos indispensables al cuerpo para que funcione y ejecute las tareas básicas, considerándose buena y saludables cuando se adapta a las necesidades y gastos energéticos de cada individuo.
- **La nutrición** es el conjunto de procesos fisiológicos por los cuales el organismo recibe, transforma y utiliza las sustancias químicas contenidas en los alimentos; siendo un proceso involuntario e inconsciente que depende de procesos corporales como la digestión, la absorción y el transporte de nutrientes de los hábitos alimentarios (Ramirez, 2009).

No olvidando que a medida que el niño crece, no sólo se desarrolla fisiológicamente sino también va aprendiendo ciertos hábitos alimentarios, los cuales pueden ir variando de acuerdo a sus necesidades, satisfacciones personales e insatisfacciones, el impacto de la sociedad que rodea al individuo. La reacción psicológica del niño al ofrecimiento de alimentos está recibiendo bastante importancia y atención en la actualidad (Watson, 2007).

El inicio de la alimentación complementaria en la mayoría de los países incluido nuestro país es partir de los 6 meses de edad, debido a que las necesidades de energía y nutrientes del lactante comienzan a exceder lo aportado por la leche materna; entonces, la alimentación complementaria se vuelve necesaria para llenar las brechas de energía y de nutrientes (Dewey, 2008). Si no se introducen alimentos complementarios a esta edad o administran de manera inapropiada, el crecimiento del lactante se puede ver afectado. En

muchos países, el período de la alimentación complementaria, de los 6 a los 23 meses, es el momento donde existe un pico de incidencia de retraso en el crecimiento, deficiencias de micronutrientes y enfermedades infecciosas (OMS, 2010).

Incluso después de la introducción de los alimentos complementarios, la lactancia materna continúa siendo una fuente crítica de nutrientes para el niño pequeño. La leche materna aporta el 50% de las necesidades de energía del lactante hasta el año de edad, y hasta un tercio durante el segundo año de vida. La leche materna continúa aportando nutrientes de mayor calidad que los aportados por los alimentos complementarios y, también, aporta factores protectores. Por lo tanto, se recomienda que la lactancia materna a demanda continúe hasta los 2 años de edad o más (OPS/OMS, 2002).

Los alimentos complementarios requieren ser nutricionalmente seguros y administrados de manera apropiada, para que cubran las necesidades de energía y de nutrientes del niño pequeño. Sin embargo, la alimentación complementaria frecuentemente adolece de muchos problemas; por ejemplo, si los alimentos están muy diluidos, no se alimenta al niño con la frecuencia necesaria o las raciones son muy pequeñas, o reemplazan a la leche materna siendo de menor calidad. Tanto los alimentos como las prácticas de alimentación influyen sobre la calidad de la alimentación complementaria y las madres y las familias necesitan apoyo para aplicar buenas prácticas de alimentación complementaria (OPS/OMS, 2002).

La alimentación complementaria iniciada adecuadamente en el menor, permite su crecimiento y desarrollo eficaz. Igualmente la administración de micronutrientes mejora el crecimiento y previene deficiencias que son causa de importantes enfermedades. Los cuidadores en general son los responsables de facilitar o limitar este proceso (Parada, 2011).

Por otra parte, otras características sociales de los lactantes de 6 a 9 meses es que participan en juegos sociales y tratan de obtener respuestas de la gente. Expresan emociones más diferenciadas, tales como alegría temor enojo y sorpresa. Habría que decir también que los lactantes de 9 a 12 meses se relacionan más estrechamente con su cuidador principal sienten temor ante lo desconocido y actúan tímidamente en situaciones nuevas. Cuando cumplen un año comunican sus emociones con mayor claridad y muestran estados de ánimo ambivalencia y matices del sentimiento (Papalia, 2011).

❖ **Prácticas alimentarias:**

Se refieren a los comportamientos específicos que caracterizan a las interacciones durante la alimentación (por ejemplo, número de bocados que se ofrecen, la reacción de los padres frente a la aceptación/rechazo del niño, etc.).

Las recomendaciones y evaluaciones de las interacciones durante la alimentación a menudo se centran en las prácticas (por ejemplo: cuándo introducir utensilios; qué hacer cuando un niño se niega a comer, etc.). Ha habido relativamente pocos intentos de integrar las prácticas de alimentación con los estilos de alimentación (Black, 2011) y una falta de directrices claras para los programas de intervención en la promoción de conductas de alimentación saludable y crecimiento.

Es por ello que el MINSA a través del Instituto Nacional de Salud / CENAN ha desarrollado un Documento Técnico sobre Consejería Nutricional en el Marco de la Atención de Salud Materno Infantil (2009) Considerando que los determinantes del estado nutricional son multifactoriales, las prácticas que deben promoverse incluyen principalmente aspectos vinculados con la alimentación, salud, higiene y apoyo psicoafectivo.

A continuación se describen los principales aspectos referentes a la alimentación, para el presente estudio se tomara las edades de 6 meses a 12 meses, según el documento técnico, lo divide en 6 meses a 8 meses y de 9 a 12 meses.

➤ **Prácticas alimentarias de la madre en el lactante de 6 a 8 meses:**

A partir de los 6 meses de edad la niña o niño además de continuar con la lactancia materna necesita iniciar la alimentación complementaria, Por lo cual es difícil que los niños amantados exclusivamente alcance sus necesidades nutricionales a partir de la leche materna únicamente. A continuación la práctica alimentaria del lactante:

- **Leche materna:** Darle de lactar todas las veces que la niña o niño quiera, por lo menos ocho veces durante el día y la noche.
- **Consistencia:** Comidas espesas como papillas, purés, mazamorras.
- **Cantidad:** Iniciará con dos o tres cucharadas hasta llegar a cinco.
 - 2 a 3 cucharadas = $\frac{1}{4}$ plato mediano = $\frac{1}{4}$ taza
 - 3 a 5 cucharadas = $\frac{1}{2}$ plato mediano = $\frac{1}{2}$ taza
- **Calidad:** Agregar diariamente a sus comidas, por lo menos, una porción de alimentos de origen animal: pescado, hígado, “sangrecita”, pollo, etc. Introducir los alimentos nuevos uno a la vez, aumentando poco a poco la variedad de los alimentos.
- **Frecuencia:** 2 a 3 comidas al día (media mañana, mediodía y a media tarde).
- **Suplementos de hierro, Vitamina y uso de sal yodada:**
 - Consumo del suplemento de hierro a partir del sexto mes.
 - En zonas vulnerables recibir el suplemento de vitamina A.
 - Promover el consumo de sal yodada.

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

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

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

Es importante ofrecerle al niño un ambiente agradable y tranquilo al momento de comer y ofrecerle la comida con afecto, la conversación, los cantos, las caricias, son de gran importancia.

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

➤ **Prácticas alimentarias de la madre en el lactante de 9 a 12 meses:**

- **Leche materna:** Continuar con la lactancia materna todas las veces que la niña o niño quiera, por lo menos seis veces durante el día y la noche.
- **Consistencia:** Comidas sólidas: picado y desmenuzados.
- **Cantidad:** Servir casi completo el plato mediano (3/4).
 - 5 a 7 cucharadas del alimento = $\frac{3}{4}$ plato mediano = 1 taza

- **Calidad.** Agregar diariamente a sus comidas, por lo menos, una porción de alimento de origen animal: huevo, queso, pescado, cuy, hígado, “sangrecita”, pollo, etc.
- **Frecuencia:** 4 comidas por día (temprano, media mañana, mediodía y media tarde).
- **Suplementos de hierro, Vitamina A y uso de sal yodada:**
 - Consumo del suplemento de hierro.
 - En zonas vulnerables recibir el suplemento de vitamina A.
 - Promover el consumo de sal yodada.

Es en esta etapa en donde la madre debe tener en cuenta que la alimentación de su hijo es importante, por lo tanto debe practicar la alimentación perceptiva, aplicando los principios de cuidado psicosocial. Específicamente alimentar a los lactantes directamente respondiendo a sus signos de hambre y satisfacción; alimentar despacio, pacientemente y animarlos a comer; pero sin forzarlos; si rechazan varios alimentos experimentar con diversas combinaciones, sabores, texturas y métodos para animarlos, minimizar las distracciones durante las horas de comida, si el lactante pierde interés rápidamente recordar que los momentos de comer son periodos de aprendizaje y amor; hablar con los niños y mantener el contacto visual (Lutter, 2003).

Por lo que el hambre y la saciedad de los niños son guiadas por los procesos internos de regulación e influenciadas por los cuidadores y el contexto de la alimentación (Birch, 1995). ¿Qué?, ¿cuándo? y ¿cómo? comen los niños, en gran medida son establecidos por un amplio rango de determinantes y procesos familiares que se extienden desde las creencias y patrones culturales sobre la comida para los niños; a la disponibilidad y accesibilidad de los alimentos; al tiempo necesario para preparar y servir la comida; a las preferencias del gusto y contexto de los cuidadores y,

finalmente, a las percepciones y preocupaciones con respecto al tamaño de los niños, su salud, preferencias, y destrezas de alimentación (Black, 2011).

Los adultos son los responsables de alimentar y de enseñar a los menores las prácticas relacionadas con la alimentación correcta, siendo la madre en particular y los cuidadores en general, quienes determinan las pautas conductuales que más tarde adoptará el niño, tanto para su alimentación personal como para el cuidado de su salud, así, los adultos son responsables de facilitar o limitar este proceso (Alarcón, 2008).

Los cuidadores a su vez han aprendido de diferentes grupos, principalmente el familiar, las maneras de atender a sus hijos; por lo que reproducen las prácticas predominantes en su entorno más cercano. Estas prácticas al transmitirse culturalmente, dependen de las creencias, conocimientos, valores y costumbres de la familia, a su vez son permeadas por el contexto en el que se desarrollan las actividades relacionadas con el consumo de alimentos. Aunado a esto, las características particulares de cada infante, como género, edad y condición de salud, también contribuyen a determinar dichas prácticas (Alarcón, 2008) (Watson, 2007).

❖ **Estado nutricional:**

Es el resultado del balance entre sus requerimientos y la alimentación que recibe diariamente el niño, considerándose como la situación de salud que alcanza un niño por la ingesta y utilización biológica de los nutrientes.

También conceptualizado como el resultado del balance entre el aporte de nutrientes al organismo y el gasto de los mismos, siendo el componente más importante del estado de salud de una persona ya que cuando este se altera afecta el rendimiento físico, mental y social. Actualmente para evaluar el estado

nutricional existen diversas técnicas e indicadores, entre ellos y el que utilizamos en este presente trabajo son los índices antropométricos (peso - talla P/T, peso - edad P/E, talla - edad T/E) (Castañeda, 2008).

- **Peso para la edad**, refleja el peso corporal en relación a la edad del niño durante un día determinado. La serie de pesos puede decirle si el peso del niño se está incrementando en el curso del tiempo, de manera que es un indicador útil del crecimiento. Este indicador es empleado para evaluar si el niño tiene peso bajo o peso muy bajo, pero no es empleado para la clasificación del niño con sobrepeso u obesidad. Debido a que el peso puede ser medido con relativa facilidad, es un indicador comúnmente empleado, pero no es confiable en situaciones cuando la edad del niño no puede ser determinada con precisión. Tampoco permite distinguir entre desnutrición aguda y crónica y entre baja ingesta de energía o de nutrientes (OMS, 2010).
- **Peso para la talla**, refleja el peso corporal en proporción con el crecimiento alcanzado en longitud o talla. Las cartillas de peso para la talla permiten identificar niños con bajo peso para la talla o a aquellos que se encuentran emaciados o gravemente emaciados. Estas cartillas también ayudan a identificar a los niños con elevado peso para la longitud/talla, que pueden estar en riesgo de sobrepeso u obesidad (OMS, 2010).
- **Talla para la edad**, refleja el crecimiento alcanzado por el niño, en longitud o talla a una edad determinada durante el momento de la visita. Este indicador puede ayudar a identificar niños con talla baja (bajos para la edad), debido a una prolongada desnutrición o a repetidas enfermedades. También pueden ser identificados niños altos para su edad, pero la 'altura' es rara vez un problema, a no ser que sea excesiva y que pueda ser la manifestación de desórdenes endócrinos poco comunes (OMS, 2010).

Dichos indicadores permiten clasificar el estado nutricional en eutrófico (Normal) y distrófico de acuerdo al resultado obtenido de los indicadores antes descritos, que a continuación se describen:

- **Estado nutricional normal**, o eutrófico es un estado en el cual el peso corporal esta de acorde a la talla esperada según patrón estándar, con niños de referencia de la misma edad cronológica y sexo, como concepto general son valores que se encuentran entre +1 DE y -1 DE. (Marin, 2008).

Las desviaciones en el crecimiento temprano, ya sea por el bajo peso y el retardo del crecimiento o por sobrepeso y obesidad, pueden minar la salud de los niños y, por ende, su bienestar siendo estos categorizados a continuación en:

- **La desnutrición**, es una condición ocasionada por la inadecuada ingesta o digestión de nutrientes. Puede resultar del consumo de una dieta inadecuada o desequilibrada, por trastornos digestivos, problemas de absorción u otras condiciones médicas. La carencia de algunos o todos los elementos nutritivos o las deficiencias de vitaminas provocando la inanición. La desnutrición también puede ocurrir cuando aun consumiendo los nutrientes adecuadamente en la dieta, uno o más de estos nutrientes no sean digeridos o absorbidos apropiadamente; puede ser lo suficientemente leve para no presentar síntomas o tan severas que el daño ocasionado sea irreversible a pesar que la persona se mantenga con vida (Tazza, 2006).
- **Sobrepeso**, es un estado en el cual es peso corporal sobrepasa un estándar basado en la estatura o en tener un IMC, entre 25 a 29,9 o más. Es decir un peso para la talla elevada indica sobrepeso y puede estar dado por un incremento en el contenido de grasa o masa magra.

Por ende, aunque existe una fuerte relación entre sobrepeso y obesidad, esta última debe ser medida evaluando la adiposidad directamente (Tazza, 2006).

- **Obesidad,** Es la acumulación excesiva de grasa en el cuerpo, especialmente en el tejido adiposo, y que se puede percibir por el aumento del peso corporal cuando alcanza 20 por ciento a más del peso ideal según la edad, la talla. La obesidad infantil se asocia a una mayor probabilidad de muerte y discapacidad prematuras en la edad adulta. Los niños con sobrepeso u obesos tienen mayores probabilidades de seguir siendo obesos en la edad adulta y de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares (OMS, 2013).

CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO

3.1. HIPOTESIS CENTRAL DE LA INVESTIGACIÓN:

Ho: Si las prácticas alimentarias de la madre no son buenas, entonces el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses será inadecuado.

Ha: Si las prácticas alimentarias de la madre son buenas, entonces el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses será adecuado.

3.2. VARIABLES E INDICADORES DE LA INVESTIGACIÓN:

❖ VARIABLE INDEPENDIENTE:

PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LA MADRE

- **Definición conceptual:** Comportamientos específicos que caracterizan a las interacciones durante la alimentación, supone, también, un orden, una sintaxis, tanto en la preparación como en el consumo de los alimentos (Gainza, 2002).
- **Definición operacional:** Fueron categorizadas a través de la escala ordinal:
 - Buena
 - Regular
 - Mala

❖ VARIABLE DEPENDIENTE:

ESTADO NUTRICIONAL DEL LACTANTE DE 6 A 12 MESES

Definición conceptual: Situación de salud que alcanza un niño por la ingesta y utilización biológica de los nutrientes en relación con las adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes (Hernández, 1999).

Definición operacional: Según la clasificación del estado nutricional de la Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años -2011 (R. M. – N° 990 - 2010/MINSA). Utilizando las tablas de la OMS de Desviación Estándar del 2007.

Se midió en escala nominal:

- Normal
- Desnutrido
- Sobrepeso
- Obesidad
- Talla Alta

3.3. MÉTODOS DE LA INVESTIGACIÓN:

El presente estudio de investigación es de enfoque cuantitativo, ya que se caracteriza por utilizar métodos y técnicas de medición de la unidad de análisis, el muestreo, el tratamiento estadístico y probar hipótesis.

Según su naturaleza es de tipo Básica, porque está orientada a aportar nuevos conocimientos científicos.

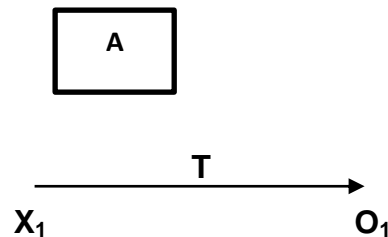
3.4. DISEÑO O ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN:

El diseño del presente trabajo es No Experimental (Hernández, 2010) de tipo:

Descriptivo: Porque se describe las variables de estudio, correlacionándolo a través del grado de relación que existe entre las variables de una misma muestra, (Canales, 2006).

Prospectivo Correlacional: Porque la evaluación de las variables de estudio se realizan a medida que ocurren.

De corte transversal: Porque se midió las características de la unidad de análisis en un solo momento dado y de inmediato se procedió a la descripción de análisis (Matínez & Cespedes, 2008) que corresponde al siguiente esquema:



Dónde:

A : Grupo de estudio: Madres y lactantes de 6 a 12 meses del Puesto de Salud Garatea.

X₁ : Prácticas alimentarias

O₁ : Estado Nutricional.

T : 2014

3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA:

A. Población:

La población en estudio estuvo conformada por 115 madres y lactantes de 6 a 12 meses que fueron atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote - 2014.

B. Muestra:

La muestra fue 88 madres y lactantes de 6 a 12 meses que fueron atendidos en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote – 2014. **(ANEXO N°03)**.

C. Unidad de análisis:

- Lactantes de 6 a 12 meses.
- Madre del lactante de 6 a 12 meses.

D. Criterios de inclusión

- Madres con sus hijos lactantes de 6 a 12 meses, que asistan en forma regular al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo.
- Madres con lactantes de 6 meses a 12 meses, pertenecientes a la jurisdicción del Puesto de Salud Garatea.
- Madres que acepten participar en el estudio.
- Madres entre 30 y 40 años.

E. Criterios de exclusión

- Niños controlados los primeros meses y luego se van a otros establecimientos de salud jurisdicción de Nuevo Chimbote y Chimbote y no regresan al Puesto de Salud Garatea
- Lactantes con antecedentes de haber nacido a término, con peso adecuado.
- Lactante que no haya presentado hospitalización.

- Madres con alteraciones mentales.

3.6. ACTIVIDADES DEL PROCESO INVESTIGATIVO:

Para la ejecución del presente estudio de investigación, se siguió los siguientes pasos:

1. Se realizará gestiones y coordinaciones para obtener el permiso correspondiente en el Puesto de Salud Garatea.
2. Se determinó los lactantes en el estudio que cuenten con los criterios de inclusión.
3. Se tuvo en cuenta el derecho de anonimato, libre participación y confidencialidad para la aplicación de los instrumentos.
4. Se informó sobre los objetivos de la presente investigación.
5. Se realizó visitas domiciliarias para la aplicación de los instrumentos.

3.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN:

Las técnicas aplicadas fue la **entrevista**, la cual es una modalidad de la encuesta y la **observación sistemática**, es la observación planificada tiene objetivos previstos y se ayuda con instrumentos específicos tal como un registro o una guía de observación (Sánchez, 2009). Los instrumentos utilizados son los siguientes:

A. CUESTIONARIO SOBRE PRACTICAS ALIMENTARIAS DE LA MADRE. (ANEXO 01)

Diseñado y adaptado por la investigadora teniendo en cuenta los criterios dados por el MINSA a través de la Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años -2011 (R. M. – N° 990 - 2010/MINSA) y el Documento técnico- Consejería

nutricional en el Marco de la Atención de Salud Materno Infantil. Consta de 15 preguntas; cada respuesta correcta equivale a dos puntos y la incorrecta un punto y su clasificación será:

Buena : 26-30 puntos

Regular: 21-25 puntos

Mala : 15-20 puntos

B. FICHA DE OBSERVACIÓN: ESTADO NUTRICIONAL DEL LACTANTE DE 6 A 12 MESES. (ANEXO 02)

Se realizó a través de la valoración antropométrica: peso, longitud. Se realizó a todo lactante de 6 meses hasta los 12 meses de nacimiento, en cada control o contacto con los servicios de salud y de acuerdo a criterios establecidos por la Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años -2011 (R. M. – N° 990 - 2010/MINSA). La ficha diagnóstica tendrá como indicadores lo siguiente: Nombre del niño, edad (la cual será registrada en meses y días), peso y talla. Luego se pasó al estado nutricional teniendo en cuenta las Tablas de Desviación Estándar de la OMS 2007, que tiene como indicadores: Peso/Edad, Talla/Edad y Peso/Talla con los valores de los patrones de referencia vigentes.

P/E	Diagnóstico
T/E	Diagnóstico
P/T	Diagnóstico

Luego se clasificó el estado nutricional del lactante menor según la norma técnica:

Puntos de corte	Peso para la edad	Peso para la talla	Talla para la edad
Desviación estándar	Clasificación	Clasificación	Clasificación
> +3		Obesidad	
>+2	Sobrepeso	Sobrepeso	Alto
+2 a -2	Normal	Normal	Normal
< 2 a -3	Desnutrición	Desnutrición aguda	Talla baja
< -3		Desnutrición severa	

Según escala nominal teniendo la siguiente secuencia:

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

3.8 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

A. VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS:

❖ **Prueba piloto:**

Se realizó con la finalidad de que el instrumento sea claro, preciso y entendible así como válido y confiable, fue sometida a una prueba preliminar de campo, permitiendo estandarizar el procedimiento de recolección de datos a 10 madres que cumplan con los criterios de inclusión, pero que no estén incluidas en la muestra de estudio.

❖ **Validez:**

Se realizó la validez externa. Los instrumentos se validaron recurriendo a 3 expertos en el área de contenido con el objeto de asegurar la coherencia interna del instrumento; la cual estuvo dada por profesionales especialistas en el tema; 1 Nutricionista, 2 enfermeras.

❖ **Confiabilidad**

La confiabilidad del instrumento se verificó a través de la prueba del coeficiente de alfa de Cronbach. Teniendo como resultado 0.70, entonces se señalara que es confiable.

B. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

- Para la ejecución del trabajo se solicitó la autorización de la Dirección de la Escuela Académico de Post Grado de la Universidad Nacional del Santa y a la Dirección del Puesto de Salud “Garatea”.
- Se coordinó con la responsable del área niño, la Lic. en Enfermería: Stefany Legendre, para su apoyo en la realización de la investigación.
- Se revisó el libro de Atenciones diarias del Programa de Crecimiento y Desarrollo para obtener los nombres y direcciones de los lactantes de 6 a 12 meses.
- Se realizó visitas domiciliarias, donde la investigadora se presentó, explicó el motivo de la visita y realizó la entrevista previo consentimiento informado a la madre (**ANEXO N°04**) a través del cuestionario sobre prácticas alimentarias de la madre y se revisaron las tarjetas de Control de Crecimiento y Desarrollo (**ANEXO N° 05**) para verificar el peso y la talla del lactante, este procedimiento duró aproximadamente 30 minutos por cada madre con su bebe.

3.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS:

El procesamiento y análisis estadístico se realizó mediante la clasificación, ordenamiento y codificación de datos mediante el uso del programa estadístico: SPSS/info/software versión 20.0.

- ❖ **Descriptivo:** Los resultados estuvieron representados en tablas simples y gráficos, cifras absolutas y relativas, media aritmética y moda.
- ❖ **Analítico:** Se aplicó la prueba Estadística de independencia de criterios (Chi^2) para determinar relación de las variables de estudio, con un nivel de significancia de $p < 0.05$.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS:

CUADRO N°01: PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LA MADRE. PUESTO DE SALUD GARATEA. NUEVO CHIMBOTE – 2014.

PRÁCTICAS ALIMENTARIAS	Fi	Hi
Buena	67	76.10
Regular	21	23.90
Mala	00	00.00
TOTAL	88	100.00

FUENTE: Madres que asisten al Control de Crecimiento y Desarrollo. Puesto de Salud Garatea.

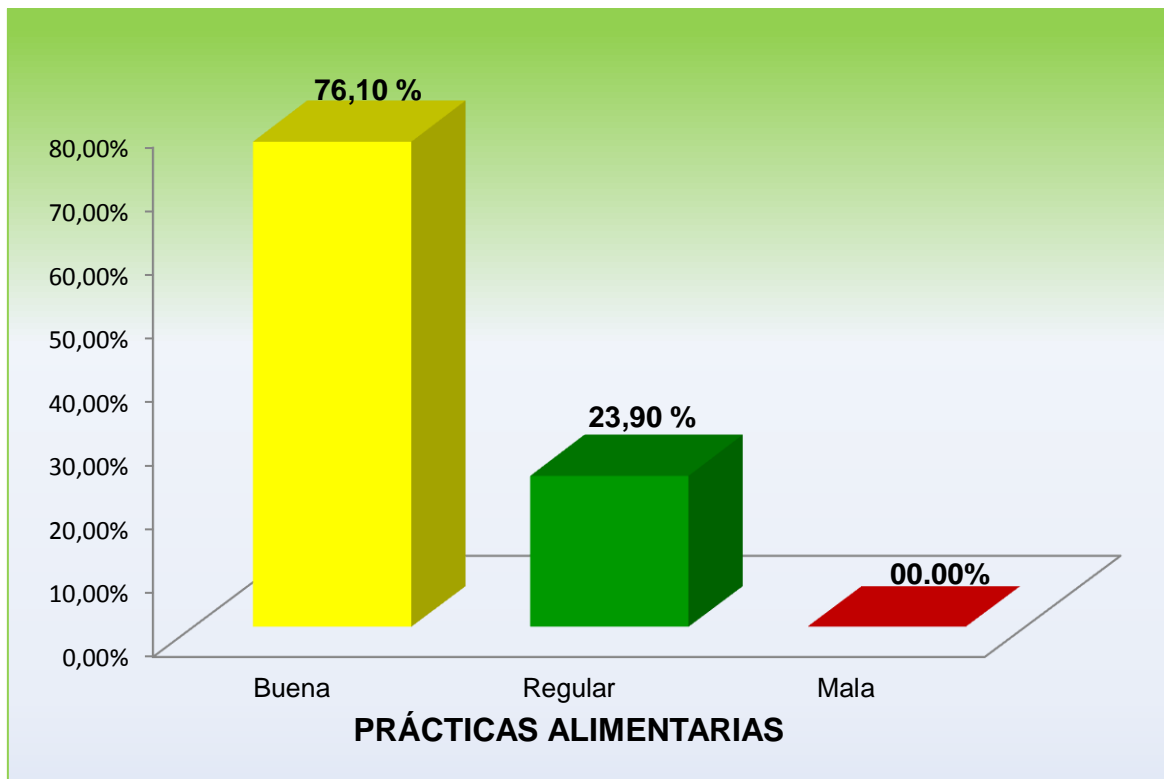
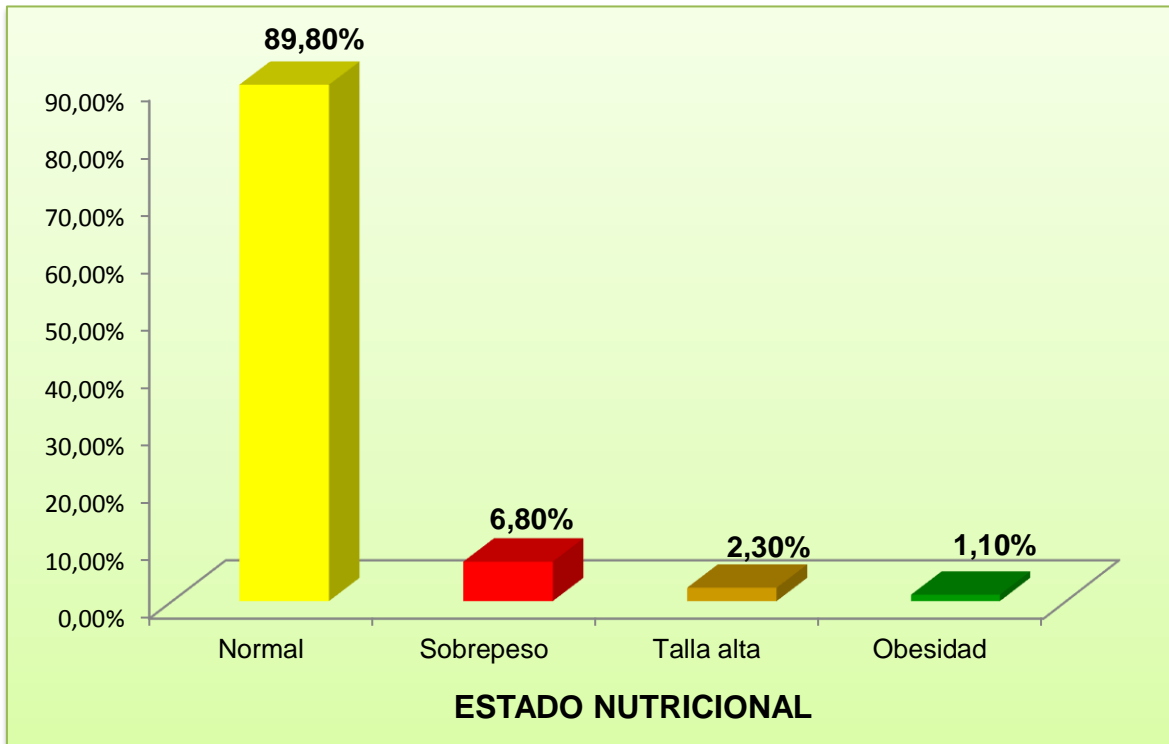


GRÁFICO N°01: PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LA MADRE. PUESTO DE SALUD GARATEA. NUEVO CHIMBOTE – 2014.

**CUADRO N°02: ESTADO NUTRICIONAL DEL LACTANTE DE 6 A 12 MESES.
PUESTO DE SALUD GARATEA. NUEVO CHIMBOTE – 2014.**

ESTADO NUTRICIONAL	fi	hi
Normal	79	89.80
Sobrepeso	6	6.80
Talla alta	2	2.30
Obesidad	1	1.10
TOTAL	88	100.00

FUENTE: Lactantes de 6 a 12 meses del Programa de Crecimiento y Desarrollo. Puesto de Salud Garatea.



**GRÁFICO N°02: ESTADO NUTRICIONAL DEL LACTANTE DE 6 A 12 MESES.
PUESTO DE SALUD GARATEA. NUEVO CHIMBOTE – 2014.**

**CUADRO N°03: RELACIÓN DE LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LA MADRE
Y ESTADO NUTRICIONAL DEL LACTANTE DE 6 A 12 MESES.
PUESTO DE SALUD GARATEA. NUEVO CHIMBOTE – 2014.**

ESTADO NUTRICIONAL DEL LACTANTE	PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LA MADRE				TOTAL	
	Buena		Regular		fi	Hi
	fi	hi	fi	hi		
Normal	64	95.50	15	71.40	79	89.80
Sobrepeso	1	1.50	5	23.80	6	6.80
Talla alta	1	1.50	1	4.80	2	2.30
Obesidad	1	1.50	0	0.00	1	1.10
TOTAL	67	100.00	21	100.00	88	100.00

FUENTE: Madres y lactantes de 6 a 12 meses que acuden al Control de Crecimiento y Desarrollo. Puesto de Salud Garatea.

$X^2= 9,470$ gl= 1 p = 0,002 (p<0.05) Significativo

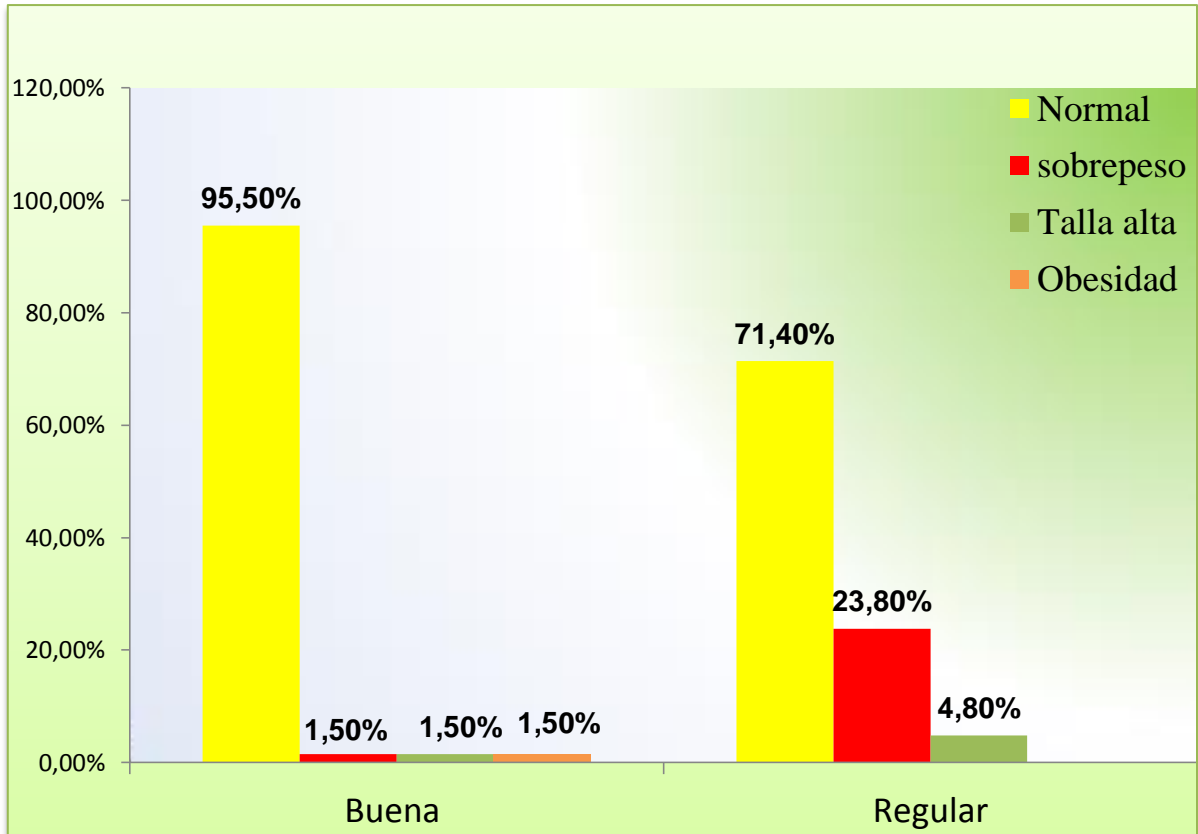


GRÁFICO N°03: RELACIÓN DE LAS PRACTICAS ALIMENTARIAS DE LA MADRE Y ESTADO NUTRICIONAL DEL LACTANTE DE 6 A 12 MESES. PUESTO DE SALUD GARATEA. NUEVO CHIMBOTE – 2014

4.2. DISCUSIÓN:

Cuadro N°01. En las Prácticas alimentarias de la madre. Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote – 2014, observamos que el 76.10% de las madres presentan buenas prácticas alimentarias, el 23.90% presentan prácticas alimentarias regulares y no se encontró malas prácticas alimentarias.

Los resultados encontrados guardan relación con Barba (2008) quien en su estudio “Características de la alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal que acude a la estrategia sanitaria de crecimiento y desarrollo de niño sano del Centro de Salud Fortaleza”, en Lima, obtuvo que el 85.1% de madres presento prácticas de la alimentación en forma adecuada (Buenas prácticas) y 14.9% practicas alimentarias inadecuadas (Barba, 2008)

De igual manera coincide con Velásquez y Ulloa (2014), en su estudio “Prácticas alimentarias y su relación con el estado nutricional del lactante de 6 meses a 11 meses. Puesto de Salud Villa María”, en Chimbote, obtuvieron que el 77.7% de los lactantes presentaron practicas adecuadas de alimentación y el 22.9% restante practicas alimentarias inadecuadas (Velásquez, 2014).

Papalia y Cols. (2011) a través de sus investigaciones menciona que el 29% de los lactantes reciben alimentos sólidos antes de los cuatros meses, el 17% toman jugo de futas antes de los seis meses, y 20% ingieren leche de vaca antes del año. Con este estudio pudo observar que al igual que los niños más grandes y los adultos, muchos lactantes e infantes comen mucho e ingieren comida inadecuadas (Papalia, 2011).

Conviene subrayar que las prácticas inadecuadas de lactancia materna, especialmente la lactancia materna no exclusiva durante los primeros seis meses de vida, provoca 1.4 millones de muertes y el 10% de la ‘carga’ de enfermedades

entre los niños menores de 5 años. Es por ello que para mejorar esta situación, las madres y las familias requieren de apoyo para iniciar y mantener prácticas apropiadas de alimentación del lactante y del niño pequeño.

Dicho brevemente y partiendo desde la base de datos del estudio, las practicas alimentarias en el menor de un año son adecuadas en su mayoría, sin embargo existen puntos o vacíos que mejorar, y esto dependerá de la persona que cuida al niño (sea su madre u otra persona), no obstante es una responsabilidad compartida con el profesional de salud, quien es el encargado de despejar ciertas dudas en base al conocimiento amplio que tiene sobre el tema, permitiendo así una práctica alimentaria correcta al padre de familia

Según la OMS (2010), es en esta etapa, donde la madre debe tener en cuenta que la alimentación de su hijo es importante, por lo tanto debe practicar la alimentación perceptiva es decir alimentar a los lactantes directamente respondiendo a sus signos de hambre y satisfacción; alimentar despacio, pacientemente y animarlos a comer; pero sin forzarlos; si rechazan varios alimentos experimentar con diversas combinaciones, sabores, texturas y métodos para animarlos, minimizar las distracciones durante las horas de comida, si el lactante pierde interés rápidamente recordar que los momentos de comer son periodos de aprendizaje y amor; hablar con los niños y mantener el contacto visual (OMS, 2010).

Incluso después de la introducción de los alimentos complementarios, la lactancia materna continúa siendo una fuente crítica de nutrientes para el niño pequeño. La leche materna aporta el 50% de las necesidades de energía del lactante hasta el año de edad, y hasta un tercio durante el segundo año de vida. La leche materna continúa aportando nutrientes de mayor calidad que los aportados por los alimentos complementarios y, también, aporta factores protectores. Por lo tanto, se recomienda que la lactancia materna a demanda continúe hasta los 2 años de edad o más (OPS/OMS, 2002).

Cuadro N°02. En el Estado Nutricional del lactante de 6 a 12 meses. Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote 2014, se puede observar que el 89.80% de los lactantes presentan estado nutricional normal, el 6.80% sobrepeso, el 2.30% talla alta y el 1.10% obesidad.

Los resultados obtenidos guardan relación con Cortez y Mendoza (2006) en su estudio Algunos factores maternos y el estado nutricional en lactantes de 6 -24 Meses. Hospital Regional “Eleazar Guzmán Barrón - Nuevo Chimbote”, quienes obtuvieron que más del 80% de los lactantes presentaron un estado nutricional normal, mientras que un 4.4% obesidad (Cortez, 2006).

De manera semejante se encontró en el Perú en el 2013 un estudio para determinar el sobrepeso y la obesidad en la población peruana obteniendo que para el I Semestre del año 2012 entre los 6 a 11 meses es el rango que se encontró mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad con 13,6% (INS, 2012).

Los resultado obtenidos permiten identificar que la tendencia del estado nutricional de los niños, desde los lactantes está cambiando de panorama, donde no solo se evidencia un estado nutricional eutrófico, sino además un nuevo diagnóstico distinto a la desnutrición el cual está acostumbrando a visualizarse en los estudios de nutrición este diagnóstico emergente es el sobrepeso y la obesidad, sin embargo estos diagnósticos nutricionales no son un buen indicador de que la población tenga una salud óptima, sino que trae consigo otros problemas de salud como enfermedades cardiacas colesterol , etc., producto del exceso de peso que presentan.

El sobrepeso infantil ha aumentado en el mundo, lo mismo que en todos los grupos de edad. Poniendo por caso en el año 2001 el 5.9% de todos los niños estadounidenses de seis meses para adelante fueron clasificados con sobrepeso y otro 11.1% tenían riesgo de sobrepeso, en cambio en 1980 el 3,4%

de niños presentaron obesidad, en consecuencia conforme avanzan los años el riesgo a sufrir de sobrepeso va aumentando y con ello se ve el reflejo de un rápido aumento de peso durante los cuatro o seis meses de vida se asociado a un riesgo futuro de tener sobrepeso (Papalia, 2011).

La nutrición apropiada es esencial para lograr un crecimiento sano. Las necesidades de alimentación cambian con rapidez durante los tres primeros años de vida. Una adecuada nutrición durante la infancia y niñez temprana es esencial para asegurar que los niños alcancen todo su potencial en relación al crecimiento, salud y desarrollo. La nutrición deficiente incrementa el riesgo de padecer enfermedades y es responsable, directa o indirectamente, de un tercio de las 9.5 millones de muertes que se ha estimado ocurrieron en el año 2006 en niños menores de 5 años de edad (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2011). La nutrición inapropiada puede, también, provocar obesidad en la niñez, la cual es un problema que se va incrementando en muchos países. No obstante es bueno recordar que la obesidad en las etapas tempranas de la vida tiene un efecto de arrastre a la obesidad en el adulto (OMS, 2010).

Los primeros dos años de vida brindan una ventana de oportunidad crítica para asegurar el apropiado crecimiento y desarrollo de los niños, mediante una alimentación óptima. Teniendo en cuenta datos confiables sobre la eficacia de las intervenciones, se estima que el logro de la cobertura universal de una lactancia materna óptima podría evitar, globalmente, el 13% de las muertes que ocurren en los niños menores de 5 años, mientras que las prácticas apropiadas de alimentación complementaria podrían significar un beneficio adicional del 6% en la reducción de la mortalidad de los menores de cinco años (Banco Mundial, 2006) (Jones, 2003).

Cuadro N°03. En la Relación de las prácticas alimentarias de la madre y Estado Nutricional del lactante de 6 a 12 meses. Puesto de Salud Garatea.

Nuevo Chimbote - 2014, se observa que el 95.50% de los lactantes con estado nutricional normal, las madres presentan buenas prácticas alimentarias y el 71.40% de los lactantes con estado nutricional normal, las madres presentan prácticas alimentarias regulares.

Si existe relación estadísticamente significativa entre las prácticas alimentarias de la madre y estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses.

Los resultados obtenidos coinciden con Velásquez y Ulloa (2014), en su estudio “Prácticas alimentarias y su relación con el estado nutricional del lactante de 6 meses a 11 meses. Puesto de Salud Villa María”, quienes obtuvieron que el 90.7 % de los lactantes con prácticas buenas presentaron un estado nutricional normal, contexto que difiere con los lactantes que presentaron prácticas regulares quienes presentaron un estado nutricional fluctuante de desnutrición y sobrepeso. Asimismo ante la aplicación del chi cuadrado se encontró que si existe relación entre las prácticas alimentarias y estado nutricional del lactante (Velásquez, 2014).

Los resultados obtenidos nos permiten señalar que la práctica alimentaria guarda relación con el estado nutricional, mientras las madres les brinden a su hijos prácticas alimentarias optimas su estado nutricional también será adecuado, contexto que se sustenta en la información bibliográfica disponible en donde señalan la importancia de la LME en los primeros 6 meses de vida y la trascendencia de la incorporación oportuna de una alimentación complementaria adecuada, que permita cubrir las demandas nutricionales para promover un crecimiento y desarrollo óptimos (MINSAs, 2006) (Gil, 2006).

Según algunas investigación encontraron que la incorporación de golosinas a los niños ocurre desde el segundo semestre de la vida y, especialmente, durante el segundo año; la aceptación cultural y la comercialización agresiva han contribuido a algunas conductas en la

alimentación de niños desde temprana edad, como la ingesta de bebidas azucaradas, bebidas con bajo valor nutritivo como el té y el café contienen compuestos que interfieren con la absorción de hierro y por esta razón no son recomendados para lactantes. Las bebidas azucaradas como las sodas deben ser evitadas porque es poco lo que aportan además de energía y, por lo tanto, disminuyen el apetito de los niños por alimentos más nutritivos. Todo esto y más contribuyen a la malnutrición, aparición de infecciones dentales, etc. (Jackson, 2004) (Allen, 1997).

La OMS brinda lineamientos con pruebas científicas en la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, en donde señala la importancia de la nutrición en los primeros meses y años de la vida, y el papel fundamental que juegan las prácticas de alimentación correctas para lograr un estado de salud óptimo. Las buenas prácticas de alimentación permiten iniciar estilos de vida saludables en la infancia y mejorar el estado de salud en la vida adulta (OMS, 2010).

La información obtenida permitió evidenciar que las prácticas inadecuadas en los lactantes se debe principalmente que las madres como se evidencio en este estudio saben que alimentos brindarle al niño pero no la cantidad y la frecuencia adecuada para su edad, así por ejemplo sabe que la verdura es importante en el niño y solo le brindan una cantidad mínima que sobrepasa el contenido de carbohidratos y proteínas que debería tener un a plato balanceado que brindarle al lactante por tanto sino se despejan esas dudas la madres seguir con prácticas inadecuadas y por ende el estado nutricional del niño seguirá con diagnósticos no eutróficos.

Como se afirma arriba la madre y/o cuidador es quien incorpora al niño a las prácticas alimentarias y al contexto social de la familia, es por ello que la educación materna es una de las variables más relacionada con el estado de

salud de una población, comunidad o individuo y por ende las prácticas alimentarias en estado nutricional (Tejada, 2005).

Todavía cabe señalar que la alimentación (producción, selección, preparación, conservación, combinación y consumo de alimentos) es un hecho de profundo arraigo cultural que ha ido, a su vez, moldeando las sociedades a través de la historia. Actualmente, la alta disponibilidad de alimentos procesados hipercalóricos, poco nutritivos, con alto contenido de grasas, azúcares y sal, unida a la agresiva promoción publicitaria –particularmente aquella dirigida a los niños– produce un alejamiento de la población respecto de las pautas propuestas por la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad física y Salud de la OMS (Aguirre, 2007).

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES:

- ❖ El 76.10% de las madres presentan buenas prácticas alimentarias, el 23.90% presentan prácticas alimentarias regulares; no encontrándose malas prácticas alimentarias.
- ❖ El 89.80% de los lactantes presentan estado nutricional normal, el 6.80% sobrepeso, el 2.30% talla alta y el 1.10% obesidad.
- ❖ Si existe relación estadística significativa entre las prácticas alimentarias de la madre y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses de edad.

5.2 RECOMENDACIONES:

- ❖ Que el equipo de Enfermería del Puesto de Salud diseñe y/o implemente Programas Educativos dirigidas exclusivamente a las madres o encargadas del cuidado de niños de 5 meses de edad a más, sobre la alimentación complementaria y la lactancia materna, con la finalidad de garantizar una alimentación de calidad y asegurar la lactancia materna hasta los dos años de edad, evitando problemas nutricionales en el niño.
- ❖ En el estudio se encontró 6.80% de lactantes con sobrepeso, se recomienda realizar seguimiento activo durante las visitas domiciliarias e implementar talleres, por lo menos una vez a la semana para brindar educación y así mismo controlar continuamente el peso del lactante.
- ❖ En las actividades de promoción y prevención de la salud en temas nutricionales y de crecimiento y desarrollo de los niños (as) priorizar el trabajo multidisciplinario entre la enfermera y nutricionista, llevando a cabo planes de trabajo organizados ejecutando sesiones educativas y demostrativas a las madres de los lactantes, así como el seguimiento activo de estos lactantes, para contribuir en el cuidado de la salud de los niños y erradicar los problemas de alimentación.
- ❖ A los investigadores motivarlos a realizar investigaciones preventivo promocionales que contribuyan en el cambio de conductas y comportamientos para mejorar la calidad de vida de los lactantes.
- ❖ Seguir investigando con otras variables que influyen en las prácticas alimentarias de la madre y estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aguirre, P. (2007). Las transiciones alimentarias en el tiempo de la especie. Asociación Civil de Investigación y Desarrollo en Salud. Buenos Aires. Consultado el 14 de Marzo del 2014. En:
<http://www.fac.org.ar/qcvc/llave/c027e/aguirrep.php>
- Alarcón, M. y Cols. (2008). Prácticas alimentarias: relación con el consumo y estado nutricional infantil. Revista Salud Pública y Nutrición. Consultado el 20 de Agosto del 2013. En:
<http://www.respyn.uanl.mx/ix/2/articulos/practicas.htm>
- Allen, L. (1997). Improving iron status through diet. John Snow. OMNI Project. Consultado el 10 de Enero del 2014. En:
http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnacb908.pdf
- Alvarado, B. y Cols. (2004). Creencias maternas, prácticas de alimentación, y estado nutricional en niños Afro-Colombianos. Archivos Latinoamericanos de Nutrición. Scielo. Consultado el 10 de Setiembre del 2013. En:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S000406222005000100008&script=sci_arttext
- Banco Mundial. (2006). Repositioning nutrition as central to development: a strategy for large scale action. Washington DC: The World Bank. Consultado el 24 de Marzo del 2014. En:
<http://siteresources.worldbank.org/NUTRITION/Resources/281846-1131636806329/NutritionStrategyOverview.pdf>
- Barba, H. (2008). Características de la alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal que acude a la estrategia sanitaria de crecimiento y desarrollo de niño sano del Centro de Salud "Fortaleza". Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Consultado el 7 de Febrero del 2015. En:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/506/1/Barba_th.pdf

- Benites, J. (2007). 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. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Consultado el 6 de Agosto del 2013. En: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/509/1/Benites_cj.pdf
- Canales, M. (2006). Metodología de la investigación social. Santiago. Edit. LOM. Consultado el 4 de Abril del 2014. En: <http://es.scribd.com/doc/73350120/Canales-M-2006-Metodologias-de-La-Investigacion-Social-Introduccion-a-Los-Oficios-Pp-11-28#scribd>
- Cáritas. (2010). Reducción de la desnutrición crónica y la anemia infantil en Ancash. Proyecto Ally Micuy. Consultado el 4 de Febrero del 2015. En: http://www.caritas.org.pe/documentos/antamina/allymicuy_espanol.pdf
- Castañeda, K. (2008). Prácticas Alimentarias y estado nutricional de los niños menores de tres años que asisten por primera vez a la consulta externa del Hospital Infantil Juan Pablo II. Informe de Tesis. Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala. Consultado el 4 de Febrero del 2015. En: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Pr%C3%A1cticas-Alimentarias-y-Estado-Nutricional-De/60597169.html>
- CENAN. (2012). Situación Nutricional en niños menores de 5 años. Consultado el 23 de Enero del 2015. En: <http://www.ins.gob.pe/portal/jerarquia/5/508/situacion-nutricional-del-peru/jer.508>
- CESIP/IBFAN Perú. (2009). Iniciativa mundial sobre tendencias de la lactancia materna. Informe Nacional Perú. Lima. Consultado el 3 de Julio del 2014. En: <http://www.worldbreastfeedingtrends.org/GenerateReports/report/WBTi-Peru-2009.pdf>

- Cortez, M. y Mendoza, T. (2006). Factores maternos y el estado nutricional en lactantes de 6 -24 Meses. Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón - Nuevo Chimbote. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote.
- Creed, H. y Espinola, H. (2007). Fortaleciendo la Nutrición infantil en Perú: Desarrollo de una papilla base de camote. Consultado el 16 de Julio del 2014. En:
http://www.iin.sld.pe/pdf/2007/pub_fortaleciendo_nutricion.pdf
- Creed, H. y Cols. (1990). Consumption of Food and Nutrients by Infants in "Huascar", and Underprivileged Community on the Periphery of Lima-Peru. Lima.
- Dewey, K. y Afarwuah, S. (2008). Revisión sistemática de la eficacia y la efectividad de la complementariedad intervenciones de alimentación en los países en desarrollo. Nutrición Materno-Infantil. Pág. 24 - 85. Consultado el 16 de Junio del 2013. En:
http://www.unicef.org/argentina/spanish/educacion_Libro_primera_infancia.pdf
- Figueredo, V. y Cols. (2012). Estado nutricional en lactantes y preescolares, del ambulatorio "DR. J. M. Vargas" Barquisimeto, Lara. Salud, Arte y Cuidado. Consultado el 15 de Julio del 2014. En:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4117373>
- Flores, R. y Llanos, S. (2001). Estado nutricional del niño menor de 5 años asociado al nivel de información y organización familiar AAHH Villa los Jardines. Distrito de Chimbote 2000. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional del Santa. Nuevo Chimbote.
- Gainza, G. (2002). La práctica Alimentaria y la Historia. Entretexto. Revista electrónica semestral de estudios semióticos de la cultura. Consultado el 9 de Abril del 2013. En:
<http://www.ugr.es/~mcaceres/Entretextos/entre2/gainza1.htm>

- Gatica, C. y Medez de Feu, M. (2009). Prácticas de alimentación en niños menores de 2 años. Arch Argent Pediatr. Consultado el 2 de Abril del 2014. En:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752009000600005&script=sci_arttext
- Gil, A. y Cols. (2006). Bases para una alimentación complementaria adecuada de los lactantes y los niños de corta edad. Anales de Pediatría, 481-95. Consultado el 9 de Noviembre del 2014. En:
<http://www.analesdepediatria.org/es/bases-una-alimentacion-complementaria-adecuada/articulo/13094263/>
- Haas, J. y Brownlie, T. (2001). Iron deficiency and reduced work capacity: a critical review of the research to determine a causal relationship. Consultado el 16 de Noviembre del 2014. En:
<http://jn.nutrition.org/content/131/2/676S.full>
- Hernández, M. (1999). Tratado de Nutrición. Mc Graw Hill. Consultado el 16 de Noviembre del 2014. En:
<https://books.google.com.pe/books?id=SQLNJOsZClwC&hl=es>
- INEI. (2007). Análisis de los Factores Subyacentes Asociados a la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú, documento de trabajo. Lima : Centro de Investigación y Desarrollo del Instituto Nacional de Estadística e Informática. Consultado el 25 de Enero del 2015. En:
http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0891/Libro.pdf
- INEI-ENDES. (2011). Informe Preliminar Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Estratégicos 2000 - Primer Semestre 2011. Lima: INEI-ENDES. Consultado el 23 de Febrero del 2015. En:
[http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con2_uibd.nsf/227C58F86B81116105257AAF006EB1F3/\\$FILE/libro_completo.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con2_uibd.nsf/227C58F86B81116105257AAF006EB1F3/$FILE/libro_completo.pdf)

- INEI-ENDES. (2011). Perú: Indicadores de resultados de los Programas Estratégicos 2010. Lima: INEI-ENDES. Consultado el 23 de Febrero del 2015. En:
http://proyectos.inei.gob.pe/endes/Investigaciones/Libro_Endes.pdf
- INEI-ENDES. (2013). Instituto Nacional de estadística e Informática- Encuesta Demográfica y de salud familiar. (INEI-ENDES) Informe Preliminar Perú: Indicadores de Resultados de los Programas Estratégicos, 2000 – 2012. Lima: INEI-ENDES. Consultado el 24 de Febrero del 2015. En:
http://www.ceplan.gob.pe/sites/default/files/Documentos/indicadoresdemograficos_ysocioeconomicos.pdf
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2009). Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda. Perfil sociodemográfico del departamento de Ancash. Huaraz: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Consultado el 24 de Febrero del 2015. En:
http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1136/libro.pdf
- Instituto Nacional de Salud. (2013). Sala Situacional Sobrepeso y Obesidad. Lima: Instituto Nacional de Salud. Consultado el 10 de Enero del 2015. En:
http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/sala/SSAN_5_Sobrepeso%20y%20obesidad.pdf
- Jimenez, C. (2008). Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Fortaleza. Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Consultado el 14 de Noviembre del 2014. En:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/251/Cardenas_al.pdf?sequence=1
- Jones, G.y Cols. (2003). How many child deaths can we prevent this year? Lancet. Consultado el 10 de Marzo del 2014. En:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/

documents/pdfs/lancet_child_survival_prevent_deaths.pdf

Latham, M. (2002). Malnutrición proteinoenergética. Nutrición Humana en el Mundo(29). Consultado el 30 de Julio del 2014. En:

<http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s00.htm>

Lutter, C. (2003). Macro_level aproaches to improve the availability of complementary food. Nutrición. Consultado el 22 de Junio del 2014. En:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12664528>

Marin, A. y Cols. (2008). Manual de pediatría ambulatoria. Colombia. Edit. Médica Panamericana.

Marriner, A. (1994). Modelos y Teorías de Enfermería. Madrid - España. Mosby Doyma Libros. S.A.

Matínez, B. y Céspedes, N. (2008). Metodología de la Investigación: Estrategias para investigar. Universidad Ricardo Palma. Lima. Perú.

Martinez y Cols. (2009). Inseguridad Alimentaria y Nutricional en America Latina y El Caribe. Naciones Unidas. Programa Mundial de Alimentos.

Consultado el 25 de Octubre del 2015. En:

<http://www.cepal.org/publicaciones/xml/6/37896/dp-inseguridad-alimentaria-ALC.PDF>

Ministerio de Salud . (2010). La alimentación de los niños menores de dos años. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud -ENNyS 2010. Ministerio de Salud. Buenos Aires. Consultado el 22 de Enero del 2014. En:

<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000258cnt-a09-alimentacion-de-ninos-menores-de-2-anos.pdf>

Ministerio de Salud. (2010). Documento Técnico sobre Consejería Nutricional en el Marco de la Alimentación de Salud Materno Infantil. Lima. Perú

Ministerio de Salud. (2010). Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y niño menor de cinco años.

Ministerio de Salud. (2006). Guías Alimentarias para la Población Infantil. Argentina: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Consultado el 14 de Junio del 2014 . En:

<http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/113218/norma.htm>

Ministerio de Salud. (2014). Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional. Resultados del Sistema de Información del Estado Nutricional 2009, 2010 y Tercer Trimestre. Ministerio de Salud de Perú, Instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Lima. Consultado el 24 de Febero del 2015. En:

http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/zop/zona_izquierda_1/Informe%20Indicadores%20PAN%20_180111.pdf

Naylor, A. y Morrow, A. (2001). Developmental readiness of normal full term infants to progress from exclusive breastfeeding to the introduction of complementary foods. Washington. Consultado el 27 de Mayo del 2014. En:

<http://www.linkagesproject.org/media/publications/Technical%20Reports/devreadiness.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2010). La alimentación del lactante y del Niño pequeño. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

OPS/OMS. (2002). Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington DC. Consultado el 7 de Abril del 2015. En:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/96355/1/9789275327951_spa.pdf

Papalia, D. y Cols. (2011). Desarrollo Humano. 11° ed. Edit. McGrawHill. México. Consultado el 5 de Agosto del 2014. En:

<http://es.scribd.com/doc/162044853/Desarrollo-Humano-Papalia-11%C2%AA-Edicion#scribd>

Parada, D. (2011). Conocimientos, actitudes y prácticas del cuidador. Revista Ciencia y Cuidado.

Ramirez, T. y Sifuentes, R. (2009). Conocimiento de las madres sobre nutrición y estado nutricional en el lactante mayor de 1 a 2 años de

edad en una comunidad rural de la sierra liberteña. Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería. Universidad nacional de Trujillo. Trujillo - Perú.

Sánchez, H. y Reyes, C. (2009). Metodología y diseños en la investigación científica. Edit. Visión Universitaria. Lima. Consultado el 6 de Agosto del 2014. En:

<https://carlosvento21.files.wordpress.com/2011/09/tc3a9cnicas-e-instrumentos-de-investigacic3b3n.pdf>

Tazza, R. (2006). Obesidad o desnutrición problema actual de los niños peruanos menores de 5 años . UNASAM. Huaraz. Consultado el 6 de Mayo del 2014. En:

http://www.epg-unasam.info/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=1749Asamblea

Tejada, M. y Cols. (2005). Escolaridad materna y desnutrición del hijo o hija. Centro Clínico Nutricional Menca de Leoni. Caracas. Venezuela. Consultado el 17 de Abril del 2014 . En

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0798-07522005000200004&script=sci_arttext

UNICEF – INEI. (2004). El Estado de la Niñez en el Perú. Lima: UNICEF. Consultado el 4 de Abril del 2015. En:

http://www.unicef.org/peru/spanish/Estado_Ninez_en_Peru.pdf

UNICEF (2013). Datos y Cifras sobre Nutrición. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Consultado el 25 de Octubre del 2015. En:

http://www.unicef.org/ecuador/estado_mundial_de_la_infancia_2014.pdf

Unsihuay, F. (2009). Conocimiento materno sobre alimentación complementaria y estado nutricional del lactante menor de un año. Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería. . Huancayo: Universidad Católica los Angeles de Chimbote. Consultado el 6 de Junio del 2014. En:

<http://es.scribd.com/doc/87456811/increscendo-3-2011scribd>

- Vela, A. (2011). Las Costumbres Alimentarias. Arequipa. Consultado el 3 de Abril del 2014. En:
<http://www.monografias.com/trabajos89/costumbresalimentarias/costumbres-alimentarias.shtml>
- Velásquez, A. y Ulloa, L. (2014). Prácticas alimentarias y su relación con el estado nutricional del lactante de 6 meses a 11 meses. Puesto de salud Villa María. 2013. Tesis para obtener el título de Licenciada en Enfermería. Universidad San Pedro. Chimbote.
- Watson, E. (2007). Crecimiento y Desarrollo del Niño. 9° ed. Edit. Mc Grawhal.
- Zuleta, C. (2008). Percepciones, Conocimientos y Prácticas sobre Alimentación Complementaria en Comunidades rurales Huehuetenango y Chimaltenango. Consultado el 1 de Diciembre del 2012. En:
http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADS275.pdf

ANEXO



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

ANEXO N°01

PRACTICAS ALIMENTARIAS DE LA MADRE DEL LACTANTE DE 6 A 12 MESES

N°	PREGUNTAS	6 A 8 MESES		9 A 12 MESES
1	¿Le sigue dando su pecho a su niño?	a. SI b. NO		a. SI b. NO c.
2	¿Cómo es la consistencia de la comida que da a su niño?	a. Preparaciones líquidas (agüitas, caldos, etc.) b. Preparaciones semisólidas (papillas, mazamorra, etc.)		a. Preparaciones semisólidas (papillas, mazamoras, etc) b. Alimentos sólidos, picados o segundos (fruta, arroz, pan, papas, menestras, yucas, camotes)
3	¿Qué cantidad de alimentos consume su niño?	6 meses a. SI (2 a 3 cucharadas, ¼ plato mediano). b. NO	7 a 8 meses a. SI (3 a 5 cucharadas, ½ plato mediano) b. NO	a. SI de 5 a 7 cucharadas, ¾ del plato mediano) b. NO
4	¿Con qué frecuencia alimenta a su niño?	a. 3 comidas b. 2 comidas		a. 5 comidas b. 4 comidas

5	¿Le da a su niño alimento de origen animal?	a. SI b. NO	a. SI b. NO
6	¿Le da a su niño frutas, cada qué frecuencia?	c. SI d. NO	a. SI b. NO
7	¿Le da a su niño verduras, de qué modo le da?	a. SI b. NO	a. SI b. NO
8	¿Qué tipo de aceite usa para la comida del niño?	a. Vegetal b. No vegetal	a. Vegetal b. No vegetal
9	¿Su niño tiene, su propio plato? O lo alimenta del plato de usted.	a. Tiene su propio plato b. Come del plato de usted	a. Tiene su propio plato b. Come del plato de usted
10	¿La sal que usted utiliza para los alimentos de su niño es?	a. A granel b. Envasada yodada	a. A granel b. Envasada yodada
11	¿Su niño recibe micronutrientes suplemento de hierro?	a. SI b. NO	a. SI b. NO
12	¿Cómo es el ambiente donde se alimenta su niño?	a. Bullicioso por el lugar y/o televisor b. Tranquilo	a. Bullicioso por el lugar y/o televisor b. Tranquilo
13	¿Cuándo alimenta a su niño le habla mostrando afecto	a. SI b. NO	a. SI b. NO
14	¿Durante la diarrea, como le da de comer a su niño?	a. Más veces b. Menos veces c. Igual	a. Más veces b. Menos veces c. Igual

15	Ud. ¿En qué momento acostumbra a lavarse las manos?	<ul style="list-style-type: none">a. Antes de preparar los alimentos, antes de dar de comer a su niño, después de cambiar pañales o limpiarlob. Después de preparar los alimentos, después de dar de comer a su niño, antes de cambiar el pañal o limpiarlo.c. No sabe
----	---	--



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

ANEXO N°02

ESTADO NUTRICIONAL DEL LACTANTE DE 6 A 12 MESES

(Autor: Lic. Enf. Noelia Milagros Amaya Mendoza)

INSTRUCCIONES: El siguiente cuestionario será llenado sólo por el investigador.

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN: Llenar los datos exactos del niño.

1. NOMBRE :
2. SEXO :
3. DIRECCIÓN :
4. EDAD :

B. DATOS ANTROPOMÉTRICOS: Llenar los datos que se requieren.

1. PESO :
2. TALLA:

C. ESTADO NUTRICIONAL: Registrar el diagnostico nutricional del niño.

P/E	
T/E	
P/T	

- D. Obtener el estado nutricional teniendo en cuenta las Tablas de Desviación Estándar de la OMS 2007, que tiene como indicadores: Peso/Edad, Talla/Edad y Peso/Talla con los valores de los patrones de referencia vigentes.

Puntos de corte	Peso para la edad	Peso para la talla	Talla para la edad
Desviación estándar	Clasificación	Clasificación	Clasificación
> +3		Obesidad	
>+2	Sobrepeso	Sobrepeso	Alto
+2 a -2	Normal	Normal	Normal
< 2 a -3	Desnutrición	Desnutrición aguda	Talla baja
< -3		Desnutrición severa	



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

ANEXO N°03

CALCULO DE LA MUESTRA

$$n = \frac{z^2 p q N}{z^2 p q + e^2(N-1)}$$

Dónde:

N= Tamaño de la población.

z = Multiplicador de confianza de la distribución normal para un nivel de confianza de 1. 96

p = Probabilidad a favor = 0,5

q = Probabilidad en contra (1-p) = 0.5

e = Erro estándar esperado = 5% (0.05)

Resultado:

$$n = \frac{1.96^2 (0.5) (0.5) (115)}{1.96^2 (0.5) (0.5) + (0.05)^2 (114-1)}$$

$$n = \frac{3.84 (0.25) (115)}{3.84 (0.25) + (0.05)^2 (114)}$$

$$n = \frac{110.4}{0.96+0.285} = \frac{110.4}{1.25}$$

$$N= 88$$



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

ANEXO N° 04

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Prácticas alimentarias de la madre y estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses. Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote – 2014”.

INVESTIGADORA: Licenciada en Enfermería Noelia Milagros Amaya Mendoza.

PROPÓSITO: Conocer la relación de las prácticas alimentarias de la madre y estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses. Puesto de Salud Garatea. Nuevo Chimbote – 2014. La participación de usted así como de su niño (a), es libre, no se expondrá su nombre y tampoco de su niño (a), se le realizará una entrevista sobre las prácticas alimentarias y a su niño (a) se le pesará y tallará o corroborará datos según su tarjeta de control; no existirán riesgos a su salud y no le generará costos el participar en la investigación. El beneficio que se obtendrá es conocer el estado nutricional de su hijo o hija. El CONSENTIMIENTO INFORMADO es la expresión de autonomía, constituyendo un derecho de usted como participante de la investigación y un deber mío como el profesional a investigar, pues las preferencias y los valores de usted son primordiales desde el punto de vista ético y es mi objetivo como enfermera respetar esta autonomía porque se trata de su salud y su derecho. Si usted acepta participar en esta investigación, por favor contestar con veracidad las siguientes preguntas, por el cual firmo el presente en señal de conformidad.

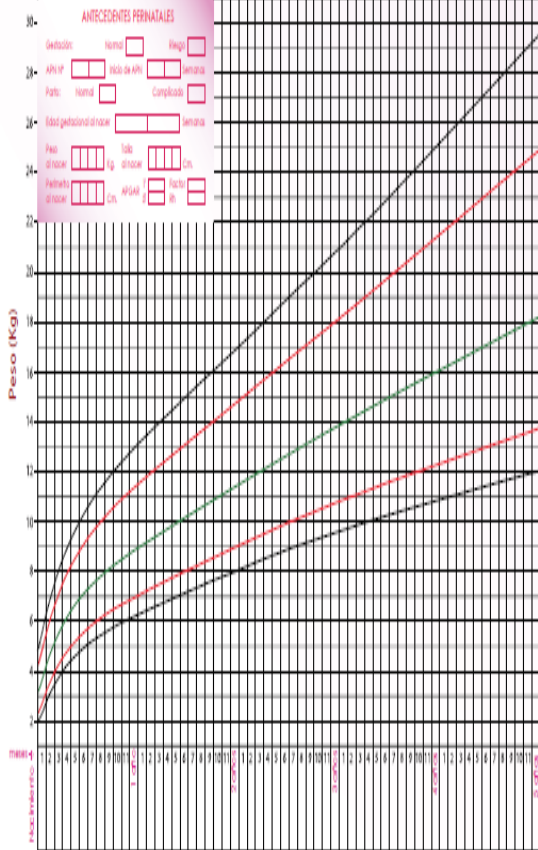
FIRMA

DNI: _____

GRAFICA PESO-EDAD

TEORICA DE LA GANANCIA DE PESO

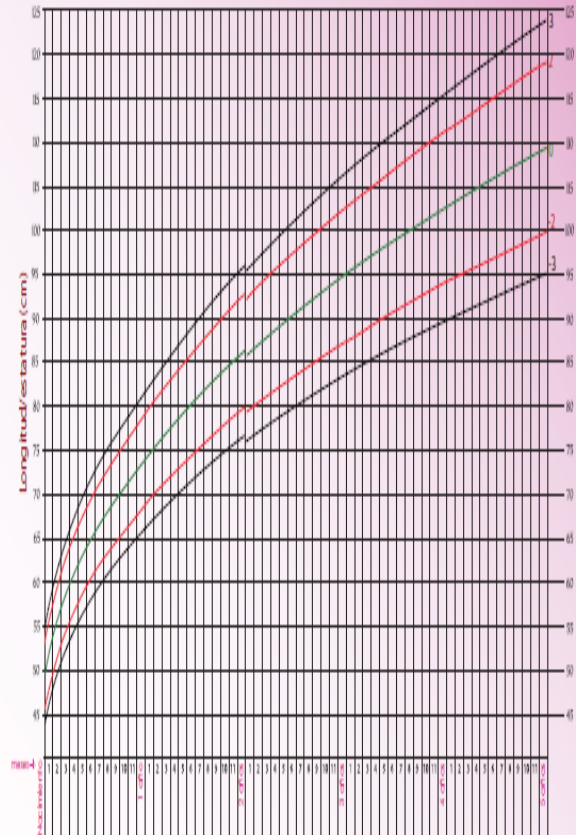
Bueno ↗ Malo ↘



GRAFICA TALLA-EDAD

TEORICA DEL CRECIMIENTO

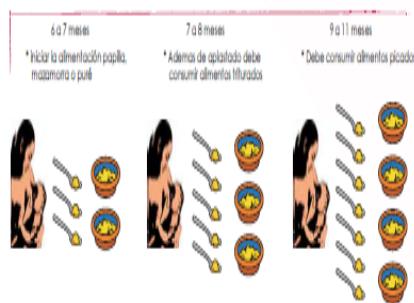
Bueno ↗ Malo ↘



Lactancia Materna Exclusiva



Lactancia Materna y alimentación complementaria



Lactancia materna y Alimentación familiar



Alimentación completa



RECUERDA

Lava siempre las manos y las de tu niño:

- * Antes de preparar los alimentos.
- * Antes de comer.
- * Después de ir al baño.
- * Después de cambiar pañales.

Regala a tu hijo una sonrisa sana

- * Lleva a tu hijo al odontólogo antes del 2º mes de vida.
- * Realiza la higiene bucal de tu hijo después de cada comida sobre todo antes de dormir.
- * Malla al odontólogo cada 3 meses para control.

