

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**E.A.P. DE ENFERMERÍA**

**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  
2008**

**TESIS**

para optar el título Profesional de Licenciado en Enfermería

**AUTOR**

**Horacio Homero Barba Torres**

**Lima – Perú**

**2008**

# INDICE

	Pág.
<b>Presentación.....</b>	<b>1</b>
<b>Capitulo I: El problema.</b>	
<b>A. Origen y Justificación.....</b>	<b>3</b>
<b>B. Formulación del Problema.....</b>	<b>6</b>
<b>C. Justificación del Problema.....</b>	<b>7</b>
<b>D. Objetivos.....</b>	<b>8</b>
<b>E. Propósito.....</b>	<b>8</b>
<b>F. Marco Teórico.....</b>	<b>9</b>
1. Antecedentes.....	9
2. Base Teórica.....	14
<b>G. Definición Operacional de términos.....</b>	<b>27</b>
<b>Capitulo II: Material y Método.</b>	
<b>A. Método.....</b>	<b>28</b>
<b>B. Sede de Estudio.....</b>	<b>29</b>
<b>C. Población y Muestra.....</b>	<b>30</b>
<b>D. Técnica e instrumento de Recolección de Datos.....</b>	<b>30</b>
<b>E. Recolección y Procesamiento de Datos.....</b>	<b>31</b>
<b>F. Consideración éticas.....</b>	<b>33</b>
<b>Capitulo III: Resultados y Discusión.</b>	
<b>Resultados y Discusión.....</b>	<b>34</b>

**Capítulo IV: Conclusiones, limitaciones y Recomendaciones.**

Conclusiones.....	46
Recomendaciones.....	47
Limitaciones.....	48
Referencias bibliograficas.....	49
Bibliografía.....	52
Anexos.....	53

## INDICE DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO N°</b>		<b>Pág.</b>
<b>1</b>	Características de la alimentación del niño De 6 meses A 1 Año con déficit en la Curva Ponderal En El Centro De Salud Fortaleza. Enero – Febrero. Lima – Perú 2008	<b>35</b>
<b>2</b>	Cantidad de la alimentación del niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal en el centro de salud Fortaleza. Enero – Febrero. Lima – Perú 2008	<b>37</b>
<b>3</b>	Frecuencia de comida al día que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal en el centro de salud Fortaleza. Enero-Febrero. Lima-Perú. 2008	<b>39</b>
<b>4</b>	Consistencia de comida que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal en el centro de salud Fortaleza. Enero-Febrero. Lima-Perú 2008.	<b>41</b>
<b>5</b>	Interacción de la madre en la alimentación con el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal en el centro de salud Fortaleza. Enero-Febrero. Lima - Perú 2008.	<b>43</b>

**GRÁFICO N°****Pág.**

<b>6</b>	Prácticas de higiene de la madre en la Alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal en el centro de salud Fortaleza. Enero-Febrero. Lima - Perú 2008.	<b>45</b>
----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

## **PRESENTACION**

La transición de la lactancia materna exclusiva a la alimentación complementaria, es una etapa difícil para las personas encargadas de la alimentación del niño, debido a que pasan a la incertidumbre de no precisar exactamente que alimentos necesita el niño de acuerdo a su edad, en que forma dárselos, cuántas veces al día, que cantidad va a requerir para un crecimiento y desarrollo optimo. A partir de los 6 meses y conforme transcurren los siguientes la alimentación va a ir cambiando y la modalidad de administración también, por esto es difícil mantener un aumento constante del peso del niño, sobre todo hasta el año de edad, que es cuando mas esta propenso el niño a presentar alergias alimentarias.

La nutrición desempeña una función fundamental en los primeros meses y años de vida, unida a las prácticas de alimentación adecuadas para lograr una óptima salud. Los hábitos y costumbres que tienen las madres o personas encargadas de la alimentación del niño sobre la administración de los alimentos como la calidad de los alimentos, la frecuencia, la consistencia, y la cantidad, es de mucha importancia debido a que de la manera adecuada se va a garantizar la ingesta de los requerimientos nutricionales en medida de la necesidad del niño de acuerdo a su edad. De no ser así se pueden producir efectos irreversibles que van afectar tanto el crecimiento y desarrollo optimo del niño como un rendimiento escolar futuro deficiente, productividad reducida, desarrollo intelectual y social deficientes o enfermedades crónicas. <sup>(1)</sup>

El presente trabajo pretende dar a conocer las características de la alimentación que alteran el adecuado aumento de la curva ponderal de los niños de 6 meses a 1 año, y por ende un óptimo proceso de crecimiento y desarrollo.

Para una mejor comprensión el trabajo de investigación está organizado de la siguiente manera: Capitulo I, denominado Introducción, que comprende el

origen, justificación, formulación del problema, objetivos, propósito de la investigación, antecedentes del estudio, base teórica y la definición operacional de términos. Capítulo II, denominado Material y Método incluye: Método utilizado, descripción de la sede de estudio, población y muestra, técnica e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento y el procedimiento para la recolección de datos; Capítulo III, contiene los resultados y discusión e incluye presentación, análisis e interpretación de datos; Capítulo IV, contiene conclusiones, limitación y Recomendaciones. Referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

## RESUMEN

El presente estudio titulado: “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 nacional de crecimiento y desarrollo de niño sano del centro de salud Fortaleza 2008”, tuvo como objetivo determinar las características de la alimentación que recibe el niño de seis meses a un año con déficit en la curva ponderal. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 220 niños de 6 meses a 1 año con problemas nutricionales que acudían al C.S. Fortaleza en el curso del año. La muestra fue seleccionada por el muestreo probabilístico aleatorio simple estando conformada por 67 niños. La técnica que se utilizó fue la entrevista – encuesta, el instrumento un formulario tipo cuestionario. Los resultados fueron que de 67 (100%), 57 (85.1%) posee características de la alimentación en forma adecuada y 10 (14.9%) inadecuadas. Con respecto a la cantidad de la alimentación de 67 (100%), 39 (58.2%) niños reciben de manera adecuada y 28 (41.8%) inadecuada. Acerca de la frecuencia de la alimentación de 67 (100%), 53 (79.1%) niños lo reciben inadecuadamente y 14 (20.9%) de forma adecuada. Sobre la consistencia de la alimentación de 67 (100%), 63 (94.0%) lo reciben de manera inadecuada y 4 (6%) de forma adecuada. En cuanto a la interacción de la madre o encargada de la alimentación con el niño de 67 (100%), 60 (89.6%) se realiza de manera inadecuada y 7 (10.4%) es de forma adecuada. En cuanto a las prácticas de higiene en la alimentación que tiene la madre o cuidadora del niño, de 67 (100%), 51 (76.1%) presentan prácticas de higiene adecuadas y 16 (23.9%) lo realizan de forma inadecuada.

Por lo que se concluye que las características de la alimentación de la mayoría de niños de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal son



adecuadas representado por la cantidad de la alimentación y la higiene en la manipulación de los alimentos y por otra parte lo inadecuado se encuentra vinculado a la frecuencia y consistencia de la alimentación y la interacción de la madre o encargada de la alimentación con el niño.

❖ **Palabras Claves:** Crecimiento y Desarrollo – Niño de 6 meses a 1 año – Enfermería – Curva Ponderal.

## SUMARY

This study entitled " the characteristics of the food it receives the child from six months to one year with deficits at the curb weight in C.S. Fortaleza 2008". Was aimed at determining the characteristics of the food it receives the child from six months to one year with deficits at the curb weight. The study is level application, quantitative, cross-sectional method. The population was made up of 220 children aged 6 months to 1 year with nutritional problems that came to CS Fortaleza in the year. The sample was selected by simple random probability sampling to be composed of 67 children. The technique that was used was the interview - survey, the instrument a standard form questionnaire. The results were that of 67 (100%), 57 (85.1%) possesses characteristics of food in an appropriate manner and 10 (14.9%) inadequate. With regard to the amount of food for 67 (100%), 39 (58.2%) children receive adequate and 28 (41.8%) inadequate. About the frequency of feeding 67 (100%), 53 (79.1%) children receive inappropriately and 14 (20.9%) in an appropriate manner. On the consistency of feeding 67 (100%), 63 (94.0%) are trained in an inappropriate manner and 4 (6%) in a timely manner. As for the interaction of the mother or in charge of feeding the child of 67 (100%), 60 (89.6%) were conducted improperly and 7 (10.4%) is appropriate. With regard to hygiene practices in food that the mother or caregiver of the child, 67 (100%), 51 (76.1%) had adequate hygienic practices and 16 (23.9%) is done in an inappropriate manner.

When it concluded that the characteristics of feeding the majority of children aged 6 months to 1 year with deficits at the curb weight are represented by the appropriate amount of food and hygiene in food handling and on the other hand the inadequacy is linked to the frequency and

consistency of food and the interaction of the mother or in charge of feeding the child.

❖ **Key Words:** Growth and Development - Children from 6<sup>th</sup> months to 1 year - Nursing - Curve Ponderal.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **A. PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:**

La adecuada alimentación de los niños a edades tempranas es esencial para garantizar un buen desarrollo intelectual y un desenvolvimiento pleno de su potencial en la vida adulta. Además es una etapa crítica en la que se hace necesario promover el desarrollo óptimo de la salud, para mantener así un crecimiento saludable.

El retraso crónico de crecimiento, un problema que tiene gran repercusión en el futuro y en la calidad de vida, es el principal problema nutricional de la niñez. La desaceleración de crecimiento ocurre principalmente entre el tercer y sexto mes de vida y los tres años de edad. Hay varios factores que juegan en la aparición de este cuadro, entre los que se encuentran las deficiencias de nutrientes esenciales, la mayor prevalencia de infecciones y la mala calidad de la alimentación complementaria o la combinación de todos ellos. Hay suficiente evidencia científica para afirmar

que no sólo se altera el tamaño corporal final y la capacidad potencial de trabajo físico, sino que además disminuye la capacidad cognitiva y aumenta el riesgo de no concluir en forma exitosa la escolaridad. <sup>(2)</sup>

La malnutrición infantil sigue siendo un problema común en los países en desarrollo, llegando a abarcar aproximadamente a la tercera parte de los niños menores de cinco años a nivel mundial, en el Perú 25,4% de los niños menores de cinco años es afectado por la desnutrición crónica. Por otro lado, diversas evidencias muestran que entre un tercio y la mitad de la mortalidad infantil puede ser atribuida a la malnutrición. Asimismo está ampliamente aceptado que las enfermedades infecciosas son parte de las causas inmediatas de la malnutrición, junto con una alimentación inadecuada y la consecuente carencia de energía y nutrientes. A pesar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, esta práctica es muy rara en los países de nuestra región. En un estudio realizado por la Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria Nutricional y el Instituto Nacional de Salud en el año 2004, en algunos ámbitos del Perú refleja que, la mediana de la edad de introducción de aguas azucaradas e infusiones estuvo entre los 2 y 3 meses en la región sierra, y fue de 15 días en la región Lima. Además se encontró que la mediana de duración de lactancia materna exclusiva alrededor de los cinco meses en el nivel nacional es muy cercana a la de 4,9 meses ya notificada por la Encuesta Demográfica y de Salud familiar (ENDES) en el año 2000, lo cual evidenciaría que no habrían ocurrido cambios en esta práctica y en la lactancia materna total se encontró ligeramente por encima del primer año de vida (14 meses). <sup>(3)</sup>

Un reciente artículo en la revista médica británica The Lancet subrayó que los esfuerzos para la promoción de prácticas óptimas de lactancia materna y de alimentación complementaria son dos de las tres acciones preventivas más eficaces para prevenir la mortalidad en la niñez. La leche

materna continúa siendo una importante fuente de nutrientes después de los 6 meses, particularmente cuando las madres siguen amamantando mientras ofrecen otros alimentos. En promedio, los lactantes de 6-8 meses obtienen alrededor del 70% de sus necesidades energéticas de la leche materna, a los 9-11 meses el 55% y a los 12-23 meses el 40%. La leche materna es, además, la que provee la mayor cantidad de proteínas, vitaminas, minerales y ácidos grasos esenciales. Existen riesgos comprobados para los infantes no amamantados, incluyendo males diarreicos, infecciones respiratorias agudas y de oído, así como carencias en el desarrollo mental. <sup>(4)</sup>

También existe evidencia sobre la importancia de la lactancia materna continuada sobre el estado nutricional de los niños en los países en desarrollo. Así tenemos que en el Perú, la leche materna puede proveer alrededor de 43% y 27% de la ingesta energética total en los niños hasta 15 meses de edad.

Después de los 6 meses de edad, los niños necesitan otros alimentos, además de la leche materna, para cubrir sus necesidades alimenticias. Se llama “alimentación complementaria” a la incorporación de otros alimentos y bebidas que complementan a la leche materna. Estos nuevos alimentos deberán complementar los nutrientes de la leche materna. Una alimentación complementaria óptima debe ser: Oportuna e iniciada en el momento justo, de tal manera que no disminuya los beneficios del amamantamiento que también provee la energía y nutrientes adecuados para lactantes de más de 6 meses. <sup>(5)</sup>

La incorporación de alimentos complementarios marca una nueva fase en el desarrollo social, emocional, de conducta y en las relaciones entre la familia y las madres o personas responsables del cuidado de los niños, por esto la forma como va a iniciar y continuar la introducción de estos alimentos es de importancia para un óptimo crecimiento y desarrollo; así como la

consistencia y textura de los alimentos, las cantidades ofrecidas, la frecuencia de la ingesta durante el día y la calidad en contenido nutricional van priorizar en el mantenimiento de la salud del niño a esta a edad.

La introducción de los alimentos y la forma de cómo hacerlos se encuentran influidos por múltiples factores: entre ellos el aspecto cultural de los padres y en especial de la madre que será de vital importancia en este proceso de inicio de la siguiente etapa alimentaría debido a que va a depender de esta el adecuado crecimiento y desarrollo del niño. El comportamiento que asumen los padres está encaminado por el conocimiento y las creencias relacionadas a la introducción de nuevos alimentos. Este comportamiento a su vez va a estar influenciado por el entorno familiar y social. Otro factor también relevante es el aspecto económico, debido a que por este motivo, las madres pasan tiempo fuera de casa, la cual impide al niño tener un acceso directo a la alimentación.

En el desarrollo de las prácticas comunitarias, en la Estrategia Sanitaria de Control de Crecimiento y Desarrollo del niño sano se pudo evidenciar notablemente que el niño que abandonaba la lactancia materna exclusiva en consecuencia iniciaba la alimentación complementaria, especialmente los niños de seis meses a 1 año, se producía una desaceleración en la velocidad de su crecimiento, reflejándose en un déficit en el ascenso de la curva ponderal que se registra en el carnet de dicho programa.

## **B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.**

Por lo expuesto se ha creído conveniente realizar el presente estudio sobre:

¿Cuáles son las 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 en el Centro de Salud Fortaleza?

## **C) JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.**

La nutrición adecuada durante la infancia y niñez temprana es fundamental para el desarrollo del potencial humano completo de cada niño. Es bien reconocido que el periodo de la administración de la alimentación complementaria es una “ventana de tiempo crítico” para la promoción del crecimiento, la salud y el desarrollo óptimo. En estudios longitudinales se ha comprobado consistentemente que ésta es la edad pico en la que ocurren fallas de crecimiento, deficiencias de ciertos micronutrientes y enfermedades comunes de la niñez como la diarrea. Las consecuencias inmediatas de la desnutrición durante estos años formativos incluyen una morbi-mortalidad pronunciada y un desarrollo mental y motor retrasado. A largo plazo, las deficiencias nutricionales están ligadas a impedimentos en el rendimiento intelectual, la capacidad de trabajo, la salud reproductiva y la salud general durante la adolescencia y la edad adulta.

Por lo antes expuesto es necesario profundizar en este tema, no siendo suficiente con la información que imparte la enfermera del Programa de Control del Crecimiento y Desarrollo, se debe reorientar la educación nutricional que se difunde en dicho servicio a las madres o encargadas de la alimentación del niño, teniendo en cuenta las creencias que tiene dicha



población podría estar afectando de manera negativa el cumplimiento adecuado de la alimentación.

De esta manera esta investigación aporta de manera significativa, un conocimiento valido científicamente y así nos permita conocer la situación en la que se encuentra nuestra población en lo referente a los alimentos que dan a sus hijos después de la lactancia materna exclusiva.

## **D) OBJETIVOS:**

### **D.1. OBJETIVO GENERAL:**

Los objetivos que se han planteado en el siguiente estudio son:

- ❖ Determinar las características de la alimentación que recibe el niño de seis meses a un año con déficit en la curva ponderal.

### **D.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar la cantidad de la alimentación que recibe el niño de seis meses a un año que con déficit en la curva ponderal.
- Conocer la frecuencia de la alimentación que recibe el niño de seis meses a un año que con déficit en la curva ponderal.
- Identificar la consistencia de la alimentación que recibe el niño de seis meses a un año con déficit en la curva ponderal.
- Identificar la interacción del encargado de la alimentación con el niño de seis meses a un año con déficit en la curva ponderal.
- Identificar las prácticas de higiene en la manipulación de los alimentos que recibe el niño de seis meses a un año con déficit en la curva ponderal.

## **E. PROPÓSITO:**

La presente investigación tiene como propósito; proporcionar información actualizada y relevante a las instancias directivas acerca de la alimentación brindada a niños de 6 meses a 1 año en la Estrategia Sanitaria de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Fortaleza a fin de reorientar sus actividades mediante la aplicación de estrategias destinadas a los grupos de riesgo y a las madres de familia con el fin de disminuir los riesgos a los que está expuesto.

## **F. MARCO TEÓRICO:**

### **F.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO:**

A continuación se presentan estudios realizados a nivel nacional e internacional los cuales permitieron arribar al desarrollo de la presente investigación, así se tiene:

- ❖ Cárdenas Castillo, Catherine Jannina. Realizó un estudio sobre “Actitud de las madres hacia la alimentación complementaria y estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses en el centro de salud “Chancas de Andahuaylas Santa Anita. 2004”, Lima – Perú. Cuyo objetivo fue determinar la actitud de las madres hacia la alimentación complementaria y estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses. Los resultados encontrados entre otros, fueron:

*“El 70 % (de un total de 58) de las madres tienen actitudes de indiferencia hacia el inicio de la alimentación complementaria, la consistencia de los alimentos, finalización de lactancia materna exclusiva, frecuencia de la alimentación y tiempo especial para alimentar a sus hijos. El 100 % de las madres tienen una actitud de aceptación hacia la higiene de los alimentos. El 56.9% de las madres presentan actitudes con dirección negativa hacia la alimentación complementaria de sus hijos”.<sup>(6)</sup>*

- ❖ Valderrama Guevara, Alena Francisca. En el estudio “Factores de riesgo para la curva Plana de Crecimiento en niños de 6 meses a 2 años que asisten al consultorio externo de Pediatría del Centro de Salud Laura Rodríguez Dulanto, del distrito de Comas”: Lima Perú en el año 2003. Investigación descriptiva tuvo como objetivo: identificar factores de riesgo para la curva plana de crecimiento en niños de 6 meses a 2 años que asisten al consultorio externo de pediatría. Para tal fin entrevistó a 69 madres, 36 niños con curva normales de crecimiento y 33 con curvas planas de crecimiento. Entre los resultados encontrados tenemos:

*“No existen diferencias significativas entre el grupo de niños de curva ponderal normal y los que presentan curva plana relacionado al número de controles de CRED; existe una relación positiva significativa entre la ganancia ponderal mensual y el peso al nacimiento y una asociación negativa significativa entre la ganancia ponderal mensual y la edad en meses de los niños y el número de episodios de infecciones respiratorias agudas. En la aplicación del análisis de regresión lineal muestra que persiste la significancia con las variables peso al nacimiento y edad de los niños. Existe una relación con las variables uso del biberón y signo de alarma; es decir la referencia de la madre de que el niño tiene problemas para alimentarse. Los resultados de esta investigación favoreció la identificación de diferentes factores que pueden ocasionar diferencias en la aceleración del crecimiento y desarrollo del niño, como la presencia de infecciones respiratorias, el uso prematuro del biberón en pequeño”.<sup>(7)</sup>*

- ❖ Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria Nutricional, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú. El tipo de estudio es Cuantitativo de método descriptivo. La muestra fue de 2908 niños (1514 varones y 1394 mujeres), cuyas madres fueron interrogadas sobre las características de alimentación complementaria. El instrumento que se utilizó fue la encuesta. Los objetivos fueron: Describir las características de las prácticas de alimentación y cuantificar las enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas en los niños de 12 a 35 meses en el Perú.

En los Materiales y Métodos: La información formó parte de la Encuesta Nacional de Consumo de los Alimentos en Mujeres en Edad Fértil y Niños entre 12 y 35 meses en el año 2003. Los resultados a nivel nacional, entre otros fueron:

*“El 21,2% de los niños presentó diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta, siendo las regiones de la selva las más afectadas. Además 17,1% de los niños en el país tuvo infección respiratoria aguda. A nivel nacional, la mediana de duración de lactancia materna exclusiva se dio a los 5 meses de edad. La mediana de duración total de lactancia materna a nivel nacional se dio a los 14 meses; mientras que la mediana de introducción de aguas azucaradas e infusiones a la alimentación infantil ocurrió a los 5 meses. La mediana de la frecuencia de alimentación fue de 4 veces al día. Además, 65,3% de las madres consideraron mejor ofrecer comidas espesas al niño. Aproximadamente 38% de las entrevistadas consideraron necesario agregar aceite a las preparaciones de los niños. Las conclusiones a las que se llegó fue que existen aún elevada prevalencia de enfermedades infecciosas, mientras que las características de alimentación del niño, aún no siguen los patrones recomendados, afectando la salud y nutrición de los niños del Perú”.<sup>(8)</sup>*

- ❖ Gómez Laureano, Betty y Montaña Zabala, Maricela. Realizaron el estudio “Nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria para prevenir anemias en lactantes internados en el Hospital Essalud A. D .U y P, San Juan de Lurigancho – Lima. Febrero de 2006. Cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria para la prevención de anemia en lactantes internados. Las conclusiones a las que llegó la investigación:

*“El nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria para prevenir la anemia es regular cuando ellas tienen más de 31 años de edad 32.4 %.El nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria para prevenir la anemia es alto en madres con grado de instrucción superior 26.5 % y regular en las madres que tienen nivel superior técnica 32.4 %. El 88.2 % de las madres identifican al pescado como el alimento que*

*contienen un alto porcentaje de hierro, seguido por aquellas que consideran a las vísceras de los animales beneficiados 76.5 %. Del total de lactantes en estudio el 79.4 % de ellos presentaron valores de hemoglobina entre 9 a 10 mgr% (anemia moderada) y el 20.6 % valores de hemoglobina menores a 8 mg% (anemia severa)".<sup>(9)</sup>*

- ❖ Burgos Zapata, Gabriela y Col. Características de la alimentación e ingesta de nutrientes de los niños entre 6 y 24 meses de la comunidad urbano marginal Nievería - Lima. 2004. Estudio Cuantitativo, de método descriptivo. La muestra estuvo conformada por 60 niños. El instrumento utilizado fue la encuesta. El estudio tuvo como objetivos: determinar las características de la alimentación e ingesta de nutrientes de la población infantil entre los 6 y 24 meses de edad de esta comunidad urbano marginal y usar esta información como base para una intervención que permita mejorar la alimentación y el estado nutricional de los niños de las edades mencionadas de esta comunidad. Asimismo, mediante un sondeo, analizar la factibilidad de desarrollar preparaciones caseras nutricionalmente adecuadas, utilizando insumos propios de la zona, a través de los comedores populares. Las conclusiones que se obtuvo en el estudio fueron entre otros:

*"La prevalencia de la lactancia materna fue alta (87%) por lo que esta práctica no representa un problema entre la población de Nievería. La introducción de alimentos diferentes a la leche materna es realizada antes de los 6 meses en la mayoría de niños (82%), usando preparaciones inadecuadas (agüitas o mates). Si bien el número de comidas ofrecidas a los niños fue superior a lo recomendado, esto se debió al alto número de entre comidas, que en un porcentaje representativo fueron infusiones (44% en los niños entre 9 a 24 meses). Si bien un 48% y un 35% de los niños consumen preparaciones adecuadas en el almuerzo y cena respectivamente, aún existe una fuerte costumbre de ofrecer preparaciones inadecuadas para la alimentación del niño (sopas o caldos). La prevalencia de consumo de la carne de pollo, huevo, hígado, carne de res y pescado fue baja (23%, 13%, 11%, 5% y 2%, respectivamente).<sup>(10)</sup>*

- ❖ García de Lima Parada, Cristina María y col. Prácticas de alimentación complementaria en niños dentro del primer año de vida en la región de Botucatu – Brasil 2004. El estudio es de tipo transversal, tuvo una muestra de 1238 acompañantes de niños menores de un año. El instrumento utilizado fue la encuesta de tipo cuestionario. El objetivo fue estudiar las prácticas de alimentación complementaria en el primer año de vida de niños en la región de Botucatu, S.P, las cuales fueron descritas según el grupo etéreo y las prácticas de lactancia materna (LM). Los resultados que arrojaron este estudio entre otros fueron:

*“La proporción de niños estudiados consumiendo alimentos semi-sólidos, sólidos y líquidos aumentó a medida que el grupo etéreo aumentó. Esta situación fue similar en São Carlos-SP y Feira de Santana BA, donde los alimentos como frutas, papillas y comida de casa presentaron un constante aumento en la prevalencia de consumo. A los 6 meses completos la presencia de alimentos complementarios es aceptada, considerando que a partir de esta edad hasta los ocho meses, deben ser preparados especialmente para el niño en la forma de papillas, puré de legumbres, cereales o frutas.*

*El 48,8% de los niños con seis meses cumplidos (6 -7m) ya estaban recibiendo la misma comida familiar, algo inadecuada y que puede dificultar la aceptación de los alimentos y exponer al niño a deficiencias nutricionales.*

*Apenas 19 niños (3,0%) con edad igual o superior a 6 meses no estaban recibiendo ningún alimento sólido o semi-sólido (comida de casa, papilla de frutas o papilla salada). Así, el problema del municipio en estudio se relaciona con la introducción precoz y tardía de alimentos complementarios.*

*El ofrecer la carne en la sopa aumento comparándolo con los grupos etéreos de 6 y 10 meses (84,1%) y entre 8 y 12 meses (90,7%)”.<sup>(11)</sup>*

## **F.2. BASE TEÓRICA CONCEPTUAL.**

### **1. CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN.**

#### **1.1. CANTIDAD.**

La alimentación debe ser suficiente para satisfacer las exigencias energéticas del organismo y mantener su equilibrio. La ley de la cantidad se relaciona básicamente con el aporte energético de la dieta y su equilibrio, previene una alimentación insuficiente o excesiva. Además que la capacidad gástrica del niño guarda relación directa con su peso (30 g/kg. De peso corporal), estimándose así el volumen de alimentos que puede tolerar en cada comida.

A partir de los seis meses de edad empezara con 2 a 3 cucharadas de comida dos veces al día; entre 7 y 8 meses, se aumentara a  $\frac{1}{2}$  taza (100 g. o 3 a 5 cucharadas aproximadamente) tres veces al día; entre los 9 y 11 meses, se incrementara a  $\frac{3}{4}$  de taza (150 g. o 5 a 7 cucharadas aproximadamente, tres veces al día, mas dos entre comidas adicionales.<sup>(12)</sup>

Para el estudio se utilizo las siguientes equivalencias: En 1 taza de alimentos, contiene 200 gramos y en cucharadas equivale de 7 a 10; así se tiene que  $\frac{1}{2}$  taza equivale a 100 gramos y a 3 a 5 cucharadas.<sup>(13)</sup>

Desde los seis meses de edad el niño debe de tener su propio recipiente (plato o taza) y cucharita para que la madre o la persona que lo cuida pueda observar la cantidad que come cada vez que lo alimenta y lo aumente la cantidad, de acuerdo con la edad y sus sensaciones de hambre y saciedad. A medida que mejora la aceptabilidad y el niño y el niño recibe mayor cantidad de alimentos se puede aumentar su variedad.

## **1.2. FRECUENCIA.**

La frecuencia de comidas es estimada en función a la energía requerida que debe ser cubierta por los alimentos complementarios, asumiendo una capacidad gástrica de 30 gr/kg. de peso corporal y una densidad energética mínima de 0.8 Kcal/g de alimento. Si la densidad energética o la cantidad de comida administrada es baja o si al niño se le suspende la lactancia materna requerirá de un mayor número de comidas para satisfacer sus necesidades nutricionales.

La alimentación complementaria deberá distribuirse en varios tiempos de comida, que se irán incrementando gradualmente conforme crece y desarrolla el niño o niña según su edad, sin descuidar la lactancia materna.

La alimentación a los seis meses empezará con 2 comidas al día y lactancia materna frecuente; entre los 7 y 8 meses, se aumentará a 3 comidas diarias y lactancia materna frecuente; entre los 9 y 11 meses, además de las 3 comidas principales deberán recibir una comida adicional y su leche materna; y finalmente entre los 12 y 24 meses, la alimentación quedará establecida en 3 comidas principales y dos comidas adicionales además de lactar, a fin de fomentar la lactancia materna hasta los 2 años. <sup>(14)</sup>

En las comidas adicionales de media mañana o media tarde se ofrecerán de preferencia alimentos de fácil preparación y consistencia espesa (mazamorra, papa sancochada, entre otros) o ya listos para consumir (pan, fruta, u otros alimentos sólidos).



### **1.3. CONSISTENCIA.**

La maduración neuromuscular del lactante no le permite pasar directamente del pecho a los alimentos de la mesa familiar. Por ello son necesarios alimentos de transición, especialmente adaptados para esta primera etapa, hasta que, aproximadamente al año, el niño es capaz de alimentarse en la mesa familiar, con alimentos de consistencia no muy dura. Por esto se aconseja aumentar gradualmente la consistencia y variedad de los alimentos a medida que el niño crece, adaptándose a los requerimientos y habilidades motoras esenciales como el masticado y el contacto con nuevos sabores. <sup>(15)</sup>

El avance del proceso de alimentación está asociado al desarrollo general del niño, al desarrollo de los maxilares y a la evolución de la dentición. Alrededor del sexto mes los músculos y nervios de la boca se desarrollan suficientemente para masticar, los niños a esta edad controlan mejor la lengua y pueden mover mejor la mandíbula hacia arriba y hacia abajo. Todo ello les da la madurez para recibir alimentos de consistencia más densa.

A partir del sexto mes de edad el niño deberá iniciar la alimentación complementaria con preparaciones semisólidas como papillas, mazamorra o purés o una densidad energética no menor a 0.8 Kcal/gr. Gradualmente se incrementará la consistencia y variedad de alimentos que se ofrecen, adaptándolos a sus requerimientos y habilidades desarrolladas según su edad.

Las preparaciones líquidas (jugos, caldos, gaseosas) no contienen suficientes nutrientes porque su mayor contenido es agua. En cambio las preparaciones espesas como purés y mazamorra, tienen la ventaja de poder concentrar alto contenido nutricional en una pequeña porción para

satisfacer las nutricionales del niño. Las preparaciones deben realizarse a base de combinaciones de alimentos principales como: cereales, leguminosas (menestras), alimentos de origen animal como tubérculos, verduras, lácteos (derivados) y frutas.

A los seis meses, se iniciara con alimentos aplastados en forma de papillas, mazamorras o purés; entre los 7 y 8 meses se tendrá hacia los alimentos triturados bajo las mismas formas de preparación; entre los 9 y 11 meses, se introducirá los alimentos picados; y finalmente entre los 12 y 24 meses deberá integrarse a la alimentación de su entorno familiar. <sup>(16)</sup>

#### **1.4. INTERACCION EN LA ALIMENTACION.**

Actualmente se reconoce que la alimentación complementaria óptima depende no solo de que alimentos se le ofrece al niño en sus comidas (que dar de comer), sino también es importante la manera de cómo, cuando, donde y quien da de comer a un niño.

La interrelación entre el niño(a) y la madre o cuidadora durante la alimentación puede ser critica e influenciar sobre el consumo de nutrientes. Se describe los siguientes estilos: <sup>(17)</sup>

- Un “estilo controlador”, donde la madre o cuidadora decide cuando y como come el niño puede llegar a que los niños no reconozcan adecuadamente sus propias señales de apetito y autorregulación de su ingesta de energía, poniendo al niño en riesgo de sobrepeso.
- Un estilo “dejar hacer”, donde la madre o cuidadora ofrece muy poca ayuda física o poco ánimo verbal en el momento de la alimentación, aun a niños menores de un año, salvo que el niño

este enfermo o que no coma. Este estilo es frecuente en nuestra población.

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

Se aplican los principios de cuidado psico-social:

- Hablar con los niños durante las comidas, con contacto ojo a ojo, reconociendo que los momentos de comer son espacios de aprendizaje y amor.
- Alimentarlos despacio y con paciencia y animar a los niños a comer pero sin forzarlos.
- Dar de comer directamente a los niños pequeños y ayudar físicamente a los niños mayores cuando se alimentan solos, estando atentos y respondiendo sus señales de apetito y saciedad.
- Cuando los niños no quieren comer, experimentar con diferentes combinaciones de alimentos, sabores, texturas y maneras de animarlos a comer.
- Minimizar las distracciones durante la comida.

## **1.5. PRÁCTICAS DE HIGIENE EN LA MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS.**

Para la prevención de contraer enfermedades originadas por agua y alimentos contaminados se recomienda: <sup>(18)</sup>

- Lavado de manos con agua y jabón de la madre o cuidadora, antes de la preparación de los alimentos, antes de dar de comer al niño después de usar el baño o letrina y después de

limpiar a un niño que ha defecado. Igualmente mantener limpias las manos y la cara del niño.

- Mantener los alimentos tapados y servirlos inmediatamente después de prepararlos.
- Utilizar utensilios limpios (tazas, vasos, platos, cucharas, etc.) para preparar y servir los alimentos.
- Evitar el uso de biberones y chupones debido a la dificultad para mantenerlos limpios, además de sus otros efectos negativos.
- Utilizar agua segura (potable, clorada o hervida) y mantenerla en recipientes limpios, tapados y en lugares frescos.
- Conservar los alimentos en lugares seguros (libres de polvo, insectos, roedores y otros animales), para evitar la contaminación de los mismos.
- Colocar la basura o restos de comida en recipientes tapados y fuera de la vivienda.
- Los restos de comida que el niño pequeño deja en el plato no se deben guardar para un posterior consumo, pues se descomponen fácilmente, por ello deben ser consumidos al momento.

## **2. ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE Y LA RELACIÓN CON LA CURVA PONDERAL.**

Durante los 12 primeros meses de vida, un bebé triplica su peso y su estatura aumenta en un 50 por ciento. Estos incrementos en peso y estatura son los principales índices utilizados para la evaluación de su estado nutricional y se miden a intervalos regulares, comparándolos con curvas de crecimiento estándar. Estas mediciones son herramientas

importantes a la hora de evaluar el progreso del niño, especialmente entre los 6 y los 12 meses de vida. <sup>(19)</sup>

A los 6 meses el niño debe empezar a ingerir alimentos semisólidos (papillas, purés espesos), Esa es la edad aproximada de la primera dentición. Igualmente por esa época el niño se sentará, a los 9 se parará y casi al año empezará a caminar logrando incluso correr en los meses posteriores. En el periodo del lactante mayor los cambios son más notorios en relación a la adquisición del aprendizaje de alimentarse con productos diferentes a la leche y a los líquidos.

Es la forma y manera de proporcionar al cuerpo humano esos alimentos que son los indispensables. En la primera etapa, en estos primeros meses, se admite que el niño progresa adecuadamente con la leche materna por lo cual, se toma como patrón para establecer los requerimientos nutricionales de este período.

### **3. CURVA DE ÍNDICE PONDERAL.**

La valoración nutricional que se realiza cotidianamente en los programas de crecimiento y desarrollo es la valoración antropométrica. (la edad con el peso, la edad con la talla y el peso con la talla). Para esta valoración se compara el peso, y la talla de un infante con la de una población de referencia. Esta población de referencia es un estándar que es representada en las curvas de Crecimiento y desarrollo denominándose Curva ponderal establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), siendo aceptadas y usadas por el Ministerio de Salud (MINSA), los establecimientos de Essalud y en gran parte del mundo.

La curva de Índice ponderal es una representación visual práctica para el acompañamiento del estado nutricional, el cual permite la continuidad de las acciones de vigilancia a la salud de los niños, como también permite visualizar la tendencia del crecimiento infantil, definiendo la necesidad posible de alguna intervención.

#### **4. CRECIMIENTO Y DESARROLLO.**

El crecimiento y el desarrollo de un individuo están determinados por factores genéticos y ambientales, siendo la nutrición un componente fundamental entre estos últimos. El aporte adecuado de nutrientes permite un crecimiento armónico que refleja fielmente el potencial genético. En cambio, la alimentación insuficiente puede comprometer el ritmo de crecimiento.

El crecimiento humano es un fenómeno biológico complejo, y representa una parte vital en el desarrollo normal de todos los niños. Se refiere a los cambios cuantitativos en el tamaño y la masa corporal a partir de la transformación de una célula inicial en un organismo pluricelular. El crecimiento es especialmente rápido en la niñez, y especialmente durante el primer año de vida; en este tiempo puede triplicarse el peso en relación con el peso al nacer, y también se produce un aumento del 50% en longitud. <sup>(20)</sup>

El crecimiento se consigue por una doble acción: un aumento en el tamaño de las células del cuerpo, y un aumento en su número real. Tanto el crecimiento como la división celular dependen de la capacidad de las mismas para asimilar los nutrientes que encuentran en el ambiente en que se desarrollan. Así, los alimentos son usados por el cuerpo para construir nuevas estructuras celulares.

El requerimiento para crecimiento incluye la energía que se almacena como grasas, proteínas e hidratos de carbono en el nuevo tejido, así como la energía utilizada en la síntesis de las moléculas depositadas. El costo energético promedio del crecimiento es de 5 Kcal por gramo de tejido depositado, de las cuales aproximadamente 4 Kcal/g corresponden al contenido energético del tejido y 1 Kcal/g al costo de síntesis. El gasto energético para crecimiento es máximo durante el primer trimestre de la vida, etapa en la cual corresponde aproximadamente al 30% del requerimiento total, de aquí en adelante disminuye en forma progresiva hasta alcanzar no más del 2% en el adolescente. La disminución o detención del crecimiento es la respuesta más característica a la privación calórica, cualquiera sea la edad del niño. En etapas de crecimiento acelerado o de recuperación nutricional, el gasto energético para crecimiento aumenta en forma significativa, lo que puede significar un incremento en el gasto energético total hasta en un 100%.<sup>(21)</sup>

## **5. INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.**

El comienzo de la ingesta de otros alimentos a parte de la leche materna va a estar determinada por la capacidad de digestión de los mismos, la cual es efectuada en el aparato digestivo, por enzimas que son responsables de degradarlos y permitir su absorción. Estas enzimas se desarrollan durante la etapa intrauterina y en los primeros meses de vida. Todo niño a término y sano nace con la capacidad de hidrolizar los hidratos de carbono con la leche. En consecuencia, sus funciones de digestión, absorción y excreción se realizan sin dificultad. En cambio las enzimas necesarias para la digestión de hidratos de carbono más complejos (almidones), aun no están presentes en el momento del nacimiento. Su actividad comienza a ser importante alrededor de los cuatro meses de vida

extrauterina. De acuerdo con estas consideraciones, la introducción de cereales en la dieta no sería recomendable antes del cuarto mes de vida, como tampoco la de los otros alimentos que contengan hidratos de carbono más complejos que los disacáridos.

En cuanto a los lípidos, se observa que su absorción es deficiente durante los primeros meses de vida. Aparentemente la concentración de enzimas responsables de la digestión de las grasas en el recién nacido es ligeramente menor a la de épocas posteriores. Sin embargo las sales biliares no se sintetizan en cantidad suficiente, y en forma madura, antes de los seis meses de edad. Por lo tanto, es inconveniente incluir en la dieta alimentos no lácteos que contengan lípidos de difícil absorción para el lactante.

En cuanto a las proteínas, las enzimas responsables de su hidrólisis están presentes desde el nacimiento, incluso en los niños prematuros. No obstante, la inmadurez digestiva del recién nacido se expresa a otro nivel: la pared intestinal es excesivamente permeable y proteínas completas con pequeño peso molecular pueden pasar al torrente circulatorio. Estas moléculas son capaces de originar reacciones alérgicas determinados alimentos, siendo las más frecuentes aquellas que se presentan con la albúmina de la leche de vaca y la avidina de la clara del huevo. Esta permeabilidad exagerada persiste hasta los seis meses de edad; incluso por la misma razón, no se recomienda introducir cítricos antes de esa edad para disminuir el riesgo de sensibilidad frente a estos alimentos.

Otro aspecto importante es la maduración neuromuscular, en la cual el niño va adquiriendo una serie de habilidades o destrezas que condicionan la introducción de alimentos; a partir de los 3 meses, es capaz de sostener la cabeza cuando se le coloca en posición semisentada. La coordinación entre los músculos de los labios y las mandíbulas mejoran;



esto favorece la movilización del alimento semisólido dentro de la boca y aumenta la capacidad de sensaciones de temperatura, sabor y consistencia. El reflejo de extrusión, que desaparece a los cuatro meses, ayuda a que la papilla sea llevada hacia la parte posterior de la boca sin dificultad. Otra capacidad importante que adquiere el niño a los cinco o seis meses es la de expresar su deseo de alimento abriendo la boca e inclinándose hacia adelante, contrariamente, cuando se encuentra satisfecho, puede mostrar su desinterés por el alimento impulsándose hacia atrás y volteando a un lado la cabeza. De este modo, el niño participa activamente en la nueva experiencia de la alimentación y no ingiere en forma indiscriminada los alimentos que se introducen a la boca. En resumen, desde el punto de vista del desarrollo neuromotor del lactante, la edad óptima para iniciar la introducción de alimentos se situaría a los seis meses de edad. <sup>(22)</sup>

## **6. ALIMENTOS EN EL NIÑO DE 6 MESES A 1 AÑO.**

Los alimentos que requiere el niño menor de 1 año son los siguientes: <sup>(23)</sup>

- **Los cereales.**

Se introducen a los 6 meses. Primero serán sin gluten para evitar sensibilizaciones e intolerancias a esta proteína (el trigo, avena, centeno y cebada contienen gluten; el arroz y el maíz, no) y a partir de los 7-8 meses se pueden mezclar. Los cereales contribuyen al aporte energético, son fuente de proteínas, minerales, vitaminas (tiamina especialmente), ácidos grasos esenciales e hidratos de carbono de absorción lenta, por lo que permiten un mayor espaciamiento de las tomas. No obstante, al tratarse de un alimento calórico, existe riesgo de sobrealimentación si se abusa de su consumo. Para preparar las papillas debe utilizarse la leche

habitual y añadir el cereal necesario, manteniendo así el aporte mínimo de 500 centímetros cúbicos de leche diarios. Son menos recomendables los preparados que contienen de origen cereales y leche y se preparan con agua, ya que es más difícil calcular la cantidad de leche usada.

- **Las frutas.**

Se empezará a partir de los 6 meses con una papilla de frutas por su aporte vitamínico, nunca sustituyendo a una toma de leche, sino complementándola. Se deben emplear frutas variadas (papaya, manzana, pera, uva, plátano), para educar el gusto, y es preferible evitar las más alergénicas como la fresa y el melocotón. Suelen introducirse después de conseguida la aceptación de los cereales, aunque puede hacerse al revés, primero la fruta y después los cereales. No deben endulzarse con azúcar y no se incorporarán galletas hasta después de los 7 meses, ya que éstas contienen gluten.

- **Las verduras y papas.**

Se irán introduciendo a partir de los 6 meses buscando su aporte de sales minerales. Primero puede darse el caldo añadido al biberón de medio día, después verduras solas en puré, complementadas con leche. Se deben evitar al principio las verduras con alto contenido en nitritos, como remolacha, espinacas, acelgas y nabos, etc. para más tarde introducir las demás. Se puede añadir una cucharada de postre de aceite de oliva al puré, pero nunca sal. Deben cocerse con poca agua y aprovechar el caldo de cocción, en el que quedan disueltas parte de las sales minerales. Al inicio, se recomienda evitar las verduras flatulentas (col, coliflor, nabo) o muy aromáticas (ajo, espárragos). Se han dado casos en niños pequeños que han consumido vegetales recalentados, en los que su piel se vuelve azulada, debido a que se ve afectado el transporte de

oxígeno, un cuadro aparatoso pero que no reviste gravedad con el tratamiento adecuado.

- **Carnes.**

Preferiblemente las menos grasas, empezando por el pollo y nunca antes de los seis meses, en una cantidad de 10-15 gramos por día y aumentando 10-15 gramos por mes, máximo de 40 a 50 gramos, mezclada y batida la carne con las verduras. Posteriormente se introduce la ternera y el cordero. Aportan proteínas de alto valor biológico, lípidos, hierro, zinc y ciertas vitaminas. Las vísceras (hígado, sesos, etc.) no tienen ventajas sobre la carne magra y aportan exceso de colesterol y grasa saturada.

- **Pescados.**

Nunca antes de los nueve meses debido a su mayor capacidad de provocar alergia, y si el bebé tiene antecedentes familiares de alergia alimentaria, incluso hasta pasado el año de vida. A partir de esta edad, el pescado puede sustituir a algunas tomas de la carne. Es conveniente empezar por pescados blancos.

- **Huevos.**

Se introducirá primero la yema cocida sobre el noveno mes; inicialmente un cuarto, la semana siguiente media y al mes entera, añadida al puré de medio día, para tomar el huevo entero (con la clara) hacia los doce meses. Puede sustituir a la carne, tomando 2-3 unidades por semana. La yema es buena fuente grasas, ácidos grasos esenciales, vitamina A, D y hierro. La clara aporta principalmente proteínas de alto valor biológico, pero entre ellas se encuentra la ovoalbúmina, con gran capacidad de provocar alergias.

## **DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS**

### **❖ CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN:**

Se refiere a los parámetros de cantidad, frecuencia, consistencia, interacción en la alimentación y prácticas de higiene en la manipulación de los alimentos que se administran al niño de 6 meses a 1 año para satisfacer sus necesidades metabólicas y lograr un óptimo crecimiento y desarrollo.

### **❖ DÉFICIT EN LA CURVA PONDERAL:**

Es cuando se observa en el control del niño que en la gráfica de la curva ponderal, el punto de intersección de edad con el peso, se encuentra en forma horizontal o descendida con respecto al control anterior.

### **❖ NIÑO DE 6 MESES A 1 AÑO:**

Son todos los niños que comprenden dichas edades, que se atienden en la Estrategia Sanitaria de Crecimiento y Desarrollo del niño sano del Centro de Salud Fortaleza.

## **CAPÍTULO II**

### **MATERIAL Y MÉTODO**

#### **A. TIPO, NIVEL Y MÉTODO DE INVESTIGACION:**

El presente estudio de investigación es de tipo cuantitativo debido a que se obtienen datos susceptibles de ser medidos y realizar un análisis estadístico acerca de las características de la alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal y que acude a la Estrategia Sanitaria de Crecimiento y Desarrollo de Niño Sano del Centro de Salud "Fortaleza".

El nivel es aplicativo pues nos ayudará elaborar las estrategias necesarias para reorientar la educación nutricional que imparte la enfermera durante el control del niño.

El método utilizado en esta investigación es el descriptivo debido a que permite mostrar la información obtenida tal y como se encuentra en la realidad, además es de corte transversal pues se realizó en un determinado tiempo y espacio.

## **B. DESCRIPCIÓN DE LA SEDE DE ESTUDIO:**

El presente estudio se realizó en La Estrategia Sanitaria Crecimiento y Desarrollo de Niño Sano en el C. S. “Fortaleza” ubicado en la Asociación Fortaleza s/n Santa Anita. El C.S. “Fortaleza” es un establecimiento de salud perteneciente a la DISA IV Lima – Este; ubicado en el Primer Nivel de Atención. El establecimiento de Salud cuenta con los servicios de Medicina General, Gineco-Obstetricia, Emergencias, Laboratorio, Dental, Nutrición y Psicología; conteniendo también las diferentes Estrategias Sanitarias: Inmunizaciones, Planificación Familiar, Control de Tuberculosis y Control de Crecimiento y Desarrollo.

La distribución de los ambientes del Centro de salud se dividen en cuatro áreas, todas en el primer nivel de la planta física: En la principal área ubicada a la mano derecha de la entrada principal se encuentran los servicios de medicina, dental, ginecología y farmacia junto a una sala de espera; la segunda área ubicada frente a la entrada principal se encuentra La Estrategia Sanitaria de Control de Crecimiento y Desarrollo de niño Sano la que es compartida con la de inmunizaciones; una tercera área donde se encuentra admisión, triaje y almacén; y por ultimo en un ambiente separado y ventilado se encuentra la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de TBC.

El área de la Estrategia Sanitaria Nacional de Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano del C.S. Fortaleza, es compartida con el de Inmunizaciones y se encuentran a cargo de dos licenciadas de enfermería y una técnica de enfermería cumpliéndolo en dos turnos de mañana (8:00am a 2:00 pm) y tarde (2:00 a 8 pm). El servicio cuenta con una puerta de acceso, una ventana por donde ingresa luz natural, un escritorio, un infantometro, una balanza pediátrica, una refrigeradora, una mesa con compartimentos donde se encuentran los inyectables y las vacunas, y un balde con caño para lavarse las manos.

### **C. POBLACIÓN Y MUESTRA.**

La población estuvo conformada por 220 niños que se atienden en la Estrategia Sanitaria Nacional de Crecimiento y Desarrollo del C.S. Fortaleza. La muestra fue seleccionada mediante el muestreo aleatorio simple, siendo un total de 67 niños. (Ver Anexo F)

#### **❖ CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Lactantes sanos de 6 meses a 1 año de edad que acuden a la Estrategia Sanitaria Nacional de Crecimiento y Desarrollo del niño sano del C.S. Fortaleza.

#### **❖ CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Niños de bajo peso al nacer.
- Niños con malformación congénita.
- Niños que requieran de hospitalización.

### **D. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

En la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento un formulario tipo cuestionario. El instrumento consta de las siguientes partes: Primero se encuentra la presentación en la cual se mencionan los objetivos del mismo y la importancia de la persona encuestada y agradecimiento, la segunda parte contiene el desarrollo en sí del instrumento, empezando por los datos generales del niño y luego por el listado de preguntas.

### **E. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.**

La validez del instrumento se realizó mediante la Prueba Binomial del Juicio de Expertos, en el cual participaron siete profesionales con experiencia en el área de pediatría, nutrición e Investigación; siendo tomada sus consideraciones en el mejoramiento del instrumento.

Los resultados emitidos por los expertos fueron procesados en una Tabla de Concordancia con fines de determinar la validez, donde si  $p > 0.05$  la concordancia es significativa (Ver Anexo C). Luego de realizar las recomendaciones en el instrumento, se realizó la prueba piloto, el cual fue sometido a validez estadística mediante la prueba de ítem-test coeficiente  $r$  Pearson (Ver Anexo D) y la confiabilidad a través del alfa de Cronbach. (Ver Anexo E)

## **F. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Para la recolección de datos se realizó los trámites administrativos en las instancias respectivas del C.S. Fortaleza con fines de conseguir autorización para la realización de la investigación y con la coordinación de las licenciadas de enfermería a cargo de la Estrategia sanitaria nacional de crecimiento y desarrollo de niño sano.

El procedimiento propiamente dicho del recojo de información se realizara previa interacción con la madre o persona responsable que asiste con el niño a la Estrategia sanitaria nacional de crecimiento y desarrollo del Niño Sano, orientándola sobre los objetivos del estudio y utilizando su carnet de crecimiento y desarrollo. Previo a la ejecución del instrumento se observará en el en el control del niño la grafica de la curva ponderal, si el punto de intersección de edad con el peso, se encuentra en forma horizontal o descendida con respecto al control anterior.

## **G. PROCESAMIENTO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.**

Luego de la recolección de datos, estos fueron procesados mediante el uso del paquete estadístico de Excel 12, previa elaboración de la tabla de códigos y tabla matriz (Ver Anexo G e I respectivamente), presentando los resultados en gráficos estadísticos para su análisis e interpretación considerando el marco teórico.



Para la medición de la variable de estudio se aplicó la Escala de Stanones considerando los siguientes valores: (Ver Anexo J)

❖ **CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN:**

- Inadecuado = De 19 a 47.
- Adecuado = De 48 a 75.

➤ **CANTIDAD DE LA ALIMENTACIÓN.**

- Inadecuado = De 1 a 2.
- Adecuado = De 3 a 4.

➤ **FRECUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN.**

- Inadecuado = De 1 a 2.
- Adecuado = De 3 a 4.

➤ **CONSISTENCIA DE LA ALIMENTACIÓN.**

- Inadecuado = De 1 a 2.
- Adecuado = De 3 a 4.

➤ **INTERACCIÓN EN LA ALIMENTACIÓN.**

- Inadecuado = De 2 a 4.
- Adecuado = De 5 a 7.

➤ **PRACTICAS DE HIGIENE EN LA ALIMENTACIÓN.**

- Adecuado = De 6 a 8.
- Inadecuado = De 2 a 5.

**H. CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

La participación de las madres o personas encargadas de la alimentación del niño en el estudio fue de manera voluntaria, aplicando el consentimiento informado, y garantizando la confidencialidad de la información que brinden. (Ver Anexo H)

## **CAPÍTULO III**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

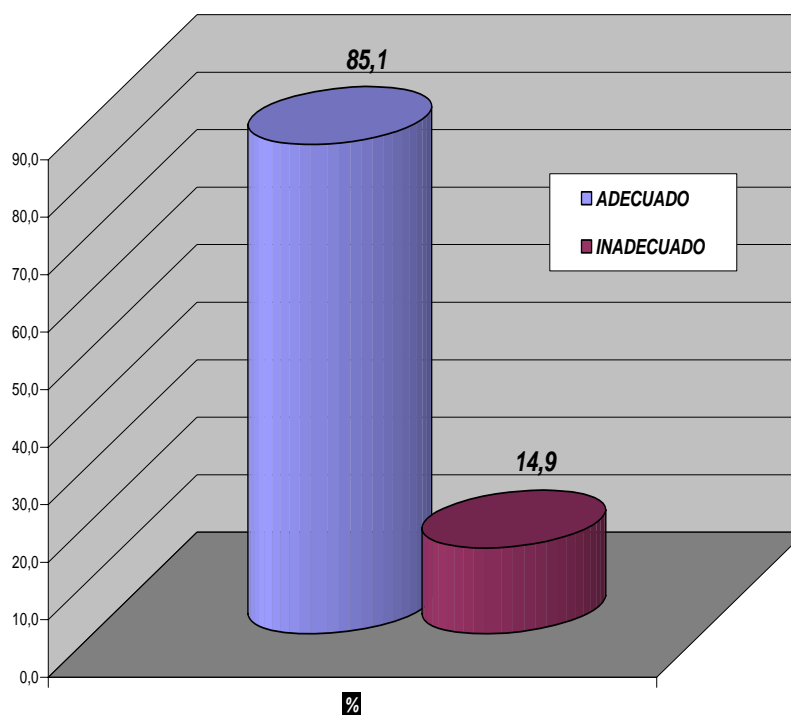
Luego de recolectados los datos, estos fueron procesados y presentados en gráficos a fin de realizar el análisis e interpretación respectivo de acuerdo al marco teórico.

Así tenemos que de 67 (100%) de niños de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal, 34 (50.7%) se encuentran entre los 9 a 12 meses de edad, 26 (38.8%) se encuentran entre los 7 a 8 meses y 7 (10.4%) son de 6 meses. (Ver Anexo K)

La transición de la lactancia materna exclusiva a la alimentación complementaria, es una etapa difícil para las personas encargadas de la alimentación del niño, debido a que pasan a la incertidumbre de no precisar exactamente que alimentos necesita el niño de acuerdo a su edad, en que forma dárselos, cuantas veces al día, que cantidad va a requerir para un crecimiento y desarrollo óptimo. A partir de los 6 meses y conforme transcurren los siguientes, la alimentación va a ir cambiando y la modalidad de administración también, por esto es difícil mantener un aumento constante del peso del niño, sobre todo hasta el año de edad, que es cuando más está propenso el niño a presentar alergias alimentarias.

## GRÁFICO N° 1

### CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO DE 6 MESES A 1 AÑO CON DÉFICIT EN LA CURVA PONDERAL. CENTRO DE SALUD FORTALEZA ENERO - FEBRERO LIMA - PERÚ 2008



*Fuente: Instrumento aplicado a las madres o encargadas de la alimentación de los niños con déficit en la curva ponderal del C.S. Fortaleza 2007.*

Así mismo la incorporación de alimentos complementarios marca una nueva fase en el desarrollo social, emocional, de conducta y en las relaciones entre la familia y las madres o personas responsables del cuidado de los niños, por ello la forma como va a iniciar y continuar la introducción de estos

alimentos es de importancia para un óptimo crecimiento y desarrollo de los infantes.

Por lo expuesto anteriormente se puede concluir que los niños menores de un año son muy propensos a presentar alguna alteración en la ganancia de peso, debido a diversos factores como el desconocimiento de la madre o encargado de la alimentación del niño sobre los alimentos que le debe dar, en que forma, la cantidad, frecuencia, consistencia, entre otros; que puede ocasionar algún tipo de desnutrición que se pueden evidenciar en el descenso de la curva ponderal presente en la graficas del carnet de control de Crecimiento y Desarrollo del niño.

Con respecto a las características de la alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal en el C.S. Fortaleza de 67 (100%), 57 (85.1%) lo presentan adecuada y 10 (14.9%) de forma inadecuada. (Ver Gráfico Nro. 1).

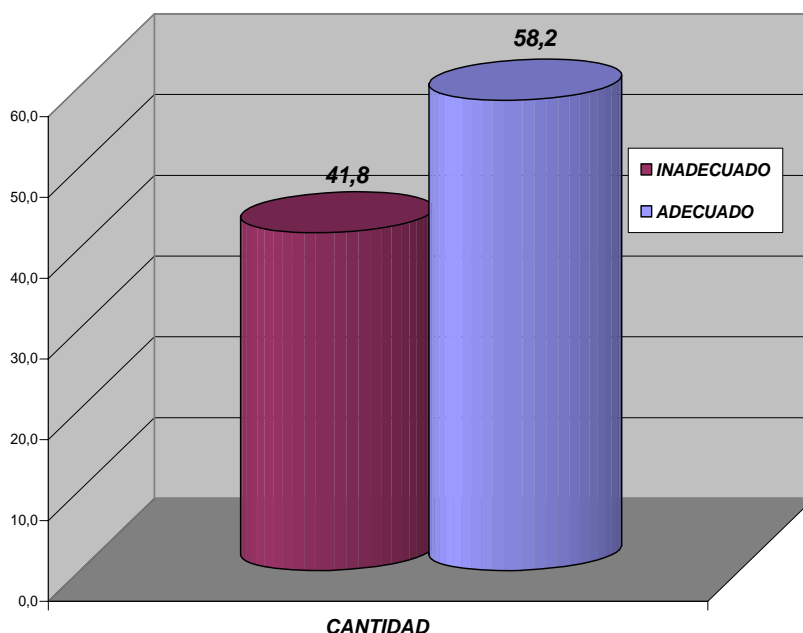
La alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año, tiene como parámetros que se deben cumplir debidamente para que brinde los aportes nutricionales necesarios para el niño de acuerdo a la edad que se encuentre y así no presentar algún retraso crónico en el crecimiento (un problema que tiene gran repercusión en el futuro y en la calidad de vida).

En este estudio se mencionan como características: La cantidad, la frecuencia, la consistencia de la alimentación, la interacción de la madre con el niño y las prácticas de higiene en la manipulación de los alimentos a administrar.

Por lo expuesto anteriormente se puede concluir que las características de la alimentación que brinda la madre o encargada de la alimentación al niño de 6 meses a 1 año, se encuentran en su mayoría adecuada (85.1), por lo que se evidencia que globalmente las características de la alimentación son adecuadas de acuerdo a la edad del niño.

## GRÁFICO N° 2

**CANTIDAD DE COMIDA QUE RECIBE EL NIÑO DE 6 MESES  
A 1 AÑO CON DÉFICIT EN LA CURVA PONDERAL  
CENTRO DE SALUD FORTALEZA  
ENERO - FEBRERO  
LIMA - PERÚ  
2008**



*Fuente: Instrumento aplicado a las madres o encargadas de la alimentación de los niños con déficit en la curva ponderal del C.S. Fortaleza 2007.*

En cuanto a la cantidad de comida que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal en el C.S. Fortaleza de 67 (100%), 39 (58.2%) niños reciben la cantidad adecuada de comida, 28 (41.8%) lo reciben de manera inadecuada. (Ver Gráfico Nro. 2)

La alimentación debe ser suficiente para satisfacer las exigencias energéticas del organismo y mantener su equilibrio La ley de la cantidad se

relaciona básicamente con el aporte energético de la dieta y su equilibrio, previene una alimentación insuficiente o excesiva.

A partir de los seis meses de edad empezara con 2 a 3 cucharadas de comida dos veces al día; entre 7 y 8 meses, se aumentara a  $\frac{1}{2}$  taza (100 g. o 3 a 5 cucharadas aproximadamente) tres veces al día; entre los 9 y 11 meses, se incrementara a  $\frac{3}{4}$  de taza (150 g. o 5 a 7 cucharadas aproximadamente, tres veces al día, mas dos entre comidas adicionales.

Por lo expuesto anteriormente se puede concluir que la mayoría de madres o encargadas de la alimentación del niño de 6 meses a 1 año, ofrecen a los niños una cantidad adecuada de alimentación, lo que expresa que están administrando los alimentos suficientes para satisfacer los requerimientos energéticos que necesita para poder crecer y obtener una ganancia de peso de acuerdo a la edad.

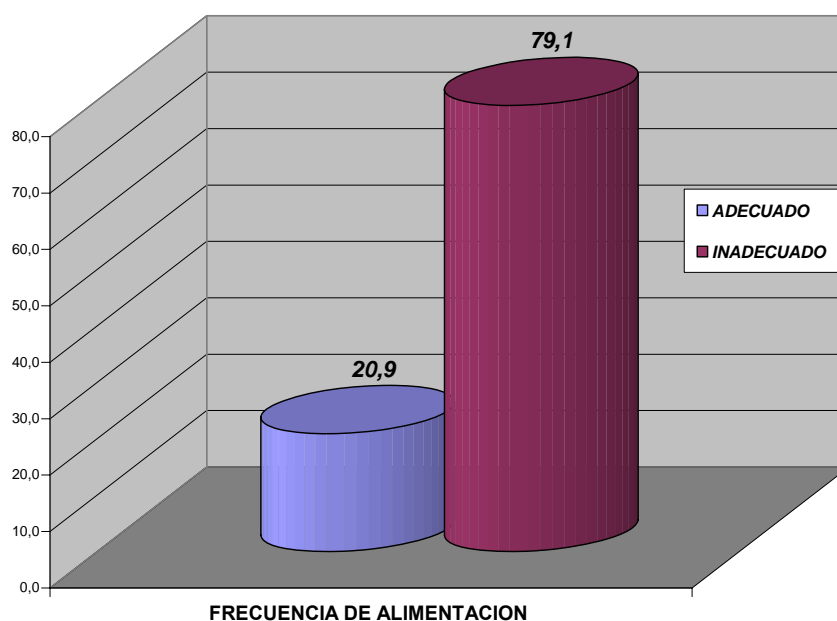
En cuanto a la frecuencia de comidas al día que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal en el C.S. Fortaleza de 67 (100%), 53 (79.1%) niños lo reciben inadecuadamente y 14 (20.9%) de forma adecuada. (Ver Gráfico Nro 3)

La frecuencia de comidas es estimada en función a la energía requerida que debe ser cubierta por los alimentos complementarios, asumiendo una capacidad gástrica de 30 gr/kg. de peso corporal y una densidad energética mínima de 0.8 Kcal/g de alimento. Si la densidad energética o la cantidad de comida administrada es baja o si al niño se le suspende la lactancia materna requerirá de un mayor número de comidas para satisfacer sus necesidades nutricionales.

La alimentación complementaria deberá distribuirse en varios tiempos de comida, que se irán incrementando gradualmente conforme crece y desarrolla el niño o niña según su edad, sin descuidar la lactancia materna.

### GRÁFICO N° 3

**FRECUENCIA DE COMIDA AL DIA QUE RECIBE EL NIÑO DE 6 MESES A 1 AÑO CON DÉFICIT EN LA CURVA PONDERAL EN EL CENTRO DE SALUD FORTALEZA ENERO - FEBRERO LIMA - PERÚ 2008**



*Fuente: Instrumento aplicado a las madres o encargadas de la alimentación de los niños con déficit en la curva ponderal del C.S. Fortaleza 2007.*

La alimentación a los seis meses empezará con 2 comidas al día y lactancia materna frecuente; entre los 7 y 8 meses, se aumentara a 3 comidas diarias y lactancia materna frecuente; entre los 9 y 11 meses, además de las 3 comidas principales deberán recibir una entre comida adicional y su leche materna; y finalmente entre los 12 y 24 meses, la alimentación quedará establecida en 3 comidas principales y dos entre comidas adicionales además de lactar, a fin de fomentar la lactancia materna hasta los 2 años.



Por lo expuesto anteriormente se puede concluir que las madres o encargadas de la alimentación del niño en su mayoría administran las comidas con una frecuencia al día de forma inadecuada (79.1%), aunque ningún niño recibió menos de 3 veces al día, sin tomar en cuenta la edad en la que se encuentre, sin embargo la frecuencia inadecuada de alimentación no facilita una ingesta de alimentos complementarios y el aporte energético para un adecuado crecimiento, exponiéndolo a enfermedades asociadas, lo cual es un riesgo el crecimiento y desarrollo del niño.

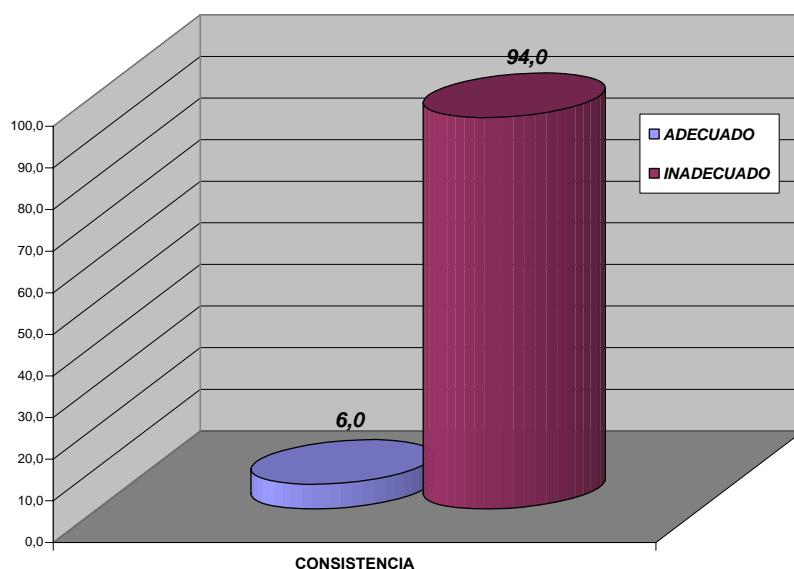
En cuanto a la consistencia de comidas al día que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal en el C.S. Fortaleza de 67 (100%), 63 (94.0%) lo reciben de manera inadecuada y 4 (6%) de forma adecuada. (Ver Grafico Nro. 4)

El avance del proceso de alimentación está asociado al desarrollo general del niño, al desarrollo de los maxilares y a la evolución de la dentición. Alrededor del sexto mes los músculos y nervios de la boca se desarrollan suficientemente para masticar, los niños a esta edad controlan mejor la lengua y pueden mover mejor la mandíbula hacia arriba y hacia abajo. Todo ello les da la madurez para recibir alimentos de consistencia más densa.

Las preparaciones líquidas (jugos, caldos, gaseosas) no contienen suficientes nutrientes porque su mayor contenido es agua. En cambio las preparaciones espesas como purés y mazamoras, tienen la ventaja de poder concentrar alto contenido nutricional en una pequeña porción para satisfacer las nutricionales del niño.

## GRÁFICO N° 4

**CONSISTENCIA DE COMIDA QUE RECIBE EL NIÑO DE 6 MESES  
A 1 AÑO CON DÉFICIT EN LA CURVA PONDERAL  
EN EL CENTRO DE SALUD FORTALEZA  
ENERO - FEBRERO  
LIMA - PERÚ  
2008**



*Fuente: Instrumento aplicado a las madres o encargadas de la alimentación de los niños con déficit en la curva ponderal del C.S. Fortaleza 2007.*

Las preparaciones deben realizarse a base de combinaciones de alimentos principales como: cereales, leguminosas (menstras), alimentos de origen animal como tubérculos, verduras, lácteos (derivados) y frutas.

A los seis meses, se iniciará con alimentos aplastados en forma de papillas, mazamoras o purés; entre los 7 y 8 meses se tendrá hacia los alimentos triturados bajo las mismas formas de preparación; entre los 9 y 11 meses, se introducirá los alimentos picados; y finalmente entre los 12 y 24 meses deberá integrarse a la alimentación de su entorno familiar.

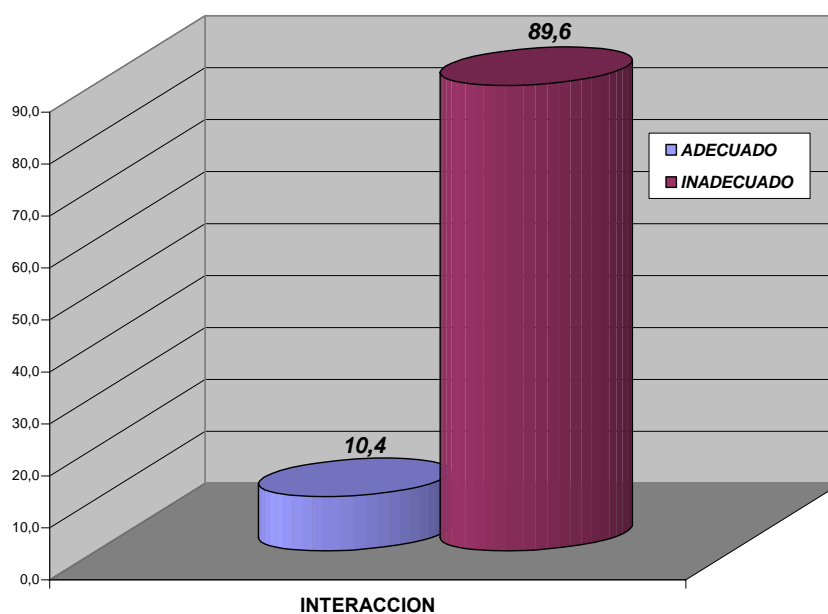
Por lo expuesto anteriormente se puede concluir que la gran mayoría de madres o encargadas de la alimentación del niño brindan una alimentación con una consistencia inadecuada (94%), de acuerdo a la edad del niño (Ver el anexo P), lo que se evidencia en que el niño no está recibiendo un contenido nutricional de acuerdo a las necesidades que requiere el organismo.

En cuanto a la interacción de la madre o encargada de la alimentación con el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal en el C.S. Fortaleza de 67 (100%), 60 (89.6%) se realiza de manera inadecuada y 7 (10.4%) es de forma adecuada. (Ver Gráfico Nro 5)

La interrelación entre el niño(a) y la madre o cuidadora durante la alimentación puede ser crítica e influenciar sobre el consumo de nutrientes. Se describe los siguientes estilos: Un “estilo controlador”, donde la madre o cuidadora decide cuando y como come el niño puede llegar a que los niños no reconozcan adecuadamente sus propias señales de apetito y autorregulación de su ingesta de energía, poniendo al niño en riesgo de sobrepeso. Otro estilo es “dejar hacer”, donde la madre o cuidadora ofrece muy poca ayuda física o poco ánimo verbal en el momento de la alimentación, aun a niños menores de un año, salvo que el niño esté enfermo o que no coma. Este estilo es frecuente en nuestra población. Y por último un estilo “interactivo” incluye comportamientos que permiten una óptima inter-relación madre o cuidadora- niño, como por ejemplo: Hablar con los niños durante las comidas, con contacto ojo a ojo, reconociendo que los momentos de comer son espacios de aprendizaje y amor.

## GRÁFICO N° 5

### INTERACCIÓN DE LA MADRE CON EL NIÑO DE 6 MESES A 1 AÑO CON DÉFICIT EN LA CURVA PONDERAL EN EL CENTRO DE SALUD FORTALEZA ENERO - FEBRERO LIMA - PERÚ 2008



*Fuente: Instrumento aplicado a las madres o encargadas de la alimentación de los niños con déficit en la curva ponderal del C.S. Fortaleza 2007.*

Dar de comer directamente a los niños pequeños y ayudar físicamente a los niños mayores cuando se alimentan solos, estando atentos y respondiendo sus señales de apetito y saciedad, minimizar las distracciones durante la comida.

Por lo expuesto anteriormente se puede concluir que la gran mayoría de las madres o encargadas de la alimentación del niño presentan una interacción inadecuada con el niño al momento de la alimentación (89.6%), con lo cual se evidencia que no existe facilidades para que el niño reciba una ingesta adecuada de alimentos y nutrientes para un óptimo incremento del peso.

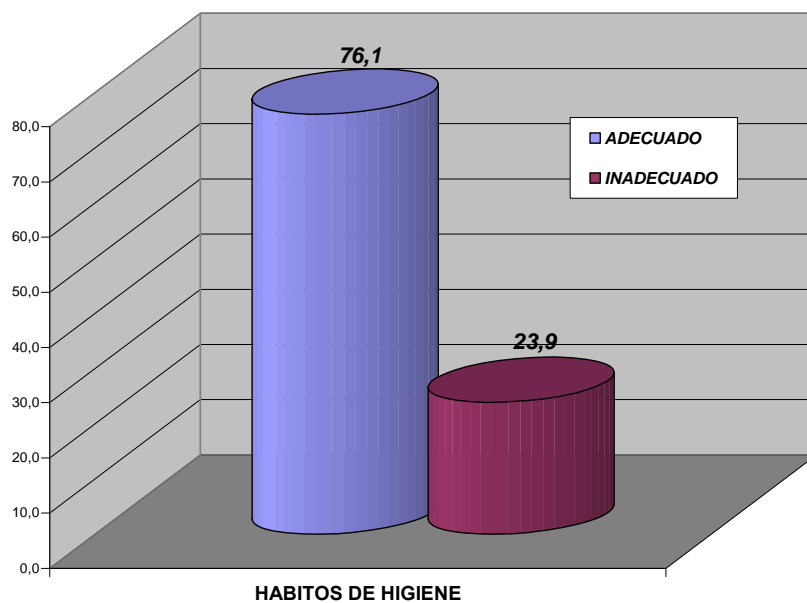
En cuanto a las prácticas\* de higiene en la alimentación que tiene la madre o cuidadora del niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal en el C.S. Fortaleza de 67 (100%), 51 (76.1%) presentan prácticas de higiene adecuadas y 16 (23.9%) realizan prácticas\* inadecuadas de higiene. (Ver Gráfico\* Nro. 6)

Las prácticas durante la alimentación son de suma importancia para la prevención de enfermedades, el cual ocasione que el niño disminuya la velocidad de su crecimiento significativamente. Por esto se debe de realizar las siguientes prácticas durante la realización de la ingesta de alimentos del niño: Lavado de manos con agua y jabón de la madre o cuidadora, antes de la preparación de los alimentos, antes de dar de comer al niño después de usar el baño o letrina y después de limpiar a un niño que ha defecado, igualmente mantener limpias las manos y la cara del niño. Mantener los alimentos tapados y servirlos inmediatamente después de prepararlos, Utilizar utensilios limpios (tazas, vasos, platos, cucharas, etc.) para preparar y servir los alimentos, conservar los alimentos en lugares seguros (libres de polvo, insectos, roedores y otros animales), para evitar la contaminación de los mismos entre otros.

Por lo expuesto anteriormente se puede concluir que la mayoría de madres o personas encargadas de la alimentación del niño realizan prácticas de higiene adecuadas (76.1%), siendo convenientes e importantes en la prevención de enfermedades, y por ende evitará que disminuya la velocidad de su crecimiento, lo se refleja en la talla y el peso del niño.

## GRÁFICO N° 6

**PRÁCTICAS DE HIGIENE QUE RECIBE EL NIÑO DE 6 MESES  
A 1 AÑO CON DEFICIT EN LA CURVA PONDERAL.  
CENTRO DE SALUD FORTALEZA  
ENERO - FEBRERO  
LIMA - PERÚ  
2008**



*Fuente: Instrumento aplicado a las madres o encargadas de la alimentación de los niños con déficit en la curva ponderal del C.S. Fortaleza 2007.*

## **CAPÍTULO IV**

### **CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES**

#### **A. CONCLUSIONES.**

Las conclusiones a las que se llegó, luego de realizado el presente estudio son:

- ❖ Las características de la alimentación son adecuadas para la mayoría de niños de 6 meses a 1 año 57 (85.1%). teniendo como condiciones favorables la cantidad de la alimentación (58.2%) y las prácticas\* de higiene que realiza la madre o cuidadora durante la alimentación del niño (76.1%). Los que se encuentran en condición inadecuada son la frecuencia (79.1%), consistencia (94.0%) y la interacción de la madre o cuidadora en el momento de la alimentación con el niño (89.6%).
  
- ❖ En relación a la cantidad, la mayoría de las madres o encargadas de la alimentación del niño de 6 meses a 1 año, ofrecen una cantidad adecuada de alimentación de acuerdo a la edad del menor, favoreciendo un adecuado incremento del peso.

- ❖ En cambio la frecuencia de la alimentación en la mayoría de madres o encargadas de la alimentación del niño de 6 meses a 1 año, administran comidas con una frecuencia al día de forma inadecuada (79.1%), limitando la ingesta de alimentos complementarios y de su aporte energético.
- ❖ La mayoría de madres o encargadas de la alimentación del niño brindan una alimentación con una consistencia inadecuada (94%), de acuerdo a la edad del niño por lo que no reciben el contenido nutricional adecuado de acuerdo a las necesidades que requiere el niño.
- ❖ La mayoría de las madres o encargadas de la alimentación del niño presentan una interacción inadecuada con el niño al momento de la alimentación (89.6%), por lo que no favorece a una ingesta adecuada de alimentos y nutrientes para un óptimo incremento del peso.
- ❖ La mayoría de madres o personas encargadas de la alimentación del niño realizan prácticas de higiene adecuadas (76.1%), siendo conveniente e importante en la prevención de enfermedades, y por ende se evita la disminución de la velocidad de su crecimiento reflejándose en la talla y el peso del niño.

## **B. RECOMENDACIONES.**

Las recomendaciones derivadas del presente estudio son:

- Diseñar y/o implementar estrategias de consejería a profundidad dirigidas a las madres o encargadas del cuidado del niño sobre la



alimentación complementaria, contribuyendo así a la disminución del riesgo de presentar alguna alteración en el crecimiento del niño a estas edades.

- Realizar estudios de tipo cualitativo en los diferentes distritos de Lima, para profundizar en el tema y conocer diversas realidades.

### **C. LIMITACIONES.**

La limitación del presente estudio es:

- La limitación del presente estudio está dado a que las conclusiones solo pueden ser generalizadas en la población de estudio, en los niños de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal en la Estrategia Sanitaria Nacional de Crecimiento y Desarrollo del C.S. Fortaleza.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Revista de Pediatría. Alimentación del niño menor de 2 años. Recomendaciones de la Rama de Nutrición de la Sociedad e Pediatría. 2005.
- (2) Brines, J. Introducción a la nutrición Infantil. 2001. Pág. 23.
- (3) Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria Nutricional y el Instituto Nacional de Salud en el año 2004.
- (4) The Lancet. Importancia de la Lactancia materna y la Alimentación complementaria. 2004.
- (5) [www.alimentacionsana.org](http://www.alimentacionsana.org). Alimentación de 6 meses a 12 meses. 2003.
- (6) Cárdenas Castillo, Catherine Jannina. Actitud de las madres hacia la alimentación complementaria y estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses en el Centro de Salud “Chancas de Andahuaylas.” Santa Anita. 2004. Lima – Perú. Pág. 46.
- (7) Valderrama Guevara, Alena Francisca. Factores de riesgo para la curva Plana de Crecimiento en niños de 6 meses a 2 años que asisten al consultorio externo de Pediatría del Centro de Salud Laura Rodríguez Dulanto, Comas”: Lima Perú. 2003. Pág. 53.
- (8) Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria Nutricional, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú. 2003.

- (9) Gómez Laureano, Betty y Montaña Zabala, Maricela. Nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria para prevenir anemias en lactantes internados en el Hospital Essalud A.D.U y P San Juan de Lurigancho – Lima. Febrero de 2006.
- (10) Burgos Zapata, Gabriela et al. Características de la alimentación e ingesta de nutrientes de los niños entre 6 y 24 meses de la comunidad urbano marginal Nieveria - Lima. 2004.
- (11) García de Lima Parada, Cristina Maria y col. Prácticas de alimentación complementaria en niños dentro del primer año de vida en la región de Botucatu – Brasil 2004.
- (12) MINSA. Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú. 2004. Pág. 47.
- (13) Nro.12 Pág. 47.
- (14) MINSA. Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú. 2004. Pág. 48.
- (15) Hernández Aguilar MT. Alimentación Complementaria. Curso de Actualización Pediatría Madrid: AEPap. 2006. Pág. 254.
- (16) MINSA. Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú. 2004. Pág. 50
- (17) Nro. 16. Pág. 48.
- (18) Nro. 13. Pág. 47.
- (19) [www.eufic.org/article](http://www.eufic.org/article). Nutrición en niños y adolescentes. Fecha de acceso noviembre 2007.

- (20) Revista Chilena de Nutrición. Crecimiento normal y patológico del niño y del adolescente, 2003. Pág. 4.
- (21) Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Alimentación complementaria en niños mayores de 6 meses de edad. Bases técnicas. México. 2006.
- (22) Hernández Aguilar MT. Alimentación Complementaria. Curso de Actualización Pediatría. Madrid: AEPap. 2006. Pág. 250
- (23) Ramírez Nela. Alimentación de niños durante el primer año de vida. 2007

## BIBLIOGRAFÍA

- ❖ **BRINES, J.** Introducción de la Nutrición Infantil. España: Generalitat Valenciana. 2001.
- ❖ **HERNANDEZ, S. Roberto y Col.** Metodología de la Investigación. México: McGraw – Hill Interamericana.
- ❖ **MAHAN KATHLEEN.** Krause – Nutrición y Dietoterapia. 10 ed. México: Mac Graw – Hill Interamericana. 2001.
- ❖ **MARGARET CAMERON.** Manual para la alimentación de infantes y Niños pequeño. México: Pax S. A. 1999.
- ❖ **MEDRANO RIOS, Mery.** Guía de Atención para el menor de 5 años. Lima: Grafitec – Perú. 2002.
- ❖ **M.I.N.S.A. – I.N.S.** Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú. Lima – Perú. 2004.
- ❖ **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.** Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida. Programa Ampliado de Libros y Textos (PALTEX). 1999.

# ***ANEXOS***

## INDICE DE ANEXOS

<b>ANEXO</b>		<b>Pág.</b>
<b>A</b>	Operacionalización de la Variable	<b>I</b>
<b>B</b>	Instrumento	<b>VII</b>
<b>C</b>	Tabla de Concordancia	<b>XI</b>
<b>D</b>	Validez del Instrumento	<b>XII</b>
<b>E</b>	Cálculo del Coeficiente de Confiabilidad Alfa – Crombach	<b>XIV</b>
<b>F</b>	Determinación del Tamaño de la Muestra	<b>XV</b>
<b>G</b>	Tabla de Códigos	<b>XVI</b>
<b>H</b>	Consentimiento Informado	<b>XXV</b>
<b>I</b>	Matríz General	<b>XXVI</b>
<b>J</b>	Medición de la Variable	<b>XXXI</b>
<b>K</b>	Grupo etéreo de los niños con déficit en la curva ponderal en el centro de salud Fortaleza. Enero-Febrero. Lima-Perú 2008	<b>XXXIV</b>

<b>ANEXO</b>		<b>Pag.</b>
<b>L</b>	Edad de Inicio de la alimentación complementaria de los niños con déficit en la curva ponderal en el centro de salud Fortaleza. Enero-Febrero. Lima-Perú 2008.	<b>XXXV</b>
<b>M</b>	Razones por lo que el niño de 6 meses a 1 año no aumenta el peso adecuadamente en el centro de salud Fortaleza. Enero-Febrero. Lima-Perú. 2008.	<b>XXXVI</b>
<b>N</b>	Cantidad de comida que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal en el centro de salud Fortaleza. Enero-Febrero. Lima-Perú. 2008.	<b>XXXVII</b>
<b>O</b>	Frecuencia de comida al día que recibe el niño con déficit en la curva ponderal en el centro de salud Fortaleza. Enero-Febrero. Lima-Perú. 2008.	<b>XXXVIII</b>
<b>P</b>	Frecuencia de ingesta de alimentos a la semana de los niños con déficit en la curva ponderal en el centro de salud Fortaleza Enero-Febrero. Lima-Perú. 2008.	<b>XXXIX</b>
<b>Q</b>	Consistencia de comida al que recibe el niño con déficit en la curva ponderal en el centro de salud Fortaleza. Enero-Febrero. Lima-Perú. 2008.	<b>XL</b>



<b>R</b>	Presentación de comidas que recibe el Niño con déficit en la curva ponderal en el Centro de salud Fortaleza. Enero-Febrero Lima-Perú. 2008.	<b>XLI</b>
<b>S</b>	Interacción de la madre en la alimentación con el niño con déficit en la curva ponderal en el centro de salud Fortaleza Enero - Febrero. Lima-Perú. 2008.	<b>XLII</b>
<b>T</b>	Entorno en la alimentación del niño con déficit en la curva ponderal en el centro de salud Fortaleza. Enero-Febrero. Lima - Perú 2008	<b>XLIII</b>
<b>U</b>	Practicas de higiene de la madre en la alimentación con el niño con déficit en la curva ponderal en el centro de salud Fortaleza. Enero-Febrero. Lima-Perú. 2008.	<b>XLIV</b>
<b>V</b>	Hábitos de higiene de la madre al brindar los alimentos al niño con déficit en la curva ponderal en el centro de salud Fortaleza. Enero-Febrero. Lima-Perú. 2008.	<b>XLV</b>

## ANEXO A

### OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Definición Operacional	Valor final
Características de la alimentación que recibe el niño de 6	La alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año, tiene como parámetros que se	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cantidad de la alimentación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ De 6 a 7 meses: 2 a 3 cucharadas.</li> <li>○ De 7 a 8 meses: 3 a 5 cucharadas o 100 gr. (1/2 taza).</li> </ul>	La alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con alteración en las características que	Adecuadas







### MATRIZ OPERACIONAL DE LA VARIABLE

Valor Final que adopta la Variable	Criterios para asignar el Valor	Procedimiento para la Recolección de Datos	Técnica e Instrumento de recolección	Escala de medición
<p>El valor final que adopta la variable</p> <p>Características de la alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal hacia la</p>	<p>El criterio para asignar el valor:</p> <p>Adecuado e Inadecuado será de acuerdo al puntaje obtenido en las encuestas.</p> <p>Luego de</p>	<p>Para iniciar la recolección de datos se solicitó la autorización del área de estudio, mediante una carta de presentación, dirigida al médico jefe del C.S. Fortaleza, a fin de obtener facilidades pertinentes para</p>	<p>Técnica: Encuesta.</p> <p>Instrumento:</p>	<p>Ordinal</p>

<p>investigación es:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adecuadas.</li> <li>• Inadecuadas.</li> </ul>	<p>analizarlas serán ubicadas en la escala de stanones para determinar los intervalos de clase en la campana de gauss y serán catalogados según su puntaje usando la constante 0.75 se pudo determinar 2 valores: ADECUADO e INADECUADO.</p>	<p>la realización del presente estudio, con un tiempo de duración de 15 minutos por cada instrumento, además de pedir el consentimiento informado de la persona sujeta a estudio.</p>	<p>Formulario Tipo Cuestionario.</p>	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------	--

## **ANEXO B**

### **INSTRUMENTO**

#### **I) PRESENTACIÓN:**

Señora, buen día, soy estudiante de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, estoy realizando un trabajo de investigación en coordinación con la enfermera de la Estrategia Sanitaria de Crecimiento y Desarrollo de Niño Sano de esta institución, con el objetivo de: Determinar las características de la alimentación que recibe el niño de seis meses a un año que presenta un aumento inadecuado de su peso.

La entrevista durara aproximadamente 15 minutos, las preguntas son muy sencillas de responder, además dicha la información que brinde es de forma anónima y confidencial. Se espera que sus respuestas sean veraces y de antemano se agradece su colaboración.

#### **II. INSTRUCCIONES:**

A continuación se le realizara unas preguntas, las cuales Ud. responderá con total veracidad y de manera clara.

#### **III. INFORMACIÓN GENERAL:**

##### **A. Datos Generales del niño:**

1. Edad actual del niño: .....
2. Peso al nacer y actual del niño: .....
3. Talla al nacer y actual del niño: .....
4. Ganancia de peso: Ascendente ( ), Horizontal ( ), Descendente ( )

#### **IV. CONTENIDO:**

1. **¿A que edad empezó a comer alimentos, aparte de la leche materna?**
  - a. 4 meses o menos.
  - b. 5 meses.



- c. 6 meses.
- d. 7 meses o más.

**2. El niño no aumento su peso adecuadamente: ¿Por qué?**

- a. Falta de apetito.
- b. No le da de comer lo suficiente.
- c. Ignora lo que le debe dar.
- d. Otra respuesta: especificar: .....

**3. Por cada comida ¿Qué cantidad de comida (en cucharadas), le da al niño, aparte de la leche materna?**

- a. De 2 a 3 cucharadas.
- b. De 3 a 5 cucharadas.
- c. De 5 a 7 cucharadas.
- d. Otra respuesta: especificar:.....

**4. ¿Cuántas veces al día le da de comer al niño, aparte de la leche materna?**

- a. 2 veces.
- b. 3 veces.
- c. 4 veces.
- d. 5 veces o más.

**5. Frecuencia de consumo de alimentos.**

Alimentos	Frecuencia			
	No consume	1 o 2 v/semana	Interdiario	Diario
Cereales (arroz, fideos, trigo)				
Tubérculos (papa, camote, yuca)				
Verduras (zapallo, zanahoria)				

Frutas (plátano, papaya, pera)				
Carnes (pollo, res pescado)				
Vísceras de pollo (Hígado, bazo)				
Huevo				
Aceite, mantequilla				

**6. ¿Cuántas veces al día el niño ingiere leche materna?**

- b. No ingiere.
- c. De 1 a 2 veces.
- d. De 3 a 4 veces.
- e. De 5 veces o más.

**7. ¿Que prefiere darle al niño?**

- a. Solo Sopa o caldos.
- b. Solo segundo.
- c. Segundo y sopa.
- d. Segundo y frutas.

**8. ¿Como le da los alimentos al niño?**

- a. Aplastados.
- b. Triturados.
- c. Licuados.
- d. Picados (En trozos).

**9. ¿Como es la relación de la madre o la encargada de la alimentación con el niño?**

- a. Le impone lo que debe comer y los horarios de la alimentación.
- b. Ofrece libertad al niño para adecuarse a sus alimentos y a sus horarios.

- c. Ofrece alimentos con paciencia y anima al niño a comer sin forzarlo.
- d. Otra respuesta: Especificar:.....

**10. ¿El entorno del niño en el momento de la ingesta de alimentos es?**

- a. Existen factores que distraen la atención del niño.
- b. Cuenta con un ambiente que estimule el apetito del niño.
- c. Otra respuesta: Especificar:.....

**11. ¿Qué practicas de higiene realiza frecuentemente para alimentar al niño?**

- a. Se lava las manos antes y después de darle de comer al niño.
- b. Tose o estornuda sobre los alimentos.
- c. Cocina con los cabellos sueltos y anillos en las manos.
- d. Por la falta de tiempo obvia el aseo de los alimentos.

**12. ¿Cuándo le da de comer al niño, frecuentemente?**

- a. Coge los platos por dentro al momento de servirlo.
- b. Se asegura que el plato y los cubiertos estén bien limpios y secos.
- c. Coge dinero u otros objetos al momento de cocinar o de servir los alimentos.
- d. Le da comida recalentada la mayoría de veces.

**Gracias por su colaboración.**

## ANEXO C

**TABLA DE CONCORDANCIA  
PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS**

Nº de preguntas	Nº de Jueces Expertos								p
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	1	1	1	1	1	1	1	1	.
3. La estructura del instrumento es adecuado.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4. Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6. Los ítems son claros y entendibles.	1	1	1	1	1	1	0	1	0.035
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	1	1	1	1	0	1	1	1	0.035

P < 0.05 la concordancia es significativa

**Favorable = 1 (SI)**

**Desfavorable = 0 (NO)**

## ANEXO D

### VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Para la validez, se solicitó la opinión de jueces expertos, además de la Tabla de Correlación del Coeficiente de R-Pearson.

#### Coeficiente de correlación R de Pearson: Correlación ítem - test

$$R_{xy} = \frac{N\sum xy - (\sum x)(\sum y)}{(N\sum x^2 - (\sum x)^2) (N\sum y^2 - (\sum y)^2)}$$

Donde:

- **N** : Tamaño del conjunto x e y.
- $\sum x$  : Sumatoria de puntajes simples de la variable x.
- $\sum y$  : Sumatoria de puntajes simples de la variable y.
- $\sum y^2$ : Sumatoria de puntajes al cuadrado de los puntajes de la variable y.
- $\sum x^2$ : Sumatoria de puntajes al cuadrado de los puntajes de la variable x.
- **Rxy**: Coeficiente de regresión el conjunto x é y.

Este coeficiente permitió conocer la validez de cada ítem, como se muestra en el siguiente cuadro:

#### VARIABLE CARACTERISTICAS DE LA ALIMENTACION.

Nº de Ítem	R. de Pearson	Nº de Ítem	R. de Pearson
1	0,20	11	0,64
2	0,21	12	0,35
3	0,33	13	0,78
4	0,33	14	0,43
5	0,20	15	0,51

6	0,36	16	0,66
7	0,55	17	0,59
8	0,30	18	0,40
9	0,35	19	0,64
10	0,85	20	0,35

Para que exista validez,  $r > 0,20$ . Por lo tanto este instrumento para la medición de las Características de la alimentación es válido en cada uno de sus ítems.

## ANEXO E

### CÁLCULO DEL COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD ALFA-CRONBACH

#### PROCEDIMIENTO

Sobre la base de la varianza de los ítems, aplicando la siguiente fórmula:

$$\alpha = \left( \frac{k}{k-1} \right) \left( 1 - \frac{\sum s^2_i}{s^2_T} \right)$$

Donde:

- **N** : Es el número de ítems de la escala.
- $\sum s^2$ : Es la sumatoria de las varianzas de los ítems.
- $s^2$  : x es la varianza de toda la escala.

$$\alpha = \left( \frac{67}{66} \right) \left( 1 - \frac{16.636}{45.057} \right) = 1.015 (0.630) = 0.640$$

$$\alpha = 0.64$$

$\alpha \geq 0.60$  instrumento confiable.

## ANEXO F

### DETERMINACION DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para el cálculo de la muestra se apela a la siguiente fórmula:

$$n = Z^2 \frac{N \cdot p \cdot q}{i^2 (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

**Donde:**

- **n** : Es el tamaño muestral.
- **N** : Es el tamaño de la población de 246 son los niños con alteraciones nutricionales por año.
- **Z** : Es el valor correspondiente a la distribución de Gauss de 1.96.
- **p** : Proporción esperada de la característica a evaluar de 0.5.
- **q** : Es 1-p (q = 0.5).
- **i** : Es el error de muestreo de 0.1.

$$n = \frac{(1.96)^2 (221) (0.5) (0.5)}{(0.1)^2 (221-1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)} = \frac{212.16}{3.16} = 67.1$$

$$n = 67$$



## ANEXO G

### TABLA DE CODIGOS

#### I. DATOS GENERALES

1. 6 meses = 1  
7-8 meses = 2  
9-12 meses = 3
2. Ascendente = 1  
Horizontal = 2  
Descendente = 3

#### II. DATOS ESPECIFICOS:

##### A. EDAD: 6 MESES.

3. 1 = a  
2 = b  
4 = c  
3 = d
4. 1 = a  
2 = b  
3 = c  
4 = d
5. 4 = a  
3 = b  
2 = c  
1 = d
6. 4 = a  
3 = b  
2 = c

$$1 = d$$

7. 7.1.  $1 = a$

$$2 = b$$

$$3 = c$$

$$4 = d$$

7.2.  $1 = a$

$$2 = b$$

$$3 = c$$

$$4 = d$$

7.3.  $1 = a$

$$2 = b$$

$$3 = c$$

$$4 = d$$

7.4.  $1 = a$

$$2 = b$$

$$3 = c$$

$$4 = d$$

7.5.  $1 = a$

$$2 = b$$

$$3 = c$$

$$4 = d$$

7.6.  $1 = a$

$$2 = b$$

$$3 = c$$

$$4 = d$$

7.7.  $1 = a$

$$2 = b$$

$$3 = c$$

$$4 = d$$

7.8.  $1 = a$

$$2 = b$$

$$3 = c$$

$$4 = d$$

**8.**  $1 = a$

$$2 = b$$

$$3 = c$$

$$4 = d$$

**9.**  $1 = a$

$$3 = b$$

$$2 = c$$

$$4 = d$$

**10.**  $4 = a$

$$2 = b$$

$$3 = c$$

$$1 = d$$

**11.**  $2 = a$

$$1 = b$$

$$4 = c$$

$$3 = d$$

**12.**  $1 = a$

$$3 = b$$

$$2 = c$$

**13.**  $4 = a$

$$2 = b$$

$$3 = c$$

$$1 = d$$

**14.**  $2 = a$

$$4 = b$$

$$1 = c$$

$$3 = d$$

**B. EDAD: 7 A 8 MESES.**

**3.**  $1 = a$

$$2 = b$$

$$4 = c$$

$$3 = d$$

**4.**  $1 = a$

$$2 = b$$

$$3 = c$$

$$4 = d$$

**5.**  $2 = a$

$$4 = b$$

$$3 = c$$

$$1 = d$$

**6.**  $1 = a$

$$4 = b$$

$$3 = c$$

$$2 = d$$

**7. 7.1.**  $1 = a$

$$2 = b$$

$$3 = c$$

$$4 = d$$

7.2.  $1 = a$

$$2 = b$$

$$3 = c$$

$$4 = d$$

7.3.  $1 = a$

$$2 = b$$

$$3 = c$$

$$4 = d$$

7.4.  $1 = a$

$$2 = b$$

$$3 = c$$

$$4 = d$$

7.5.  $1 = a$

$$2 = b$$

$$3 = c$$

$$4 = d$$

7.6.  $1 = a$

$$2 = b$$

$$3 = c$$

$$4 = d$$

7.7.  $1 = a$

$$2 = b$$

$$3 = c$$

$$4 = d$$

7.8.  $1 = a$

$$2 = b$$

$$3 = c$$

$$4 = d$$

**8.**  $1 = a$

$$2 = b$$

$$3 = c$$

$$4 = d$$

**9.**  $1 = a$

$$2 = b$$

$$3 = c$$

$$4 = d$$

**10.**  $3 = a$

$$4 = b$$

$$2 = c$$

$$1 = d$$

**11.**  $2 = a$

$$1 = b$$

$$4 = c$$

$$3 = d$$

**12.**  $1 = a$

$$3 = b$$

$$2 = c$$

**13.**  $4 = a$

$$2 = b$$

$$3 = c$$

$$1 = d$$

**14.**  $2 = a$

$$4 = b$$

$$1 = c$$

$$3 = d$$

**B. EDAD: 9 A 12 MESES.**

**3.**  $1 = a$

$$2 = b$$

$$4 = c$$

$$3 = d$$

**4.**  $1 = a$

$$2 = b$$

$$3 = c$$

$$4 = d$$

**5.**  $1 = a$

$$2 = b$$

$$4 = c$$

$$3 = d$$

**6.**  $1 = a$

$$2 = b$$

$$3 = c$$

$$4 = d$$

**7.** 7.1.  $1 = a$

$$2 = b$$

$$3 = c$$

$$4 = d$$

7.2.  $1 = a$

$$2 = b$$

$$3 = c$$

$$4 = d$$

7.3.  $1 = a$   
 $2 = b$   
 $3 = c$   
 $4 = d$

7.4.  $1 = a$   
 $2 = b$   
 $3 = c$   
 $4 = d$

7.5.  $1 = a$   
 $2 = b$   
 $3 = c$   
 $4 = d$

7.6.  $1 = a$   
 $2 = b$   
 $3 = c$   
 $4 = d$

7.7.  $1 = a$   
 $2 = b$   
 $3 = c$   
 $4 = d$

7.8.  $1 = a$   
 $2 = b$   
 $3 = c$   
 $4 = d$

8.  $1 = a$   
 $4 = b$



$$3 = c$$

$$2 = d$$

**9.**  $1 = a$

$$2 = b$$

$$3 = c$$

$$4 = d$$

**10.**  $3 = a$

$$2 = b$$

$$1 = c$$

$$4 = d$$

**11.**  $2 = a$

$$1 = b$$

$$4 = c$$

$$3 = d$$

**12.**  $1 = a$

$$3 = b$$

$$2 = c$$

**13.**  $4 = a$

$$2 = b$$

$$3 = c$$

$$1 = d$$

**14.**  $2 = a$

$$4 = b$$

$$1 = c$$

$$3 = d$$

## ANEXO H

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada "-----", habiendo sido informada (o) del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que la investigación utilizara adecuadamente dicha información asegurándose la máxima confidencialidad.

Firma.....

DNI .....

#### COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimada joven usuaria (o):

La investigación o el estudio para la cual Ud. ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado, se compromete con Ud. a guardar la máxima confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de mejorar la situación existente y no le perjudicaran en lo absoluto.

Atte.

.....  
**Homero Barba Torres**  
AUTOR DEL ESTUDIO

# ANEXO I

## MATRIZ GENERAL

Nº Pacientes	ÍTEMS																			Σ
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
1	4	1	3	3	2	2	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	2	4	4	61
2	4	1	4	4	2	4	4	4	4	3	2	4	3	4	3	2	1	4	3	60
3	4	1	4	4	3	3	4	3	2	4	1	3	4	4	3	1	1	4	4	57
4	1	2	4	4	3	3	3	4	2	1	1	1	4	1	3	2	1	1	3	44
5	2	3	1	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	1	3	1	1	4	3	55
6	1	3	2	2	3	3	3	4	4	4	2	4	4	4	3	2	1	1	4	54
7	4	1	4	4	2	4	1	4	1	2	2	1	2	3	3	4	1	4	4	51
8	4	1	3	2	3	3	2	4	2	1	2	1	1	2	4	2	1	4	3	45
9	1	3	2	4	4	4	4	4	2	4	1	3	4	4	4	1	3	4	4	60
10	4	1	2	3	2	3	4	4	3	2	2	3	1	2	3	2	3	4	4	52
11	1	3	2	4	4	4	4	4	2	4	1	3	4	4	4	1	3	4	4	60
12	1	3	2	4	4	4	4	4	2	4	1	3	4	4	4	1	3	4	4	60

<b>13</b>	1	3	2	4	4	4	4	4	2	4	1	3	4	4	4	1	3	4	4	60
<b>14</b>	1	1	2	2	1	1	3	3	1	3	3	4	3	3	3	2	1	4	3	44
<b>15</b>	4	3	3	3	4	3	4	4	4	2	1	2	4	1	1	2	1	2	1	49
<b>16</b>	4	1	3	3	2	2	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	2	4	4	61
<b>17</b>	4	1	4	4	2	4	4	4	4	3	2	4	3	4	3	2	1	4	3	60
<b>18</b>	1	3	2	4	4	4	4	4	2	4	1	3	4	4	4	1	3	4	4	60
<b>19</b>	1	2	4	4	3	3	3	4	2	1	1	1	4	1	3	2	1	1	3	44
<b>20</b>	1	3	2	4	4	4	4	4	2	4	1	3	4	4	4	1	3	4	4	60
<b>21</b>	1	3	2	4	4	4	4	4	2	4	1	3	4	4	4	1	3	4	4	60
<b>22</b>	1	3	2	4	4	4	4	4	2	4	1	3	4	4	4	1	3	4	4	60
<b>23</b>	4	1	3	2	3	3	2	4	2	1	2	1	1	2	4	2	1	4	3	45
<b>24</b>	1	3	2	4	4	4	4	4	2	4	1	3	4	4	4	1	3	4	4	60
<b>25</b>	1	3	2	4	4	4	4	4	2	4	1	3	4	4	4	1	3	4	4	60
<b>26</b>	1	3	2	4	4	4	4	4	2	4	1	3	4	4	4	1	3	4	4	60
<b>27</b>	4	3	2	4	4	3	2	4	2	2	1	2	3	2	3	2	1	4	4	52
<b>28</b>	4	3	2	2	3	3	3	4	2	4	2	4	3	3	3	2	1	4	1	53
<b>29</b>	1	1	2	2	1	1	3	3	1	3	3	4	3	3	3	2	1	4	3	44

<b>29</b>	4	3	3	3	4	3	4	4	4	2	1	2	4	1	1	2	1	2	1	49
<b>30</b>	4	1	3	3	2	2	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	2	4	4	61
<b>31</b>	4	1	4	4	2	4	4	4	4	3	2	4	3	4	3	2	1	4	3	60
<b>32</b>	4	1	4	4	3	3	4	3	2	4	1	3	4	4	3	1	1	4	4	57
<b>33</b>	1	2	4	4	3	3	3	4	2	1	1	1	4	1	3	2	1	1	3	44
<b>34</b>	1	3	2	4	4	4	4	4	2	4	1	3	4	4	4	1	3	4	4	60
<b>35</b>	1	3	2	2	3	3	3	4	4	4	2	4	4	4	3	2	1	1	4	54
<b>36</b>	4	1	4	4	2	4	1	4	1	2	2	1	2	3	3	4	1	4	4	51
<b>37</b>	4	1	3	2	3	3	2	4	2	1	2	1	1	2	4	2	1	4	3	45
<b>38</b>	1	3	2	4	4	4	4	4	2	4	1	3	4	4	4	1	3	4	4	60
<b>39</b>	4	1	2	3	2	3	4	4	3	2	2	3	1	2	3	2	3	4	4	52
<b>40</b>	1	3	2	4	4	4	4	4	2	4	1	3	4	4	4	1	3	4	4	60
<b>41</b>	4	3	2	4	4	3	2	4	2	2	1	2	3	2	3	2	1	4	4	52
<b>42</b>	4	3	2	2	3	3	3	4	2	4	2	4	3	3	3	2	1	4	1	53
<b>43</b>	1	1	2	2	1	1	3	3	1	3	3	4	3	3	3	2	1	4	3	44
<b>44</b>	4	3	3	3	4	3	4	4	4	2	1	2	4	1	1	2	1	2	1	49
<b>45</b>	4	1	3	3	2	2	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	2	4	4	61

46	1	2	4	4	3	3	3	4	2	1	1	1	4	1	3	2	1	1	3	44
47	4	1	3	3	2	2	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	2	4	4	61
48	1	2	4	4	3	3	3	4	2	1	1	1	4	1	3	2	1	1	3	44
49	4	3	3	3	4	3	4	4	4	2	1	2	4	1	1	2	1	2	1	49
50	4	1	4	4	2	4	1	4	1	2	2	1	2	3	3	4	1	4	4	55
51	4	1	4	4	2	4	1	4	1	2	2	1	2	3	3	4	1	4	4	51
52	4	1	3	2	3	3	2	4	2	1	2	1	1	2	4	2	1	4	3	45
53	1	3	2	4	4	4	4	4	2	4	1	3	4	4	4	1	3	4	4	60
54	1	2	4	4	3	3	3	4	2	1	1	1	4	1	3	2	1	1	3	48
55	4	1	4	4	2	4	1	4	1	2	2	1	2	3	3	4	1	4	4	55
56	4	1	3	2	3	3	2	4	2	1	2	1	1	2	4	2	1	4	3	49
57	1	1	2	2	1	1	3	3	1	3	3	4	3	3	3	2	1	4	3	48
58	4	1	4	4	3	3	4	3	2	4	1	3	4	4	3	1	1	4	4	61
59	1	2	4	4	3	3	3	4	2	1	1	1	4	1	3	2	1	1	3	48
60	1	2	4	4	3	3	3	4	2	1	1	1	4	1	3	2	1	1	3	44
61	1	2	4	4	3	3	3	4	2	1	1	1	4	1	3	2	1	1	3	44
62	4	1	3	2	3	3	2	4	2	1	2	1	1	2	4	2	1	4	3	45

<b>63</b>	1	2	4	4	3	3	3	4	2	1	1	1	4	1	3	2	1	1	3	44
<b>64</b>	1	2	4	4	3	3	3	4	2	1	1	1	4	1	3	2	1	1	3	44
<b>65</b>	4	1	3	3	2	2	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	2	4	4	61
<b>66</b>	4	1	3	3	2	2	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	2	4	4	61
<b>67</b>	4	1	3	3	2	2	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	2	4	4	61

## ANEXO J

### MEDICIÓN DE LA VARIABLE ESCALA DE STANONES

Para la medición de las características de la alimentación de niños de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal, se utilizó la campana de GAUSS, usando la constante 0.75 se pudo determinar 2 valores: ADECUADO e INADECUADO.

Procedimiento:

#### ❖ CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN:

**Procedimiento:**

1. Se determina el promedio (  $X$  )

2. Valores para el factor:

$$X = 47$$

- Inadecuado = De 19 a 47.
- Adecuado = De 48 a 75.

#### ➤ CANTIDAD DE LA ALIMENTACIÓN.

**Procedimiento:**

1. Se determinó el Promedio (  $X$  )

2. Valores para el factor:

$$X = 2.5$$

- Inadecuado = De 1 a 2.
- Adecuado = De 3 a 4.



➤ **FRECUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN.**

**Procedimiento:**

1. Se determinó el Promedio  $\bar{X}$

2. Valores para el factor  
 $\bar{X} = 2.5$

- Inadecuado = De 1 a 2.
- Adecuado = De 3 a 4.

➤ **CONSISTENCIA DE LA ALIMENTACIÓN.**

**Procedimiento:**

1. Se determinó el Promedio  $\bar{X}$

2. Valores para el factor  
 $\bar{X} = 2.5$

- Inadecuado = De 1 a 2.
- Adecuado = De 3 a 4.

➤ **INTERACCIÓN EN LA ALIMENTACIÓN.**

**Procedimiento:**

1. Se determinó el Promedio  $\bar{X}$

2. Valores para el factor  
 $\bar{X} = 4.5$

- Inadecuado = De 2 a 4.
- Adecuado = De 5 a 7.

➤ **PRACTICAS DE HIGIENE EN LA ALIMENTACIÓN.**

**Procedimiento:**

1. Se determinó el Promedio ( $\bar{X}$ )

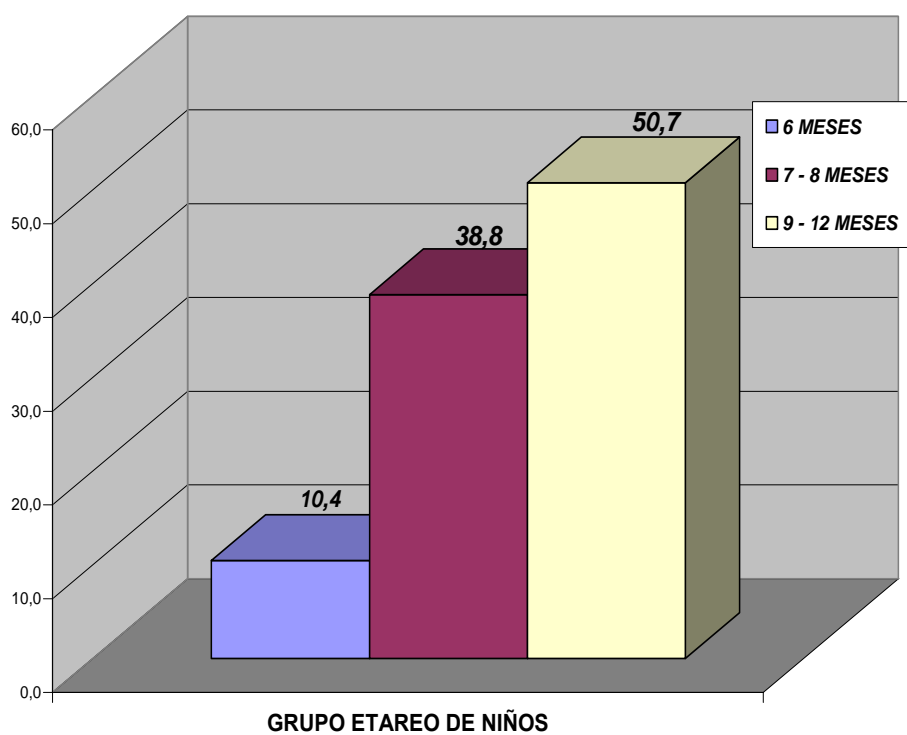
2. Valores para el factor

$$\bar{X} = 5$$

- Adecuado = De 6 a 8.
- Inadecuado = De 2 a 5.

## ANEXO K

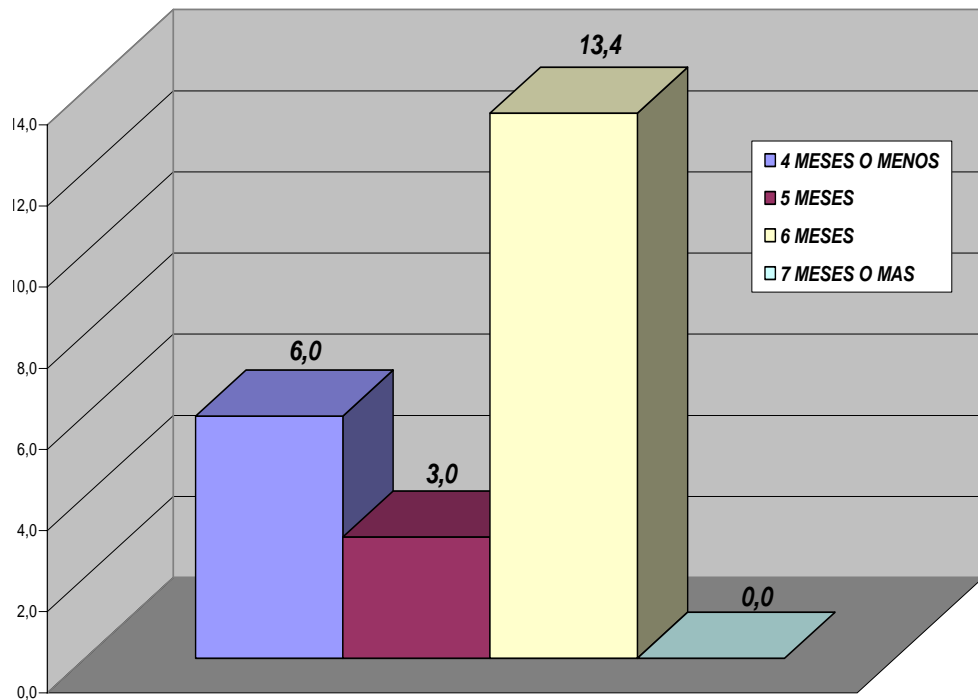
### GRUPO ETÁREO DE LOS NIÑOS CON DEFICIT EN LA CURVA PONDERAL EN EL CENTRO DE SALUD FORTALEZA ENERO - FEBRERO LIMA - PERÚ 2008



*Fuente: Instrumento aplicado a las madres o encargadas de la alimentación de los niños con déficit en la curva ponderal del C.S. Fortaleza 2008.*

## ANEXO L

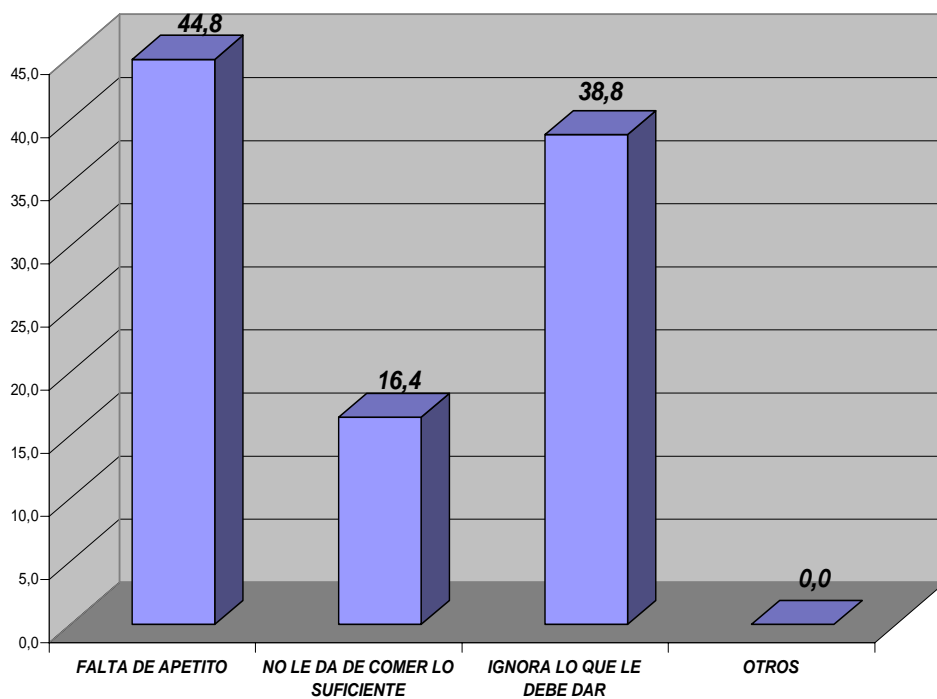
**EDAD DE INICIO DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA DE  
LOS NIÑOS CON DEFICIT EN LA CURVA PONDERAL  
EN EL CENTRO DE SALUD FORTALEZA  
ENERO - FEBRERO  
LIMA - PERÚ  
2008**



*Fuente: Instrumento aplicado a las madres o encargadas de la alimentación de los niños con déficit en la curva ponderal del C.S. Fortaleza 2008.*

## ANEXO M

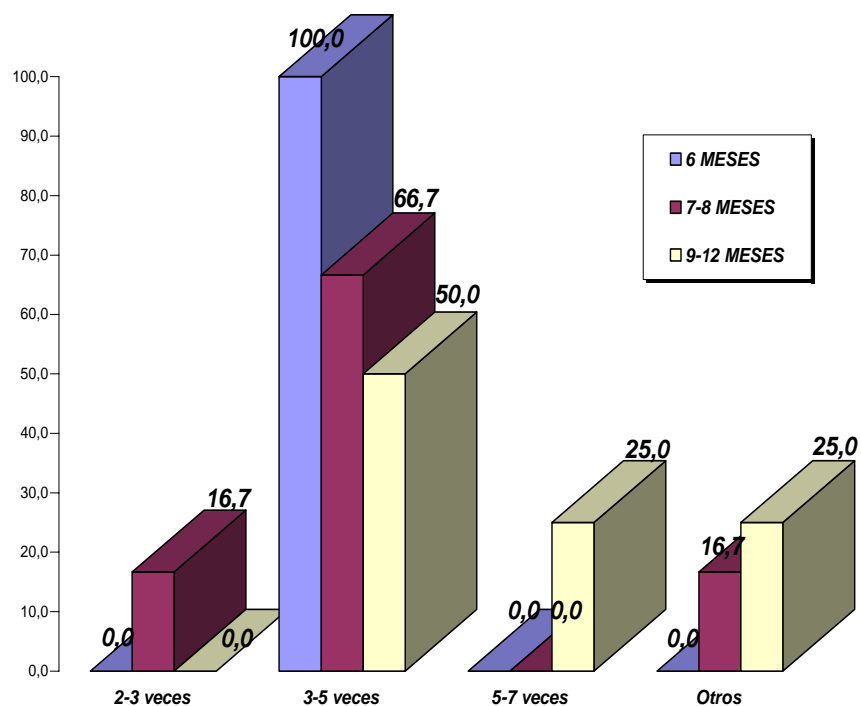
### RAZONES POR LO QUE EL NIÑO DE 6 MESES A 1 AÑO NO AUMENTA EL PESO ADECUADAMENTE EN EL CENTRO DE SALUD FORTALEZA ENERO - FEBRERO LIMA - PERÚ 2008



*Fuente: Instrumento aplicado a las madres o encargadas de la alimentación de los niños con déficit en la curva ponderal del C.S. Fortaleza 2008.*

## ANEXO N

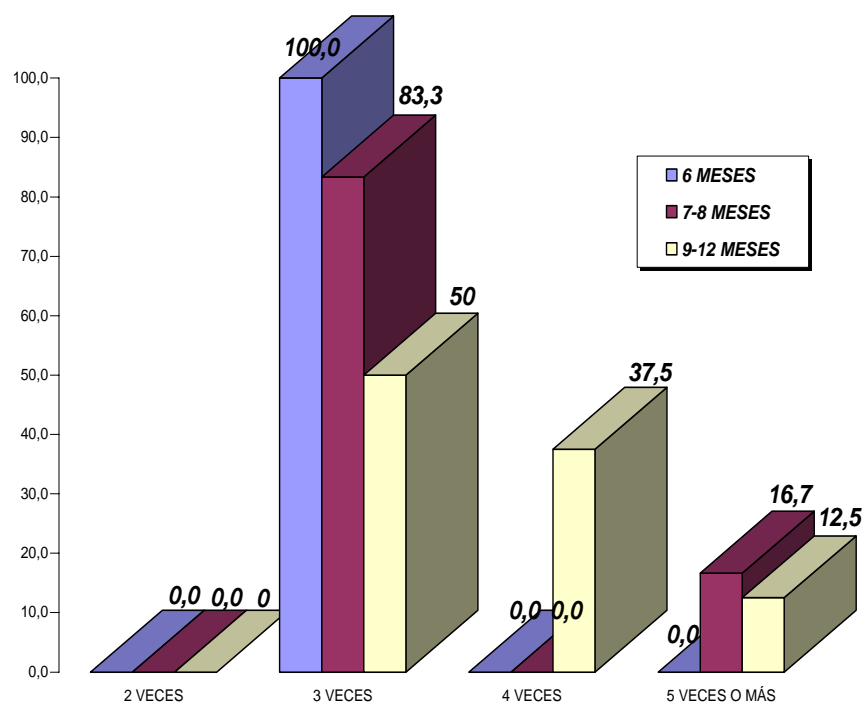
### CANTIDAD DE COMIDA QUE RECIBE EL NIÑO DE 6 MESES A 1 AÑO CON DEFICIT EN LA CURVA PONDERAL EN EL CENTRO DE SALUD FORTALEZA ENERO - FEBRERO LIMA - PERÚ 2008



Fuente: Instrumento aplicado a las madres o encargadas de la alimentación de los niños con déficit en la curva ponderal del C.S. Fortaleza 2008.

## ANEXO O

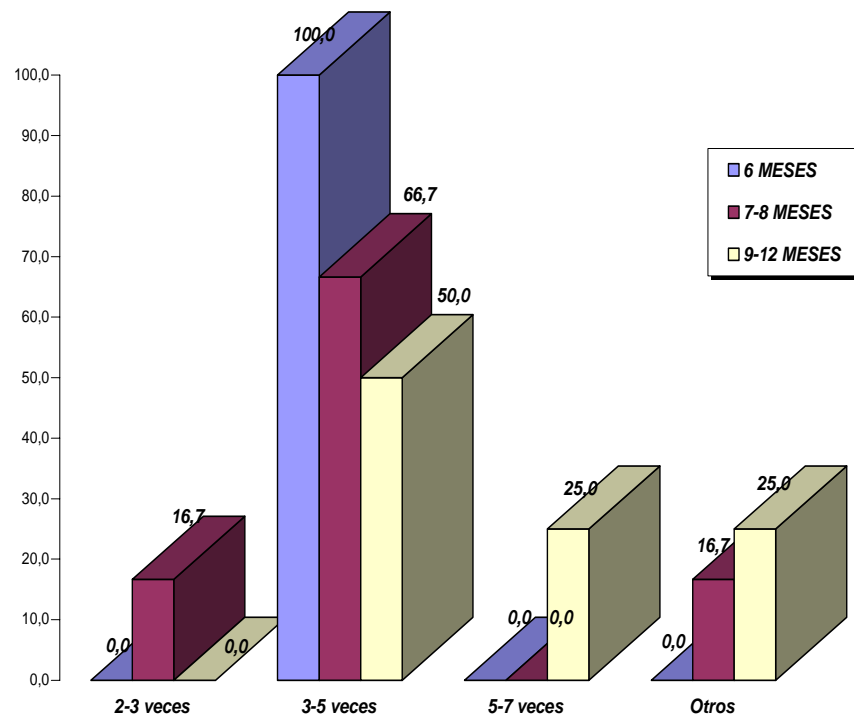
### FRECUENCIA DE COMIDA AL DIA QUE RECIBE EL NIÑO CON DEFICIT EN LA CURVA PONDERAL EN EL CENTRO DE SALUD FORTALEZA ENERO - FEBRERO LIMA - PERÚ 2008



*Fuente: Instrumento aplicado a las madres o encargadas de la alimentación de los niños con déficit en la curva ponderal del C.S. Fortaleza 2008.*

## ANEXO P

### FRECUENCIA DE INGESTA DE ALIMENTOS A LA SEMANA DE LOS NIÑOS CON DEFICIT EN LA CURVA PONDERAL EN EL CENTRO DE SALUD FORTALEZA ENERO - FEBRERO LIMA - PERÚ 2008

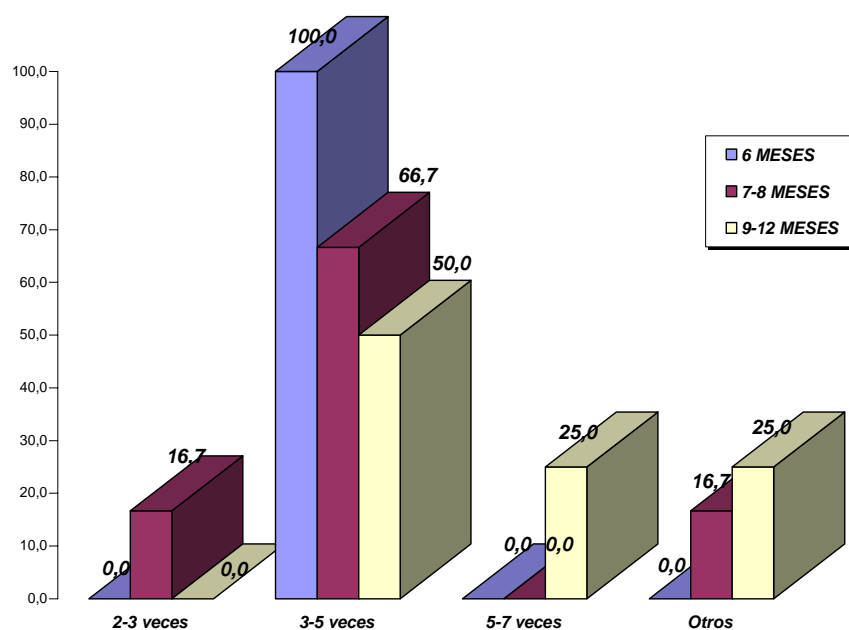


*Fuente: Instrumento aplicado a las madres o encargadas de la alimentación de los niños con déficit en la curva ponderal del C.S. Fortaleza 2008.*



## ANEXO Q

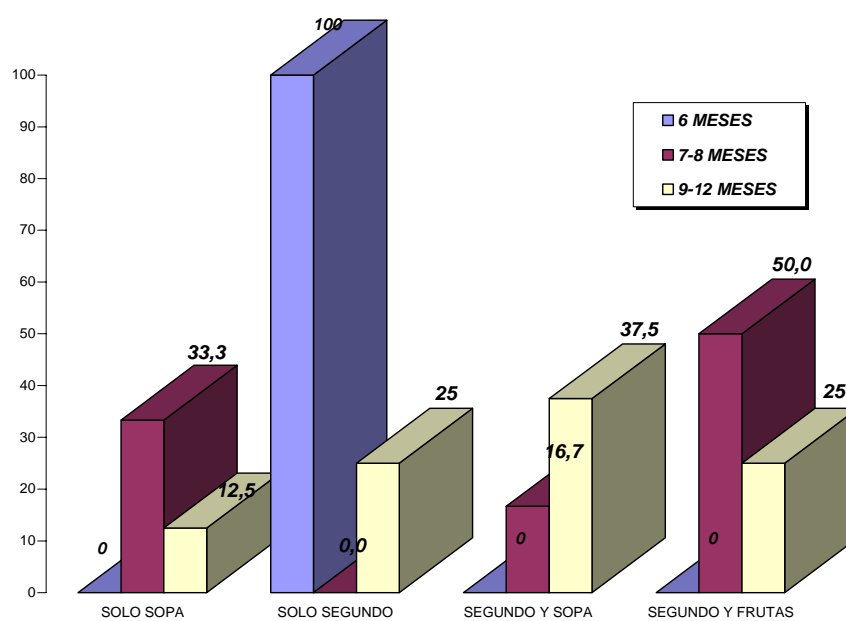
### CONSISTENCIA DE COMIDA AL QUE RECIBE EL NIÑO CON DEFICIT EN LA CURVA PONDERAL EN EL CENTRO DE SALUD FORTALEZA ENERO - FEBRERO LIMA - PERÚ 2008



*Fuente: Instrumento aplicado a las madres o encargadas de la alimentación de los niños con déficit en la curva ponderal del C.S. Fortaleza 2008.*

## ANEXO R

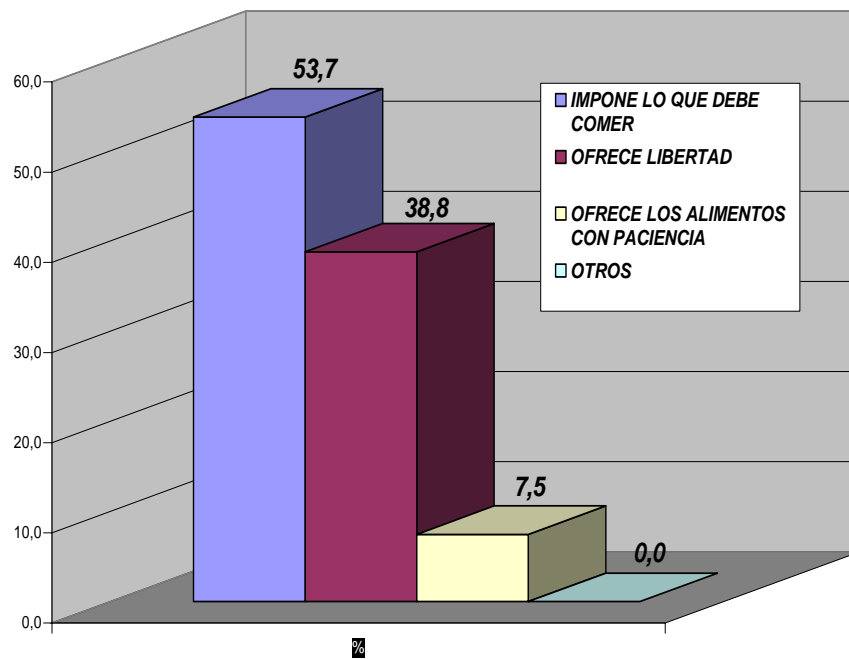
### PRESENTACION DE COMIDAS QUE RECIBE EL NIÑO CON DEFICIT EN LA CURVA PONDERAL EN EL CENTRO DE SALUD FORTALEZA ENERO - FEBRERO LIMA - PERÚ 2008



*Fuente: Instrumento aplicado a las madres o encargadas de la alimentación de los niños con déficit en la curva ponderal del C.S. Fortaleza 2008.*

## ANEXO S

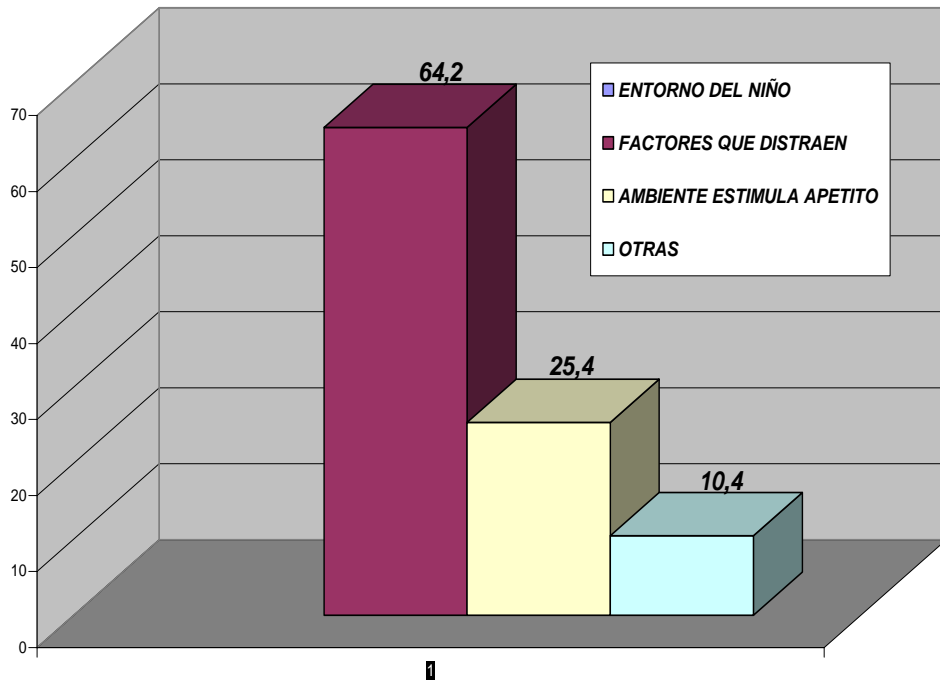
### INTERACCION DE LA MADRE EN LA ALIMENTACION CON EL NIÑO CON DEFICIT EN LA CURVA PONDERAL EN EL CENTRO DE SALUD FORTALEZA ENERO - FEBRERO LIMA - PERÚ 2008



*Fuente: Instrumento aplicado a las madres o encargadas de la alimentación de los niños con déficit en la curva ponderal del C.S. Fortaleza 2008.*

## ANEXO T

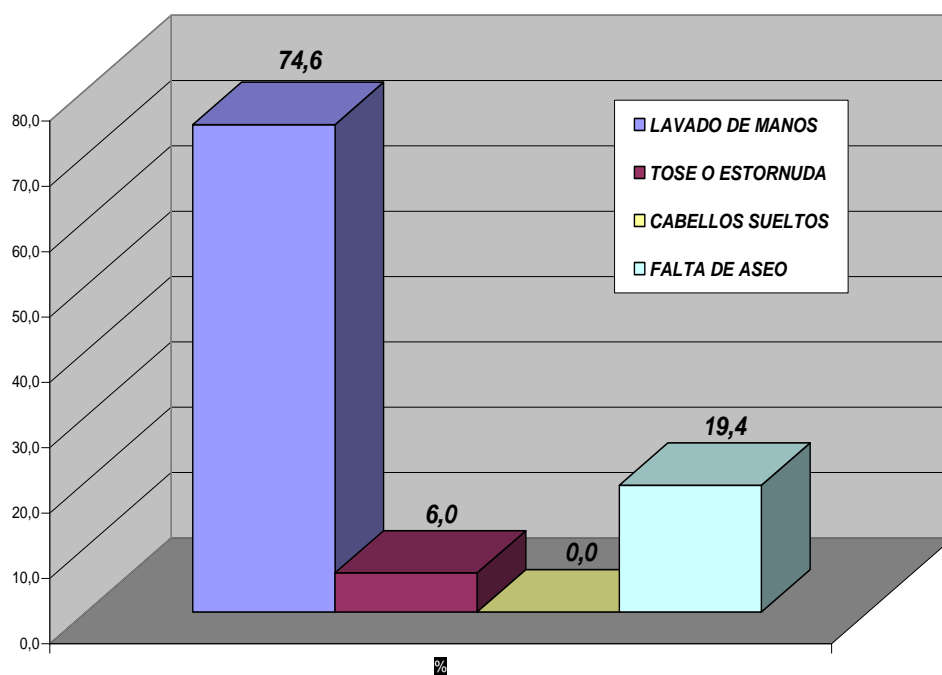
### ENTORNO EN LA ALIMENTACION DEL NIÑO CON DEFICIT EN LA CURVA PONDERAL EN EL CENTRO DE SALUD FORTALEZA ENERO - FEBRERO LIMA - PERÚ 2008



*Fuente: Instrumento aplicado a las madres o encargadas de la alimentación de los niños con déficit en la curva ponderal del C.S. Fortaleza 2008.*

## ANEXO U

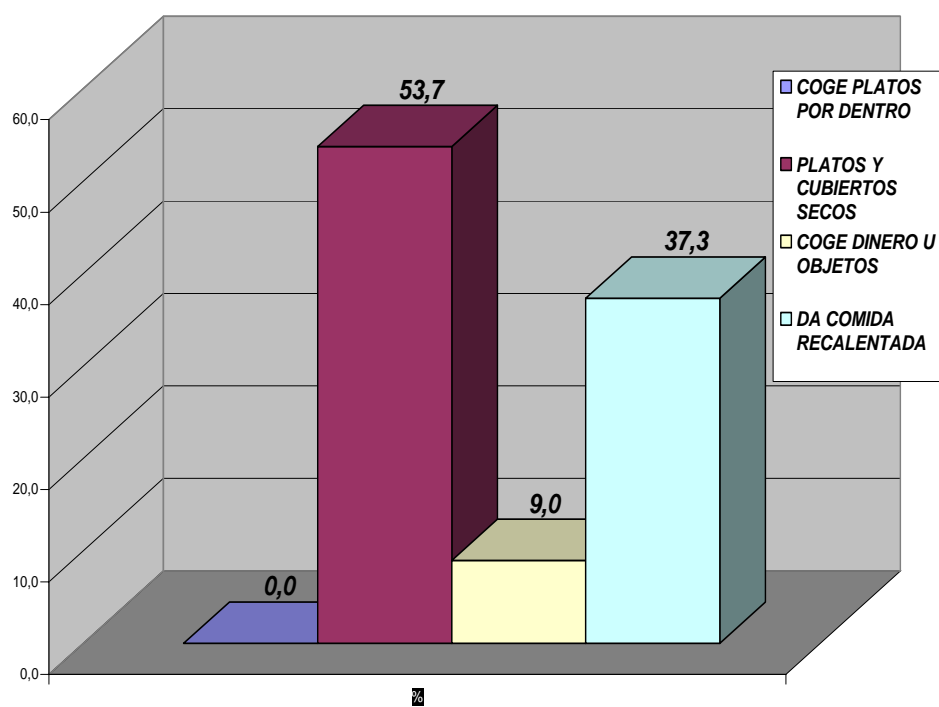
**PRACTICAS DE HIGIENE DE LA MADRE EN LA ALIMENTACION  
CON EL NIÑO CON DEFICIT EN LA CURVA PONDERAL  
EN EL CENTRO DE SALUD FORTALEZA  
ENERO - FEBRERO  
LIMA - PERÚ  
2008**



*Fuente: Instrumento aplicado a las madres o encargadas de la alimentación de los niños con déficit en la curva ponderal del C.S. Fortaleza 2008.*

## ANEXO V

### HABITOS DE HIGIENE DE LA MADRE AL BRINDAR LOS ALIMENTOS AL NIÑO CON DEFICIT EN LA CURVA PONDERAL EN EL CENTRO DE SALUD FORTALEZA ENERO - FEBRERO LIMA - PERÚ 2008



*Fuente: Instrumento aplicado a las madres o encargadas de la alimentación de los niños con déficit en la curva ponderal del C.S. Fortaleza 2008.*