

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN CONOCIMIENTOS,
ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE MADRES CON NIÑOS (AS) DE 6-24 MESES
DE EDAD, SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, MICRO RED
PAMPA GRANDE, TUMBES - 2016.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA.

AUTORAS:

**MELIZA ELIZABET AGUAYO MEDINA
CAROLINA VANESSA CHÁVEZ SAAVEDRA**

TUMBES, PERÚ

2016

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Las autoras MELIZA ELIZABET AGUAYO MEDINA y CAROLINA VANESSA CHÁVEZ SAAVEDRA declaramos que los resultados reportados en esta tesis, son producto de nuestro trabajo siempre con la dirección y el apoyo de nuestra asesora y del jurado calificador en cuanto a su conceptualización y análisis de datos. Así mismo, declaramos que nuestro informe no contiene material previamente publicado o escrito por otra persona excepto donde se reconoce como tal a través de citas y con propósitos exclusivos de ilustración o comparación. En este sentido, afirmamos que cualquier información presentada sin citar a un tercero es de nuestra propia autoría.

Meliza Elizabet Aguayo Medina.

Carolina Vanessa Chávez Saavedra.

RESPONSABLES

BACH. AGUAYO MEDINA, MELIZA ELIZABET.
EJECUTOR

BACH. CHÁVEZ SAAVEDRA, CAROLINA VANESSA.
EJECUTOR

DRA. URBINA ROJAS, YRENE ESPERANZA.
ASESORA

JURADO CALIFICADOR

MG. MAURO MEZA OLIVERA
PRESIDENTE

MG. BALBINA VÍLCHEZ URBINA
SECRETARIA

DR. CARLOS ZAMORA GUTIÉRREZ
VOCAL



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Creada por Ley N° 24894 - 11 de Octubre de 1988
 Av. Tumbes N° 863 Ap. 157 Fax: 072-523081 R.P.M *446139
 Ciudad Universitaria - Pampa Grande - Cel. N° 972886556
 TUMBES - PERÚ

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADAS EN ENFERMERIA A LAS BACHILLERES: AGUAYO MEDINA, MELIZA ELIZABET Y CHAVEZ SAAVEDRA, CAROLINA VANESSA.

En los ambientes de la Escuela de Obstetricia, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Tumbes, ubicada en la Av. Tumbes, siendo las 16:00 horas con 05 minutos del día martes 14 del mes de diciembre del dos mil dieciséis, se reunieron los Miembros de Jurado Calificador Mg. Mauro Meza Olivera (Presidente), Mg. Balbina Vilchez Urbina (Secretaria), Dr. Carlos Zamora Gutiérrez (Vocal), Dra. Yrene E. Urbina Rojas, (Asesora), con el propósito de evaluar y calificar la sustentación de la Tesis titulada **Efectividad del programa educativo en conocimientos, actitudes, y prácticas en las madres con niños/as de 6 a 24 meses de edad sobre la alimentación complementaria Micro red Pampa Grande - Tumbes 2016**, presentado por las Bachilleres en Enfermería: **Aguayo Medina, Meliza Elizabeth y Chávez Saavedra, Carolina Vanessa.**

Luego de la exposición de las Bachilleres, los miembros de jurado procedieron a las preguntas pertinentes.

- Siendo las 16:00 horas con 55 minutos del mismo día, se dio por concluida la exposición, invitando a los Bachilleres a retirarse del recinto en espera de su calificativo.
- Después de las deliberaciones y realizada la votación se obtuvo el siguiente calificativo:

NOMBRE	CALIFICATIVO
AGUAYO MEDINA, MELIZA ELIZABET	BUENO
CHAVEZ SAAVEDRA, CAROLINA VANESSA.	BUENO

De inmediato se comunica el resultado de la evaluación.

- Siendo las 17:00 horas se dio por concluido el acto.
- Para mayor constancia firmamos la presente acta.

Mg. Mauro Meza Olivera
 Presidente

Mg. Balbina Vilchez Urbina
 Secretaria

Dr. Carlos Zamora Gutiérrez
 Vocal

Dra. Yrene E. Urbina Rojas.
 (Asesora)

DEDICATORIA

A Dios, porque es mi guía e ilumina mis pasos pero sobre todo por darme los padres que tengo porque son mi fortaleza, a mi novio por todo su apoyo incondicional; familiares y amigos que siempre creyeron en mi perseverancia para alcanzar mis metas.

De igual manera a cada uno de los docentes que aportaron cada semilla de conocimiento para el desarrollo académico en especial para aquellos que con su dedicación nos ayudaron a lograr la culminación del presente trabajo y alcanzar nuestra anhelada meta.

MELIZA.

A Dios y mi madre que me dio la vida y ha estado conmigo en todo momento, por darme la oportunidad de tener una carrera para mi futuro, por creer en mí. Y a mi hijo por darme las fuerzas para seguir adelante.

De igual manera a cada uno de los docentes que aportaron cada semilla de conocimiento para el desarrollo académico en especial para aquellos que con su dedicación nos ayudaron a lograr la culminación del presente trabajo y alcanzar nuestra anhelada meta.

CAROLINA.

AGRADECIMIENTO

A Dios por ser nuestro guía y orientarnos en todo momento, por darnos la fe y la fuerza para seguir adelante.

A nuestras familias el más sincero agradecimiento, por su amor, paciencia, dedicación, apoyo incondicional y ayuda para la consecución de nuestras metas personales y profesionales.

A todas las madres de familia del sector de Pampa Grande - Tumbes, por las facilidades brindadas y ser partícipes de nuestro programa educativo; mediante la entrevista y contribuir en el desarrollo profesional y humano en nuestra persona.

A nuestra casa superior de estudios Universidad Nacional de Tumbes; y a nuestros docentes; los que día a día impartieron con nosotros sus conocimientos teóricos y prácticos que ayudaron a forjar nuestra carrera profesional.

Un sincero agradecimiento a nuestra profesora: Dra. Yrene Esperanza Urbina Rojas, por su asesoría, amistad y paciencia, durante todo el desarrollo del proyecto de tesis. A nuestros miembros de jurado: Mg. Mauro Meza Olivera, Mg. Balbina Vílchez Urbina y Dr. Carlos Zamora Gutiérrez por sus oportunos aportes y correcciones en la presente tesis.

LAS AUTORAS.

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	ix
ABSTRACT	xi
1. INTRODUCCIÓN	13
2. MARCO DE REFERENCIA DEL PROBLEMA	15
2.1. Antecedentes	
2.2. Bases teóricas – científicas	
2.3. Definición de términos básico	
3. MATERIAL Y MÉTODOS	40
3.1. Tipo de estudio y diseño de contrastación de hipótesis	
3.2. Población, muestra y muestreo	
3.3. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	
3.4. Procesamiento y análisis de datos	
4. RESULTADOS	49
5. DISCUSIÓN	55
6. CONCLUSIONES	60
7. RECOMENDACIONES	61
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
9. ANEXOS	70

RESUMEN

La presente investigación fue de método cuantitativo y diseño cuasi experimental, se realizó con el objetivo de determinar la efectividad del programa educativo en conocimientos, actitudes y prácticas de las madres que tengan niños/as de 6-24 meses de edad, sobre alimentación complementaria en la micro red Pampa Grande, Tumbes 2016. La muestra en estudio estuvo representada por 80 madres, 40 participantes correspondieron al grupo experimental y 40 correspondieron al grupo de control. De quienes se obtuvo información a través de un cuestionario, una escala de Likert y una lista de cotejo para medir el nivel de conocimiento, las actitudes y prácticas respectivamente sobre la alimentación complementaria validadas a través del juicio de expertos. Los instrumentos utilizados se divide en tres grupos: Sobre conocimientos, actitudes y prácticas (las prácticas se subdivide en edades de 6 - 9, 9 - 11, 12 - 24 meses de edad) de las madres sobre alimentación complementaria que tengan niños/as de 6 - 24 meses de edad, como se mencionó anteriormente. Los resultados nos demostraron que dicho programa fue efectivo en conocimientos y actitudes.

Sobre el conocimiento en la alimentación complementaria en madres que tengan niños/as de 6 - 24 meses de edad. Como se puede observar en el anexo 9 en la tabla N° 08 de Prueba t – Student para conocimientos observamos que en el grupo experimental el valor p es menor que el alfa, entonces se rechaza H_0 y se acepta H_1 esto significa que la prueba t de Student resultó significativa para el grupo experimental, lo que indica que el “Programa Educativo” tiene efectividad en conocimientos como lo demuestra los resultados de la tabla y grafica N° 01. El grupo experimental en el pre test, el 50% de las madres tenían un nivel de conocimiento deficiente mientras que el pos test 77.5% tuvieron un nivel de conocimiento bueno.

Sobre la actitud en la alimentación complementaria en madres que tengan niños/as de 6 - 24 meses de edad. Como se puede observar en el anexo 9 en la tabla N° 09 de Prueba t – Student para actitud observamos que en el grupo experimental el valor p es menor que el alfa, entonces se rechaza H_0 y se acepta H_2 esto significa que la prueba t de Student resultó significativa para el grupo experimental, lo que indica que el “Programa Educativo” tiene efectividad en las actitudes. Como lo demuestra los resultados la tabla y grafica N° 02; el grupo experimental en el pre test, el 65% de las madres tenían un nivel de buena actitud mientras que el pos test esta cifra aumento a 92.5%.

Sobre las prácticas en la alimentación complementaria en madres que tengan niños/as de 6 - 24 meses de edad. Como se puede observar en el anexo 9 en la tabla N° 10 de Prueba t – Student para prácticas observamos que en el grupo experimental el valor p es mayor que el alfa, entonces se acepta H_0 y se rechaza H_3 esto significa que la prueba t de Student resultó no significativa, lo que indica que el “Programa Educativo” no tiene efectividad en las prácticas. Como lo demuestra la tabla y grafica N° 03; el grupo experimental en el pre test, el 85% de las madres tenían un nivel de prácticas adecuadas mientras que el pos test esta cifra nada más aumento a 97.5%.

En conclusión se determina al programa educativo de gran efectividad en conocimientos y actitudes de las madres en la Alimentación Complementaria en Madres de niños/as de 6 - 24 meses de edad.

PALABRAS CLAVE: CONOCIMIENTOS - ACTITUDES - PRÁCTICAS ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.

ABSTRACT

The present investigation was of quantitative method and quasi experimental design, was realized with the objective of determining the effectiveness of the educative program in knowledge, attitudes and practices of the mothers who have children of 6-24 months of age, on complementary feeding in the micro Pampa Grande network, Tumbes 2016. The study sample was represented by 80 mothers, 40 participants corresponded to the experimental group and 40 corresponded to the control group. From whom information was obtained through a questionnaire, a Likert scale and a checklist to measure the level of knowledge, attitudes and practices respectively on complementary feeding validated through expert judgment. The instruments used are divided into three groups: On knowledge, attitudes and practices (practices are subdivided into ages 6 - 9, 9 - 11, 12 - 24 months of age) of mothers on complementary feeding having children from 6 - 24 months old, as mentioned above. The results showed that the program was effective in knowledge and attitudes.

On the knowledge on complementary feeding in mothers who have children from 6 - 24 months of age. As can be seen in Appendix 9 in Table No. 08 of Test t - Students for knowledge we observed that in the experimental group the value p is less than the alpha, then H_0 is rejected and H_1 is accepted, this means that the t test Of Students was significant for the experimental group, indicating that the "Educational Program" has effectiveness in knowledge as demonstrated by the results of the table and graph N°. 01. The experimental group in the pretest, 50% of the mothers had a poor level of knowledge while the posttest 77.5% had a good level of knowledge.

On the attitude in complementary feeding in mothers who have children from 6 - 24 months of age. As can be seen in Appendix 9 in Table 9 of Test t - Students for attitude, we observed that in the experimental group the value p is less than the alpha, then H_0 is rejected and H_2 is accepted, this means that the t test Of Students was significant for the experimental group, indicating that the "Educational Program" has effectiveness in the attitudes. As shown by the results in table and graph No. 02; the experimental group in the pretest, 65% of the mothers had a good attitude level while the post test this figure increased to 92.5%.

On practices in complementary feeding in mothers who have children from 6 - 24 months of age. As can be seen in Appendix 9 in Table 10 of Test t - Students for practices, we observed that in the experimental group the value p is greater than the alpha, then H_0 is accepted and H_3 is rejected, this means that the t test Of Students was not significant, indicating that the "Educational Program" has no effectiveness in the practices. As shown in the table and graph No. 03; The experimental group in the pre-test, 85% of the mothers had a level of adequate practices while the post test this figure nothing else increased to 97.5%.

In conclusion, the educational program of great effectiveness in the knowledge and attitudes of the mothers in the Complementary Feeding in Mothers of Children of 6 - 24 months of age is determined.

KEY WORDS: KNOWLEDGE - ATTITUDES - PRACTICES SUPPLEMENTARY FOOD.

1. INTRODUCCIÓN

Para poder hacer efectiva la educación para la salud, se han de elaborar programas educativos basados en las necesidades de salud de un determinado grupo poblacional. “La salud la crea y la vive la gente dentro de los ambientes de su vida cotidiana, donde aprenden, trabajan, juegan y aman”.¹

La educación influye en los estilos de vida, la mujer - madre de familia es la protagonista del cuidado de su hijo, durante nuestra labor pre profesional hemos observado prácticas inadecuadas y muchas interrogantes acerca de la alimentación complementaria. Escenarios que nos llevaron a la motivación de contribuir con los objetivos de la educación para la salud, en donde actuar en el momento oportuno reducirá la anemia, niños con bajo peso para su edad y talla.

Ante esta necesidad, es evidente la presencia del profesional de enfermería en respuesta a preguntas cotidianas que se presentan en los espacios del hogar, problema del cual se desprende la presente investigación, del cual se deriva la siguiente pregunta: ¿Cuál es la efectividad del Programa Educativo en los conocimientos, actitudes y prácticas de madres con niños/as 6 - 24 meses de edad, sobre alimentación complementaria, Micro Red Pampa Grande - Tumbes 2016?

Las participantes pertenecieron al grupo poblacional del sector de Pampa Grande y en este sentido se interactuó con mujeres - madres de niños/as de 6 - 24 meses de edad.

Para lograr dicho resultado optamos por una investigación de método cuantitativa con un diseño cuasi experimental, teniendo como objetivo general: Determinar la efectividad del programa educativo en conocimientos, actitudes y prácticas de las madres con niños/as 6-24 meses, sobre alimentación complementaria en la micro red Pampa Grande, Tumbes 2016 y

como objetivos específicos: Identificar la efectividad del programa educativo en los conocimientos, de las madres con niños/as 6-24 meses, sobre alimentación complementaria en la micro red Pampa Grande, Tumbes 2016. Determinar la efectividad del programa educativo en las actitudes de las madres con niños/as 6-24 meses, sobre alimentación complementaria en el centro de salud micro red Pampa Grande, Tumbes 2016 y determinar la efectividad del programa educativo en las prácticas de las madres con niños/as 6-24 meses, sobre alimentación complementaria en el centro de salud micro red Pampa Grande, Tumbes 2016.

La importancia de esta investigación radica en que los resultados contribuirán con los objetivos de la atención primaria de la salud en la promoción de la salud y educación para la salud, además servirán de base para la realización de otros estudios similares, como a continuación se detalla.

2. MARCO DE REFERENCIA DEL PROBLEMA

2.1. ANTECEDENTES

En el ámbito internacional, se tiene el estudio realizado por:

Gatica y Méndez (2009), en Argentina, realizaron un estudio sobre las prácticas de alimentación en niños menores de 2 años. La muestra la conformó 741 madres de niños menores de 2 años, de los cuales: 51,4% laboran en instituciones públicas, la edad de los niños es $11,3 \pm 6,1$ meses. Obteniendo los resultados principales: a) 66,5% de los niños recibían lactancia materna; b) 95,1% de niños que no tuvo lactancia materna, la había recibido durante $7,8 \pm 5,2$ meses; c) A menor edad materna mayor frecuencia de lactancia materna; d) El 64,24% recibía puré/papillas desde los 6 meses, enriquecida con aceite, leche o queso; carnes desde los $7,8 \pm 2,1$ meses (intervalo 3-19), huevos desde $8,4 \pm 2,6$ meses (intervalo 3-20); bebidas azucaradas desde $10,49 \pm 3,52$ meses; e) La madre ofreció la primera comida (88,72%) y la ofrecía habitualmente (91,44%), a los seis meses de edad del niño. La televisión estaba prendida durante la comida en 50,87% de los casos.²

Parada (2011), en Colombia, realizó un estudio sobre los conocimientos, actitudes y prácticas del cuidador del menor de cinco años frente a la alimentación complementaria y uso de micronutrientes. La investigación fue de carácter descriptivo-cuantitativo, la muestra fue de 339 cuidadores de las unidades básicas de Puente Barco Leones, Libertad y Comuneros. Los resultados demuestran que la introducción de alimentos complementarios se ha realizado en forma oportuna en el 70% de los casos, el destete precoz se ha dado en un 30,08% cuando se inicia ablactación, así mismo se identifica el bajo nivel de conocimientos respecto a la necesidad de introducir micronutrientes en la dieta de los menores de 5 años y sobre los alimentos donde pueden ser hallados. En ausencia de la madre, el cuidador principal del menor ha sido la abuela en el 75% de los casos, dentro de las cuales, algunas imparten el cuidado de acuerdo a sus conocimientos y creencias. Verificándose que hay un

déficit de conocimientos, conllevando probablemente a la ausencia de elementos importantes en la dieta del niño como hierro, vitaminas y minerales, proteínas requeridas en esta etapa de su crecimiento y desarrollo.³

En el ámbito nacional, se tiene el estudio realizado por:

Ramírez (2009), en Lima, estudió la efectividad del programa educativo en el mejoramiento del estado nutricional de niños de 2 – 6 años en el A. H. San Juan de Dios, Independencia. Para el estudio utilizaron el enfoque cuantitativo, el método descriptivo y explicativo. La muestra fue conformada por 40 madres con sus respectivos niños, el instrumento utilizado fue una ficha de valoración del estado nutricional y una encuesta, la técnica fue la entrevista. Los resultados obtenidos señalan que: a) El mayor porcentaje de los niños estaban desnutridos en el pre test, y el conocimiento de las madres era de regular a malo, y en el pos-test incrementaron sus conocimientos, evidenciándose una mejora en el estado nutricional de los niños. Se concluyó que el nivel de conocimientos que tenían las madres sobre el valor nutritivo de los alimentos en el pre test era de medio a bajo, en cambio en el pos-test incrementaron sus conocimientos a un nivel alto. En cuanto a la calidad de los alimentos y el estado nutricional de los niños, en el pre-test el 55% de los niños tenía o presentaba algún grado de malnutrición y la mayoría de las madres tenía un conocimiento de regular a malo. Después del post test el cambio fue evidente con el 57.5% de niños en un estado nutricional adecuado/normal y el 67.5% de las mamás tenían conocimiento de bueno a regular. El mayor porcentaje de las madres del grupo experimental aumentó sus conocimientos, mejorando el peso de los niños, debido a que el control se realizó después de 3 meses de la educación, en cambio el grupo control no mejoró el indicador peso/talla ya que el nivel de conocimientos que las madres alcanzaron fue un nivel de conocimientos bajo. En los casos de desnutrición se observa que el 12.5% de las madres observan inadecuadas prácticas alimenticias en sus hijos, que desencadena el problema de la desnutrición infantil.⁴

Cárdenas (2010), en Lima, realizó un estudio sobre la relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 meses a 24 meses que acuden al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita. Obteniendo los siguientes resultados: En el Nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 meses a 24 meses que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del niño en el Centro De Salud Materno Infantil Santa Anita se tiene que del total de 55 (100.0%) madres primíparas, 58.2% tenían un nivel medio, 32.7% tenían un nivel bajo y 9.1% un nivel alto de conocimientos. En el Nivel de Conocimientos sobre las Características de la Alimentación Complementaria se observó que el 52.7% tuvieron un nivel medio de conocimientos, 34.5% nivel bajo y el 12.7% un nivel alto de un total de 55 (100.0%) madres primíparas.⁵

Gamarra y Col, (2011), en Lima, estudiaron los conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad del distrito de Villa María del Triunfo - Lima. 2010. El estudio fue tipo descriptivo – cualitativo - cuantitativo. Obtuvieron como resultados: El 81% de participantes mostró nivel de conocimientos alto, el 65% estuvo en total acuerdo con la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida y 63% estaba de acuerdo con prácticas adecuadas en alimentación complementaria. Concluyeron que las madres presentaron un nivel de conocimientos alto (81%) y actitudes favorables (66,7%) sobre alimentación infantil, y sus percepciones en general coincidían con ello.⁶

Galindo (2012), en Lima, estudió los conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el centro de salud “Nueva Esperanza”. Fue una investigación de nivel aplicativo-cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal. Los resultados fueron: del 100% (40), 55% (22) de las madres encuestadas conocen sobre la alimentación complementaria; 45% (18) desconocen. En cuanto a las prácticas 61% (25) tienen prácticas adecuadas; mientras que 39% (15) tienen prácticas inadecuadas. Se concluyó que: La mayoría de las madres que acuden al centro

de salud Nueva Esperanza conocen y tienen prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria.⁷

Chávez (2012), en Lima, hizo un estudio sobre la aplicación del programa educativo “escolar sano con alimentación saludable” y su influencia en el nivel cognitivo y en las prácticas nutricionales de las madres de la I.E 2099 el sol- distrito de Huaura (período 2010- 2011) El diseño utilizado es cuasi experimental. Los resultados fueron: Del total de madres que han participado en el Programa Educativo “Escolar Sano con Alimentación Saludable”, antes de su aplicación obtuvieron una media de 12.59 con respecto a la variable conocimientos. Del total de madres que participaron en el Programa “Escolar Sano con Alimentación Saludable” después de su aplicación obtuvieron una media de 17,68 en su nivel cognitivo en el post test. Del total de madres que participaron en el Programa “Escolar Sano con Alimentación Saludable” obtuvieron en el nivel práctico una media de 11 a la aplicación del Pre Test. Del total de madres que participaron en el Programa Educativo “Escolar Sano con Alimentación Saludable” después de la aplicación del Post Test, obtuvieron una media de 17 en la variable práctica. Concluyeron que: La aplicación del Programa Educativo “Escolar Sano con Alimentación Saludable”, incremento los conocimientos nutricionales en las madres de la Institución Educativa N°2099. El Sol. Distrito de Huaura. Se demostró utilizando la T de Student que alcanzó un valor $t = -18.284 < t_{\alpha, n-1} = -1.721$, entonces se rechaza H_0 , y se acepta la H_1 La aplicación del Programa Educativo “Escolar Sano con Alimentación Saludable”, incremento las prácticas nutricionales en las madres de la Institución Educativa N°2099. El Sol. Distrito de Huaura. Se demostró utilizando la T de Student que alcanzó un valor de $t = -15.025 < t_{\alpha, n-1} = -1.721$, entonces se rechaza H_0 , y se acepta la H_1 .⁸

Zamora y Col (2013), en Trujillo, estudiaron los conocimientos sobre alimentación infantil y prácticas alimentarias de madres con niños de 1 a 2 años de edad. La muestra estuvo conformada por 49 madres. Los resultados fueron: El 63,3% de las madres con deficiente nivel de conocimiento y el 36.7% de las madres buen nivel de conocimiento. En relación a las prácticas alimentarias mostraron que en un 51% son inadecuadas, seguido de prácticas alimentarias

adecuadas en un 49.0%. Lo cual muestran que existe una relación significativa entre prácticas alimentarias y el nivel de conocimientos de las madres sobre la alimentación infantil.⁹

Mayor (2015), en Lima, estudio el efecto de intervención educativa en los conocimientos de alimentación saludable y prácticas alimentarias de las madres de preescolares, institución educativa. El enfoque es cuantitativo de tipo aplicativo, método cuasi experimental. El estudio se realizó en la Institución Educativa Inicial Mi Jesús N° 083, en Puente Lurín, con una población de 270 madres de niños preescolares y una muestra de 60 madres, distribuidas: 30 en cada grupo experimental y control. El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario que midió el nivel de conocimientos y las prácticas alimentarias. Los resultados fueron: Con respecto al nivel de conocimientos sobre alimentación saludable de las madres de niños preescolares. Se observa que antes de la intervención educativa en ambos grupos experimental y control, el nivel de conocimientos era bajo. Después de la intervención educativa, el nivel de conocimientos de las madres se incrementó a nivel alto, predominando en el post test del grupo experimental y siendo el valor de t student 19.977, siendo altamente significativo. Con respecto a las prácticas alimentarias, antes de la intervención educativa en el grupo control y experimental, se observó que eran inadecuadas. Después de la intervención educativa mejoraron las prácticas alimentarias, con mayor predominio en el grupo experimental y siendo el valor de t student 21.108, siendo altamente significativo. Relacionando las variables Conocimientos sobre alimentación saludable y prácticas alimentarias del post test del Grupo control y experimental, se observó un ligero incremento en el grupo control de los conocimientos y manteniéndose el nivel inadecuado de prácticas alimentarias; en cambio en el grupo experimental, la mayoría de participantes obtuvo un nivel de conocimientos alto, reflejadas en prácticas alimentarias adecuadas; quedó un bajo porcentaje de madres con conocimientos bajo y prácticas inadecuadas; siendo altamente significativo la diferencia de medias tanto de la variable conocimientos y las prácticas alimentarias. Concluyeron que: La Intervención Educativa sobre Alimentación Saludable, demostró ser efectiva en ambos grupos, con mayor predominio en el grupo experimental, en donde las madres incrementaron sus conocimientos

y mejoraron sus prácticas alimentarias en sus hijos en edad preescolar, las madres del grupo control incrementaron ligeramente el nivel de conocimientos y sus prácticas alimentarias, los alimentos nutritivos de bajo costo fueron aceptados por los preescolares después de la intervención educativa lo que se evidencia en las prácticas alimentarias.¹⁰

Reyes (2015), en Lima, realizó un estudio sobre la efectividad de una intervención educativa en el mejoramiento de los conocimientos y prácticas sobre la preparación de la lonchera, que tienen las madres de pre-escolares en una institución educativa privada en Santa Anita-Lima. El estudio de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método cuasi - experimental y de un solo diseño y de corte transversal. La población estuvo conformada por 27 madres de familia. Los resultados fueron: Del 100%(27) madres encuestados, antes de participar de la intervención educativa, 30% (8) tienen conocimientos y prácticas sobre los tipos de alimentos y preparación de la lonchera. Después de participar del programa educativo 70 %(19) madres, incrementaron los conocimientos y prácticas sobre los tipos de alimentos y preparación de la lonchera. Concluyeron que: El programa educativo sobre la preparación de lonchera nutritiva fue efectivo en el mejoramiento de conocimientos y prácticas de las madres, el cual fue demostrado a través de la prueba de t de student, obteniéndose un t calc 11.8, con un nivel de significancia de α : 0.05, por lo que se acepta la hipótesis de estudio y se comprueba la efectividad de la intervención educativa.¹¹

Mondalgo (2016), en Lima, estudio la efectividad de un programa educativo en el nivel de conocimiento sobre alimentación saludable en adolescentes de una institución educativa. El estudio de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método cuasi experimental de doble diseño no equivalente. La población estuvo conformada por todos los estudiantes del 4to y 5to grado de educación secundaria. La muestra estuvo conformada por 59 estudiantes para el grupo experimental y 20 estudiantes para el grupo control. El instrumento fue un cuestionario aplicado a los grupos experimental y control antes y después del programa educativo. Los resultados: respecto al grupo experimental, del 100% (59) adolescentes encuestados, antes de la ejecución del programa

educativo, el 96.6% (57) presentaron un nivel de conocimiento bajo. Después de la aplicación del programa educativo el 91.5% (54) estudiantes presentaron un nivel de conocimiento alto en cuanto a alimentación saludable. Respecto al grupo control, del 100% (20) adolescentes, el 100% (20) obtuvo un nivel de conocimiento bajo, posterior a la aplicación del programa educativo, el nivel de conocimiento bajo se mantuvo en un 95% (19). Concluyeron que: El programa educativo sobre alimentación saludable fue efectivo en el incremento del nivel de conocimientos de los adolescentes, el cual fue demostrado a través de la prueba de t de Student, obteniéndose un $t_{cal} = 29.7$, con un nivel de significancia de $\alpha: 0.05$, por lo que se acepta la hipótesis de estudio y se comprueba la efectividad del programa educativo.¹²

En el ámbito local, no hay estudios sobre efectividad de programas educativos, pero si relevancia al estado nutricional:

Ramírez (2009), en Corrales, realizó una investigación titulada: “Estado nutricional y factores asociados a desnutrición en niños menores de 5 años en el programa de crecimiento y desarrollo del centro de salud de Corrales jul - set 2008”. Investigación cuantitativa - Descriptivo – transversal y no experimental. El tamaño de la muestra fue de 36 niños, seleccionado en forma aleatoria con los niños que asisten, tienen un tiempo de permanencia de más de dos meses del Programa CRED en el centro de salud. Se obtuvo como resultados que: a) Según el factor edad del niño: 12 niños de 0 a 11 meses, 66.7% tuvieron un estado nutricional normal, 25.0% con desnutrición aguda, y 8.3% con desnutrición crónica; de 9 niños entre 12 y 23 meses, 44.5% tuvieron una nutrición normal, 33.3% con desnutrición aguda y 22.2% niños tuvieron desnutrición crónica; de 7 niños de 24 a 36 meses, 42.9% tuvieron nutrición normal, 14.2% tuvo desnutrición aguda y 42.9% desnutrición crónica; de 37 a 48 meses, 50.0% niños presentaron nutrición normal, 16.7% desnutrición aguda y 33.3% desnutrición crónica; de 49 a 59 meses, 100% tuvieron nutrición normal; b) Según el factor edad de la madre, de 22 madres menores de 18 años el 45.4% tienen un estado de nutrición normal, el 27.3 % desnutrición aguda y el 27.3% desnutrición, así mismo de un total de madres con edades de 18 a 35 años tienen 80% de niños con nutrición normal, el 10% con

desnutrición aguda y el 10% con desnutrición crónica; las madres mayores de 35 años arrojaron un 50% de niños con nutrición normal, el 25% con desnutrición aguda y el 25% hijos con desnutrición crónica; c) Según el factor periodo intergenésico: del grupo menor de un año el 50% tuvieron un estado de nutrición normal, el 25% desnutrición aguda y el 25% desnutrición crónica, así mismo 10 niños con un periodo intergenésico 1 a 2 años el 50% tuvieron nutrición normal, el 30% desnutrición aguda y el 20% desnutrición crónica; 3 niños con periodo intergenésico de 2 a 4 años tuvieron 66.6% tuvieron nutrición normal, y el 33.3% tuvieron desnutrición crónica y 3 niños con un periodo intergenésico mayor de 4 años el 100% tuvieron nutrición normal; d) Según factor enfermedades infecciosas: de 18 niños que tuvieron EDA solo un 27.8% tuvieron estado nutrición normal; el 44.4% tuvieron desnutrición aguda, el 27.8% tuvieron desnutrición crónica; de 10 niños que padecieron IRA el 80% tuvieron nutrición normal; el 10% tuvieron desnutrición aguda y 10% desnutrición crónica.¹³

2.2. BASES TEÓRICAS–CIENTÍFICAS

A. PROGRAMA EDUCATIVO

EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA

La razón última de un proyecto social es solucionar un determinado problema. En este sentido, el concepto de eficacia determina el grado en que se alcanzan los objetivos y metas del proyecto en la población usuaria, en un período de tiempo determinado e independientemente de los costes que ello implica. Por otra parte y como es sabido, el concepto de eficiencia se asocia a la productividad. Tanto la eficacia como la eficiencia son conceptos esenciales en la evaluación, pero cuando se quieren determinar en cada fase del proyecto y teniendo en cuenta las actividades y objetivos intermedios, resulta necesario introducir otro concepto: La efectividad. Se dice que la efectividad se consigue cuando la relación entre los objetivos iniciales y los resultados finales se hace óptima, lo cual supone valorar los procesos que conducen de los primeros a los segundos. La efectividad se encuentra al observar la realidad de un programa,

es decir, al comparar el ideal o esencia de una acción representado por una norma o conjunto de estándares profesionales con la situación existente o real.¹⁴

PROGRAMA

Un programa es un conjunto de actividades, información, comunicación y educación a desarrollar en un tiempo determinado. Se divide en tres etapas: Planificación, Ejecución y Evaluación. Por lo general, un programa educativo incluye el detalle de los contenidos temáticos, se explican cuáles son los objetivos de aprendizaje, se menciona la metodología de enseñanza y los modos de evaluación y se aclara la bibliografía que se utilizará durante el curso.¹⁵

ELEMENTOS DE UN PROGRAMA EDUCATIVO

Los elementos más frecuentemente incluidos son: Presentación, introducción, objetivos de aprendizaje, contenidos temáticos, metodología. Según lo anterior expuesto se analizó que el programa educativo es un documento que va a permitir organizar y detallar un proceso pedagógico. El programa brinda orientación respecto a los contenidos que debe impartir, la forma en que tiene que desarrollar su actividad de enseñanza y los objetivos a conseguir.¹⁶ Dado que los programas educativos se caracterizan por su condición experimental, en consecuencia por su carácter temporal y por suponer el empleo de unos recursos en favor de unas necesidades sociales y educativas que los justifican. Cuando un nuevo programa se incorpora al área lo haría en modo de experimentación, pasando a promoción a medida que se vaya difundiendo e implementando en el mayor número de centros, y a extensión para conseguir su consolidación dentro del sistema educativo.¹⁷ Asimismo existen diversas formas de poder medir la efectividad de un programa, mediante pruebas de desempeño escritas durante el programa y después de él. Además se dice que la efectividad se mide cuando la relación entre los objetivos iniciales y los resultados finales se hace óptima, lo cual supone valorar los procesos que conducen de los primeros a los segundos. La

efectividad se encuentra al observar la realidad de un programa, es decir, al comparar el ideal o esencia de una acción representado por una norma o conjunto de estándares profesionales con la situación existente o real.¹⁸

Los fines del programa educativo son promover el aprendizaje en el participante y familiar por medio de la orientación y suplementación adecuada de los conocimientos adquiridos, crear en ellos el mayor sentimiento de satisfacción, responsabilidad y estabilidad en la atención de sus necesidades básicas. Los pasos para elaborar un programa educativo son: Propósito y objetivos Generales: El primer paso lo constituye la formulación de la interacciones que se desea alcanzar, en el marco de determinado proyecto socio-político y/o asistencial; en función de las prioridades establecidas. La población Es un segundo paso e implica las características y necesidades de los sujetos a quienes va dirigido el programa, así mientras más definido y mejor conocido sea el grupo “receptor“, más efectiva será la comunicación y probablemente la enseñanza. Es importante señalar la etapa de diagnóstico del nivel de receptores, todo el programa debe de considerar la edad, el grado de instrucción, las experiencias previas y los valores y creencias de la población destinataria del programa educativo. Los objetivos específicos del programa deberán establecerse rigurosamente, de aquello que se desea lograr como producto del proceso de aprendizaje enseñanza. En esta etapa son definidos los comportamientos en el área cognoscitiva, afectiva y psicomotora.¹⁸

Contenido de la Enseñanza: Sobre este punto, el docente o monitor debe valorar el contenido e intentar identificar las generalizaciones o principios fundamentales, los conceptos e interrelaciones más importantes para la construcción de marcos conceptuales. Se debe hacer uso de una metodología educativa que garantice el cambio de comportamiento en favor de la Salud. Las experiencias del aprendizaje: Que están dadas por las interacciones sujeto-medio. El aprendizaje deviene de la conducta activa de que aprende, quien asimila lo que la misma práctica cuando desea hacerlo. El educador, al preparar una sesión educativa, debe conocer las características, intereses y necesidades del grupo receptor, de tal manera que despierte en el sujeto que

aprende, la necesidad de una nueva forma de comportamiento que le permita resolver determinados problemas.¹⁹

2.3. DEFINICIONES DE TÉRMINOS BASICOS

B. CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS Y ACTITUDES

CONOCIMIENTOS

El diccionario de la Real Academia Española define conocimiento como el producto o resultado de ser instruido, el conjunto de cosas sobre las que se sabe o que están contenidas en la ciencia.²⁰ El conocimiento es la secuencia de hechos y premisas que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto. El aprendizaje se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continúa hasta la muerte. Originando cambios con el proceso del pensamiento, acciones de quien aprende. El conocimiento ordinario se transmite de generación en generación y lo obtenemos mediante nuestras experiencias diarias.²¹ Existen dos formas de conocimientos:

1. La informal: Mediante las actividades ordinarias de la vida, debemos tener en cuenta que hay conocimientos falsos y otros verdaderos y depende de nuestro juicio cuales queramos elegir.

2. La formal: La que se imparte en las escuelas donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular.²²

Desde el punto de vista pedagógico, el conocimiento es una experiencia que incluye la representación vivida de un hecho; es la facultad del propio pensamiento y de percepción, incluyendo el entendimiento y la razón. Desde el punto de vista filosófico Apolinario y col. (2002), cita a Salazar (1969) y lo define como acto y contenido dice “Hablar de la cultura de la dominación es hablar no sólo de las ideas, las actitudes y los valores que orientan la vida de los pueblos, sino también de los sistemas que encuadran su vida y no la dejan

expandirse y dar sus frutos cabales”, pero. Decía que el conocimiento como acto es la aprehensión de una cosa, una propiedad, un hecho; entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico. Del conocimiento como contenido asume que es aquel que se adquiere gracias a los actos de conocer al producto de la operación mental de conocer; este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar de unos a otros como conocimiento vulgar, conocimiento científico y conocimiento filosófico. Del mismo modo, para Wallon (1987) citado por Apolinario y Col. (2002), el conocimiento es el conjunto de datos e información empíricos sobre la realidad que el propio individuo tiene, es decir conocimiento inmediato situacionalmente en estilos de vida, hábitos y costumbres que hace factible la regularización conductual al ajuste del individuo en su momento. Por otro lado el conocimiento hace que las familias identifiquen tempranamente las enfermedades de sus hijos y tener mayor interés para poder tomar las medidas al respecto, actuaran con más precisión en la prevención de las enfermedades. Sabiendo que la carencia de conocimientos y de información determinan un comportamiento y erróneas valorizaciones con respecto a la salud.²³

Bunge, citado por Novoa (2013), define el conocimiento como un conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos ordenados, vagos e inexactos, el cual puede ser clasificado en conocimiento vulgar llamándose así a todas representaciones que el común de los hombres hacen en su vida cotidiana por el simple hecho de existir, de relacionarse con el mundo de captar mediante los sentidos información inmediata acerca de los objetivos, los fenómenos naturales y sociales, se materializa mediante el lenguaje simple y natural, el conocimiento científico que es racional analítico sistemático y verificable a través de la experiencia” y el conocimiento vulgar como conocimiento vago e inexacto limitado a la observación.²⁴

Desde el punto de vista de la Atención primaria en salud, la educación para la salud, se entiende como un instrumento que sirve a los profesionales y a la población para conseguir de esta la capacidad de controlar, mejorar y tomar decisiones con respecto a su estado de salud o enfermedad. Y por ende,

se debe proveer de conocimientos a la madre en el periodo de adaptación en el que cursa con su hijo ya que la falta de conocimiento sobre el tema de alimentación complementaria puede generar algunas consecuencias posteriores que afecten al niño, como es la malnutrición.¹⁸

PRÁCTICAS

La práctica está relacionada con las actividades que se ponen de manifiesto luego que se conoce o se aprende en base al conocimiento que se tiene. El conocimiento comienza por los sentidos, pasa de estos al entendimiento y termina en la razón. Es la realización de una actividad de una forma continuada y conforme a sus reglas, habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad, aplicación de una idea, teoría o doctrina, uso continuado o habitual que se hace de una cosa, ejercicio o prueba que se hace bajo la dirección de una persona para conseguir habilidad o experiencia en una profesión, trabajo o aprendizaje y a la vez se considera la actitud como el vínculo existente entre el conocimiento adquirido y el sentimiento que provoca en el individuo, con la acción que realizará en el presente y futuro.²⁵

Chaverra (2003), señala que Platón y Aristóteles, concebían la práctica como el arte del argumento moral y político, es decir, el pensamiento como lo esencial de la práctica, como el razonamiento que realizan las personas cuando se ven enfrentadas a situaciones complejas.²⁶

Retomatozo (2015), señala que, desde la semiótica, la práctica hace referencia al mundo de lo real, mientras que la teoría gira en torno a los signos que la componen para explicar un hecho ya pasado. Simulaciones de lo real que crean una teoría, una reproducción equivalente a lo real, una hiperrealidad. La teoría habita la práctica y la práctica habita la teoría, la una está en la otra, simplemente coexisten.²⁷ Por otro lado Chaverra (2003), plantea que la “teoría” no es algo que se aplique “mecánicamente” a la práctica sino que está ya presente en ésta, de modo que, sin ella, la práctica no sería tal sino una simple conducta fortuita convirtiéndose no en una relación causal, sino

interactiva. Así mismo se dará énfasis a las prácticas de alimentación interactiva, que actualmente se reconoce que la alimentación complementaria optima no solo depende de que alimentos se les ofrece al niño en sus comidas, sino también es importante la manera de cómo cuando, donde y quien le de comer al niño.²⁶

ACTITUDES

Es de gran importancia medir las diversas actitudes de las madres participantes del estudio de investigación, ya que pueden presentar diferentes actitudes, una de ellas de manera indirecta las cuales solo pueden ser medidas sobre la base de inferencias que nos permiten deducir las respuestas de un individuo hacia un objeto, sus acciones explícitas, sus afirmaciones verbales, sus sentimientos y la disposición actuar con respecto al objeto. Agregando a lo anterior otro tipo de actitud en la madre puede ser de manera diferencial semántico, lo cual quiere decir que tiene como propósito de medir las reacciones de las personas a las palabras o a los estímulos que percibe.²⁸

Vásquez (2012), señala que las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí. Las opiniones son ideas que uno posee sobre un tema y no tienen por qué sustentarse en una información objetiva. Por su parte, los sentimientos son reacciones emocionales que se presentan ante un objeto, sujeto o grupo social. Finalmente, las conductas son tendencias a comportarse según opiniones o sentimientos propios. Las actitudes orientan los actos y las influencias externas sobre lo que se dice o hace tienen una mínima incidencia. También los orientan si la actitud tiene una relación específica con la conducta, a pesar de lo cual la evidencia confirma que, a veces, el proceso acostumbra a ser inverso y los actos no se corresponden, se experimenta una tensión en la que se denomina disonancia cognitiva.²⁸

Cisneros, cita a Fazio (1992), quien define a las actitudes como una asociación entre un objeto y su evaluación, siempre que hablamos de actitud, necesitamos un objeto (material, idea, colectivo, objeto social) hacia el que dirigir nuestra actitud.¹⁸

Por su parte, Moreno (2010) cita a Judd (1991) indica que las actitudes son evaluaciones duraderas de diversos aspectos del mundo social, evaluaciones que se almacenan en la memoria, y para Kimball Young (1967), se puede definir una actitud como la tendencia o predisposición aprendida, más o menos generalizada y de tono afectivo, a responder de un modo bastante persistente y característico, por lo común positiva o negativamente (a favor o en contra), con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o grupo de personas. Por su parte, Jeffress (1989) señala que la actitud es nuestra respuesta emocional y mental a las circunstancias de la vida.²⁹

C. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

El ritmo de introducción y el tipo de alimentos que se va incorporando durante el segundo semestre de vida, así como en general la alimentación en el primer año, resultan definitivos para la salud a esta edad y a posterior. Así mismo, los hábitos alimentarios apropiados pueden condicionar un estado nutricional óptimo.³⁰ Las madres y la familia nos encomiendan la salud de sus hijos desde el mismo momento del nacimiento, por tenemos el compromiso de conocer los beneficios de una adecuada alimentación en las primeras etapas de la vida y los riesgos de esta respecto a ciertas enfermedades, por ejemplo, alergias, trastornos gastrointestinales, desnutrición o sobrepeso. La alimentación complementaria resulta un proceso complejo y gradual, que, entre otras cosas, requiere de un tiempo prudente para que los sistemas neuromuscular, renal, digestivo e inmunológico del niño adquieran la madurez necesaria. Según la Guía de Alimentación – Nutricional - Salud del MINSA, el concepto de Alimentación Complementaria se refiere al periodo en que el niño comienza a recibir otros alimentos diferentes a la leche materna, hasta el momento que forma parte de la mesa familiar.³¹

El momento oportuno para introducir la alimentación complementaria es a los seis meses de edad, cuando se deben cubrir los requerimientos nutricionales y se ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renal y la maduración neurológica. En relación con la nutrición, porque los niños pueden mantener un aumento de peso normal, y tener al mismo tiempo un déficit en vitaminas y minerales, sin manifestación clínica. Por ello se hace necesaria la introducción de otros alimentos que aporten aquellos nutrientes que la lactancia suministra en poca cantidad. Como componente madurativo, porque desde los cuatro meses de edad el niño adquiere capacidades necesarias para asimilar una dieta más variada.³²

Fases de la alimentación del niño: La alimentación de un niño se clasifica en tres etapas: Lactancia, de transición y modificada del adulto.

a) Lactancia. Edad: Primeros seis meses de vida. Alimentación: Láctea exclusivamente.

b) De transición. Edad: Entre los 6 y 8 meses de vida. Alimentación: Se introducen alimentos diferentes a la leche y el tamaño de la “porción” va en aumento.

c) Modificada de adulto. Edad: Entre los 8 y 24 meses de vida. Alimentación: Los niños manejan los mismos horarios de alimentación que los adultos. Pueden comer casi todos los alimentos, aunque varía la “consistencia”. Cuando el niño consigue con sus dedos hacer el movimiento de pinza, debe fomentarse y promover que “tome” alimentos más sólidos y se los lleve a la boca.³²

Alrededor del año de edad, el niño es capaz de cerrar los labios, apretarlos contra el vaso y tomar líquido del recipiente que otra persona sostiene. Durante el segundo año de vida, los niños ya pueden tomar líquido del recipiente sin necesidad de ayuda.³²

Momentos clave durante el proceso de transición en la alimentación del bebé

A) A los seis meses:

Van apareciendo las “señales” ya enumeradas que indican que es tiempo de iniciar con la alimentación complementaria. Para esto, se deben escoger alimentos frescos, higiénicos, fáciles de digerir por el niño (suaves), sin demasiada consistencia o que contengan partes sólidas que puedan atorar al bebé. Generalmente, se aconseja iniciar con compotas de frutas, purés-papillas de vegetales y papillas de cereales infantiles. No obstante, esta etapa es también crucial para introducir carnes, molidas o en puré, con el fin de colaborar con la cobertura de nutrientes críticos como hierro y zinc.³²

B) Hacia los siete meses:

Después de haber iniciado con alimentos blandos y suaves, el intestino ha adquirido mayor madurez y las papilas gustativas están más desarrolladas. Por lo tanto, el bebé está en capacidad de aceptar combinaciones de alimentos, con aumento progresivo de la consistencia, aunque de fácil digestión y que no le ocasionen intolerancias como diarrea, vómito, distensión y gases. A esta edad se puede ampliar la gama de alimentos ofrecidos, tales como compotas de varias frutas mezcladas, purés de diferentes vegetales mezclados, colados o purés de vegetales con carnes, papillas de distintos cereales infantiles mezclados, entre otros.³²

C) A los ocho meses de edad:

Ya tienen movimientos de pinza (dedos pulgares e índice) y, por ende, pueden asir trozos de alimentos con sus dedos. Por ejemplo, trozos de frutas, trozos de pan, galletas. Esto incentivará el avance en la dentición, la masticación y la coordinación entre boca y movimientos de la mano (oral motora). El bebé aprenderá a masticar y a pasar los alimentos más sólidos sin atorarse.³²

D) Hacia los 12 meses de edad:

En su mayoría, los niños ya caminan o están próximos a hacerlo, están más focalizados en explorar el “mundo” y los objetos de alrededor que en la comida. Por lo tanto, los momentos dedicados a “alimentarlo” deben optimizarse para ofrecerles “alimentos realmente nutritivos” que colaboren con su crecimiento y desarrollo.³²

El bebé debe estar integrado a la mesa familiar, manejando el esquema y los horarios de comida de los adultos, con tres comidas principales y al menos 1 ó 2 refrigerios; si bien come de “todo”, la consistencia dependerá del nivel de desarrollo (triturado, molido o en puré, trozos pequeños), y se pondrá especial atención a la “calidad” de los alimentos que le brinden.³²

El tener en cuenta las pautas madurativas no significa que el alimento debe ser introducido en la dieta cuando el reflejo aparece o desaparece, sino que el niño está físicamente más capacitado para manejar su alimentación cuando se dan las condiciones biológicas.^{31, 33}

Maduración de los sistemas: hay que observar y tener en cuenta de manera particular la maduración física de los diferentes sistemas para considerar si el bebé está en capacidad de iniciar con alimentos distintos a la leche. Para ello, deben valorarse los siguientes aspectos y observar la aparición de señales:³²

A) Maduración Neuromuscular:

La maduración del sistema neuromuscular ejerce una profunda influencia sobre las modalidades de la alimentación infantil. Los reflejos relacionados con la alimentación que están presentes en los diferentes estadios del desarrollo pueden inferir o facilitar la introducción de distintos tipos de alimentos. Por ejemplo, el reflejo de búsqueda y de succión que está presente al nacimiento facilita el amamantamiento, el reflejo de protrusión puede limitar la introducción temprana de sólidos. Este reflejo empieza a involucionar a la edad de 5 meses, por lo que los semisólidos se incluyen de manera fisiológica respetando esta pauta madurativa. El control neuromuscular de la cabeza empieza a ser adecuado a partir del tercer mes de edad y el

control del cuello y tronco, después del cuarto mes, lo cual permite que el niño se mantenga erguido, facilitando la administración de alimentos sólidos.³²

El niño está listo para empezar a tomar otros alimentos cuando es capaz de mantenerse sentado con poco apoyo y se inclina hacia adelante al observar el alimento, mostrando interés, abre la boca fácilmente al rozar sus labios con una cuchara, no empuja con la lengua hacia afuera y puede desplazar el alimento hacia atrás y tragarlo.³¹

B) Maduración Renal:

La filtración glomerular del recién nacido es un 25% del valor del adulto, aumentando exponencialmente durante los primeros 18 meses de vida. A los tres meses, la filtración glomerular ha alcanzado dos tercios de su maduración completa. A los seis meses es el 60 – 80%. Dado que la capacidad máxima de concentración renal no se alcanza hasta el segundo semestre, el niño pequeño tiene dificultades para manejar la sobrecarga de solutos, especialmente en condiciones de baja ingesta de líquidas o de pérdidas excesivas. A la edad de 6 meses, momento recomendado para la introducción de la alimentación complementaria este aspecto no preocupa excepto para el sodio (Na). En chicos con ingesta altas de sodio en situaciones de pérdidas aumentadas de agua (diarrea) se puede producir deshidratación hiperosmolar. Cercano a los seis meses de edad, el riñón del lactante adquiere mayor idoneidad funcional, en términos de filtración y madurez, suficiente para manejar una carga de solutos más elevada, alcanzando cerca del 75-80% de la función del adulto hacia los 12 meses. El inicio de la alimentación complementaria está mediado por los factores fisiológicos mencionados y, además, por factores nutricionales, socioeconómicos y culturales.³²

Otro condicionante de ese comienzo es el requerimiento nutricional, que cambia proporcionalmente al crecimiento del bebé. De manera característica, a partir del sexto mes de vida el bebé necesita mayor aporte energético y de algunos nutrientes específicos (por ejemplo: hierro, zinc, calcio y las vitaminas A, C y D); con la sola leche esas necesidades son imposibles de cubrir. Si el

bebé no recibe cantidades adicionales de esos nutrientes, no podrá progresar apropiadamente en crecimiento y desarrollo.³¹

C) Maduración Gastrointestinal:

La aparición de la masticación, aun sin dientes, es esencial para iniciar la introducción de semisólidos. La fuerza de la masticación y con ello la eficiencia para cortar, aplastar y triturar alimentos aumenta con la edad. La capacidad para masticar incluye un componente innato y otros que son adquiridos a través del aprendizaje, existen un periodo crítico durante el cual se debe aprender la masticación que se extendería desde los 5 meses hasta el final del primer año de la vida. La capacidad del estómago que es de 10 – 20 ml en el recién nacido va aumentando hasta alcanzar alrededor de 300 ml al final del primer año de vida. La digestión de las grasas, proteínas y almidones en el lactante depende en gran medida de las enzimas pancreáticas. Estas aparecen a los 3 meses de edad, pero en pequeñas cantidades. La amilasa es apenas detectable, según evidencias a los 6 meses su concentración es insuficiente y recién alcanza la concentración adulta a los 2 o 3 años, es por este motivo que el aporte de almidón antes de los 6 meses podría desencadenar diarrea. La lipasa es escasa al nacer. Su nivel se duplica al mes, pero permanece baja durante el primer año de vida. Esto sumado al hecho que en los recién nacidos las concentraciones de ácidos biliares intraluminales están por debajo del nivel miscelar crítico (insuficientes para solubilizar los productos de la lipólisis), condicionan algún grado de mala absorción grasa.³²

Para la etapa en la que se aconseja incorporar la alimentación complementaria a partir de los 6 meses la absorción intestinal de grasa es adecuada (90 a 95%) dado que la lipasa pancreática y lipasas alternativas (lingual) han alcanzado niveles adecuados y la secreción de sales biliares está completamente desarrollada. Los niveles de tripsina y quimo tripsina al nacer son solo ligeramente inferiores a los niveles del año de edad, por lo que la digestión de proteínas no presenta dificultades.³²

Alrededor de los 4-6 meses de edad, el intestino adquiere un desarrollo suficiente para oficiar como “barrera” y en buena proporción evitar la entrada de

alérgenos alimentarios. A su vez cantidad y calidad de enzimas resultan suficientes; este aspecto, sumado al anterior, facilita la digestión y la absorción, protegiendo de intolerancias alimentarias (manifestadas, por ejemplo, con vómitos y diarreas). Por otro lado, al comenzar la alimentación complementaria, se promueven cambios en la micro biota intestinal, específicamente, en las especies protectoras (bífido-bacterias y lactobacilos) con una posible repercusión sobre el “sistema de barrera” e “inmunológico” más grande del que dispone el ser humano, ubicado a nivel intestinal.³¹

D) Maduración Sistema Inmunológico:

El tracto gastrointestinal se adapta a las circunstancias que le impone el contacto con el medio ambiente a través de los alimentos, contando con mecanismos de defensa. La absorción de antígenos a través de la mucosa intestinal está limitada o inhibida por componentes inmunológicos y no inmunológicos. Entre los últimos, se encuentran el peristaltismo, la saliva, la acidez gástrica, la flora intestinal y enzimas como las proteasas, que contribuyen a la degradación intestinal de los antígenos y que determinan en parte el grado de transporte intestinal de macromoléculas.³²

Entre los inmunológicos se encuentran en primer lugar el tejido linfoide asociado al intestino y en segundo lugar el moco mediado por inmune complejos secretado por las células caliciales y que sirve de defensa frente a antígenos intraluminales que pasan la superficie del micro vellosidad. La barrera mucosa madura contiene la mayor población de células linfocitos B del organismo y una parte importante de la cantidad total de inmunoglobulinas A, esta es la principal secretora de inmunoglobulina del sistema inmune de las mucosas, alcanzando valores del adulto unos meses después del nacimiento, desempeñando un papel importante en la defensa del intestino de los microorganismos y de proteínas antigénicas. El defecto en las barreras puede verse asociado a enfermedades inmunológicas como la alergia a la leche de vaca.³³ La captación de macromoléculas es probablemente un mecanismo no selectivo en el intestino delgado que va disminuyendo con la edad. Es por ello que la presencia de anticuerpos séricos a antígenos alimentarios es más frecuentes en niños expuestos antes de los tres meses que en los expuestos

más tardíamente; esto explica porque la ingestión de antígenos proteicos en el recién nacido humano puede producir sensibilización con respuestas alérgicas.³¹

Etapas de la alimentación complementaria:

Según Jiménez (2008) señala que son tres: **a) Inicial:** Donde los nuevos alimentos deben comportarse como complemento del régimen lácteo, ya que el mayor aporte de energía y nutrientes proviene de la leche; **b) Intermedia:** llamada también de mantenimiento; donde los alimentos progresivamente se convierten en suplementos de alimentación láctea, pasando la leche de ser complementos de nuevos alimentos; y, **c) Final:** Que consiste en el empalme con la alimentación habitual del hogar o la familia.³²

Numero de comidas diarias recomendadas de acuerdo a la edad

A los 6 meses	El niño conserva el reflejo de extrusión por lo que aparenta que está escupiendo la comida, la cantidad que el lactante comerá de 3 a 4 cucharaditas cada vez.
A los 7 meses	La cantidad irá aumentando, deberá consumir aproximadamente media taza de 3 a 5 veces al día.
8 a 9 meses	Debe comer más de la media taza, cinco veces al día.
12 a 24 m.	Compartirá la comida familiar y deberá consumir 1 taza cinco veces al día

CONTENIDO NUTRICIONAL NECESARIO PARA UNA BUENA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

MACRONUTRIENTES: En la nutrición, los macronutrientes son esos nutrientes que suministran la mayor parte de la energía metabólica del organismo. Los principales son hidratos de carbono, proteínas, y grasas. Otros incluyen alcohol y ácidos orgánicos. Se diferencian de los micronutrientes, en que estos son

necesarios en pequeñas cantidades para mantener la salud pero no para producir energía. Los elementos químicos que los humanos consumen en grandes cantidades son el carbono, hidrógeno, nitrógeno, oxígeno, fósforo, sulfuro, proteínas y grasas o lípidos. Calcio, sal, magnesio y potasio son algunas veces adicionados a la lista de macronutrientes debido a que ellos son requeridos en cantidades relativamente grandes comparadas a otras vitaminas y minerales. Los alimentos que contienen macronutrientes son: Carnes y sus derivados, productos lácteos, pescado, huevos, pastas, arroz, avena, tortillas de maíz, papas con todo y cáscara, pan integral, frijoles, y lentejas.³⁴

MICRONUTRIENTES: Así les conoce a las sustancias que el organismo de los seres vivos necesita en pequeñas dosis. Son indispensables para los diferentes procesos bioquímicos y metabólicos de los organismos vivos y sin ellos morirían. Desempeñan importantes funciones catalizadoras en el metabolismo como cofactores enzimáticos, al formar parte de la estructura de numerosas enzimas (grupos prostéticos) o al acompañarlas (coenzimas). En los animales engloba las vitaminas y minerales y estos últimos se dividen en minerales y oligoelementos. Estos últimos se necesitan en una dosis aún menor. No siempre necesitan ser aportados diariamente. La vitamina A y D o la B₁₂ puede almacenarse en el hígado para cubrir las necesidades.³⁵ Los alimentos que contienen Micronutrientes son:

Vitaminas: Son sustancias orgánicas presentes en cantidades muy pequeñas en los alimentos, pero necesarias para el metabolismo. Se agrupan en forma conjunta no debido a que se relacionen químicamente o porque tengan funciones fisiológicas semejantes, sino debido, como lo implica su nombre, a que son factores vitales en la dieta y porque todas se descubrieron en relación con las enfermedades que causan su carencia.¹⁰

Vitamina A: Se encuentra tan sólo en productos animales; las principales fuentes son mantequilla, huevos, leche y carne (sobre todo hígado) y algunos pescados. La carencia provoca una resequedad patológica del ojo, que puede llevar a la xeroftalmía y algunas veces a la ceguera. También pueden sufrir otros tejidos epiteliales y en la piel no es rara la queratosis folicular.¹⁰

Complejo B:

Vitamina B1: También llamada tiamina, se encuentra en los cereales de grano entero, pan, carnes rojas, yema de huevo, vegetales de hoja verde, legumbres, maíz dulce, arroz integral, frutas y levadura. La tiamina se absorbe a través de los intestinos.¹⁰

Vitamina B2: Llamada también riboflavina, se encuentra en los productos de grano entero, leche, carne, huevos, queso. La deficiencia de riboflavina puede causar trastornos de la piel, anemia, los ojos sensibles a la luz, y la inflamación del revestimiento de tejido blando alrededor de la boca y la nariz.¹⁰

Vitamina B3: Llamada niacina, se encuentra en alimentos ricos en proteínas. Los más comunes son: carnes, pescado, levadura de cerveza, leche, huevos, legumbres, papa y palta.¹⁰

Vitamina B5: También llamada Ácido pantoténico, se encuentra en las carnes, las legumbres y los cereales de grano entero.¹⁰

Vitamina B6: También llamada piridoxina, se puede encontrar en muchos alimentos. Algunos de los alimentos que lo contienen son: hígado, carne, arroz integral, pescado, mantequilla, germen de trigo, cereales integrales, y la soja. La deficiencia de piridoxina es rara, sin embargo, ocurre a menudo en los alcohólicos provocando trastornos de la piel, trastornos del sistema nervioso, confusión, mala coordinación e insomnio.¹⁰

Vitamina B9: También llamada ácido fólico, se encuentra en muchos alimentos, incluyendo la levadura, el hígado, verduras verdes y cereales integrales. Las mujeres que están embarazadas tienen una mayor necesidad de ácido fólico.

Vitamina B12: Es necesaria para procesar los carbohidratos, proteínas y grasas y para ayudar a que todas las células de la sangre en nuestros cuerpos. Se encuentra en el hígado, carne, yema de huevo, el pollo y la leche.¹⁰

Vitamina C: Es esencial para producir parte de la sustancia que une a las células, así como el cemento une a los ladrillos. En una persona que tiene carencia de ácido ascórbico, las células endoteliales de los capilares carecen de solidez normal. Las principales fuentes de vitamina C en la mayoría de las dietas son las frutas, las hortalizas. Su deficiencia origina el escorbuto y otras manifestaciones clínicas.¹⁰

Vitamina D: En los seres humanos, cuando la piel está expuesta a los rayos ultravioleta de la luz solar, se activa un compuesto esteroide para formar vitamina D, que entonces queda disponible para el cuerpo y que tiene exactamente la misma función que la vitamina D consumida en los alimentos. La función es de permitir la absorción adecuada del calcio. Se encuentra de modo natural sólo en la grasa de ciertos productos animales. Los huevos, el queso, la leche y la mantequilla, son buenas fuentes en dietas normales. La carne y el pescado contribuyen en cantidades pequeñas. Los aceites de hígado de pescado son muy ricos.¹⁰

Minerales: Los minerales tienen numerosas funciones en el organismo humano. El sodio, el potasio y el cloro están presentes como sales en los líquidos corporales, donde tienen la función fisiológica de mantener la presión osmótica. Los minerales forman parte de la estructura de muchos tejidos. Los principales minerales en el cuerpo humano son: calcio, fósforo, potasio, sodio, cloro, azufre, magnesio, manganeso, hierro, yodo, flúor, zinc, cobalto y selenio. El fósforo se encuentra tan ampliamente en las plantas, que una carencia de este elemento quizá no se presente en ninguna dieta. El potasio, el sodio y el cloro se absorben con facilidad y fisiológicamente son más importantes que el fósforo.¹⁰

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.

A. TIPO DE ESTUDIO

- De acuerdo con la direccionalidad: Prospectiva.
- De acuerdo con la evolución del fenómeno estudiado: Transversal.
- De acuerdo al enfoque de investigación: Método cuantitativo.
- De acuerdo a la orientación: Aplicada.
- De acuerdo a la técnica de contrastación: Cuasiexperimental.
- De acuerdo con el tipo de fuente de recolección de datos: Prolectiva.
- De acuerdo con la comparación de las poblaciones: Comparativa.³⁶

B. DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

El diseño de investigación es cuasiexperimental. Con un grupo experimental y otro con grupo control. Y tendrá el siguiente esquema:

G1:	O1	X	O2
G2:	O1		O2

Dónde:

G1: Madres con niños/as de 6 a 24 meses de edad (grupo experimental).

G2: Madres con niños/as de 6 a 24 meses de edad (grupo control).

O1: Cuestionario inicial (pre prueba).

O2: Cuestionario final (post prueba).

X: Programa educativo.

3.2. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

POBLACIÓN. Estuvo conformada por todas las madres con hijos de 6 a 24 meses de edad y que se han atendidos en el Centro de Salud de la Micro Red Pampa Grande Tumbes, que según estadísticas de dicho centro de salud durante el período 2014-2015 han asistido a servicios del consultorio CRED 462 niños/as de 6 a 24 meses de edad.

TAMAÑO MUESTRAL. Para determinar el tamaño muestral conociendo el tamaño de la población, se utilizó la fórmula para poblaciones finitas, según Ramos (2012).³⁷

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

Dónde:

n = Tamaño de la muestra

N = Población de 462 madres con niños/as de 6 a 24 meses.

N = Tamaño final de la muestra

Z = 1.96 (para un nivel de confiabilidad del 95%)

P = Probabilidad de éxito o proporción de madres con niños/as que tengan 6 a 24 meses de edad que tendrían un nivel de efectividad (en este caso 0.50)

q = Probabilidad en contra (en este caso 0.50)

e = Error admisible (0.10)

Reemplazando los datos se obtuvo:

$$\frac{1.96^2 \times 462 \times 0.5 \times 0.5}{((462 - 1) \times 0.10^2 + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5)} = 79.65$$

n = 80 (Tamaño de la muestra).

MUESTRA. Se asignó la misma cantidad de unidades de observación para el grupo experimental y otro tanto para el grupo control, seleccionándose al azar a las 40 madres que participaron voluntariamente en el programa educativo.

Grupo experimental, estuvo conformado por un grupo de 40 madres con niños/as de 6 a 24 meses de edad que además de cumplir con los criterios de inclusión, también participaron del programa educativo y demostrativo, el cuestionario se les aplicará como pre y post prueba.

Grupo control, estuvo constituido por 40 madres con niños/as de 6 a 24 meses de edad que cumplieron con los criterios de inclusión a las que solo se le aplicó el cuestionario como pre prueba y post prueba.

MUESTREO:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Participación voluntaria, previo consentimiento informado.
- Madres con niños/as de 6 a 24 meses de edad encargadas de la alimentación complementaria en el niño que acude al C. S. de la Micro Red Pampa Grande.
- Madres de niños/as de 6 a 24 meses de edad encargadas de la alimentación complementaria con capacidad cognitiva.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Madres con niños/as de 6 a 24 meses de edad con problemas de salud o que asisten a otros servicios de salud.
- Madres con estado de apatía o que no disponen de tiempo para participar en esta investigación.
- Madres con niños/as menores de 6 meses o mayores de 24 meses de edad.

3.3. MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Métodos: Se usaron los método deductivo, inductivo y Método hipotético-deductivo: El método deductivo, pues se partió de una premisa general para obtener las conclusiones de un caso particular. Puso el énfasis en la teoría, modelos teóricos, la explicación y abstracción, antes de recoger datos empíricos, hacer observaciones o emplear experimentos. El método inductivo, permitió analizar casos particulares, cuyos resultados fueron tomados para extraer conclusiones de carácter general. El método hipotético-deductivo, a través de observaciones realizadas de un caso particular se plantea un problema, que llevado a un proceso de inducción remite el problema a una teoría para formular una hipótesis, que a través de un razonamiento deductivo intenta validar la hipótesis empíricamente.³⁸

Técnicas de recolección de datos: Se utilizó las técnicas de la entrevista y la observación como técnicas principales para lograr la aceptación a la participación del estudio.

Instrumentos de recolección de datos: Se utilizó tres instrumentos de recolección de datos:

a) Un cuestionario para medir el **nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria**, estuvo conformada por 15 ítems relacionados con los conocimientos sobre la alimentación complementaria y se tuvo como objetivo evaluar los conocimientos que tiene la madre sobre la alimentación complementaria en un niño/as de 6 a 24 meses de edad. El valor de cada respuesta correcta fue de 1 punto. Obteniendo un máximo de 15 puntos (Anexo 2).

b) Una escala de Likert para medir el **nivel de actitudes sobre alimentación complementaria**, estuvo conformada por 10 ítem (con alternativas: DA= De acuerdo, I = Indiferente o le da igual y ED = En Desacuerdo) relacionados con las actitudes sobre la alimentación complementaria y se tuvo como objetivo evaluar las actitudes que tiene la

madres frente a la alimentación complementaria en un niño/as de 6 a 24 meses de edad. Cuya calificación fue de 0 a 1 punto, según la respuesta. Obteniendo un puntaje máximo de 10 puntos (Anexo 3).

c) Una lista de cotejo, para medir el **nivel de prácticas sobre alimentación complementaria**, que estuvo conformada por 10 ítem (con respuesta dicotómica: Si o No) relacionados con las buenas prácticas en la alimentación complementaria y tuvo como objetivo evaluar las prácticas que ejercen las madres frente a la alimentación complementaria en un niño/as de 6 a 24 meses de edad, cuya calificación fue la siguiente: 1 punto por cada respuesta correcta, obteniendo un puntaje máximo de 10 (Anexo 4).

d) Diseño de los instrumentos: Es importante recalcar que inicialmente los tres instrumentos fueron elaborados, adaptados y validados a partir de dos cuestionarios: Uno el otro extraído de Cisneros y Vallejo.¹⁸ y el otro cuestionario de Vásquez.²⁸

e) La validación del instrumento se realizó mediante los criterios de validez y confiabilidad de Pearson y Cronbach, y a través del juicio de expertos:

1. Para la determinación de los criterios de validez y confiabilidad de Pearson y Cronbach se aplicaron los instrumentos a una prueba piloto con 13 madres del C.S. Andrés Araujo, Tumbes, obteniendo un valor de Pearson de 0.86 (conocimientos y prácticas), 0.72 (conocimientos y actitudes), 0,76 (prácticas y actitudes); un alfa de Cronbach de 0.75, 0,79 y 0.81 para conocimientos, actitudes y prácticas, respectivamente, con lo cual se evidencio que tienen una alta valoración de validez y confiabilidad.

2. A sugerencia de los señores miembros del Jurado Calificador los instrumentos antes mencionados también fueron validados por profesionales especialistas (juicio de expertos) a través de los profesionales especialistas del área CRED y nutrición del C. S. Micro Red Pampa Grande. Para tal efecto se les entregó los instrumentos y luego de su evaluación, formularon sus apreciaciones.

3.4. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Procedimiento para la recolección de datos

a) Para el inicio de la recolección de datos se realizó las coordinaciones y trámites administrativos pertinentes ante la dirección del C. S. Micro Red Pampa Grande, para obtener el permiso correspondiente de la investigación, se coordinó con la responsable del consultorio de CRED, Promoción y Vigilancia para obtener la información con la cual se pueda identificar y seleccionar a las unidades de observación por grupo experimental y de control, y sus respectivos domicilios.

b) La intervención educativa y la toma de datos se realizó en los domicilios de las madres con niños/as de 6 a 24 meses de edad atendidas en el C. S. Micro Red Pampa Grande – Tumbes, que se encuentra ubicado en el centro poblado de Pampa Grande, distrito, provincia y departamento de Tumbes.

c) Luego de dividir el grupo de madres en subgrupos (grupo experimental y grupo control) y con la certeza que están validados y determinada su confiabilidad de los instrumentos y el programa educativo, se empezó con la recolección de datos.

d) En el primer contacto que las investigadoras tuvimos con las madres de ambos grupos, luego de la presentación de rigor, con credencial de la Universidad (firmada por el Decano) se procedió a informar los objetivos de la investigación y se solicitó su consentimiento (leyendo o entregándola y suscribiendo la carta correspondiente), con esta previa autorización, respetando siempre su autonomía y privacidad se solicitó respondan las preguntas de los tres instrumentos antes mencionados.

e) Al grupo experimental se aplicaron los tres instrumentos de recolección antes del inicio del programa educativo, y después de su culminación.

f) La aplicación del programa educativo implica el desarrollo de sesiones educativas y se realizó conforme estuvo programado.

g) Al grupo control también se le aplicaron los mismos tres instrumentos antes y después, en los mismos momentos, pero no se brindó ninguna sesión educativa, ni el programa educativo completo.

h) Se tuvo en cuenta las siguientes consideraciones para la aplicación del programa educativo:

1. El trabajo con las madres del grupo experimental, se inició con la coordinación para las visitas domiciliarias, según la disponibilidad de las madres.
2. Se realizó cuatro visitas domiciliarias (una sesión por visita) en el que fue desarrollado el contenido del programa educativo: Alimentación complementaria para niños/as de 6 a 24 meses de edad fue de manera individual a cada una de las participantes.
3. En cada visita se realizó la retroalimentación de cada tema.
4. Se realizó una sexta sesión, fue una visita domiciliaria previamente coordinada con las madres de familia participantes del programa de investigación donde volvieron hacer evaluarlas con un post test.

Procedimiento para el procesamiento de datos

- a) Recolectados los datos se sometieron a un proceso de revisión y crítica de la información.
- b) Se diseñó una base de datos en MS Excel.
- c) Se digito la información en la base de datos.
- d) Se codificaron o agruparon los datos, en código o rangos.
- e) Se procesaron los datos, elaborando cuadros, tablas de frecuencias de una y doble entrada, esquemas y gráficos.

Procedimientos para el análisis de datos

a) El análisis estadístico se realizó mediante los procedimientos de la estadística descriptiva para el cálculo de medidas como la media, proporciones.

b) Se utilizó la estadística inferencial para determinar la efectividad del programa educativo mediante las pruebas estadísticas:

1. T de Student para la comparación de las medias de los grupos en conocimientos.
2. T de Student para la comparación de las medias de los grupos en actitudes.
3. T de Student para la comparación de las medias de los grupos en prácticas.

CONSIDERACIONES ÉTICO Y DE RIGOR CIENTÍFICO

Consideraciones éticas: Se consideraran los principios éticos primordiales sobre los que se basan las normas de conducta ética en la investigación. Burgos (2013) cita Sgreccia (2002), en su manual de bioética I: Describe los principios fundamentales de la bioética personalista; en una investigación son:³⁹

1. El valor fundamental de la vida:

Se utilizó este principio fundamental en la presente investigación enfocando a las madres, como un ser altamente digno, único, racional, inteligente con múltiples dimensiones, que tienen valores y principios, se buscará el respeto de su vida, procurando en todo momento proteger su identidad, tomando en cuenta su independencia y el consentimiento informado en los participantes de esta investigación.³⁹

2. El principio de libertad y responsabilidad:

Se empleó este principio en la investigación porque los sujetos de estudio decidieron libremente participar, en ningún momento se les coaccionó para su apoyo en la investigación, para ello se le brindó el consentimiento

informado, donde expresaron su total acuerdo para ser partícipes de manera voluntaria, también podrán retirarse de manera voluntaria de la investigación, cuando deseen.³⁹

Criterios de rigor científico: Existen varios criterios de científicidad, tomando solo dos:

1. Credibilidad:

Para la presente investigación, los datos obtenidos de la encuesta están reconocidos como reales o verdaderos, consiste en la comprobación por parte de las investigadoras, la calidad de información recolectada, aumentará la probabilidad que los resultados hallados sean creíbles por medio de los instrumentos como las encuestas.³⁹

2. Confiabilidad:

En la investigación, se tuvo en cuenta la objetividad y la neutralidad de la información dejando de lado los prejuicios de las investigadoras. La información que se obtuvo con los instrumentos, fueron encontrando la realidad y no una elaboración de la misma. Es decir, que la información que encontramos tanto del pre y post prueba, son datos fidedignos, excluyendo el criterio de las investigadoras.³⁹

4. RESULTADOS

TABLA N° 01

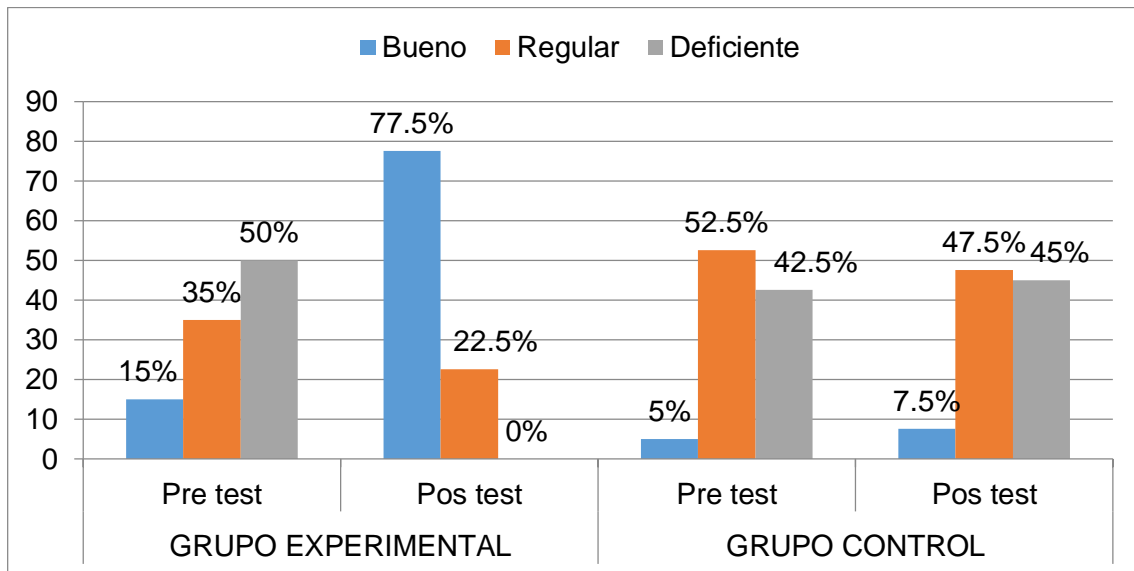
DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE NIÑOS/AS DE 6 A 24 MESES DE EDAD. MICRO RED PAMPA GRANDE TUMBES 2016.

CONOCIMIENTO	GRUPO EXPERIMENTAL				GRUPO CONTROL			
	Pre test		Post test		Pre test		Post test	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Bueno	06	15.0	31	77.5	02	5.0	03	7.5
Regular	14	35.0	09	22.5	21	52.5	19	47.5
Deficiente	20	50.0	00	00.0	17	42.5	18	45.0
Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.0
Regla t de Student	Grupo experimental: $p < 0.05$				Grupo control: $p > 0.05$			
	5.54E-17				0.925021			

Fuente: Encuestas aplicadas a madres de niños/as de 6 a 24 meses de edad Micro Red Pampa Grande.

GRÁFICA N° 01

DISTRIBUCIÓN DE MADRES SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE NIÑOS/AS DE 6 A 24 MESES DE EDAD. MICRO RED PAMPA GRANDE TUMBES 2016.



Fuente: Encuestas aplicadas a madres de niños/as de 6 a 24 meses de edad Micro Red Pampa Grande.

Según la tabla y gráfica N° 01 observamos que dentro del grupo experimental el 50 % de madres en el pre test tenían conocimiento deficiente, mientras que en el pos test el 77.5 % tuvieron conocimiento bueno. Dentro del grupo control el mayor porcentaje de madres tenían conocimiento regular tanto en el pre como en el pos test con 52.5 y 47.5 % respectivamente.

La prueba t de Students resultó significativa para el grupo experimental y no significativa para el grupo control, lo que indica que el “Programa Educativo” en conocimientos es eficaz.

TABLA N° 02

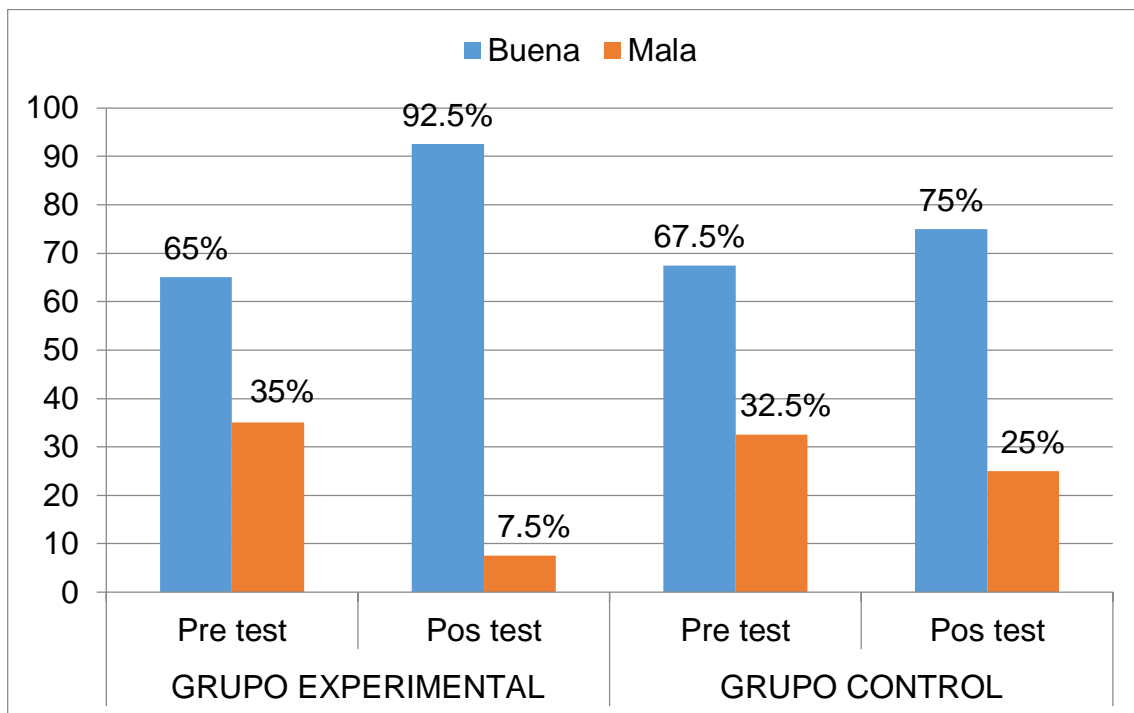
DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN ACTITUDES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE NIÑOS/AS DE 6 A 24 MESES DE EDAD. MICRO RED PAMPA GRANDE TUMBES 2016.

ACTITUD	GRUPO EXPERIMENTAL				GRUPO CONTROL			
	Pre test		Post test		Pre test		Post test	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Buena	26	65.0	37	92.5	27	67.5	30	75.0
Mala	14	35.0	03	7.5	13	32.5	10	25.0
Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.0
Regla t de Student	Grupo experimental: $p < 0.05$				Grupo control: $p > 0.05$			
	0.002172				0.060413			

Fuente: Encuestas aplicadas a madres de niños/as de 6 a 24 meses de edad Micro Red Pampa Grande.

GRÁFICA N° 02

DISTRIBUCIÓN DE MADRES SEGÚN ACTITUD SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE NIÑOS/AS DE 6 A 24 MESES DE EDAD. MICRO RED PAMPA GRANDE TUMBES 2016.



Fuente: Encuestas aplicadas a madres de niños/as de 6 a 24 meses de edad Micro Red Pampa Grande.

Según la tabla y gráfica N° 02 observamos que dentro del grupo experimental el 65 % de madres en el pre test tenían buena actitud, mientras que en el pos test el 92.5 % tuvieron buena actitud. Dentro del grupo control en el pre test el 67.5% tenía buena actitud, mientras que en el pos test el 75% tuvieron una buena actitud resultando una diferencia mínima al contrario del grupo experimental.

La prueba t de Students resultó significativa para el grupo experimental y no significativa para el grupo control, lo que indica que el “Programa Educativo” en actitud es eficaz.

TABLA N° 3

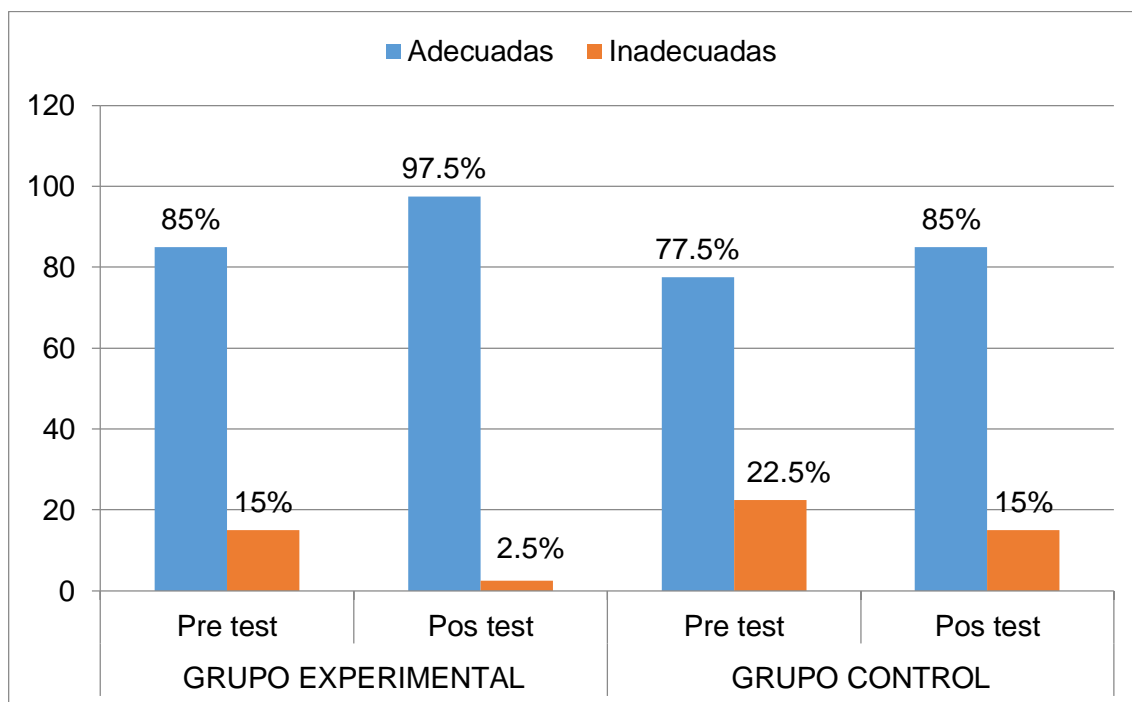
DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE MADRES SEGÚN PRÁCTICAS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE NIÑOS/AS DE 6 A 24 MESES DE EDAD. MICRO RED PAMPA GRANDE TUMBES 2016.

Prácticas	GRUPO EXPERIMENTAL				GRUPO CONTROL			
	Pre test		Post test		Pre test		Post test	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Adecuadas	34	85.0	39	97.5	31	77.5	34	85.0
Inadecuadas	6	15.0	1	2.5	9	22.5	6	15.0
Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.0
Regla t de Student	Grupo experimental: $p > 0.05$				Grupo control: $p > 0.05$			
	0.197603				0.31965			

Fuente: Encuestas aplicadas a madres de niños/as de 6 a 24 meses de edad Micro Red Pampa Grande.

GRÁFICA N° 3

DISTRIBUCIÓN DE MADRES SEGÚN PRÁCTICAS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE NIÑOS/AS DE 6 A 24 MESES DE EDAD. MICRO RED PAMPA GRANDE TUMBES 2016.



Fuente: Encuestas aplicadas a madres de niños/as de 6 a 24 meses de edad Micro Red Pampa Grande.

Según la tabla N° 03 observamos que dentro del grupo experimental el 85 % de madres en el pre test tenían adecuadas prácticas, mientras que en el pos test el 97.5 % tuvieron adecuadas prácticas. Dentro del grupo control en el pre test el 77.5% tenía adecuadas prácticas, mientras que en el pos test el 85% tuvieron una adecuadas prácticas.

La prueba t de Students resultó no significativa para ambos grupos, lo que indica que el “Programa Educativo” en prácticas no es eficaz

5. DISCUSIÓN

En muchos estudios presentan la desnutrición en niños como una consecuencia grave y que las intervenciones educativas nutricionales sirven para mejorar este aspecto, cumpliendo la enfermera un rol importante en dicha intervención.

En el **nivel de conocimientos** sobre alimentación complementaria en niños/as de 6 - 24 meses de edad del presente estudio. En la tabla N° 01 se observa que antes de la intervención educativa (charlas) en el grupo experimental, el nivel de conocimientos era deficiente con un 50% de las madres. Después de la intervención educativa, el nivel de conocimientos de las madres se incrementó a un nivel alto con un 77.5%, predominando el grupo experimental. En resumen los temas impartidos durante el programa educativo lograron un grado de aceptación para conocimientos en las participantes, lo cual significó que el programa fue efectivo del presente estudio. Lo encontrado se respalda con lo investigado por: **Mayor (2015)**, Lima, que estudió el efecto de intervención educativa en los conocimientos de alimentación saludable y prácticas alimentarias de las madres de preescolares, institución educativa. En el nivel de conocimiento en el pre test fue un nivel bajo con un 60% y en el pos test con un nivel alto del 70%.¹⁰ Al igual que **Zamora y Col (2013)**, Trujillo, estudiaron los conocimientos sobre alimentación infantil y prácticas alimentarias de madres con niños de 1 a 2 años de edad. Los resultados fueron: El 63,3% de las madres con deficiente nivel de conocimiento y el 36.7% de las madres buen nivel de conocimiento.⁹ Como también **Cárdenas (2010)**, Lima, realizó un estudio de la relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 meses a 24 meses que acuden al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita. Obteniendo los siguientes resultados: En el Nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria en madres de niños/as de 6 meses a 24 meses se tiene que del total de 55 (100.0%) madres primíparas, 58.2% tenían un nivel medio, 32.7% tenían un nivel bajo y 9.1% un nivel alto de conocimientos.⁵ Quienes concluyeron que un programa educativo

genera un impacto significativo en el incremento de los conocimientos, actitudes y prácticas en las madres.

Pero diferentes resultados de estudio obtuvieron:

Cisneros y Col. (2015), Chiclayo, demuestra que en comparación a nuestros resultados; el estudio que realizó sobre la: Efectividad del programa educativo en conocimientos, prácticas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños/as 6-24 meses. En el nivel de conocimiento en el pre test de las madres sobre alimentación, fue de nivel bajo con un 3.3%, mientras que el 53.3 % y 43.3 % obtuvieron un nivel de conocimiento Medio y Alto respectivamente, después de la aplicación del programa educativo. ¹⁸

Parada (2011), Colombia, realizó un estudio sobre los conocimientos, actitudes y prácticas del cuidador del menor de cinco años frente a la alimentación complementaria y uso de micronutrientes. Los resultados demuestran que la introducción de alimentos complementarios se ha realizado en forma oportuna en el 70%, el destete precoz se ha dado en un 30,08% cuando se inicia ablactación, así mismo se identifica el bajo nivel de conocimientos respecto a la necesidad de introducir micronutrientes en la dieta de los menores de 5 años y sobre los alimentos donde pueden ser hallados.³

A diferencia de Gamarra y Col, (2011), Lima, estudiaron los conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad del distrito de Villa María del Triunfo. Obtuvo como resultados: El 81% de participantes mostró nivel de conocimientos alto.⁶

En el **nivel de actitudes** sobre alimentación complementaria en niños/as de 6 - 24 meses de edad del presente estudio. En la tabla N° 02 se observa que antes de la intervención educativa (charlas) en el grupo experimental, el nivel de actitudes era bueno con un 65% de las madres. Después de la intervención educativa, el nivel de actitudes de las madres se incrementó a un nivel alto con un 92.5%, predominando el grupo experimental. En resumen los

temas impartidos durante el programa educativo lograron un grado de aceptación para conocimientos en las participantes, lo cual significó que el programa fue efectivo del presente estudio; lo encontrado se respalda con lo investigado por: **Cisneros y Col. (2015)**, en Chiclayo, realizó un estudio sobre la: Efectividad del programa educativo en conocimientos, prácticas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6-24 meses. Obteniendo como resultados: en el pre test es 33.3 % de las madres tienen actitudes inadecuadas en la alimentación complementaria de sus niños y el 66.7 % tiene actitudes adecuadas, después de la aplicación del programa educativo, se evidenció una modificación significativa, que el 6.7 % de las madres tienen actitudes inadecuadas en la alimentación complementaria, asimismo el 93.3 % de las madres tienen actitudes adecuadas sobre alimentación complementaria.¹⁸ Al igual que **Gamarra y Col, (2011)**, Lima, estudiaron los conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad del distrito de Villa María del Triunfo - Lima. Obtuvo como resultados: el 65% estuvo en total acuerdo con la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses de vida y 63% estaba de acuerdo con prácticas adecuadas en alimentación complementaria. Actitudes favorables (66,7%) sobre alimentación infantil, y sus percepciones en general coincidían con ello.⁶

En cuanto al **nivel de prácticas** sobre alimentación complementaria en niños/as de 6 - 24 meses de edad del presente estudio. En la tabla N° 03 se observa que antes de la intervención educativa (charlas) en el grupo experimental, el nivel de prácticas era bueno con un 85% de las madres. Después de la intervención educativa, el nivel de prácticas de las madres se incrementó a un nivel de 97.5%, predominando el grupo experimental. En resumen los temas impartidos durante el programa educativo lograron un grado de aceptación para prácticas en las participantes, lo cual significó que el programa no fue efectivo del presente estudio; lo encontrado se respalda con lo investigado por: **Cisneros y Col. (2015)**, Chiclayo, realizó un estudio sobre la: Efectividad del programa educativo en conocimientos, prácticas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6-24 meses. Obteniendo como resultados: Las prácticas de las madres sobre alimentación

complementaria de niños de 6 – 24 meses, es el 76 % de las madres tenían una práctica adecuada, y el 24 % una práctica inadecuada, y el 86.7 % de las madres realiza la práctica de utiliza agua hervida para la preparación de los alimentos y el 53.3 % de las madres no utiliza alimentos ricos en proteínas, carbohidratos, grasas en la alimentación del niño.¹⁸ Al igual que **Mayor (2015)**, Lima, estudio el efecto de intervención educativa en los conocimientos de alimentación saludable y prácticas alimentarias de las madres de preescolares, institución educativa. El nivel de prácticas inadecuadas en el pre test fue de 66.7% y en el pos test las prácticas adecuadas alcanzo el 73.3%.¹⁰ Como también **Zamora y Col (2013)**, en Trujillo, estudiaron los conocimientos sobre alimentación infantil y prácticas alimentarias de madres con niños de 1 a 2 años de edad. Los resultados fueron: En relación a las prácticas alimentarias mostraron que en un 51% son inadecuadas, seguido de prácticas alimentarias adecuadas en un 49.0%. Lo cual muestran que existe una relación significativa entre prácticas alimentarias y el nivel de conocimientos de las madres sobre la alimentación infantil.⁹ Del mismo modo **Galindo (2012)**, en Lima, estudió los conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el centro de salud “Nueva Esperanza”. En cuanto a las prácticas 61% (25) tienen prácticas adecuadas; mientras que 39% (15) tienen prácticas inadecuadas. ⁷

Pero diferentes resultados de estudio obtuvieron:

Reyes (2015), Lima, estudio la efectividad de una intervención educativa en el mejoramiento de los conocimientos y prácticas sobre la preparación de la lonchera, que tienen las madres de preescolares en una institución educativa privada en Santa Anita. En el nivel de conocimiento en el pre test fue un nivel del 90% no conocen ni practican, pero en el pos test el 70% ya conocían y tenían buenas prácticas.¹¹

Reafirmando Gamarra y Col, (2011), estudiaron los conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad del distrito de Villa María del Triunfo - Lima. Obtuvo

como resultados: 63% estaba de acuerdo con prácticas adecuadas en alimentación complementaria.⁶

La adquisición de mayor conocimiento, actitudes y prácticas en las madres se debe a una adecuada información educativa sobre la calidad de alimentación para sus hijos, labor principal de la enfermera, lo que significa que ellas deben generar dietas balanceadas y haciendo uso de productos nutritivos y promocionando productos de bajo costo económico y alimentos accesibles, caso contrario, repercute en el crecimiento y desarrollo de los niños. De allí la importancia que se continúen desarrollando intervenciones educativas orientados a las madres de niños/as en edad de 6 - 24 meses de edad para que tempranamente la madre adquiera conocimientos y así brinde una alimentación saludable a sus hijos.

6. CONCLUSIONES

1. El programa educativo sobre Alimentación Complementaria, tuvo una efectividad en el nivel de conocimientos, actitudes de las madres con niños/as de 6 a 24 meses de edad, demostrando a través de la prueba de t de Students, obteniéndose un $t_c = 5.54E-17$ y $t_a = 0.002172$ respectivamente, con un nivel de significancia $\alpha = 0.05$, por lo que se acepta la hipótesis de estudio; es decir, se demuestra la efectividad del programa educativo en estas dos variables; pero en cuanto a prácticas no hubo mucha variabilidad porque se encontró a las madres con un nivel adecuados en prácticas, como lo indica la tabla N° 03 que muestra un nivel adecuado del 85% en el pre test, y en post test este porcentaje aumento al 97.5% .
2. El nivel de conocimientos en el pre test de las madres sobre alimentación complementaria de niños/as de 6 a 24 meses de edad, fue de nivel deficiente con un 50%, después del programa educativo en el post test este indicador cambio a ser bueno con un resultado del 77.5%.
3. El nivel de actitud en el pre test de las madres sobre alimentación complementaria de niños/as de 6 a 24 meses de edad, tuvieron un nivel de buena actitud con un 65%, mientras en que el pos test este porcentaje aumento a un 92.5% habiendo una diferencia 27.5%.
4. El nivel de prácticas en el pre test de las madres sobre alimentación complementaria de niños/as de 6 a 24 meses de edad, tuvieron un nivel adecuado con un 85%, mientras que en el pos test este porcentaje aumento a un 97.5% habiendo una diferencia de 12.5%.

7. RECOMENDACIONES

A partir del análisis de los resultados se plantean las siguientes recomendaciones y se sugiere a los Centros de Salud y Redes y Micro Redes:

1. Enfatizar actividades preventivas promocionales interactivas destinadas a fortalecer y fomentar la salud del niño, así como realizar un programa de seguimiento del estado nutricional, orientado a prevenir trastornos derivados de los problemas nutricionales.
2. Que el Centro de Salud de la Micro Red Pampa Grande en el consultorio de CRED fomenten la alimentación a través de técnicas educativas: demostrativas con el fin de reforzar los conocimientos, con mayor énfasis en el pequeño grupo de madres que no mejoraron sus prácticas alimentarias.
3. Asimismo, promover a través de campañas publicitarias, por los medios de comunicación (con mayor énfasis radio y televisión) o de difusión, mejores conductas alimentarias tanto en los niños como a las madres, porque son ellas quienes hacen las compras, preparan los alimentos y escogen según sus preferencias y conocimientos previos.
4. Se sugiere realizar estudios similares e intervenciones de salud, con un esquema teórico práctico, con un seguimiento prolongado a fin de detectar problemas en el lugar donde se preparan los alimentos y realizar la retroalimentación inmediata; para que se contribuyan al mejoramiento de las prácticas alimentarias para obtener un mejor estado nutricional de los niños y prevenir las consecuencias de la mal nutrición infantil.
5. Se recomienda al personal de Salud de la Micro Red Pampa Grande, en coordinación con la Escuela académico profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de Tumbes, que continúe con la intervención educativa sobre alimentación saludable, a los nuevos grupos de madres que se integran cada año.

6. Establecer estrategias de seguimiento y monitoreo de los programas educativos para involucrar al personal de enfermería en su relación con la madre de familia acerca de la alimentación complementaria.

7. Crear espacios sociales de interrelación entre el personal de enfermería y las madres con niños/as que inicien o estén en la etapa de la alimentación complementaria; tales como charlas educativas, demostrativas y de sensibilización.

8. Realizar estudios comparativos con otros centros o puestos de salud de la jurisdicción a fin de unificar criterios.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. 1986. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. [Consultado: 14 de Enero de 2014]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
2. Gatica I. 2009. Prácticas de alimentación en niños menores de 2 años. Arch Argent Pediatr; 107(6):496-503. [Acceso 30 Oct 2015]. Disponible: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v107n6/v107n6a05.pdf>
3. Parada D. 2011. Conocimientos, actitudes y prácticas del cuidador del menor de cinco años. Rev. Ciencia y Cuidado. [Internet]. vol. 78(1): 29-39. [Acceso 03 oct 2015]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3853511.pdf>
4. Ramírez D. 2009. Efectividad del Programa Educativo en el mejoramiento del estado nutricional de niños de 2 – 6 años AA.HH. San Juan de Dios, Independencia – 2008. (Tesis pregrado inédita). Universidad Ricardo Palma, Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza.
5. Cárdenas L. 2010. Relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 meses a 24 meses que acuden al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2009 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana. E.A.P. Enfermería. [Acceso 06 oct 2015]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/251/Cardenas_al.pdf?sequence=1
6. Gamarra R. y Col. 2011. Conocimientos, actitudes y percepciones de madres sobre la alimentación de niños menores de 3 años en una comunidad de Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [Internet]. vol. 71(3). [Acceso 06 oct 2015]. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/92>

- 7.** Galindo B. 2012. Conocimiento y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el centro de Salud Nueva esperanza. 2011. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [Acceso el 28 de septiembre del 2015]. Disponible en:
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1297>
- 8.** Chávez J. 2012. Aplicación del programa educativo escolar sano con alimentación saludable y su influencia en el nivel cognitivo y en las prácticas nutricionales de las madres de la I.E 2099 El Sol- Distrito De Huaura. Lima. (Tesis). Universidad Alas Peruanas. Vicerrectorado De Investigación Y Postgrado ciclo De Graduación En Doctorados [Acceso el 18 de Nov del 2016]. Disponible:
<http://190.116.38.24:8090/xmlui/bitstream/handle/123456789/14/APLICACION%20DEL%20PROGRAMA%20EDUCATIVO%20%E2%80%99CESCOLAR%20SANO%20CON%20ALIMENTACION%20SALUDABLE.pdf?sequence=1>
- 9.** Zamora G. y Col. 2013. Conocimiento sobre alimentación infantil y prácticas alimentarias de madres con niños de 1 a 2 años de edad. Enfermería investigación y desarrollo [Internet]. vol. 11(1), [Acceso el 06 de octubre del 2015]. Disponible en:
<http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/facenf/issue/viewFile/59/60>
- 10.** Mayor D. 2015. Efecto de intervención educativa en los conocimientos de alimentación saludable y prácticas alimentarias de las madres de preescolares, institución educativa. Lima. (Tesis). Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza afiliada a la Universidad Ricardo Palma. [Acceso el 18 de Nov del 2016]. Disponible en:
<http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/376>
- 11.** Reyes S. 2015. Efectividad de una intervención educativa en el mejoramiento de los conocimientos y prácticas sobre la preparación de la lonchera, que tienen las madres de preescolares en una institución educativa privada en Santa Anita-Lima (Tesis). Universidad Nacional Mayor De San

Marcos. Facultad De Medicina E. A. P. De Enfermería. [Acceso el 18 de Nov del 2016]. Disponible en:

<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4168>

12. Mondalgo J. 2015. Efectividad de un programa educativo en el nivel de conocimiento sobre alimentación saludable en los adolescentes de una Institución Educativa. Lima (Tesis). Universidad Nacional Mayor De San Marcos Facultad De Medicina E.A.P. De Enfermería. [Acceso el 18 de Nov del 2016]. Disponible en:

<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4776>

13. Ramírez A. 2008. Estado nutricional y factores asociados a desnutrición en niños menores de 5 años en el programa de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud de Corrales, jul - set (Tesis). Universidad Nacional de Tumbes, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Enfermería 2009

14. Fernández F. 2013. Análisis de efectividad en la evaluación de programas sociales y educativos. Dial net. [Internet]. 2015. [Acceso 08 octubre 2015]. Disponible en:

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=19380>

15. Cata M. 2004. Programación Educativa. [Internet]. [Acceso 08 oct 2015]. Disponible en:

<https://fatimanomo.files.wordpress.com/2010/03/programacioneducativa.doc>

16. Pérez P. y col. 2015. Programa Educativo. [Base de Datos en internet]. [Acceso 08 oct 2015]. Disponible en:

<http://definicion.de/programa-educativo/>

17. Área de Programas Educativos de Palencia. 2013. [Internet]. [Acceso 08 oct 2015]. Disponible en:

<http://www.apepalen.cyl.com/descripcion.htm>

- 18.** Cisneros E. y col. 2015. Efectividad del programa educativo en conocimientos, prácticas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6-24 meses - Reque -2014. [Tesis]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería; [Acceso 08 de octubre del 2015]. Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/379/1/TL_CisnerosPomaEvelin_VallejoEsquivesYacarly.pdf
- 19.** Monroy A. 2013. Eficacia del programa de autocuidado dental en la prevención de la caries de los estudiantes de estomatología de la universidad alas peruanas-juliaca-puno-2013. [Tesis]. Puno. Universidad Alas Peruanas. Vicerrectorado de Investigación y Post Grado; [Acceso 08 oct 2015]. Disponible: <http://es.scribd.com/doc/277072917/TESIS-FINAL-DE-ELIZABETH-MONRROY-doc#scribd>
- 20.** Real Academia Española. 2015. Diccionario RAE Conocimientos. Madrid. Vigésima segunda edición.
- 21.** Pérez O. y Col. 2014. Conceptos de estudios de usuarios. Escuela de Bibliotecología. [Base de Datos en internet]. [Acceso 10 oct 2015]. Disponible en: <http://myslide.es/education/conceptos-usuarios.html>
- 22.** Rojas Ch. 2005. Nivel de conocimientos y tipo de participación que tienen las madres durante la atención del niño hospitalizado en el servicio de clínica pediátrica del HNERM. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Unidad de Postgrado. [Acceso 10 oct 2015]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/rojas_chm/rojas_cm.pdf
- 23.** Apolinario M. y Col. 2002. Conocimientos y prácticas que tienen las enfermeras sobre la aspiración de secreciones en pacientes intubados en la unidad de cuidados intermedios del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2002. [Tesis]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos. [Acceso 10 oct 2015]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/apolinario_m_r/cap1.htm

- 24.** Novoa R. 2013. Nivel de conocimiento sobre consentimiento informado en la práctica médica en internos de medicina en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2013. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. E.A.P de Medicina Humana. [Acceso 12 oct 2015]. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/464/1/Novoa_rr.pdf
- 25.** Real Academia Española. 2013. Diccionario RAE Prácticas [Base de Datos en internet]. [Acceso 12 oct 2015]. Disponible en:
<http://es.thefreedictionary.com/pr%C3%A1ctica>
- 26.** Chaverra F. 2003. Una aproximación al concepto de práctica en la formación de profesionales en educación física. Colombia: Instituto Universitario de Educación Física. Medellín. Grupo de investigación Calidad de la Educación Física. [Base de Datos en internet]. [Acceso 12 oct 2015]. P.02–03. Disponible en:
<http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/206-unaaproximacion.pdf>
- 27.** Retomatozo G. 2015. Efectividad de un programa educativo con metodología interactiva en la preparación de loncheras saludables en padres de niños pre escolares de una institución educativa, 2014. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. E.A.P. de Enfermería. [Acceso 12 oct 2015]. P. 21 - 24. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4084/1/Retemozo_gc.pdf
- 28.** Vásquez D. 2012. Conocimiento, actitudes y prácticas en lactancia materna de las madres que acuden al Centro de Salud San Luis, 2009. [Tesis]. Lima; Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina humana. Escuela de post – grado. [Acceso 12 oct 2015]. P. 29. Disponible en:
http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2477/1/Vasquez_Delgado_Rocio_del_Pilar_2012.pdf

- 29.** Moreno A. 2010. Revista Edu – Física / Grupo de Investigación. Las actitudes. [Internet]. [Acceso el 14 de octubre del 2015]. P. 01 - 02. Disponible en:
<http://www.edu-fisica.com/Formato.pdf>
- 30.** Ministerio de Salud. 2012. Alimentación complementaria del lactante de 6 a 24 meses. [Base de datos de internet]. [Acceso 14 oct 2015]. Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2007/nutricion/lactante_6_24_mes.es.asp
- 31.** Daza W. y Col. 2003. Alimentación Complementaria en el primer año de vida. CCAP. [Internet]. Vol. 08. N° 04: P. 18. [Acceso 14 oct 2015]. Disponible en:
<http://scp.com.co/descargasnutricion/Alimentaci%C3%B3n%20complementaria%20en%20el%20primer%20a%C3%B1o%20de%20vida.pdf>
- 32.** Jiménez H. 2008. Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses que acuden al centro de salud fortaleza 2008. [Tesis]. Lima; Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. E.A.P. de Enfermería. [Acceso 14 oct 2015]. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/544/1/Jimenez_hc.pdf
- 33.** Nazziconi R. 2014. Práctica y conocimientos maternos sobre alimentación complementaria del lactante en el Hospital Higa San Felipe de la ciudad de San Nicolás. [Tesis]. Argentina; Universidad Abierta Interamericana. Sede Regional Rosario. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. [Acceso 14 de octubre del 2015]. P. 6 – 10. Disponible en:
<http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC116680.pdf>
- 34.** Unicef. La química y la nutrición. 2013. Macro nutrientes y Micro nutrientes. [Base de Datos en internet]. [Acceso 14 oct 2015]. Disponible en:
<http://equipo8prepa7m2f.blogspot.pe/p/macro-nutrientes-y-micro-nutrientes.html>

- 35.** Romero G. y col. Química y la nutrición. 2014. Macro nutrientes y Micro nutrientes. [Internet]. [Acceso 14 oct 2015]. Disponible en:
<http://quimica1prepa7.blogspot.pe/2011/05/macronutrientes-y-micronutrientes.html>
- 36.** Alzamora. 2011. Tipos de estudio en salud pública. Doctor of Philosophy in Public Health (Ph. D.). U.M. U.S.A. Docente de Postgrado en Salud de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. [Acceso 20 de nov 2016]. Disponible en:
<http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20XIII%202011/9-%20Tipos%20de%20Estudio.htm>
- 37.** Ramos. 2012. Estadística aplicada a la Investigación (Electiva) Universidad Nacional Experimental Francisco De Miranda. programa de educación área ciencias de la educación Santa Ana De Coro. [Acceso 20 de nov 2016]. Disponible en:
<http://es.slideshare.net/maule/guia-tamao-de-la-muestra>
- 38.** Seijas y col. 2003. Venezuela. Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos. Programa educación mención computación. [Acceso 20 de nov 2016]. Disponible en:
<http://www.monografias.com/trabajos72/elementos-tipos-razonamiento/elementos-tipos-razonamiento3.shtml>
- 39.** Burgos J. 2013. Nota sobre la Bioética Personalista [Internet]. [Acceso 14 oct 2015] disponible en:
<http://www.observatoriobioetica.org/2013/10/el-personalismo-en-elio-sgreccia/973>

ANEXOS

ANEXO 1
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo:....., **ACEPTO** participar en la investigación: **Efectividad de programa educativo en conocimiento, actitudes y prácticas de las madres con niños/as de 6 a 24 meses de edad sobre alimentación complementaria micro red pampa grande Tumbes 2016**, siendo realizado por las bachilleres de enfermería, Universidad Nacional de Tumbes: Meliza Elizabet Aguayo Medina y Carolina Vanessa Chávez Saavedra, asesorado por la Dra. Enf. Yrene Esperanza Urbina Rojas.

Teniendo como objetivo: Determinar la efectividad del programa educativo en conocimientos e identificar las prácticas, actitudes de madres con niños/as 6-24 meses de edad, sobre alimentación complementaria micro red pampa grande. Asumiendo que los informantes y las informaciones dadas serán solamente de conocimiento de las investigadoras y de su asesora quienes garantizan el secreto y respeto a mi privacidad.

Soy consciente que el informe de la investigación será publicado no siendo mencionados los nombres de los participantes, teniendo libertad de retirar mi consentimiento en cualquier momento y dejar de participar del estudio sin que esto genere algún perjuicio y/o gasto. Sé que de tener dudas de mi participación podre aclararlas con el investigador. Por último declaro que después de las aclaraciones convenientemente realizadas, consiento participar de la presente investigación.

Tumbes,.....de..... del 2016

Firma del Investigador

Firma del Investigador

Firma del Informante

ANEXO 2

CUESTIONARIOS DE ENCUESTA PARA MEDIR CONOCIMIENTOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



CUESTIONARIO SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN NIÑOS/AS DE 6 – 24 MESES. PAMPA GRANDE 2016.

Este cuestionario es un instrumento para la obtención de datos con el fin de identificar los conocimientos de la madre sobre la alimentación complementaria. Su participación es individual, voluntaria y confidencial. Agradecemos su colaboración. Lea adecuadamente y marque la alternativa que usted considere correctas

I. DATOS GENERALES

- **De la madre:**

Edad:

Grado de instrucción: Primaria Secundaria Superior

Ocupación:

- **Del niño (a):**

Fecha de nacimiento

Edad: Meses.

Sexo: M () F ()

II. CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS

1. ¿Qué pasaría si le da alimentos semi sólidos al niño antes de los 6 meses de edad?	a) Molestias estomacales b) b) Alergias tempranas c) T. A d) No sabe
2. La alimentación complementaria consiste:	a) Dar comida de la olla familiar b) La introducción de alimentos

	<p>semis sólidos en la dieta del niño, a parte de la leche materna</p> <p>c) A y b</p> <p>d) No sabe</p>
<p>3. La edad apropiada para el inicio de la alimentación complementaria es:</p>	<p>a) 8 meses de edad</p> <p>b) 4 meses de edad</p> <p>c) 6 meses de edad</p> <p>d) No sabe</p>
<p>4. La alimentación complementaria es beneficioso para el niño ¿Por qué?:</p>	<p>a) Para que tengan un buen crecimiento y desarrollo.</p> <p>b) Ayuda a que los niños se acostumbren a nuevos sabores y texturas</p> <p>c) a y b</p> <p>d) No sabe</p>
<p>5. ¿Cuántas veces al día se debe de brindar los alimentos al niño de 6 a 8 meses de edad?</p>	<p>a) 3 veces</p> <p>b) 4 veces</p> <p>c) 7 veces</p> <p>d) No sabe</p>
<p>6. ¿Cuántas veces al día se debe de brindar los alimentos al niño de 9 a 11 meses de edad?</p>	<p>a) 3 veces</p> <p>b) 5 veces</p> <p>c) 3 veces + 1 refrigerio</p> <p>d) No sabe</p>
<p>7. ¿Cuántas veces al día se debe de brindar los alimentos al niño de 12 a 24 meses de edad?</p>	<p>a) 3 veces + 1 refrigerio</p> <p>b) 2 veces</p> <p>c) 3 veces + 2 refrigerios</p> <p>d) No sabe</p>
<p>8. ¿Qué consistencia debe tener los alimentos que le da a su niño de 6 a 8 meses de edad?</p>	<p>a) Papillas o puré</p> <p>b) En trozos</p> <p>c) Sopitas</p> <p>d) No sabe</p>
<p>9. ¿Qué consistencia debe tener los alimentos que le da a su niño de 9 a 11 meses de edad?</p>	<p>a) Sopitas</p> <p>b) Trozos</p> <p>c) Picados</p> <p>d) No sabe</p>

<p>10. ¿Qué consistencia debe tener los alimentos que le da a su niño de 12 a 24 meses de edad?</p>	<p>a) Sopitas b) Papillas o puré c) Segundo d) No sabe</p>
<p>11. La cantidad de alimentos que debe recibir el niño de 6 a 8 meses es:</p>	<p>a) 3 - 5 cucharadas b) 5 - 7 cucharadas c) 7 - 10 cucharadas d) No sabe</p>
<p>12. ¿Cuál es la cantidad que debe comer un niño de 9 a 11 meses de edad cada vez que lo alimenta?</p>	<p>a) De 3 a 5 cucharadas b) De 5 a 7 cucharadas c) 4 cucharadas d) No sabe</p>
<p>13. ¿Cuál es la cantidad que debe comer un niño de 12 a 24 meses de edad cada vez que lo alimenta?</p>	<p>a) De 3 a 5 cucharadas b) De 7 a 10 cucharadas c) 4 cucharadas d) No sabe</p>
<p>14. Para absorber mejor el hierro de los alimentos se deben combinar con:</p>	<p>a) Anís y Manzanilla b) Té y Café c) Limonada y Jugos Cítricos d) No sabe</p>
<p>15. ¿Por qué crees que es importante incluir los micronutrientes (chispitas) en la alimentación de su niño?</p>	<p>a) Ayuda a prevenir la anemia b) Favorece a la formación de los huesos, crecimiento y desarrollo del cuerpo c) a y b d) No sabe</p>

ANEXO 3

CUESTIONARIOS DE ENCUESTA PARA MEDIR ACTITUDES



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



MEDICION DE LA ACTITUD DE LA MADRE SOBRE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN NIÑOS/AS DE 6 – 24 MESES. PAMPA GRANDE 2016.

(ESCALA DE ACTITUD TIPO LIKERT)

Este cuestionario es un instrumento para la obtención de datos con el fin de identificar las actitudes de la madre sobre la alimentación complementaria. Su participación es individual, voluntaria y confidencial. Agradecemos su colaboración. Lea adecuadamente y marque la alternativa que usted considere correctas con un aspa. (X)

DA = De acuerdo I = Indiferente (le da igual) ED = En desacuerdo

Nº	PREGUNTA	DA	I	ED
1	Se debe obligar al niño a comer todo.			
2	Se preocupa cuando su hijo no quiere comer.			
3	El cansancio, la falta de apoyo, la tensión, de la madre interfiere en la alimentación complementaria.			
4	Prefiere que los familiares brinden la alimentación a su hijo.			
5	Utiliza medios de distracción (juegos, TV o música), cuando el niño no quiere comer.			
6	La alimentación complementaria requiere de un ambiente tranquilo y favorable.			
7	Castiga a su hijo, cuando comienza a botar los alimentos y ensuciarse al consumirlos.			
8	Castiga a su hijo, cuando no quiere consumir los alimentos.			
9	El niño recibe alimentos en su propio plato.			
10	El niño recibe alimentación con toda la familia.			

ANEXO 4

CUESTIONARIOS DE ENCUESTA PARA MEDIR PRÁCTICAS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



MEDICION DE LAS PRÁCTICAS DE LA MADRE SOBRE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN NIÑOS/AS DE 6 – 8 MESES DE EDAD. PAMPA GRANDE 2016

(LISTA MODIFICADA TIPO COTEJO).

Este cuestionario es un instrumento para la obtención de datos con el fin de identificar las prácticas de la madre sobre la alimentación complementaria. Su participación es individual, voluntaria y confidencial. Agradecemos su colaboración. Lea adecuadamente y marque la alternativa que usted considere correctas con un aspa. (X)

Nº	PREGUNTA	SI	NO
1	Se lava las manos al preparar los alimentos y antes de dar de comer a su hijo.		
2	Brinda a su niño alimentos de origen animal todos los días como sangrecita, higadito, bazo, pescado.		
3.	Brinda a su niño cereal como: arroz, fideos, pan, galletas.		
4.	Brinda a su niño frutas de color naranja como: mango. papaya, plátano, etc.		
5.	Brinda a su niño verduras de color verde oscuro como: espinaca, brócoli, y de color naranja como: zapallo, zanahoria, macre		
6.	Incluye menestras en sus preparaciones.		
7.	Continúa dándole lactancia materna a su niño todos los días.		
8.	Brinda purés, papillas o mazamorra a su niño		
9.	Da a su niño o niña 3 veces al día los alimentos.		
10	Brinda a su niño o niña de 3 – 5 cucharadas cada vez que lo alimenta		



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



MEDICION DE LAS PRÁCTICAS DE LA MADRE SOBRE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN NIÑOS/AS DE 9 – 11 MESES DE EDAD. PAMPA GRANDE 2016.

(LISTA MODIFICADA TIPO COTEJO).

Este cuestionario es un instrumento para la obtención de datos con el fin de identificar las prácticas de la madre sobre la alimentación complementaria. Su participación es individual, voluntaria y confidencial. Agradecemos su colaboración. Lea adecuadamente y marque la alternativa que usted considere correctas con un aspa. (X)

N°	PREGUNTA	SI	NO
1	Se lava las manos al preparar los alimentos y antes de dar de comer a su hijo.		
2	Brinda a su niño alimentos de origen animal todos los días como sangrecita, higadito, bazo, pescado.		
3.	Brinda a su niño cereal como: arroz, fideos, pan, galletas.		
4.	Brinda a su niño frutas de color naranja como: mango. papaya, plátano, etc.		
5.	Brinda a su niño verduras de color verde oscuro como: espinaca, brócoli, y de color naranja como: zapallo, zanahoria, macre		
6.	Incluye menestras en sus preparaciones.		
7.	Continúa dándole lactancia materna a su niño todos los días		
8.	Brinda a su niño alimentos picados o desmenuzados a su niño		
9.	Da a su niño o niña 3 veces al día los alimentos más un refrigerio		
10	Brinda a su niño o niña de 5 – 7 cucharadas cada vez que lo alimenta		



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



MEDICION DE LAS PRÁCTICAS DE LA MADRE SOBRE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN NIÑOS/AS DE 12 – 24 MESES DE EDAD. PAMPA GRANDE 2016.

(LISTA MODIFICADA TIPO COTEJO).

Este cuestionario es un instrumento para la obtención de datos con el fin de identificar las prácticas de la madre sobre la alimentación complementaria. Su participación es individual, voluntaria y confidencial. Agradecemos su colaboración. Lea adecuadamente y marque la alternativa que usted considere correctas con un aspa. (X)

N°	PREGUNTA	SI	NO
1	Se lava las manos al preparar los alimentos y antes de dar de comer a su hijo.		
2	Brinda a su niño alimentos de origen animal todos los días como sangrecita, higadito, bazo, pescado.		
3.	Brinda a su niño cereal como: arroz, fideos, pan, galletas.		
4.	Brinda a su niño frutas de color naranja como: mango. papaya, plátano, etc.		
5.	Brinda a su niño verduras de color verde oscuro como: espinaca, brócoli, y de color naranja como: zapallo, zanahoria, macre		
6.	Incluye menestras en sus preparaciones.		
7.	Continúa dándole lactancia materna a su niño todos los días		
8.	Brinda a su niño alimentos de olla familiar (segundos)		
9.	Da a su niño o niña 3 veces al día los alimentos más dos refrigerio		
10	Brinda a su niño o niña de 7 – 10 cucharadas cada vez que lo alimenta		

ANEXO 5

TABLA N°4

RESUMEN DE DATOS GENERALES DE PARTICIPANTES DEL PROGRAMA EDUCATIVO TITULADO “EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA A MADRES CON NIÑOS/AS DE 6 A 24 MESES DE EDAD DE LA MICRO RED PAMPA GRANDE 2016

DATOS GENERALES	Fi	%
Grupo experimental o control		
GE	40	50.00
GC	40	50.00
Total	80	100.00
Edad de las madres		
17-20 años	12	15.00
21-30 años	39	48.75
31 a más años	29	36.25
Total	80	100.00
Grado de instrucción		
Primaria	10	12.50
Secundaria	59	73.75
Superior	11	13.75
Total	80	100.00
Ocupación		
Ama de casa	74	92.50
Estudiante	4	5.00
Secretaria	1	1.25
Obstetra	1	1.25
Total	80	100.00
Edad del niño		
6-8 meses	28	35.00
9-11 meses	22	27.50
12-24 meses	30	37.50
Total	80	100.00
Sexo del niño		
F	40	50.00
M	40	50.00
Total	80	100.00

Fuente: Encuestas aplicadas a madres de niños/as de 6 a 24 meses de edad Micro Red Pampa Grande.

ANEXO 6

TABLA N° 5

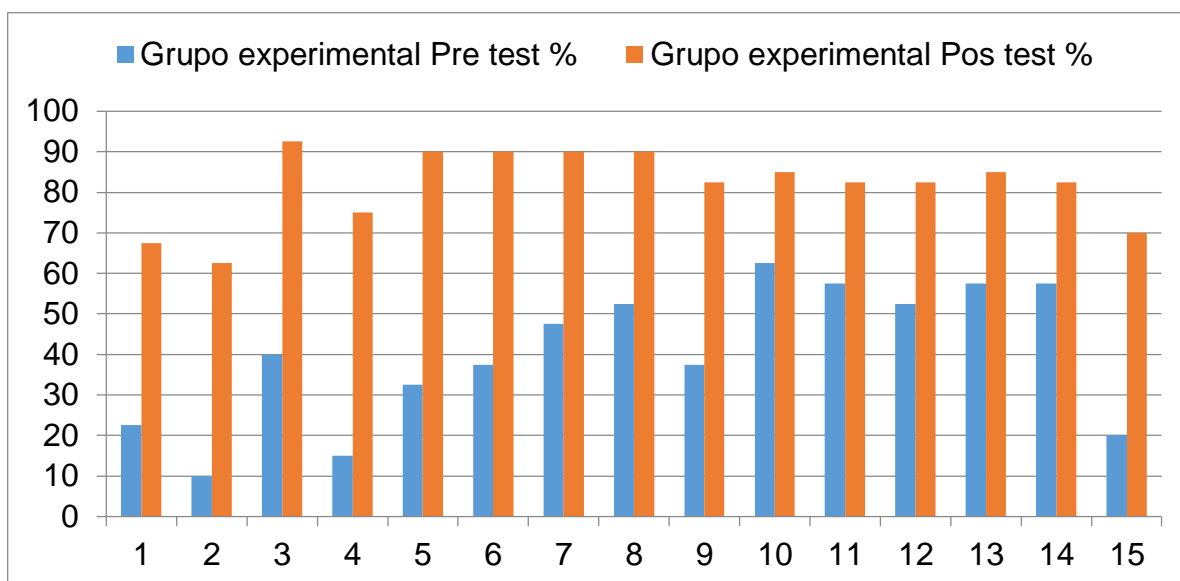
TABLA RESUMEN DE RESPUESTAS BUENAS Y MALAS SEGÚN EL CUESTIONARIO PARA MEDIR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA A LAS MADRES CON NIÑOS/AS DE 6 A 24 MESES DE EDAD PAMPA GRANDE TUMBES 2016.

CONOCIMIENTOS		GRUPO EXPERIMENTAL				GRUPO CONTROL			
		PRE TEST		POS TEST		PRE TEST		POS TEST	
		Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
1 Ítem	Buenas	9	22.5	27	67.5	10	25.0	11	27.5
	Malas	31	77.5	13	32.5	30	75.0	29	72.5
	Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.0
2 Ítem	Buenas	4	10.0	25	62.5	7	17.5	7	17.5
	Malas	36	90.0	15	37.5	33	82.5	33	82.5
	Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.0
3 Ítem	Buenas	16	40.0	37	92.5	19	47.5	19	47.5
	Malas	24	60.0	3	7.5	21	52.5	21	52.5
	Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.0
4 Ítem	Buenas	6	15.0	30	75.0	7	17.5	7	17.5
	Malas	34	85.0	10	25.0	33	82.5	33	82.5
	Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.0
5 Ítem	Buenas	13	32.5	36	90.0	20	50.0	20	50.0
	Malas	27	67.5	4	10.0	20	50.0	20	50.0
	Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.0
6 Ítem	Buenas	15	37.5	36	90.0	18	45.0	20	50.0
	Malas	25	62.5	4	10.0	22	55.0	20	50.0
	Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.0
7 Ítem	Buenas	19	47.5	36	90.0	18	45.0	18	45.0
	Malas	21	52.5	4	10.0	22	55.0	22	55.0
	Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.0
8 Ítem	Buenas	21	52.5	36	90.0	25	62.5	25	62.5
	Malas	19	47.5	4	10.0	15	37.5	15	37.5

	Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.0
9 Ítem	Buenas	15	37.5	33	82.5	14	35.0	14	35.0
	Malas	25	62.5	7	17.5	26	65.0	26	65.0
	Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.0
10 Ítem	Buenas	25	62.5	34	85.0	27	67.5	27	67.5
	Malas	15	37.5	6	15.0	13	32.5	13	32.5
	Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.0
11 Ítem	Buenas	23	57.5	33	82.5	26	65.0	25	62.5
	Malas	17	42.5	7	17.5	14	35.0	15	37.5
	Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.0
12 Ítem	Buenas	21	52.5	33	82.5	18	45.0	19	47.5
	Malas	19	47.5	7	17.5	22	55.0	21	52.5
	Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.0
13 Ítem	Buenas	23	57.5	34	85.0	19	47.5	18	45.0
	Malas	17	42.5	6	15.0	21	52.5	22	55.0
	Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.0
14 Ítem	Buenas	23	57.5	33	82.5	22	55.0	22	55.0
	Malas	17	42.5	7	17.5	18	45.0	18	45.0
	Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.0
15 Ítem	Buenas	8	20	28	70.0	7	17.5	7	17.5
	Malas	32	80	12	30.0	33	82.5	33	82.5
	Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.0

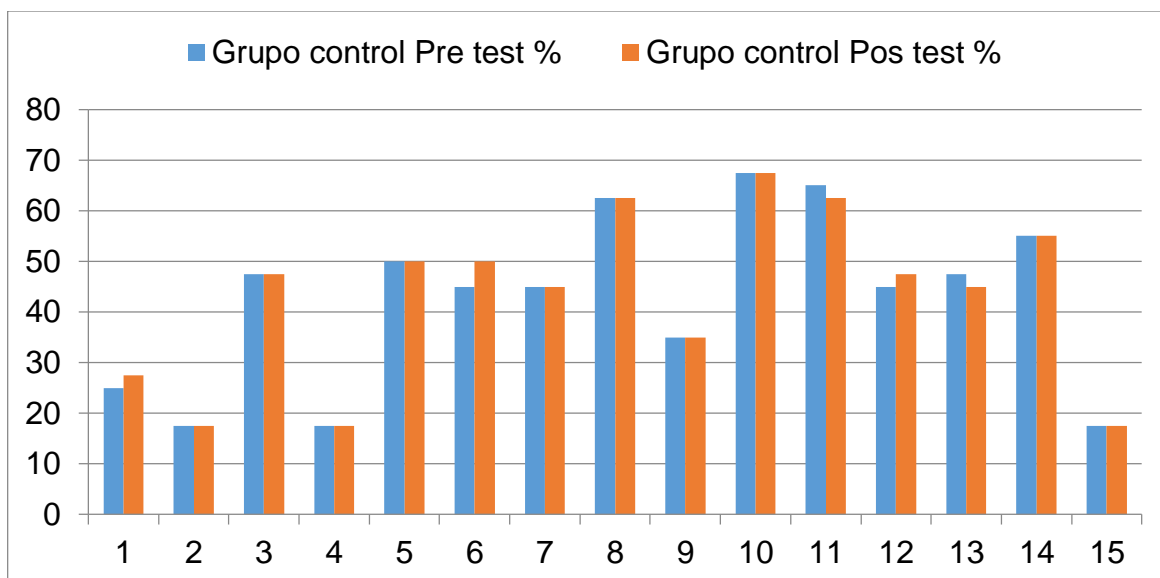
Fuente: Encuestas aplicadas a madres de niños/as de 6 a 24 meses de edad
Micro Red Pampa Grande.

Grafica 4: De preguntas bien contestadas en la encuesta para medir el nivel de conocimientos: Grupo experimental



Fuente: Encuestas aplicadas a madres de niños/as de 6 a 24 meses de edad Micro Red Pampa Grande.

Grafica 5: De preguntas bien contestadas en la encuesta para medir el nivel de conocimientos: Grupo control



Fuente: Encuestas aplicadas a madres de niños/as de 6 a 24 meses de edad Micro Red Pampa Grande.

ANEXO 7

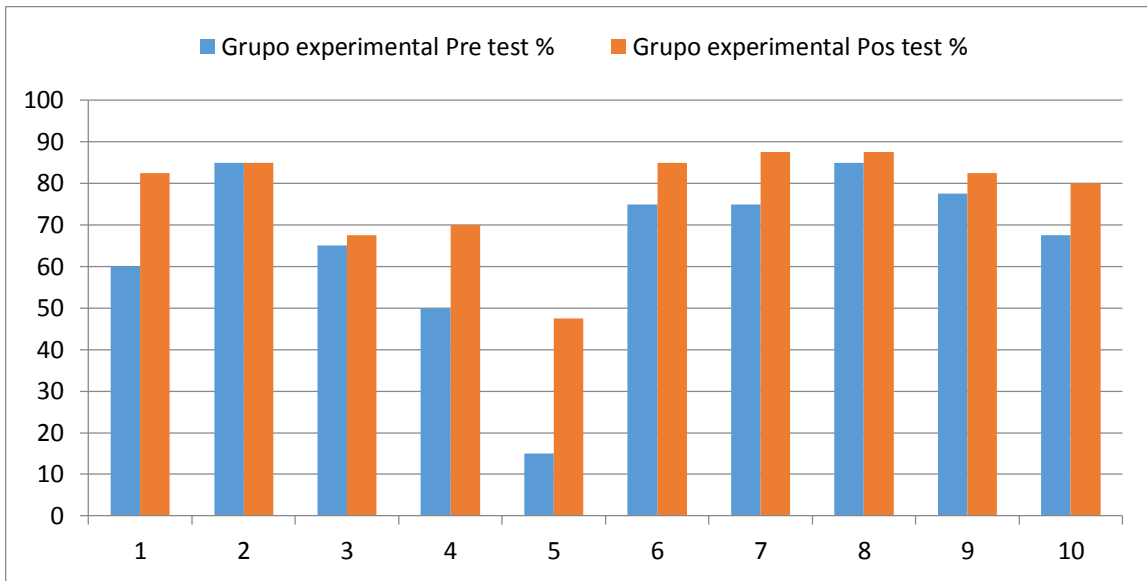
TABLA N° 6

RESUMEN DE RESPUESTAS BUENAS Y MALAS SEGÚN EL CUESTIONARIO (ESCALA DE ACTITUD TIPO LIKERT) PARA MEDIR EL NIVEL DE ACTITUD SOBRE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA A LAS MADRES CON NIÑOS/AS DE 6 A 24 MESES DE EDAD PAMPA GRANDE TUMBES 2016.

ACTITUD	GRUPO EXPERIMENTAL				GRUPO CONTROL				
	PRE TEST		POS TEST		PRE TEST		POS TEST		
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	
1 Ítem	Buenas	24	60.0	33	82.5	28	70.0	31	77.5
	Malas	16	40.0	7	17.5	12	30.0	9	22.5
	Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.0
2 Ítem	Buenas	34	85.0	34	85.0	32	80.0	32	80.0
	Malas	6	15.0	6	15.0	8	20.0	8	20.0
	Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.0
3 Ítem	Buenas	26	65.0	27	67.5	15	37.5	21	52.5
	Malas	14	35.0	13	32.5	25	62.5	19	47.5
	Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.0
4 Ítem	Buenas	20	50.0	28	70.0	23	57.5	27	67.5
	Malas	20	50.0	12	30.0	17	42.5	13	32.5
	Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.0
5 Ítem	Buenas	6	15.0	19	47.5	7	17.5	11	27.5
	Malas	34	85.0	21	52.5	33	82.5	29	72.5
	Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.0
6 Ítem	Buenas	30	75.0	34	85.0	30	75.0	34	85.0
	Malas	10	25.0	6	15.0	10	25.0	6	15.0
	Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.0
7 Ítem	Buenas	30	75.0	35	87.5	32	80.0	33	82.5
	Malas	10	25.0	5	12.5	8	20.0	7	17.5
	Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.0
8 Ítem	Buenas	34	85.0	35	87.5	34	85.0	36	90.0
	Malas	6	15.0	5	12.5	6	15.0	4	10.0
	Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.0
9 Ítem	Buenas	31	77.5	33	82.5	32	80.0	35	87.5
	Malas	9	22.5	7	17.5	8	20.0	5	12.5
	Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.0
10 Ítem	Buenas	27	67.5	32	80.0	29	72.5	34	85.0
	Malas	13	32.5	8	20.0	11	27.5	6	15.0
	Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.0

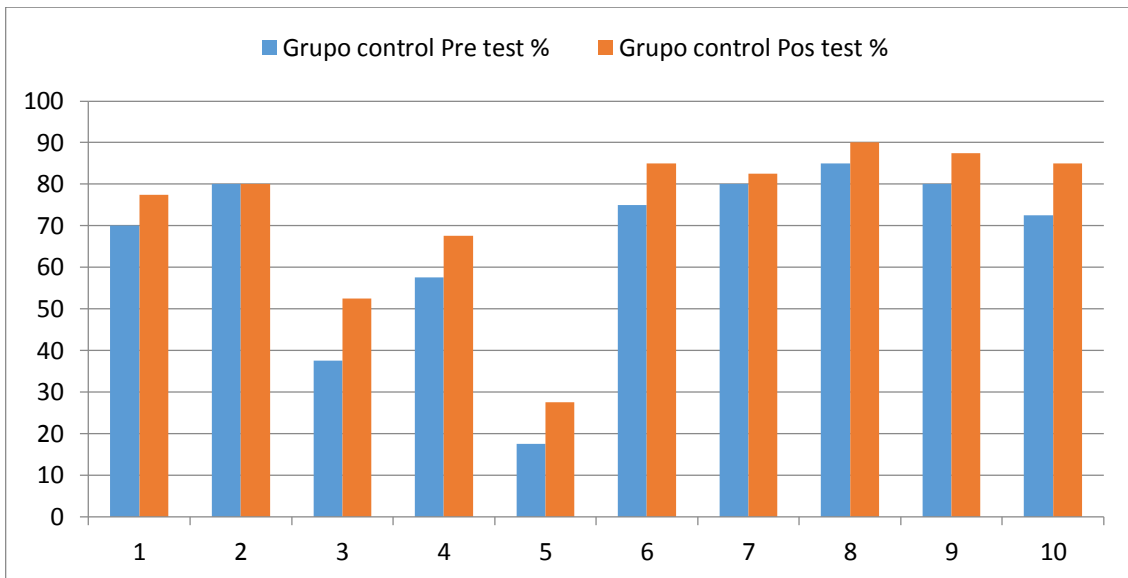
Fuente: Encuestas aplicadas a madres de niños/as de 6 a 24 meses de edad
Micro Red Pampa Grande.

Grafica 6: De preguntas bien contestadas en la encuesta para medir el tipo de actitud: Grupo experimental



Fuente: Encuestas aplicadas a madres de niños/as de 6 a 24 meses de edad Micro Red Pampa Grande.

Grafica 7: De preguntas bien contestadas en la encuesta para medir el tipo de actitud: Grupo control



Fuente: Encuestas aplicadas a madres de niños/as de 6 a 24 meses de edad Micro Red Pampa Grande.

ANEXO 8

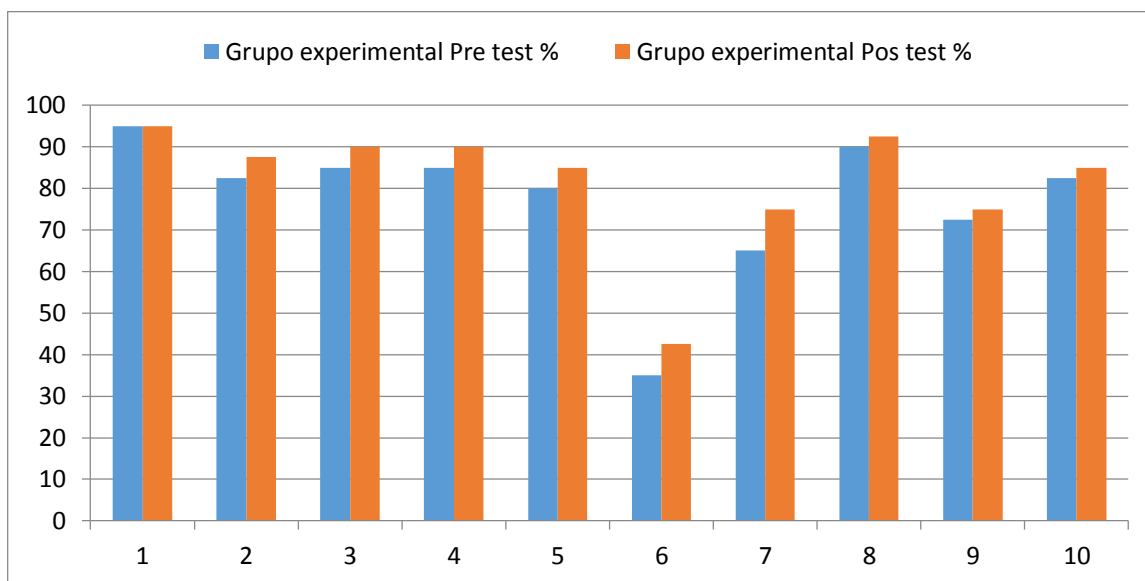
TABLA N° 7

RESUMEN DE RESPUESTAS BUENAS Y MALAS SEGÚN EL CUESTIONARIO (LISTA TIPO COTEJO). PARA MEDIR EL NIVEL DE PRÁCTICAS SOBRE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA A LAS MADRES CON NIÑOS/AS DE 6 A 24 MESES DE EDAD PAMPA GRANDE TUMBES 2016.

PRÁCTICAS	GRUPO EXPERIMENTAL				GRUPO CONTROL				
	PRE TEST		POS TEST		PRE TEST		POS TEST		
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	
1 Ítem	Buenas	38	95.0	38	95.0	36	90.0	37	92.50
	Malas	2	5.0	2	5.0	4	10.0	3	7.50
	Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.00
2 Ítem	Buenas	33	82.5	35	87.5	29	72.5	31	77.50
	Malas	7	17.5	5	12.5	11	27.5	9	22.50
	Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.00
3 Ítem	Buenas	34	85.0	36	90.0	32	80.0	34	85.00
	Malas	6	15.0	4	10.0	8	20.0	6	15.00
	Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.00
4 Ítem	Buenas	34	85.0	36	90.0	30	75.0	32	80.00
	Malas	6	15.0	4	10.0	10	25.0	8	20.00
	Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.00
5 Ítem	Buenas	32	80.0	34	85.0	32	80.0	34	85.00
	Malas	8	20.0	6	15.0	8	20.0	6	15.00
	Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.00
6 Ítem	Buenas	14	35.0	17	42.5	18	45.0	20	50.00
	Malas	26	65.0	23	57.5	22	55.0	20	50.00
	Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.00
7 Ítem	Buenas	26	65.0	30	75.0	26	65.0	28	70.00
	Malas	14	35.0	10	25.0	14	35.0	12	30.00
	Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.00
8 Ítem	Buenas	36	90.0	37	92.5	37	92.5	38	95.00
	Malas	4	10.0	3	7.5	3	7.5	2	5.00
	Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.00
9 Ítem	Buenas	29	72.5	30	75.0	27	67.5	29	72.50
	Malas	11	27.5	10	25.0	13	32.5	11	27.50
	Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.00
10 Ítem	Buenas	33	82.5	34	85.0	34	85.0	35	87.50
	Malas	7	17.5	6	15.0	6	15.0	5	12.50
	Total	40	100.0	40	100.0	40	100.0	40	100.00

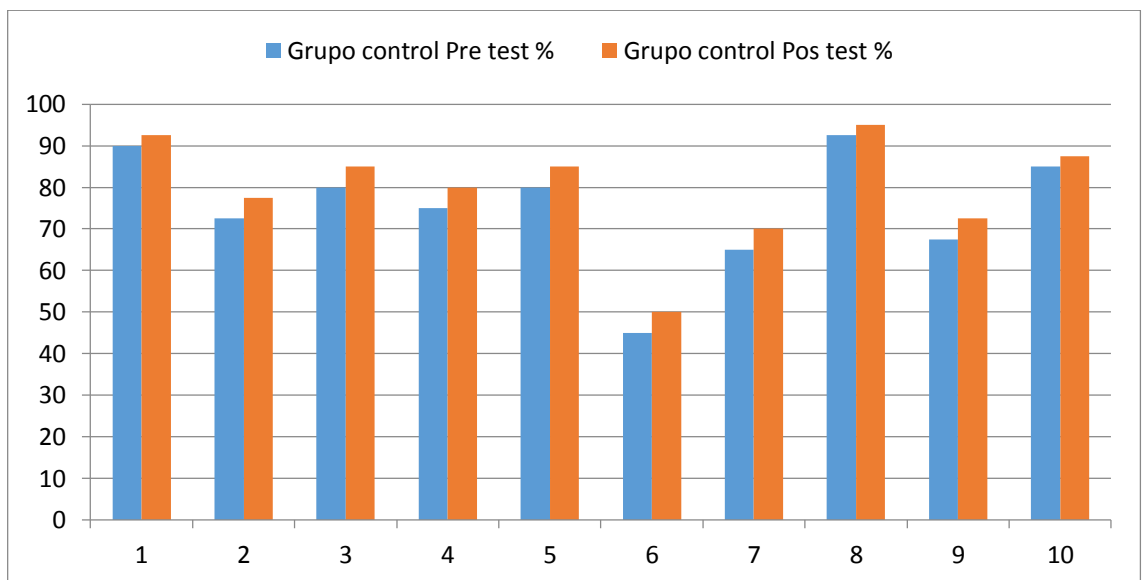
Fuente: Encuestas aplicadas a madres de niños/as de 6 a 24 meses de edad Micro Red Pampa Grande.

Grafica 8: De preguntas bien contestadas en la encuesta para medir el tipo de Prácticas: Grupo experimental



Fuente: Encuestas aplicadas a madres de niños/as de 6 a 24 meses de edad Micro Red Pampa Grande.

Grafica 9: De preguntas bien contestadas en la encuesta para medir el tipo de Prácticas: Grupo control



Fuente: Encuestas aplicadas a madres de niños/as de 6 a 24 meses de edad Micro Red Pampa Grande.

ANEXO 9

TABLA DE DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA DE LA EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO: EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE MADRES CON NIÑOS/AS 6-24 MESES DE EDAD, SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, MICRO RED PAMPA GRANDE, TUMBES - 2016. A TRAVÉS DE LA PRUEBA T – STUDENTS (PRE PRUEBA Y POST PRUEBA).

TABLA N° 8

Prueba t – Students para **conocimientos** (pre y post test). “grupo experimental”

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales	PRE TEST	POS TES
Media	6.025	12.325
Varianza	9.358333	4.48141
Observaciones	40	40
Varianza agrupada	6.919872	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	78	
Estadístico t	-10.7104	
P(T<=t) una cola	2.77E-17	
Valor crítico de t (una cola)	1.664625	
P(T<=t) dos colas	5.54E-17	
Valor crítico de t (dos colas)	1.990847	

Fuente: Encuestas aplicadas a madres de niños/as de 6 a 24 meses de edad Micro Red Pampa Grande.

TABLA N° 8-1

Prueba t – Students para **conocimientos** (pre y post test). “grupo control”

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales	PRE TEST	POS TES
Media	6.4	6.45
Varianza	5.528205	5.689744
Observaciones	40	40
Varianza agrupada	5.608974	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	78	
Estadístico t	-0.09442	
P(T<=t) una cola	0.462511	
Valor crítico de t (una cola)	1.664625	
P(T<=t) dos colas	0.925021	
Valor crítico de t (dos colas)	1.990847	

Fuente: Encuestas aplicadas a madres de niños/as de 6 a 24 meses de edad Micro Red Pampa Grande.

TABLA N° 9**Prueba t – Students para actitud (pre y post test). “grupo experimental”**

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales	PRE TEST	POS TES
Media	6.55	7.75
Varianza	2.971795	2.75641
Observaciones	40	40
Varianza agrupada	2.864103	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	78	
Estadístico t	-3.17104	
P(T<=t) una cola	0.001086	
Valor crítico de t (una cola)	1.664625	
P(T<=t) dos colas	0.002172	
Valor crítico de t (dos colas)	1.990847	

Fuente: Encuestas aplicadas a madres de niños/as de 6 a 24 meses de edad
Micro Red Pampa Grande.

TABLA N° 9-1**Prueba t – Students para actitud (pre y post test). “grupo control”**

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales	PRE TEST	POS TES
Media	6.55	7.35
Varianza	3.382051	3.669231
Observaciones	40	40
Varianza agrupada	3.525641	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	78	
Estadístico t	-1.9054	
P(T<=t) una cola	0.030207	
Valor crítico de t (una cola)	1.664625	
P(T<=t) dos colas	0.060413	
Valor crítico de t (dos colas)	1.990847	

Fuente: Encuestas aplicadas a madres de niños/as de 6 a 24 meses de edad
Micro Red Pampa Grande.

TABLA N° 10

Prueba t – Students para prácticas (pre y post test). “grupo experimental”

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales	PRE TEST	POS TES
Media	7.775	8.275
Varianza	3.460897	2.460897
Observaciones	40	40
Varianza agrupada	2.960897	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	78	
Estadístico t	-1.29949	
P(T<=t) una cola	0.098802	
Valor crítico de t (una cola)	1.664625	
P(T<=t) dos colas	0.197603	
Valor crítico de t (dos colas)	1.990847	

Fuente: Encuestas aplicadas a madres de niños/as de 6 a 24 meses de edad
Micro Red Pampa Grande.

TABLA N° 10-1

Prueba t – Students para prácticas (pre y post test). “grupo control”

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas iguales	PRE TEST	POS TES
Media	7.55	8.025
Varianza	4.715385	4.28141
Observaciones	40	40
Varianza agrupada	4.498397	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	78	
Estadístico t	-1.00157	
P(T<=t) una cola	0.159825	
Valor crítico de t (una cola)	1.664625	
P(T<=t) dos colas	0.31965	
Valor crítico de t (dos colas)	1.990847	

Fuente: Encuestas aplicadas a madres de niños/as de 6 a 24 meses de edad
Micro Red Pampa Grande.

ANEXO 10

ANALISIS

Hi1: “La aplicación del Programa Educativo tiene efectividad en los conocimientos de las madres con niños/as de 6 - 24 meses de edad, sobre alimentación complementaria, Micro Red Pampa Grande”.

$H_0 = \mu_{\text{Pre test}} = \mu_{\text{Pos test}}$ (El programa no tiene efectividad en conocimientos).

$H_1 = \mu_{\text{Pre test}} \neq \mu_{\text{Pos test}}$ (El programa tiene efectividad en conocimientos).

REGLA DE DECISIÓN:

Si $p > \alpha$: Se acepta H_0 (Se rechaza H_1)

Si $p \leq \alpha$: Se rechaza H_0 (Se acepta H_1)

Dónde:

- α (Nivel de significancia) = 0.05
- Valor $p = 5.54E-17$ grupo experimental (Anexo 9).
- Valor $p = 0.925021$ grupo control (Anexo 9).

En el anexo 9 en la tabla N° 8 de Prueba t – Students para conocimientos observamos que en el grupo experimental el valor p es menor que el alfa, entonces se rechaza H_0 y se acepta H_1 esto significa que la prueba t de Students resultó significativa para el grupo experimental y no significativa para el grupo control, lo que indica que el “Programa Educativo” tiene efectividad en conocimientos. Como lo demuestra la tabla y grafica 1; el grupo experimental en el pre test, el 50% de las madres tenían un nivel de conocimiento deficiente mientras que el pos test 77.5% tuvieron un nivel de conocimiento bueno. En resumen los temas impartidos durante el programa educativo lograron un grado de aceptación para conocimientos en las participantes.

Hi2: “La aplicación del Programa Educativo tiene efectividad en las actitudes de las madres con niños/as de 6 - 24 meses de edad, sobre alimentación complementaria, Micro Red Pampa Grande”.

$H_0 = \mu_{\text{Pre test}} = \mu_{\text{Pos test}}$ (El programa no tiene efectividad en las actitudes).

$H_2 = \mu_{\text{Pre test}} \neq \mu_{\text{Pos test}}$ (El programa tiene efectividad en las actitudes).

REGLA DE DECISIÓN:

Si $p > \alpha$: Se acepta H_0 (Se rechaza H_2)

Si $p \leq \alpha$: Se rechaza H_0 (Se acepta H_2)

Dónde:

- α (Nivel de significancia) = 0.05
- Valor p = 0.002172 grupo experimental (Anexo 9).
- Valor p = 0.060413 grupo control (Anexo 9).

En el anexo 9 en las tablas de Prueba t – Students para actitud observamos que en el grupo experimental el valor p es menor que el alfa, entonces se rechaza H_0 y se acepta H_2 esto significa que la prueba t de Students resultó significativa para el grupo experimental y no significativa para el grupo control, lo que indica que el “Programa Educativo” tiene efectividad en las actitudes. Como lo demuestra la tabla y grafica 2; el grupo experimental en el pre test, el 65% de las madres tenían un nivel de buena actitud mientras que el pos test esta cifra aumento a 92.5%. En resumen los temas impartidos durante el programa educativo lograron un grado de aceptación para actitud en las participantes.

Hi3: “La aplicación del Programa Educativo tiene efectividad en las prácticas de las madres con niños/as de 6 - 24 meses de edad, sobre alimentación complementaria, Micro Red Pampa Grande”.

$H_0 = \mu_{\text{Pre test}} = \mu_{\text{Pos test}}$ (El programa no tiene efectividad en las prácticas).

$H_3 = \mu_{\text{Pre test}} \neq \mu_{\text{Pos test}}$ (El programa tiene efectividad en las prácticas).

REGLA DE DECISIÓN:

Si $p > \alpha$: Se acepta H_0 (Se rechaza H_3)

Si $p \leq \alpha$: Se rechaza H_0 (Se acepta H_3)

Dónde:

- α (Nivel de significancia) = 0.05
- Valor p = 0.197603 grupo experimental (Anexo 9).
- Valor p = 0.31965 grupo control (Anexo 9).

En el anexo 9 en las tablas de Prueba t – Students para prácticas observamos que en el grupo experimental el valor p es mayor que el alfa, entonces se acepta H_0 y se rechaza H_3 esto significa que la prueba t de Students resultó no significativa para ambos grupos, lo que indica que el “Programa Educativo” no tiene efectividad en las Prácticas. Como lo demuestra la tabla y grafica 3; el grupo experimental en el pre test, el 85% de las madres tenían un nivel de prácticas adecuadas mientras que el pos test esta cifra nada más aumento a 97.5%. En resumen los temas impartidos durante el programa educativo no lograron un grado de aceptación para prácticas en las participantes.

ANEXO N° 11
PROGRAMA EDUCATIVO

**PROGRAMA EDUCATIVO DOMICILIARIO: ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES DE EDAD.**

I. PRESENTACIÓN

El presente programa educativo, es un conjunto de actividades, direccionadas a educar a la madre en conocimientos, buena actitud y buena prácticas alimentarias a sus niños/as en las etapas de 6 a 24 meses de edad; mostrando alternativas y diferentes opciones para conservar y prevenir futuras enfermedades como la desnutrición y la anemia. Para prevenir estas principales afecciones en el crecimiento y desarrollo del niño es necesario que la madre o cuidadores encargadas de la alimentación de estos niños adquieran conocimientos con el fin de optar por decisiones saludables, ellas determinaran el estilo de vida que tendrán sus niños y la manera en que los cuidaran. Mediante este programa crearemos espacios de discusión y reflexión sobre la alimentación que debe adquirir los niños en esta etapa de vida (6 a 24 meses de edad). Con este programa incorporaremos estilos de vida saludable.

Para el personal de enfermería esta Guía Metodológica pretende convertirse en un instrumento útil para su trabajo y el de todo trabajador del sector salud, responsable de realizar sesiones educativas alimentarias y nutricionales. Contiene el procedimiento de las sesiones educativas, paso a paso, de modo que permita una réplica sencilla, dinámica y eficaz, así como el soporte teórico que contribuirá a mantener vigentes tus conocimientos sobre los temas que se abordan.

II. INTRODUCCIÓN

La primera infancia es una oportunidad fundamental para el desarrollo del ser humano, pues influye directamente en su salud, aprendizaje y conducta a largo de su vida. En los tres primeros años del niño, el crecimiento del cerebro alcanza el 70% del peso del cerebro adulto y casi completa su total crecimiento en estructura. La velocidad de este desarrollo exige responder a necesidades nutricionales únicas, además de las necesidades ya elevadas para su mantenimiento. El fin de nuestra intervención es garantizar que todos los niños y niñas mantengan un buen estado nutricional y se desarrollen adecuadamente.

En el último decenio, nuestro país ha mostrado singulares avances en la reducción de la desnutrición crónica infantil y la anemia en niñas y niños menores de 3 años; sin embargo, aun cuando estas han disminuido en comparación con el año 2007, habiendo alcanzado el objetivo país de desarrollo del milenio del 2015 para el caso de la desnutrición crónica infantil, con el promedio nacional, las inequidades aún se evidencian a nivel regional y en zonas de pobreza. La desnutrición crónica infantil y la anemia por deficiencia de hierro en las niñas y niños menores de 3 años, tienen consecuencias adversas en el desarrollo cognitivo, principalmente si se presenta en un periodo crítico como el crecimiento y diferenciación cerebral, cuyo pico máximo se observa en los niños menores de dos años, periodo en el que el daño puede ser irreversible, constituyéndose en los principales problemas de salud pública que afectan el desarrollo infantil temprano.

Conscientes de que las prácticas adecuadas en el cuidado del niño pueden determinar su estado nutricional, estamos convencidos de que si informamos y educamos a las madres en prácticas óptimas de alimentación infantil y en la utilización de los servicios de salud preventiva, lograríamos una importante repercusión en el bienestar nutricional de los niños y niñas que viven en la pobreza ya que la madre y su niño hacen una dinámica espontánea de desarrollo binomial por eso este programa educativo se enfocara a ellos.

III. DIAGNÓSTICO:

Seleccionaremos un grupo de madres que tengan niños de 6 a 24 meses de edad, disponibles e interesadas a recibir el programa, se les formulara un pre test, en el cual ellas deberán contestar diversas preguntas relacionadas en las áreas de conocimiento, actitudes y prácticas para una buena alimentación complementaria, de esta manera se medirá la capacidad que tiene la madre o cuidador responsable de la alimentación del niño.

IV. JUSTIFICACIÓN:

A la participante, se debe motivar a la creatividad y a la reflexión, lo cual estimula cambios de actitud y conciencia. Por otro lado, la facilitación se define como la generación de espacios de reflexión, inter aprendizaje y elaboración permanente de propuestas, debe contribuir a democratizar y armonizar las relaciones entre las facilitadoras y población. Para ello es necesario que ambas partes aprendan a entenderse y a comunicarse en un lenguaje común, dentro de un marco de trabajo participativo.

Llega un momento en la vida del niño, en que la leche materna no es suficiente para satisfacer todas sus necesidades nutricionales; ello no significa que la leche haya perdido sus propiedades. Es importante considerar, que la introducción prematura de alimentos sólidos en la dieta del bebé (antes de los seis meses) lo predispone al desarrollo de alergias alimentarias, especialmente si en su familia existen antecedentes. Probar nuevos sabores y texturas se convierte en una experiencia sensorial única y en una oportunidad de aprendizaje. Las necesidades de cada niño, así como las funciones y capacidades de su cuerpo, pueden servir de referencia, no sólo para decidir el momento en que se inicia la alimentación complementaria, sino también para marcar el desarrollo de la misma. De esta manera, el niño puede participar en su alimentación de forma activa y divertida para él.

El periodo entre el nacimiento y los 2 años de edad es una “ventana de tiempo crítica” para favorecer el crecimiento, la salud y el desarrollo óptimos. Las deficiencias nutricionales pueden tener consecuencias inmediatas sobre el desarrollo físico, mental y motor, y también a largo plazo en la adolescencia y edad adulta.

V. OBJETIVOS:

Objetivo general:

- ◆ Impartir el programa educativo en las áreas de conocimientos, actitudes y prácticas de madres con niños de 6 a 24 meses de edad sobre alimentación complementaria.

Objetivos específicos:

- ◆ Identificar la capacidad que tienen las madres con niños 6-24 meses en conocimientos, sobre alimentación complementaria micro red pampa grande.
- ◆ Identificar la capacidad que tienen las madres con niños 6-24 meses en prácticas, sobre alimentación complementaria micro red pampa grande.
- ◆ Identificar la capacidad que tienen las madres con niños 6-24 meses en actitudes, sobre alimentación complementaria micro red pampa grande.
- ◆ Evaluar los contenidos teóricos y prácticos impartidos en el programa educativo.

VI. METODOLOGÍA:

TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN: a través de un pre test (un cuestionario, una escala de Likert y una lista de cotejo) de manera individual se responde a distintas cuestiones sobre las áreas de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la alimentación complementaria. Plenaria (si procede).

TÉCNICAS EXPOSITIVAS: por medio de charlas educativas, la exposición de un tema por parte del educador, seguida de discusión sobre sí mismo, que

puede ser libre o estructurada. Cuando es estructurada, el educador pide a los participantes individualmente, que piensen en algunas dudas, comentarios, etc. Que el tema les sugiera.

TÉCNICA DE ANÁLISIS: con lluvia de ideas, la madre expresara ideas, sentimientos, etc. Con pocas palabras, sobre los saberes previos a cada exposición. Luego al finalizar su aporte se sistematizará y se devolverá las aportaciones con un enfoque científico, esto permitirá la reflexión.

TÉCNICA DE DESARROLLO DE HABILIDADES: la demostración con entrenamiento y explicación del educador. Posteriormente se pedirá a la madre que realice alguna receta nutritiva demostrando las habilidades en conocimientos, actitudes y prácticas que ha ido obteniendo, el objetivo es el desarrollo de habilidades en un método dinámico.

VII. MARCO TEÓRICO:

PRIMERA VISITA EDUCATIVA: ¿POR QUÉ LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA SE INICIA A LOS 6 MESES?

Porque la leche materna ya no cubre las necesidades de energía, hierro y otros nutrientes que tu bebé necesita para su adecuado crecimiento y desarrollo. Es una fase de gran vulnerabilidad, cuando para muchos niños empieza la malnutrición.

Aspectos que facilitan que la alimentación se inicie a partir de los 6 meses:

- Es la edad en que su sistema digestivo está suficientemente maduro para digerir una variedad de alimentos.
- Pueden hacer movimientos de masticación de arriba hacia abajo.
- Pueden controlar mejor su lengua.
- Gustan de poner objetos en su boca.
- Están interesados en nuevos sabores.

CARACTERÍSTICAS NUTRICIONALES EN NIÑOS MENORES DE 24 MESES

La alimentación debe ser:

- ◆ **Completa:** debe incluir alimentos de todos los grupos (variedad).
- ◆ **Equilibrada:** debe proveer los nutrientes en proporciones y relación adecuadas (representados por sus alimentos-fuente).
- ◆ **Suficiente:** debe cubrir los requerimientos, tanto de calorías como de nutrientes.
- ◆ **Adecuada:** debe adaptarse a la etapa del desarrollo en que se encuentra el ser humano, haciendo especial énfasis en caracteres organolépticos, tales como olor, sabor, consistencia, textura, así como al grado de desarrollo de los diferentes sistemas.

“si la alimentación del niño no es CESA, el crecimiento del niño CESA”.

Recomendaciones y Consejos generales de higiene para una buena nutrición.

- Proporcionar un alimento de calidad tanto desde el punto de vista nutricional como desde criterios higiénicos, sensoriales y educativos.
- Promover hábitos higiénicos, alimentarios y de comportamientos adecuados, así como los aspectos sociales y de convivencia de las comidas.
- Fomentar la identificación, el descubrimiento y la aceptación progresiva de los distintos alimentos y platos, educando al niño en el placer de comer con moderación.

CONSEJOS PRÁCTICOS

- ◆ Para recibir alimentos, el bebé debe estar sentado.
- ◆ Ofrecer los alimentos dos horas después de tomar la leche.
- ◆ Evitar la monotonía: los alimentos deben ser variados, utilizando diferentes combinaciones, colores, sabores y texturas, y en preparaciones novedosas.
- ◆ Ofrecer los alimentos con constancia y paciencia.
- ◆ Generar un ambiente placentero, emocional (mirarlo, tocarlo, sonreírle, hablarle).
- ◆ Iniciar con pequeñas porciones e incrementar progresivamente a medida que el bebé vaya aceptando con agrado.
- ◆ Respetar la saciedad del bebé. Nunca forzarlo.
- ◆ Los nuevos alimentos se deben introducir de uno en uno, en pequeñas cantidades y con al menos cinco días de separación, para observar tolerancia e intolerancias.
- ◆ Añadir una pequeña cantidad de aceite vegetal a los vegetales para aumentar su valor calórico, pero fundamentalmente para promover la cobertura de los ácidos grasos esenciales.

Consejos generales de higiene para una buena nutrición.

Antes de empezar a preparar los alimentos.

Hay que tener en cuenta que los propios manipuladores pueden ser portadores de gérmenes y contaminar los alimentos en contacto con las manos, mucosas o cualquier herida en la piel. Por este motivo, en la preparación de alimentos para niños, hay que ser rigurosos a la hora de lavarse y secarse las manos, especialmente después de haber cambiado pañales, haber ido al lavabo o haber tocado cualquier objeto o superficie que pueda constituir un punto de contaminación.

Hay que protegerse las heridas, no toser ni estornudar sobre los alimentos, y en caso de padecer diarreas y dolores abdominales, es preferible delegar la preparación de los alimentos a una persona sana.

Verificar que las herramientas y las superficies de trabajo estén limpias y no representen un punto de contaminación: los biberones han de lavarse inmediatamente después de cada utilización con abundante jabón y agua caliente, y las tetinas deben cambiarse si se detectan fisuras que faciliten la acumulación de suciedad. Los cuchillos han de estar siempre limpios y la batidora debe lavarse y secarse después de cada utilización.

Durante la preparación de los alimentos.

En primer lugar, es importante verificar que los alimentos utilizados se encuentren en perfecto estado de conservación: sin inflamamientos ni coloraciones anormales y sin sobrepasar las fechas de caducidad indicadas en los etiquetajes.

Los alimentos frescos que no han de recibir ningún tratamiento térmico, como las ensaladas o las frutas, deben lavarse con abundante agua fría y/o pelarse, y los manipuladores deben extremar las medidas de higiene. Recordar que es conveniente higienizar las ensaladas y verduras que no se tengan que cocer con productos autorizados para el uso alimentario.

Al finalizar la preparación de los alimentos.

Es importante que los alimentos sean consumidos durante las 2 horas posteriores a la preparación. En caso de que no sea posible, hay que conservarlos en refrigeración o en congelación.

Alimentos de riesgo para los niños

Dar a los niños alimentos poco cocidos, como huevos, moluscos y crustáceos o quesos elaborados con leche cruda como el queso, puede

provocar una situación de riesgo, ya que los alimentos que no han sufrido un tratamiento térmico completo pueden contener bacterias patógenas (Listeria, Salmonella).

Beneficios de una buena nutrición para los niños

- ◆ Peso saludable según la altura.
- ◆ Salud mental.
- ◆ Capacidad para aprender y concentrarse.
- ◆ Huesos y músculos fuertes.
- ◆ Buen nivel de energía.
- ◆ Capacidad para combatir la enfermedad o dolencia.
- ◆ Cicatrización más rápida de heridas.
- ◆ Recuperación más fácil de una enfermedad o lesión.
- ◆ Riesgo reducido de enfermedad del corazón, apoplejía, diabetes, cánceres y enfermedad de los huesos en el futuro.

Posibles efectos de una mala nutrición para los niños

- ◆ Enfermedad del corazón
- ◆ Diabetes
- ◆ Hipertensión arterial
- ◆ Colesterol alto
- ◆ Asma
- ◆ Apnea del sueño
- ◆ Algunos tipos de cáncer
- ◆ Depresión
- ◆ Ser molestado y recibir burlas
- ◆ Sentirse mal acerca de su cuerpo
- ◆ Sentirse aislado y solo
- ◆ Problemas de aprendizaje
- ◆ Problemas para interactuar con otros
- ◆ Problemas odontológicos (destrucción dentaria).
- ◆ Un niño que no recibe suficiente calcio puede desarrollar raquitismo

- ◆ Un niño que carece de proteínas puede ser débil o tendrá retraso en su crecimiento.
- ◆ Problemas de sueño y cambios de humor.

SEGUNDA VISITA EDUCATIVA: ¿QUÉ ALIMENTOS DEBE CONSUMIR TU NIÑO O NIÑA?

La alimentación de tu niña o niño necesita de varios grupos de alimentos (origen animal, cereales y tubérculos, frutas y verduras) Escoge de cada grupo y crea una alimentación variada y nutritiva.

Origen animal	Hígado de pollo, de res, sangrecita de res, bofe de res, pescado fresco, riñón de res, pollo o gallina y bazo de res.
Cereales y tubérculos	Papa, arroz, quinua, mote, maíz, camote, yuca, fideos, olluco, trigo, harina de plátano / maicena, chuño y pan.
Verduras	Coliflor, tomate, espinaca, zanahoria, plátano verde/ plátano maduro, brócoli, zapallo/loche/macre, alverjita verde, choclo y rabito de cebolla.
Frutas	Mandarina, mango, papaya, uva, naranja, mango ciruelo, plátano de seda, lima, pera, manzana, granadilla y maracuyá.
Menestras	Frejol bayo, alverja partida, lentejita, garbanzo, habas y frejol blanco.
Lácteos	Mantequilla, yogurt, leche y queso.

¿CÓMO DARLE MICRONUTRIENTES A TU NIÑO O NIÑA?

- 1) Primero: Lávate bien las manos con agua y jabón.
- 2) Segundo: Del plato servido, separa dos cucharadas de comida (de consistencia espesa como papillas, puré o segundos).
- 3) Tercero: Abre el sobre de los micronutrientes y echa todo el contenido del sobre en las dos cucharadas de comida.
- 4) Cuarto: mezcla bien las dos cucharadas de comida separada con los micronutrientes.
- 5) Quinto: Apenas esté lista la mezcla dale de comer a la niña o niño estas dos cucharadas de comida separada, luego continua con el resto de la comida.

TERCERA VISITA EDUCATIVA: LOS 5 MENSAJES

1) Prepare comidas espesas:

EDAD (Meses)	CONSISTENCIA DE LAS PREPARACIONES	TIPO DE ALIMENTO
6 a 8	Espesas o semisólidas.	Papillas, mazamorras o purés
9 a 11	Picados, puede comer con los dedos.	Picadito de hígado, arroz, espinaca.
12 a 24	Alimentos que consume la familia, deben evitarse alimentos que pueden causar que los niños se atoren o atraganten.	Segundos

2) El niño o niña conforme tiene más edad comerá más cantidad y más veces al día:

EDAD (Meses)	CANTIDAD		
	MEDIDA EN CUCHARAS	MEDIDA EN PLATOS	MEDIDA APROXIMADAMENTE EN GRAMOS
6 – 8	3 a 5	½ plato mediano	100
9 – 11	5 a 7	¾ de plato mediano	150
12 - 24	7 a 10	1 plato mediano	200

EDAD (Meses)	N° DE COMIDAS
6 a 8	Tres comidas diarias
9 a 11	Tres comidas diarias más un refrigerio.
12 a 24	Tres comidas principales y dos refrigerios.

3) Coma alimentos de origen animal todos los días, como hígado, sangrecita, bazo, pescado.

Alimentos que tengan alta biodisponibilidad de hierro, como la sangre de pollo, hígado, vísceras rojas, carnes rojas, carnes de ave y pescado. Incorporar alimentos ricos en zinc, como hígado, carnes, huevos y mariscos, toda vez que resulta importante para el crecimiento y desarrollo normal favorece la cicatrización de las heridas y aumenta la inmunidad contra infecciones. Alimentos fuentes de vitamina A, como el hígado y carnes porque mantiene las células epiteliales de la mucosa de la boca de ojos y del aparato respiratorio. El huevo y el pescado son muy buenos alimentos, poseen proteínas de alto valor biológico, para la niña o niño y no deben ser restringidos, salvo temporalmente en el caso de una fuerte historia familiar de alergia.

ALIMENTOS FUENTES DE HIERRO/ NIVEL DE ABSORCIÓN

ALIMENTOS FUENTE DE HIERRO, DE BUENA ABSORCIÓN	ALIMENTOS CON HIERRO DE POBRE ABSORCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • sangrecita • hígado • vísceras, especialmente vísceras rojas • carnes rojas • carne de aves, especialmente carnes oscuras • alimentos fortificados con hierro 	<ul style="list-style-type: none"> • yema de huevos • menestras • hojas verdes oscuro
<ul style="list-style-type: none"> ❖ la cantidad de hierro que se absorbe del huevo, leche y de alimentos de origen vegetal se incrementa cuando se consume en la misma comida: ❖ alimentos ricos en vitamina c. ❖ carnes y vísceras. ❖ pescado y otros alimentos marinos. 	

4) Acompañe sus preparaciones con verduras, y frutas de color anaranjado, amarillo y hojas de color verde oscuro.

La recomendación de proveer frutas y verduras ricas en vitamina A está basada en los beneficios a la salud asociados con la prevención de la

deficiencia esta vitamina y la probabilidad de que el consumo de dichos alimentos también ayude a cubrir los requisitos de muchas otras vitaminas, la verdura y frutas ayudan al buen funcionamiento del aparato digestivo, aportan fibras, protegen los tejidos y las células de nuestro organismo.

ALIMENTOS FUENTES DE VITAMINA “A”	ALIMENTOS FUENTES DE VITAMINA “C”
Verduras amarillo – anaranjado y hojas de color verde oscuro, tales como: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Zapallo ❖ Zanahoria ❖ Espinaca 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Naranja ❖ Mandarina ❖ Lima ❖ Fresas.
Frutas de color amarillo, anaranjado tales como: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Papaya ❖ Plátano de isla ❖ Mango ❖ Zapote ❖ Maracuyá. 	

5) Coma varias veces a la semana menestras.

Las legumbres, como las lentejas, garbanzos, junto con las verduras y frutas. Tienen hidratos de carbono o glúcidos complejos, que son y siguen siendo nuestra principal fuente de energía. Los kilos de más y las deficiencias alimentarias corresponden a energía anormalmente almacenada debido a algunos mecanismos metabólicos puestos en marcha por una selección de alimentos erróneos.

CUARTA VISITA EDUCATIVA: ALIMENTACIÓN SEGÚN SU EDAD (DE 6-8, DE 9-11 Y DE 12-24 MESES)

DE 6 a 8 MESES.	
Consistencia	Papillas, mazamorras o purés.
Alimentos recomendados	La niña o niño debe comer 2 cucharadas de: Alimentos de origen animal: Hígado, sangrecita (cuy o pollo), bazo u otro. Cereales y tubérculos: Fideos, papa, camote, sémola, maicena. Vegetales: Agregar a todas las papillas una cucharada de zapallo, zanahoria, espinaca y otros. Vegetales de diferentes colores (verde, anaranjado o amarillo). Frutas: Plátano de isla, durazno, papaya y pera (incluir en la media mañana en forma de mazamorra, picados o rallados). Grasas: Agregar una cucharadita con aceite o mantequilla en la comida.
Cantidad	3 a 5 cucharadas de papilla = ½ plato mediano.
Frecuencia	3 comidas por día (media mañana, almuerzo, cena).

DE 9 a 11 MESES	
Consistencia	Alimentos picados.
Alimentos recomendados	La niña o el niño deben comer 2 cucharadas de: Alimentos de origen animal: hígado, sangrecita (cuy o pollo), pescado, bofe, bazo. Cereales y tubérculos: fideos, papa, camote, sémola, maicena. Vegetales: agregar a todos los alimentos una cucharada de zapallo, zanahoria, espinaca y otros. Vegetales de diferentes colores (verde oscuro, rojo, anaranjado o amarillo). Frutas: plátano de la isla, durazno, papaya y pera (de color anaranjado, rojo o amarillo). Grasas: Agregar una cucharada de aceite o mantequilla en la comida principal (almuerzo o cena)
Cantidad	5 a 7 cucharadas de alimento = ¾ plato mediano.
Frecuencia	4 comidas por día (media mañana, almuerzo, media tarde y cena).

DE 12 a 24 MESES	
Consistencia	Preparación de la olla familiar. De preferencia segundos.
Alimentos recomendados	<p>La niña o niño debe comer 2 cucharadas de:</p> <p>Alimentos de origen animal: sangrecita (cuy o pollo), hígado de pollo, pescado, bofe, bazo.</p> <p>Cereales y tubérculos: Fideos, papa, camote, sémola, maicena.</p> <p>Vegetales: Agregar a todos los alimentos una cucharada de zapallo, zanahoria, espinaca y otros vegetales de diferentes colores (verde, anaranjado o amarillo).</p> <p>Menestras: Frejoles, pallares, alverja partida.</p> <p>Frutas: Plátano de isla, durazno, papaya y pera (de color anaranjado, rojo o amarillo).</p> <p>Grasas: Agregar una cucharadita de aceite o mantequilla en la comida principal (almuerzo y cena).</p> <p>Incluir diariamente los alimentos de cada grupo.</p>
Cantidad	7 a 10 cucharadas de alimento = plato mediano.
Frecuencia	5 comidas por día (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena).

VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES SEGÚN CADA PARTICIPANTE

FECHA	LUGAR	ACTIVIDAD	Metodología
Primer encuentro	Domicilio de la participante	Presentación de las investigadoras y las madres con niños de 6 a 24 meses.	Diálogo
		Información y aceptación de la participación según consentimiento informado.	Diálogo
		Diagnóstico mediante los instrumentos de recolección de datos para medir los conocimientos, actitudes y prácticas de la madre con niños de 6 a 24 meses sobre la alimentación complementaria.	un cuestionario, una escala de Likert y una lista de cotejo
		Coordinación de visitas domiciliarias.	Diálogo
1^{era} Visita	Domicilio de la participante	Ingreso y saludo a la participante.	Diálogo
		Sesión educativa N° 01: Alimentación complementaria.	Charla educativa
		Retroalimentación y evaluación de los temas impartidos. Despedida	Lluvia de ideas
2^{da} Visita	Domicilio de la participante	Ingreso y saludo a la participante.	Diálogo
		Sesión educativa N° 02: Recomendaciones e higiene para una buena nutrición. Administración de micronutrientes a tu niño o niña.	Charla educativa
		Retroalimentación y evaluación de los temas impartidos. Despedida	Lluvia de ideas
		Ingreso y saludo a la participante.	Diálogo
3^{era} Visita	Domicilio de la participante	Sesión educativa N° 03: los 5 mensajes	Charla educativa
		Retroalimentación y evaluación de los temas impartidos. Despedida	Lluvia de ideas
		Ingreso y saludo a la participante.	Diálogo

4^{ta} Visita	Domicilio de la participante	Ingreso y saludo a la participante.	Diálogo
		Sesión educativa N° 04: Sesión alimentación según su edad.	Charla educativa
		Retroalimentación y evaluación de los temas impartidos. Despedida	Lluvia de ideas
5^{ta} Visita	Domicilio de la participante	Ingreso y saludo a la participante.	Diálogo
		Sesión demostrativa: Preparando recetas ricas y nutritivas para una alimentación sana y adecuada de tu niño o niña.	Sesión demostrativa
		Retroalimentación de los temas impartidos. Despedida	Lluvia de ideas
6^{ta} Visita	Domicilio de la participante	Ingreso y saludo a la participante	Diálogo
		Diagnóstico mediante los instrumentos de recolección de datos para medir los conocimientos, actitudes y prácticas de la madre con niños de 6 a 24 meses sobre la alimentación complementaria.	un cuestionario, una escala de Likert y una lista de cotejo
		Agradecimiento y despedida	Diálogo

ANEXO 11
PROGRAMA EDUCATIVO
(SESIÓN N°01)

TEMA : ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.

TEMA	CONTENIDO	OBJETIVO	METODOLOGIA	MATERIALES	T=(MIN)
Alimentación complementaria	¿Por qué la alimentación complementaria se inicia a los 6 meses?	Conocer que significa alimentación complementaria	Charla educativa	Rota folio	5
	Características nutricionales en niños/as menores de 24 meses	Conocer cuáles son las principales características de la alimentación complementaria y su importancia.	Charla educativa	Rota folio	5
	Consejos prácticos para una buena alimentación	Explicar con sus propias palabras que se debe hacer para una buena alimentación complementaria	Lluvia de ideas	Imágenes	5
	Consejos generales de higiene para una buena nutrición.	Realizar correctamente las medidas de higiene tener antes, durante y después de preparar los alimentos.	Demostración	Agua, jabón, tina, toalla	5
	Beneficios de una buena nutrición para los niños/as y posibles efectos de una mala nutrición para los niños/as	Conocer los efectos que tiene una buena y mala nutrición	Lluvia de ideas	Imágenes	5

(SESIÓN N°02)

TEMA: ¿QUÉ ALIMENTOS DEBE CONSUMIR TU NIÑO O NIÑA?

TEMA	CONTENIDO	OBJETIVO	METODOLOGÍA	MATERIAL	T=(MIN)
¿Qué alimentos debe consumir tu niño o niña?	Alimentos de origen animal, cereales y tubérculos, verduras, frutas, menestras, etc.	Conocer las características de los alimentos	Lluvia de ideas charla educativa	Tríptico	10
	El círculo nutritivo de los micronutrientes.	Conocer la manera correcta de administrar los micronutrientes	Charla educativa demostrativa	Rota folio	10

(SESIÓN N°03)

TEMA: LOS 5 MENSAJES PARA UNA BUENA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.

TEMA	CONTENIDO	OBJETIVO	METOD	MATERIAL	T=(MIN)
Los 5 mensajes para una buena alimentación complementaria	Prepare comidas espesas: Purés, papillas, mazamoras o segundos según la edad del niño o niña	Conocer el primer mensaje	Charla educativa	Rota folio Tríptico	5
	El niño o niña conforme tiene más edad comerá más cantidad y más veces al día: A los 6 meses puede empezar con 2 comidas al día, ir aumentando hasta llegar a 5 comidas	Conocer el segundo mensaje	Charla educativa	Rota folio Tríptico	5
	Coma alimentos de origen animal todos los días, como hígado, sangrecita, bazo, pescado	Conocer el tercer mensaje	Charla educativa	Rota folio Tríptico	5
	Acompañe sus preparaciones con verduras, y frutas de color anaranjado, amarillo y hojas de color verde oscuro	Conocer el cuarto mensaje	Charla educativa	Rota folio Tríptico	5
	Coma varias veces a la semana menestras	Conocer el quinto mensaje	Charla educativa	Rota folio Tríptico	5

(SESIÓN N°04)

TEMA: ALIMENTACIÓN SEGÚN SU EDAD (DE 6-8, DE 9-11 Y DE 12-24 MESES)

TEMA	CONTENIDO	OBJETIVO	METOD	MATERIAL	T=(MIN)
ALIMENTACIÓN SEGÚN SU EDAD (DE 6-8, DE 9-11 Y DE 12-24 MESES)	Alimentación de 6 a 8 meses (consistencia, alimentos recomendados, cantidad, frecuencia)	Conocer las características de la alimentación en un niño de 6 a 8 meses	Charla educativa	Rota folio Tríptico Imágenes	10
	Alimentación de 9 a 11 meses (consistencia, alimentos recomendados, cantidad, frecuencia)	Conocer las características de la alimentación en un niño de 9 a 11 meses	Charla educativa	Rota folio Tríptico Imágenes	10
	Alimentación de 12 a 24 meses (consistencia, alimentos recomendados, cantidad, frecuencia)	Conocer las características de la alimentación en un niño de 11 a 24 meses	Charla educativa	Rota folio Tríptico Imágenes	10

ANEXO 12

¿POR QUÉ LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA SE INICIA A LOS 6 MESES?

- ✓ Porque la leche materna ya no cubre las necesidades de energía, hierro y otros nutrientes que tu bebé necesita para su adecuado crecimiento y desarrollo.
- ✓ Es la edad en que su sistema digestivo está suficientemente maduro para digerir una variedad de alimentos.
- ✓ Pueden hacer movimientos de masticación de arriba hacia abajo y pueden controlar mejor su lengua además gustan de poner objetos en su boca.



AL FINALIZAR LA PREPARACIÓN DE LOS ALIMENTOS:

Consumir los alimentos dentro de las 2hrs posteriores a la preparación.



ALIMENTOS DE RIESGO:

Dar a los niños alimentos poco cocidos, como huevos, moluscos y crustáceos o quesos elaborados con leche cruda como el queso, puede provocar riesgo, ya que los alimentos que no han sufrido un tratamiento térmico completo pueden contener bacterias.

CONSEJOS PRÁCTICOS

- Para recibir alimentos, el bebé debe estar sentado y ofrecer los alimentos dos horas después de tomar la leche.
- Ofrecer los alimentos con cuchara y en vaso. Nunca con tenedor ni en biberones.
- Evitar la monotonía: los alimentos deben ser variados, utilizando diferentes combinaciones, colores, sabores y texturas, y en preparaciones novedosas.
- Ofrecer los alimentos con constancia y paciencia.
- Generar un ambiente placentero, emocional (mirarlo, tocarlo, sonreírle, hablarle).
- No distraerlo con juegos o convencerlo de comer con premios o castigos.
- La oferta debe ser reiterada (10-12 veces) para que se logre la aceptación de los alimentos nuevos y se evite la neofobia.

ANTES DE EMPEZAR A PREPARAR LOS ALIMENTOS:

Debemos tener en cuenta que a veces los manipuladores pueden ser portadores de gérmenes y contaminar los alimentos con las manos o cualquier herida en la piel. Por esto hay que ser rigurosos a la hora de lavarse y secarse las manos. Protegerse las heridas, no toser ni estornudar sobre los alimentos, y en caso de padecer diarreas y dolores abdominales, es preferible delegar la preparación de los alimentos a una persona sana. Verificar que las herramientas y las superficies de trabajo estén limpias y no representen un punto de contaminación



BENEFICIOS DE UNA BUENA NUTRICIÓN PARA LOS NIÑOS:

- ✓ Peso saludable según la altura.
- ✓ Capacidad para aprender y concentrarse
- ✓ Huesos y músculos fuertes
- ✓ Capacidad para combatir enfermedades
- ✓ Buen nivel de energía
- ✓ Cicatrización más rápida de heridas

POSIBLES EFECTOS DE UNA MALA NUTRICIÓN PARA LOS NIÑOS:

- ✓ Enfermedad del corazón, Diabetes
- ✓ Hipertensión arterial, Colesterol alto
- ✓ Asma, problemas del sueño, Depresión
- ✓ Cáncer, Ser molestado y recibir burlas
- ✓ Sentirse mal acerca de su cuerpo
- ✓ Aislarse, sentirse solo y tener cambios de humor
- ✓ Problemas de aprendizaje e interactuar.
- ✓ Problemas odontológicos.
- ✓ Un niño que carece de proteínas puede ser débil o tendrá retraso en su crecimiento.

DURANTE LA PREPARACIÓN DE LOS ALIMENTOS:

Es importante verificar que los alimentos utilizados se encuentren en perfecto estado de conservación: sin inflamientos ni coloraciones anormales y sin pasar las fechas de caducidad indicadas.

Cuando se trate de un alimento congelado, hay que descongelarlo a temperatura de refrigeración y nunca a temperatura ambiente. En caso de que se trate de alimentos congelados caseros, hay que asegurarse de que la congelación sea rápida y de que se marque el producto con la fecha de congelación para controlar el tiempo de conservación.

Para los alimentos que se calienten, hay que asegurarse de que alcancen como mínimo los 65 ° C, (temperatura mínima de destrucción de la mayoría de los gérmenes patógenos).

Los alimentos frescos que no han de recibir ningún tratamiento térmico, como las ensaladas o las frutas, deben lavarse con abundante agua fría y/o pelarse, y los manipuladores deben extremar las medidas de higiene.

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.



empezando la alimentación complementaria de tu bebé



Presentado por las Bachilleres en enfermería:

Aguayo Medina, Meliza.

Chavez Saavedra, Carolina.

CARACTERÍSTICAS NUTRICIONALES EN NIÑOS MENORES DE 24 MESES

Completa: Debe incluir alimentos de todos los grupos (variedad).

Equilibrada: Debe proveer los nutrientes en proporciones y relación adecuadas (representados por sus alimentos-fuente).

Suficiente: Debe cubrir los requerimientos, tanto de calorías como de nutrientes.

Adecuada: Debe adaptarse a la etapa del desarrollo en que se encuentra el ser humano, haciendo especial énfasis en caracteres organolépticos, tales como olor, sabor, consistencia, textura, así como al grado de desarrollo de los diferentes sistemas.

CESA



Así se preparan las CHISPITAS Nutricionales



1 Lávate las manos con agua y jabón



Abre el sobre



3 Separa una porción de la comida (aprox. 2 cucharadas)

Vacia todo el sobre en la porción separada



4



5 Mezcla bien hasta que no se note Las CHISPITAS en la comida

Dale de comer a tu niña o niño primero esta porción mezclada y luego el resto de la comida.






6

RECOMENDACIONES:

- Una vez abierto el sobre, debes darle todo en ese momento.
- No lo dejes para después.
- Las CHISPITAS no deben calentarse, hervirse o cocinarse.
- De preferencia dale Las CHISPITAS en papillas, sopas espesas, purés, mazamorras o guisos.
- No mezclar en líquidos como jugos, leches, mates, etc.
- No las dejes al alcance de los niños.

<p>¿QUE SON LOS MICRONUTRIENTES? Son un conjunto de nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo de los niños, viene en forma de polvo y debe mezclarse con los alimentos como papillas o segundos.</p> <p>¿PARA QUÉ SIRVEN LOS MICRONUTRIENTES? Previene la anemia por deficiencia de hierro y otras enfermedades derivadas del bajo consumo de vitaminas y minerales. Sirven para mejorar el apetito, así como el crecimiento y desarrollo de los niños.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NUTRIENTE</th> <th>BENEFICIO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vitamina A</td> <td>Mejora la visión</td> </tr> <tr> <td>Vitamina C</td> <td>Prevención de la infección respiratoria y cicatrización de heridas.</td> </tr> <tr> <td>Acido fólico</td> <td>Prevención de defectos congénitos.</td> </tr> <tr> <td>Hierro</td> <td>Previene la anemia.</td> </tr> <tr> <td>Zinc</td> <td>Prevención de diarreas.</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">PARA NIÑOS DE 6 A 35 MESES DE EDAD.</td> </tr> </tbody> </table>	NUTRIENTE	BENEFICIO	Vitamina A	Mejora la visión	Vitamina C	Prevención de la infección respiratoria y cicatrización de heridas.	Acido fólico	Prevención de defectos congénitos.	Hierro	Previene la anemia.	Zinc	Prevención de diarreas.	PARA NIÑOS DE 6 A 35 MESES DE EDAD.		<p>¿POR CUANTO TIEMPO EL NIÑO LOS DEBE CONSUMIR?</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ El esquema de suplementación vigente consta de una fase, cuya duración es de 12 meses por lo que idealmente el niño deberá iniciar la suplementación a los 6 meses y finalizar a los 17 meses cumpliendo la suplementación durante un año. ❖ Si el niño no inicia la suplementación a los 6 meses puede iniciarlo hasta antes de los 35 meses.
NUTRIENTE	BENEFICIO															
Vitamina A	Mejora la visión															
Vitamina C	Prevención de la infección respiratoria y cicatrización de heridas.															
Acido fólico	Prevención de defectos congénitos.															
Hierro	Previene la anemia.															
Zinc	Prevención de diarreas.															
PARA NIÑOS DE 6 A 35 MESES DE EDAD.																
<p>¿CÓMO SE DEBE ALMACENAR LOS MICRONUTRIENTES? Los sobres se deben de mantener siempre bien cerrados y protegidos de la luz solar, en lugares no accesibles a los niños para su ingestión accidental.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Los micronutrientes no tienen olor ni sabor desagradable, por lo tanto no son desagradables al gusto. ➢ No producen diarreas ni tiñen los dientes. ➢ Es una reacción normal el oscurecimiento de las deposiciones (heces) del niño. 	<p>LOS 6 PASOS PARA DAR LOS MICRONUTRIENTES.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lávate las manos. 2. Separa 2 cucharadas de la comida. 3. Abre el sobre. 4. Echa todo el sobre. 5. Mezclar bien hasta que no se note. 6. Dale esta porción y luego el resto de la comida. 														


DE 12 a 24 MESES.	
Consistencia	Preparación de la olla familiar.
Alimentos recomendados	La niña o niño debe comer 2 cucharadas de: Alimentos de origen animal:  Cereales y tubérculos: Fideos, papa, camote, sémola, maicena, etc. Vegetales: Agregar a todos los alimentos una cucharada de  y otros Vegetales de diferentes colores (verde, anaranjado o amarillo). Menestras: Frejoles, pallares, alverja partida sin cascara. Frutas: Plátano de isla, durazno, papaya y pera (de color anaranjado, rojo o amarillo). Grasas: 
Cantidad	7 a 10 cucharadas de alimento
Frecuencia	5 comidas por día (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena).


ALIMENTACIÓN SEGÚN SU EDAD (DE 6-8, DE 9-11 Y DE 12-24 MESES)

PRESENTADO POR LAS BACHILLER DE ENFERMERIA:

AGUAYO MEDINA, MELIZA
CHAVEZ SAAVEDRA, CAROLINA





DE 6 a 8 MESES.	
Consistencia	Papillas, mazamoras o purés.
Alimentos recomendados	La niña o niño debe comer 2 cucharadas de: Alimentos de origen animal: Hígado, sangrecita (cuy o pollo), bazo u otro. Cereales y tubérculos: Fideos, papa, camote, sémola, maicena. Vegetales: Agregar a todas las papillas una cucharada de zapallo, zanahoria, espinaca y otros. Vegetales de diferentes colores (verde, anaranjado o amarillo). Frutas: Plátano de isla, durazno, papaya y pera (incluir en la media mañana en forma de mazamorra, picados o rallados). Grasas: 
Cantidad	3 a 5 cucharadas de papilla = ¼ plato mediano.
Frecuencia	3 comidas por día (media mañana, almuerzo, cena).

DE 9 a 11 MESES	
Consistencia	Alimentos picados.
Alimentos recomendados	La niña o el niño deben comer 2 cucharadas de: Alimentos de origen animal: hígado, sangrecita (cuy o pollo), pescado, bofe, bazo. Cereales y tubérculos: fideos, papa, camote, sémola, maicena. Vegetales: agregar a todos los alimentos una cucharada de zapallo, zanahoria, espinaca y otros. Vegetales de diferentes colores (verde oscuro, rojo, anaranjado o amarillo). Frutas: plátano de la isla, durazno, papaya y pera (de color anaranjado, rojo o amarillo). Grasas: 
Cantidad	5 a 7 cucharadas de alimento = ¼ plato mediano.
Frecuencia	4 comidas por día (media mañana, almuerzo, media tarde y cena).

4. ACOMPAÑE SUS PREPARACIONES CON VERDURAS Y FRUTAS

La verdura y frutas ayudan al buen funcionamiento del aparato digestivo, aportan fibras, protegen los tejidos y las células de nuestro organismo.

ALIMENTOS FUENTES DE VITAMINA "A"	ALIMENTOS FUENTES DE VITAMINA "C"
Verduras amarillo – anaranjado y hojas de color verde oscuro, tales como: 	
Frutas de color amarillo, anaranjado tales como: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Papaya ❖ Plátano de isla ❖ Mango ❖ Zapote ❖ Aguaje ❖ Maracuyá, etc. 	

5. COMER VARIAS VECES A LA SEMANA MENESTRAS

Las legumbres, como las lentejas, garbanzos, junto con las verduras y frutas. Tienen hidratos de carbono o glúcidos complejos, que son y siguen siendo nuestra principal fuente de energía.

LOS 5 MENSAJES



PRESENTADO POR LAS BACHILLERES DE ENFERMERÍA:

AGUAYO MEDINA, MELIZA

CHAVEZ SAAVEDRA, CAROLINA

1. PREPARAR COMIDAS ESPESAS

Como purés, papillas, mazamorras o segundos, e ir modificando gradualmente la consistencia conforme va creciendo y desarrollando el niño(a). Ofreciendo alimentos picados, aplastados hasta que se incorpore a la alimentación familiar.

EDAD (meses)	CONSISTENCIA DE LAS PREPARACIONES	TIPO DE ALIMENTO
6 - 8	Espesas semisólidas.	Papillas, mazamorras o purés.
9 - 11	Picados, puede comer con los dedos.	Picadito de hígado, arroz, espinaca.
12 - 24	Alimentos que consume la familia.	Segundos.

2. CONFORME TIENE MÁS EDAD COMERÁ MAS CANTIDAD Y MÁS VECES AL DÍA

EDAD (Meses)	CANTIDAD		
	Medida en cucharas	Medida en platos	Medida aproximada en gramos
6 - 8	3 a 5	½ plato mediano	100
9 - 11	5 a 7	¾ de plato mediano	150
12 - 24	7 a 10	1 plato mediano	200

6 - 8 TRES COMIDAS DIARIAS.
 9 - 11 TRES COMIDAS MAS UN REFRIGERIO.
 12 - 24 TRES COMIDAD MAS 2 REFRIGEIOS.

3. COMER ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL TODOS LOS DÍAS

Alimentos que tengan alta bio-disponibilidad de Hierro, como:	Incorporar alimentos ricos en Zinc, como:	Alimentos fuentes de vitamina A, como el hígado y carnes porque mantiene las células epiteliales de la mucosa de la boca de ojos y del aparato respiratorio.
La sangre de pollo, hígado, vísceras rojas, carnes de ave y pescado.	hígado, carnes, huevos y mariscos, toda vez que resulta importante para el crecimiento y desarrollo normal favorece la cicatrización de las heridas y aumenta la inmunidad contra infecciones.	

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

ALIMENTOS DE HIERRO, ABSORCIÓN	FUENTE DE BUENA	ALIMENTOS CON HIERRO DE POBRE ABSORCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • sangrecita • hígado • vísceras, especialmente vísceras rojas • carnes rojas • carne de aves, especialmente carnes oscuras • alimentos fortificados con hierro 		<ul style="list-style-type: none"> • yema de huevos • menestras • hojas verde oscuro