

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN TEMPRANA
“FAMILIA FELIZ” – SIREPI EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN MADRES CON NIÑOS
MENORES DE 1 AÑO QUE ASISTEN AL ESTABLECIMIENTO DE
SALUD PACAIPAMPA. PIURA. 2018**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA**

AUTORES:

**SOLEY BELDAD CORDOVA CRUZ
CARLOS ALBERTO DIAZ HURTADO**

**CALLAO – 2018
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|------------------------------------|------------|
| • DRA. ANA MARÍA YAMUNQUÉ MORALES | PRESIDENTA |
| • MG. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO | SECRETARIA |
| • MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO | VOCAL |

ASESORA: DRA. ANGELICA DÍAZ TINOCO

Nº de Libro: 03

Nº de Acta: 126

Fecha de Aprobación de tesis: 16/11/2018

Resolución del Consejo de Facultad 1445-2018-CF/FCS de fecha 14 de noviembre del 2018, sobre designación de Jurado Evaluador de la Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

A Dios que permitió termináramos con
Éxito esta etapa, y sin el nada hubiera
Sido posible y porque es la luz que
Guía nuestro camino siempre.

A mi hija THAMARA por mi fuente de
Motivación y superación para avanzar
En el sendero de la vida y por hacer de mí,
El padre más feliz de este mundo. (Carlos)

A mi madre por ser la que motiva a seguir
Adelante, por su inmensa paciencia y cariño y por
El apoyo que siempre me ha mostrado.
Te quiero mucho. (Soley)

AGRADECIMIENTO

A nuestra asesora Mg. VERONICA CAJAS

Por su inmensa paciencia en estos meses

Por su tiempo y por su apoyo y

Dedicación incondicional.

A nuestros compañeros de labores

Del E.S I-4 PACAIPAMPA, que nos

Apoyaron y han llegado que nuestra

Investigación se realice con éxito.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción de la realidad problemática (tipo de método).....	13
2.1 Formulación del Problema.....	20
1.2.1 Problema General.....	20
1.2.2 Problemas Específicos.....	20
3.1 Objetivos.....	21
1.3.1 Objetivo General.....	21
1.3.2 Objetivos Específicos.....	21
4.1 Limitantes de la investigación.....	22
1.4.1 Limitante teórico.....	22
1.4.2 Limitante temporal.....	22
1.4.3 Limitante espacial.....	23
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes.....	24
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	24
2.1.1 Antecedentes Nacionales.....	26
2.2 Marco.....	34
2.2.1 Teórico.....	34
2.2.2 Conceptual.....	35
2.2.3 Teórico – Conceptual.....	52
2.3 Definición de términos básicos.....	104
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	106
3.1 Hipótesis.....	106
3.2 Operacionalización de variables.....	108

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	111
4.1 Tipo y diseño de la de Investigación.....	111
4.4.1 Tipo de la Investigación.....	111
4.4.2 Diseño de la Investigación.....	111
5.1 Población y muestra.....	111
4.5.1 Población.....	111
4.5.2 Muestra.....	112
4.5.3 Criterios de Inclusión.....	113
4.5.4 Criterios de Exclusión.....	113
6.1 Técnicas e Instrumentos para recolección de la información.....	114
7.1 Análisis y procesamiento de datos.....	116
CAPÍTULO V: RESULTADOS	
5.1 Resultados Descriptivos.....	117
5.2 Resultados Inferenciales.....	125
5.3 Otro tipo de resultados.....	129
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS	
6.1 Contrastación de la hipótesis.....	143
6.2 Contrastación de los resultados con estudios similares.....	145
6.3 Responsabilidad ética.....	158
CONCLUSIONES.....	159
RECOMENDACIONES.....	160
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	161

INDICE DE FIGURAS

Figura		Pág
N° 1	Nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria según dimensión generalidades antes y después de la aplicación del programa de educación temprana “familia feliz” – SIREPI EE.SS. I-4 Pacaipampa – Piura 2018	118
N° 2	Nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria según dimensión características antes y después de la aplicación del programa de educación temprana “familia feliz” – SIREPI EE.SS. I-4 Pacaipampa – Piura 2018	120
N° 3	Nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria según dimensión características antes y después de la aplicación del programa de educación temprana “familia feliz” – SIREPI EE.SS. I-4 Pacaipampa – Piura 2018	122
N° 4	Nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria antes y después de la aplicación del programa de educación temprana “familia feliz” – SIREPI EE.SS. I-4 Pacaipampa – Piura 2018	124

RESUMEN

El presente estudio de investigación, de tipo cuantitativo, prospectivo, longitudinal. Con un diseño pre-experimental con pre-prueba y post-prueba, se realizó en el Establecimiento de salud I-4 Pacaipampa-Piura, en los meses de Julio a Octubre, tuvo como Objetivo: Determinar la efectividad del programa de educación temprana “familia feliz”-SIREPI en el nivel de conocimiento de las madres con niños menores de un año sobre alimentación complementaria en el E.S. I - 4 Pacaipampa – año 2018. La muestra estuvo conformada por 30 madres. Para la recolección de datos se utilizó el instrumento: Cuestionario y, siendo la información obtenida procesada y analizada mediante: la prueba estadística “t de Student” para muestras relacionadas. Los resultados obtenidos antes de la aplicación del programa educativo aprox. la mitad de las madres tenían un nivel medio o regular 43.3% (13), el 36.7% (11) madres un nivel alto y un 20.0% (6) tienen un nivel de conocimiento bajo. Y después de la intervención, se muestra que el 93.3% (28) de madres presenta un nivel de conocimiento alto, y un 6.7% (2) tienen un nivel de conocimiento medio o regular. Llegando a concluir: Que el programa educativo “Familia Feliz” fue efectivo pues incrementó el nivel conocimientos sobre alimentación complementaria de las madres de niños menores de 1 año, lo cual fue demostrado con la prueba *t* de Student, obteniéndose un $t = -9,145$, aceptando la hipótesis de estudio; es decir, se demuestra la efectividad del programa educativo en el incremento de conocimientos sobre alimentación complementaria.

Palabras Claves: Alimentación complementaria, Programa educativo, conocimiento.

1. Coordinadora del PAN-Clas Pacaipampa

2 Gerente Clas Pacaipampa

ABSTRACT

The present research study, of a quantitative, prospective, longitudinal type. With a pre-experimental design with pre-test and post-test, was carried out at the health facility I-4 Pacaipampa-Piura, in the months of July to October, it was aimed at: Determine the effectiveness of the early education program "happy family"-SIREPI in the level of knowledge of mothers with children under one year of complementary feeding in the IS. I - 4 Pacaipampa - year 2018. The sample consisted of 30 mothers. For data collection the instrument was used: Questionnaire and being the information obtained processed and analyzed by: the statistical test "Student's t" for related samples. The results obtained before the application of the approximate educational program. Half of the mothers had a medium or regular level 43.3% (13), el 36.7%; (11) mothers a high level and 20.0% (6) have a low level of knowledge. And after the intervention, it is shown that 93.3% (28) of mothers have a high level of knowledge, and 6.7% (2) have a medium or regular level of knowledge. Coming to conclude: That the educational program "Happy Family" was effective because it increased the level of knowledge about complementary feeding of mothers of children under 1 year, which was demonstrated with the Student's t test, obtaining a calculated $t = -9.145$, accepting the study hypothesis; that is, the effectiveness of the educational program in the increase of knowledge about complementary feeding is demonstrated.

Key words: complementary feeding, educational program, knowledge,

1 Coordinator of PAN-Clas Pacaipampa

2 Manager Clas Pacaipampa.

INTRODUCCIÓN

Las deficiencias nutricionales que ocurren durante los primeros dos años de vida limitan el crecimiento y desarrollo del niño durante este periodo de formación tan crítico, originando efectos irreversibles que durante toda la vida, sentenciándolos a una serie de secuelas para el futuro, pues está científicamente comprobado que contraer desnutrición en este periodo afecta negativamente el crecimiento y desarrollo intelectual y, en casos extremos, puede ser causa de muerte. Diversos estudios demuestran que la principal causa de la desnutrición infantil es un consumo inadecuado de alimentos que condicionan al organismo a adquirir enfermedades infecciosas y parasitosis.¹

Este inadecuado consumo de alimentos se refleja en el estado nutricional de los niños, condicionando retardo en su crecimiento (desnutrición crónica) y causando una alta prevalencia de anemia por deficiencia de hierro. En el caso peruano, aprox. el 25% de niños menores de 5 años sufre desnutrición crónica y el 50% padece de anemia; estos porcentajes tienden a bajar levemente los cuales se observan desde el año 2000¹. Estas deficiencias ocasionan un bajo rendimiento escolar, lo que repercute en la capacidad del adulto para tener una vida productiva y saludable.

Las familias y los profesionales de la salud saben si los niños tienen un estado nutricional normal o están desnutridos acudiendo con regularidad y marcando las medidas de peso y estatura en las curvas de crecimiento; los profesionales de la salud realizan actividades de seguimiento continuo a los niños desnutridos, pero dichas actividades son insipientes en la sierra y la selva por la lejanía de su población y la cantidad de profesionales asignados.² Ante esta problemática, puede ser necesario analizar alternativas de apoyo externas (p.ej. incluyendo al niño en programas de alimentación complementaria) y darle suplementos de micronutrientes (vitamina A y hierro) por un tiempo. Esto no significa dejar de ayudar a la familia a encontrar la forma de alimentarse mejor a su hijo. En ocasiones,

¹ Creed-kanashiro, H., N Espinola y G. Prain. Fortaleciendo la nutrición infantil en Perú.

² FAO. Guía de nutrición de la familia.

un asistente social, un trabajador de campo o un servicio comunitario deberían ocuparse de la familia para ayudarla a superar las razones subyacentes de la mala nutrición del niño.² Pero antes de aplicar cualquier estrategia o combinación de estrategias es necesario conocer primero los conocimientos de alimentación de la familia.¹

América Latina y el Caribe han dado pasos significativos en la implementación de políticas de desarrollo, entre las cuales se destacan el apoyo a las poblaciones más vulnerables, la protección del capital humano y el combate a la pobreza. Uno de los instrumentos más conocidos son las transferencias en efectivo que, junto con otros programas de asistencia social, han contribuido a la reducción de la pobreza y la desigualdad en muchos países de la región.³

Los principales problemas de alimentación infantil en el Perú se inician a los 6 meses de edad. Los niños peruanos a esta edad reciben alimentos diluidos como sopas, jugos o caldos y el consumo de alimentos que contienen hierro es muy limitado. Además se les ofrece estos alimentos sólo 2 ó 3 veces al día.⁴

Una mala nutrición en edad temprana tiene efectos negativos en el estado de salud del niño, en su habilidad para aprender, para comunicarse, para desarrollar el pensamiento analítico, la socialización y la habilidad de adaptarse a nuevos ambientes (Gajate e Inurritegui, 2002). Además, el sistema inmunológico se ve debilitado por una mala nutrición; por ello, un niño desnutrido tiene menos resistencia a enfermedades comunes, aumentando su probabilidad de morir por causas como la diarrea o las infecciones respiratorias.⁵

El Gobierno Regional Piura, ha implementado desde el año 2011 el programa de acompañamiento a la familia denominando Programa de Educación Temprana “Familia Feliz” del Sistema Regional de Atención Integral a la Primera Infancia de Piura (SIREPI); beneficiando a 2 mil 492 niños y niñas menores de tres años.⁶ Con esto, se busca mejorar los resultados de la desnutrición infantil, y lograr que la

³ Jara, P., Sorio, R. Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

⁴ MINSA. Pautas básicas para la consejería en alimentación infantil.

madre sea participe del cuidado del niño, y que ello se ve reflejado en que no solo acuda mensualmente a los controles sino que acceda a todas las intervenciones que el Ministerio de Salud brinda y cambiando sus estilos de vida; con un enfoque en el desarrollo infantil temprano. Logrando un trabajo multisectorialmente participativo con el Ministerio de Salud (MINSA), como ente rector de salud.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

En la actualidad se tiene identificado el periodo fundamental para prevenir la desnutrición: el embarazo y los dos primeros años de vida del niño. Es lo que se conoce como los 1.000 días críticos para la vida. En esta etapa es cuando se produce el desarrollo básico del niño, por lo que la falta de atención adecuada afecta a la salud y el desarrollo intelectual del niño el resto de su vida.⁷

La malnutrición, siendo uno de los problemas más serios en salud pública en todo el mundo y en los países en vías de desarrollo, nos llevan a tener unas altas tasas de mortalidad y morbilidad en los niños menores y el retardo en su crecimiento y desarrollo, tendiendo a disminuir capacidad productiva del adulto y la frecuencia y prolongada evolución de las enfermedades infectocontagiosas, que mantienen al enfermo fuera de sus labores, exigiendo mantener políticas gubernamentales que atiendan de inmediato estos problemas de manera permanente e integral.⁸

Tal es así, que al mantener una buena adherencia desde el inicio de la alimentación del niño, se podrán evitar o disminuir la desnutrición infantil.

La edad ideal para el inicio de la alimentación complementaria ha sido tema de interés y de controversia para los diferentes organismos que regulan el manejo nutricional en pediatría y han surgido diferentes opiniones al respecto. Desde 2001 la Organización Mundial de la Salud recomendó iniciar la alimentación complementaria a partir de los seis meses de vida, ya que la leche materna constituye un factor protector frente a la morbimortalidad infantil en los países en desarrollo.⁹

Cuando la leche materna deja de ser suficiente para atender las necesidades nutricionales del lactante hay que añadir alimentos complementarios a su dieta. La transición de la lactancia exclusivamente materna a la alimentación complementaria abarca generalmente el periodo que va de los 6 a los 18 a 24 meses de edad¹⁰; es a los 6 meses el momento oportuno para introducir la alimentación en donde se debe cubrir los requerimientos nutricionales; ya que se ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renal y la maduración neurológica¹¹; siendo esta fase la de gran vulnerabilidad, en la que muchos niños empiezan la malnutrición, y de las que más contribuye a la alta prevalencia de la malnutrición en los menores de 5 años de todo el mundo. La OMS calcula que en los países de ingresos bajos dos de cada cinco niños tienen retraso del crecimiento.¹⁰

Según UNICEF en el mundo en desarrollo, cerca de 200 millones de niños menores de 5 años sufren desnutrición crónica, cuyos efectos se harán sentir durante el resto de sus vidas.⁷

Cerca de 200 millones de niños menores de 5 años sufren desnutrición crónica. Un 90% vive en Asia y África, donde las tasas son muy elevadas: 40% en Asia y 36% en África. El 80% de los niños con desnutrición crónica vive en 24 países. De los 10 países que más contribuyen a la cifra total, seis están en Asia: Bangladesh, China, Filipinas, India, Indonesia y Pakistán, debido en parte a la elevada población que registran la mayor parte de ellos. Así, por ejemplo, se calcula que 3 de cada 10 niños desnutridos en el mundo en desarrollo viven en India.¹²

Las prioridades del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para los próximos años, es lograr la reducción sostenible de la pobreza y la desigualdad, en los países de América Latina y el

¹⁰ OMS. http://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/

Caribe. Necesitan una nueva generación de programas sociales que promuevan la igualdad de oportunidades.³

América Latina y el Caribe, presentan avances de importancia en materia económica y social, que se han traducido en la reducción de la pobreza y el hambre. La desnutrición crónica infantil ha reducido su prevalencia desde 1990 en todas las subregiones, mientras que el sobrepeso infantil ha registrado aumentos en su prevalencia en Centroamérica y el Caribe; Sudamérica en tanto mantiene estable la prevalencia en el mismo periodo, ubicándose en el 7,3%. En cuanto a la situación de la desnutrición crónica en la región. De 13,5 millones de niños menores de 5 años se encontraban en esta situación el año 1990, en 2015 se redujo su presencia a 6,2 millones de niños.¹²

En el Perú, como otros países en vías de desarrollo, existen hábitos y costumbres con la alimentación de infantes y niños pequeños que necesitan ser mejorados para asegurar un óptimo desarrollo y nutrición. Por estas razones, para mejorar la alimentación infantil y lograr un mayor éxito en la implementación de alternativas es necesario conocer primero las prácticas y conocimientos de la familia a través del tiempo hasta la actualidad, y las razones de éstas.¹

Según ENDES en el área rural, con ambos Patrones Internacionales de Referencia, el nivel de desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años de edad continúa descendiendo. Entre los años 2012 y el primer semestre 2017, se reduce en 5,1 puntos porcentuales con el patrón de referencia NCHS, de 24,6% a 19,5% y en 6,5 puntos porcentuales con el patrón OMS, de 31,9% a 25,4%; observándose diferencias significativas en el nivel de desnutrición crónica con ambos patrones de referencia.¹³

Una de las principales metas de la administración pública es lograr que el Estado sea capaz de proveer, de manera eficaz, eficiente y equitativa, los bienes y servicios que requiere la ciudadanía. Con este objetivo, el

Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), desde el 2008, inició la implementación de lo que se conoce como el Presupuesto por Resultados (PpR). Y a medida que avanza la implementación del PpR, el Presupuesto público se va estructurando sobre la base de programas presupuestales con una orientación a resultados. Uno de estos programas presupuestales es el Programa Articulado Nutricional (PAN), orientado a reducir la prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años.¹⁴ En este contexto, el Estado ha establecido lineamientos de política para contribuir a la reducción de esta problemática. En el cual se establece el Programa Articulado Nutricional (PAN), que se relaciona con el Plan Bicentenario Nacional 2012-2020, el cual tiene como prioridad reducir la desnutrición en el país.¹²

Recientes investigaciones demuestran la importancia del desarrollo en la primera infancia con respecto a la formación de la inteligencia, la personalidad y el comportamiento social. En ese sentido, si los niños y niñas de corta edad no reciben en esos años formativos la atención y el cuidado que necesitan, las consecuencias son acumulativas y prolongadas. Por lo tanto, brindar al niño oportunidades para que tenga un crecimiento y desarrollo adecuado es una de las prioridades de la familia, los gobiernos, organizaciones, y comunidad en general.¹²

El escenario de intervención prioritario será para la familia y vivienda, y la estrategia más importante es la educación y comunicación en salud, así como la abogacía y las políticas públicas locales, regionales y nacionales.¹¹

El Perú, formar parte del intercambio técnico entre varios países que aplican algún programa de acompañamiento familiar, con la finalidad de apoyar en las decisiones que toman en el diseño de programas de atención a la pobreza o a la vulnerabilidad con alguna modalidad de acompañamiento. El programa nacional Cuna Más es un programa social focalizado, adscrito al Ministerio de Inclusión y Desarrollo Social

(MIDIS), que brinda atención integral a niñas y niños menores de 36 meses de edad en zonas en situación de pobreza y pobreza extrema. Su objetivo es mejorar el desarrollo infantil de los niños para superar las brechas en el desarrollo cognitivo, social, físico y emocional. Esto se lleva a cabo a través de dos modalidades: la de atención en centros y la de acompañamiento a familias. Esta última consiste en visitas de personal capacitado a hogares con madres gestantes, y niños y niñas menores de 3 años.³

En la región Piura, la primera infancia se ha constituido en una prioridad impostergable y existen razones y condiciones suficientes para fortalecer una política pública que garantice la protección de los derechos de las niñas y niños, el desarrollo de sus capacidades y atención integral a gestantes. El gobierno regional Piura considera redoblar esfuerzos y es así que nace; el Sistema Regional de Atención Integral de la Primera Infancia (SIREPI), con su programa de Educación temprana “FAMILIA FELIZ” busca disminuir la desnutrición crónica en niños menores de 5 años en un 10% del año 2015 al 2018.¹⁵

El programa de acompañamiento a las familias del SIREPI, viene interviniendo el distrito de Pacaipampa desde hace aprox. 2 años; el cual tiene una población aprox., de 2000 niños menores de 5 años; en el establecimiento I-4 Pacaipampa considerado para dicho estudio la población menor de 3 años es un total de 850 niños aprox., de los cuales un 46,6 % aprox., de niños tienen algún tipo de desnutrición prevaleciendo la desnutrición crónica. Pero para casos del estudio se considera la población de niños menores de un año que son beneficiarios del programa de acompañamiento “Familia Feliz”.

Por lo antes mencionado, los investigadores consideran de suma importancia identificar cual es la “EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE EDUCACION TEMPRANA “FAMILIA FELIZ”- SISTEMA REGIONAL DE LA PRIMERA INFANCIA, EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE

UN AÑOS SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA QUE ASISTEN AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I - 4 PACAIPAMPA – AÑO 2018” Confiando que al finalizar la investigación se contara con datos científicamente identificados acerca sobre la eficiencia del servicio de acompañamiento a las familias en el nivel de conocimientos en la prevención de dci de los niños en mención.

1.2 Formulación del Problema

1.2.1 Problema General

¿Cuál es la efectividad del programa de educación temprana “familia feliz”-SIREPI, en el nivel de conocimientos de las madres con niños menores de un años sobre alimentación complementaria que asisten al E.S I-4 Pacaipampa?

1.2.2 Problemas Específicos

1.2.2.1. ¿Cómo es el nivel de conocimientos de las madres con niños menores de un año sobre alimentación complementaria antes del antes del programa de educación temprana “Familia Feliz”-SIREPI en el E.S. I - 4 PACAIPAMPA?

1.2.2.2. ¿Cómo es el nivel de conocimientos de las madres con niños menores de un año sobre alimentación complementaria después del programa de educación temprana “Familia Feliz”-SIREPI en el E.S. I - 4 PACAIPAMPA?

1.2.2.3. ¿Cuál es la diferencia del nivel de conocimientos de las madres con niños menores de un año sobre alimentación complementaria antes y después del programa de educación temprana “Familia Feliz-SIREPI en el E.S. I - 4 PACAIPAMPA?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

Determinar la efectividad del programa de educación temprana “familia feliz” SIREPI en el nivel de conocimiento de las madres con niños menores de un año sobre alimentación complementaria en el E.S. I - 4 PACAIPAMPA – AÑO 2018

1.3.2 Objetivos Específicos

- 1.3.2.1. Identificar el nivel de conocimientos de las madres con niños menores de un año sobre alimentación complementaria antes del programa de educación temprana “Familia Feliz”-SIREPI en el E.S. I - 4 PACAIPAMPA – AÑO 2018.
- 1.3.2.2. Identificar el nivel de conocimientos de las madres con niños menores de un año sobre alimentación complementaria después del programa de educación temprana “Familia Feliz”-SIREPI en el E.S. I - 4 Pacaipampa – año 2018.
- 1.3.2.3. Establecer la diferencia del nivel de conocimientos de las madres con niños menores de un año sobre alimentación complementaria antes y después del programa de educación temprana “Familia Feliz-SIREPI en el E.S. I - 4 Pacaipampa – año 2018.

1.4 Limitantes de la investigación

1.4.1 Limitante teórico

Como limitaciones teóricas se establece que debido a que se cuenta con fuentes de información con una alta disposición del tema en alimentación complementaria. Y es necesario considerar información avalada por entidades representativas como MINSA, OMS, FAO, UNICEF. Es importante en este apartado mencionar que las fuentes informativas como libros, artículos o sitios de internet son insuficientes para continuar con el desarrollo de la

investigación; por lo que, es necesario estar consciente de que muchas veces se tendrá que acudir hasta el lugar donde se encuentra la información que se necesita, por lo que también es importante contar con tiempo disponible, organización y recursos financieros que sustenten los gastos del lugar al que se tenga que acudir, así como una buena dosis de paciencia a la hora de establecer contactos.

1.4.2 Limitante temporal

En cuanto a limitantes temporales y metodológicas que se presentaron durante el desarrollo de la investigación de esta tesis, fue en primer lugar, el lidiar para reunirse con las madres e iniciar las sesiones; ya que se tuvo que realizar en la primera sesión y quedar en acuerdo para las siguientes sesiones.

También se contempla que desafortunadamente el día de las sesiones se determinó la fecha y hora, teniendo en cuenta las múltiples actividades de las madres de familia y la disponibilidad de los investigadores. Respecto a la participación se tuvo inconvenientes en algunas madres, ya que de una cantidad razonable que se había comprometido a participar en las sesiones, solo 30 de ellos llegaron al lugar donde se realizaba la primera sesión. Dicha situación mejoro en las siguientes sesiones, aunque llegaron un poco tarde a las sesiones, estuvieron presentes las siguientes 2 sesiones confirmando su asistencia con anticipación.

Con este apartado, simplemente se quiere dar a entender que para la realización de una investigación que requiera métodos cuantitativos, es necesario estar consciente de que muchas veces el poder llevar un ritmo adecuado o ir avanzando en el proyecto de la tesis, no siempre va a depender de los investigadores, ya que muchas veces los grupos en estudio, van a tener en desventaja

básicamente a causa del tiempo y disposición que tenga la gente con la que se planea contar. Por ello, importante planear este tipo de acciones con el tiempo y encontrar el momento para llevarlas a cabo, con el fin de evitar que circunstancias ajenas a uno, sean las causantes de impedir avances y resultados exitosos en el desarrollo de la tesis.

1.4.3 Limitante espacial

El desarrollo de la presente investigación fue llevado a cabo durante los meses comprendidos entre julio – octubre del presente año; en el distrito de Pacaipampa zona rural del departamento de Piura.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.2 Antecedentes

2.2.1 Antecedentes Internacionales

Los antecedentes relacionados al tema de investigación se presentan a continuación:

El estudio realizado por María Alejandra Figueroa Girón, sobre la **adherencia de las prácticas alimentarias en niños (as) menores de 5 años con las recomendaciones de la organización mundial de la salud (OMS)**. Estudio realizado en la ALDEA PAXOJ del municipio de HUITÁN, Quetzaltenango, Guatemala, 2014.¹⁶ Tuvo como Objetivo: Establecer si existe adherencia de las prácticas alimentarias en niños(as) menores de cinco años con las recomendaciones de la organización mundial de la salud (OMS), en Paxoj, Huitán, Quetzaltenango. Metodología: Estudio cuantitativo-descriptivo; la población en estudio estuvo formada por 146 madres. La información sobre las prácticas alimentarias se obtuvo por medio de una entrevista dirigida a la madre, guiada por un cuestionario y un recordatorio de 24 horas. Resultados: se determinó que el 81.6% cuidado por la madre, el 98.6% presentaron un buen estado nutricional y el 63.7% presentó desnutrición crónica. Las prácticas alimentarias en niños menores de 6 meses fueron: el 97% reciben lactancia materna, 14% recibe sucedáneos junto con la lactancia materna, 48% reciben bebidas junto con la lactancia materna, el 10% ya inició alimentación antes de los 6 meses. De 6 a 8 meses los resultados fueron: 33% no ha iniciado alimentación complementaria, 100% continúa con la lactancia materna, 50% recibe más de tres comidas al día y 60% es alimentado por la madres. De 9 a 11 meses 53% no inició alimentos a los 6 meses, 100% continúa con la lactancia materna y reciben más de tres tiempo de comidas. De 12 a 24 meses 44% no inició alimentación complementaria a los 6 meses, 89% continua con la lactancia materna y el 94% recibe más de tres comidas. Concluye; que la

lactancia materna es el alimento principal del niño menor de 6 meses pero no es exclusiva debido a que brindan sucedáneos y otros líquidos. La mayor parte de las madres comenzaron a brindar alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad, cumpliendo con las recomendaciones establecidas por la OMS, sin embargo, un porcentaje significativo de madres incorporó alimentos antes y después de los 6 meses de edad

En otro estudio realizado por Sierra Zúñiga, MF., Holguín, C., Mera Mamián, A., Delgado-Noguera, M., denominado: **Conocimientos maternos sobre alimentación complementaria en Latinoamérica:** ¹⁷ revisión narrativa. Tuvo como Objetivo: Revisar la literatura latinoamericana sobre el grado de conocimientos maternos sobre AC desde el 2001 hasta el 2016. El Material y métodos: Esta fue una revisión narrativa; se incluyeron los estudios originales, disponibles en versión completa, que evaluaron los conocimientos maternos sobre AC en Latinoamérica. Los reportes fueron evaluados con la herramienta STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology). Resultados: Se encontraron 13 estudios: México (1 estudio), Perú (11 estudios) y Ecuador (1 estudio). En Colombia, se encontraron 6 estudios sobre prácticas y 1 sobre conocimientos en lactancia materna. Llego a la Conclusión: Que en Latinoamérica, la mayoría los estudios muestra un nivel de conocimientos maternos intermedio sobre AC. En Colombia, es difícil establecer un grado de conocimiento de la corriente de alimentación complementaria debido a la falta de estudios.

2.2.2 Antecedentes Nacionales

La investigación realizada por Cisneros Poma, EP., Vallejos Esquivas, Y. Titulada: **Efectividad del programa educativo en conocimientos, practicas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres**

con niños 6-24 meses – Reque- 2014,¹⁸ de tipo cuantitativo – cuasi-experimental, tuvo como objetivo, Determinar la efectividad del programa educativo en los conocimientos, prácticas y actitudes sobre alimentación complementaria en las madres. La muestra fue constituida por 30 madres del servicio de Crecimiento y desarrollo del centro de salud de Reque, la recolección de datos se aplicaron 3 instrumentos: un cuestionario de 15 ítems, una escala de lickert con 11 ítems y una lista de cotejo, para el procesamiento de datos estadísticos se utilizó el programa SPSS versión 15, y la prueba de la T de Student de muestras relacionadas. Asimismo los resultados obtenidos mostraron que con un 95% de confianza se estima que el programa de alimentación complementaria, tiene efecto significativo en el conocimiento en las madres de los niños de 6 a 24 meses en cuanto al valor T. Los resultados muestran que el Pos Test 96.7% de madres alcanzaron un nivel de conocimientos Alto, luego en prácticas se muestra el 76 % de las madres tenían una práctica adecuada, y el 24 % practicas inadecuadas, finalmente 6.7 % de madres tienen actitudes inadecuadas, asimismo el 93.3 % de las madres tienen actitudes adecuadas.

El siguiente estudio de investigación realizado por Castro Sullca, K; denominado: **“Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa CRED de un C.S SJM 2015;**⁵ teniendo como objetivo “Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años que asisten al consultorio de CRED del CS Villa San Luis. El estudio de investigación tuvo como finalidad brindar información actualizada y veraz sobre el nivel de conocimientos que poseen las madres y el estado nutricional de sus niños, para que de esta manera se puedan ampliar los conocimientos sobre alimentación complementaria y la adopción de conductas de alimentación adecuada y

saludable para el niño. El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo correlacional y de corte transversal. La población estuvo conformada por 50 madres. La técnica que se utilizó fue la entrevista-encuesta. El instrumento fue el cuestionario y la ficha de evaluación del estado nutricional del lactante. Entre sus conclusiones se tiene que existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años de edad, en relación al nivel de conocimientos que poseen las madres sobre alimentación complementaria se tiene que en su mayoría es bajo.

Otro estudio realizado por María Amada Villanueva Calderón; titulado: **Efectividad de un Programa Educativo en el Nivel de Conocimiento Sobre Alimentación Complementaria - Chepen.**¹⁹ El estudio es de tipo pre-experimental, se realizó en el Centro de Salud Pacanguilla de la Provincia de Chepén, durante los meses de Octubre a Diciembre, con la finalidad de determinar la efectividad del programa educativo “Ayudando a crecer a mi bebé”, en el nivel de conocimiento sobre Alimentación Complementaria en madres de lactantes menores de 1 año. La muestra estuvo constituida por 30 madres que cumplieron los criterios de inclusión mencionados en la investigación. Siendo la información obtenida procesada y analizada mediante: la prueba estadística “t de Student” para muestras relacionadas; los resultados son presentados en tablas de una y doble entrada en forma numérica y porcentual. Después del análisis se llegó a las siguientes conclusiones: Antes de la aplicación del programa educativo los resultados muestran un 70.0 por ciento de madres obtuvo un nivel de conocimiento medio; un 6.7 por ciento de madres obtuvo un nivel de conocimiento bajo y un 23.3 por ciento un nivel de conocimiento alto sobre alimentación complementaria. Después de la aplicación del programa educativo, en el Post test el 100.0 por ciento de madres alcanzaron un nivel de conocimiento alto. El programa

educativo fue efectivo porque mejoro el nivel de conocimiento materno sobre Alimentación Complementaria en un 100 por ciento ($p=0.00$)

Bautista Gómez, María Magdalena; en su investigación denominada: **Conocimiento y prácticas de cuidado del niño menor de tres años en la prevención de la desnutrición infantil en el distrito de Ocos Ayacucho 2015.**²⁰ Consideró como objetivo: Conocer la relación entre los conocimientos y las prácticas sobre el cuidado del niño menor de tres años, en la prevención de la desnutrición infantil en el distrito de Ocos – Ayacucho, 2015, para lo cual se utilizó el enfoque cuantitativo, tipo de investigación no experimental y con diseño descriptivo relacional. Los datos fueron acopiados a través del cuestionario sobre conocimientos y prácticas en la prevención de la desnutrición infantil previo cálculo de la validez y confiabilidad a través de la prueba de r-Pearson y alfa de Cronbach, luego su posterior sistematización en tablas de frecuencia. La muestra estuvo conformada por 119 encuestas. Se llegó a las siguientes conclusiones: El mayor porcentaje (71,4%) corresponde a madres con malos conocimientos y malas prácticas en el cuidado de niños para la prevención de la desnutrición, estadísticamente observándose que existe relación directa de nivel considerable entre los conocimientos y las prácticas sobre cuidado del niño en la prevención de la desnutrición infantil en el distrito de Ocos – Ayacucho, 2015; según la percepción de las madres de familia. ($r_s = 0,872$ y $p\text{-valor}=0,015$), no existe relación entre los conocimientos en la dimensiones lavado de manos, alimentación complementaria, servicios básicos domésticos, EDA/IRA y cuidados durante la gestación con las prácticas del cuidado del niño en la prevención de la desnutrición infantil en el distrito de Ocos – Ayacucho, 2015; según la percepción de las madres de familia.

El estudio realizado por Brenda Ramos Morales, titulado: **Influencia del programa educativo "Creciendo Saludable" en el nivel de**

conocimiento de la madre sobre el cuidado del niño menor de tres años. Programa Cuna Mas - Oyotun 2016²¹ tuvo como Objetivo: Determinar la influencia del Programa Educativo – Creciendo Saludable, en el nivel de conocimiento de la madre sobre el cuidado del niño menor de tres años. Programa Cuna Mas –Oyotún, 2016, la Metodología utilizada: Estudio cuantitativo- correlacional con diseño pre-experimental, poblacion muestral 16 madres que participaron voluntariamente; el programa educativo presento 4 unidades evaluadas con un pre test y post test mediante un cuestionario, calificando tres categorías: Conocimiento bajo, medio y alto, con una confiabilidad de KR 20=1.03 (alimentación); 0.93 (estimulación); 0.88 (cuidados del bebe); 0.88 (cuidados en problemas más frecuentes de salud); 0.86 (primeros auxilios). Se utilizó el SPSS 22, respetando los principios éticos y de rigor científicos. Los Resultados obtenidos fueron; un nivel de conocimientos bajo en los temas de primeros auxilios y prevención de accidentes(100%) y alimentación (62.5%); encontrándose que solo en los temas de cuidados en los problemas de salud (6.3%) y cuidados generales del menor de 3 años (25%) existe un nivel de conocimiento alto; posteriormente a la aplicación del programa se evidencio en el pos test que en promedio el 95.2% de la poblacion se encuentra en la categoría de nivel de conocimiento alto. En conclusión: el programa educativo influye en el incremento del conocimiento de las madres encontrándose un t Student de $p < 0.00$.

Asimismo Johana Rodríguez Ángel, realizo el estudio denominado **Intervención Educativa sobre el Conocimiento de las Madres en la Administración de Micronutrientes en Niños de 6 a 36 meses de edad en el Centro de Salud Raúl Porras Barrenechea – Carabayllo 2016.**²² El objetivo de este estudio fue determinar el efecto de la intervención educativa para incrementar el nivel de conocimientos de las madres sobre la administración de micronutrientes en niños de 6 a 36 meses en el centro

salud Raúl Porras Barrenechea Carabayllo 2017. Metodología: estudio cuantitativo, prospectivo, de diseño pre experimental. La muestra estuvo conformada por veinte 20 madres con hijos de seis meses hasta los 36 meses de edad, la técnica empleada fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. Resultados: El nivel de conocimiento de las madres sobre la administración del micronutriente antes de la intervención educativa fue medio 60% con tendencia a bajo 25%. Después de la intervención el nivel de conocimiento fue 100% alto. El nivel de conocimiento de las madres sobre la administración del micronutriente antes de la intervención, según las dimensiones fue: Generalidades medio 75% con tendencia a bajo 25%. Según la dimensión preparación fue medio 50% con tendencia a bajo 30%; según la dimensión esquema fue medio 55% con tendencia a bajo 45%, según la dimensión beneficios fue bajo 50% con tendencia a medio 35%. El nivel de conocimiento de la totalidad de las madres, sobre la administración del micronutriente después de la intervención, según las dimensiones fue 100% alto en las dimensiones generalidades, preparación y beneficios. En la dimensión esquema fue alto 95% y medio 5%.

Daysi Lisbet Birreo Gómez, Sarai Yohani Ayala Mendoza. Realizaron el estudio titulado: **Eficacia del programa educativo “Aliméntate, crece y sé el mejor” para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación complementaria en madres primerizas con niños de 6 a 24 meses del Puesto de Salud Los Choferes – Juliaca, 2017** ²³ teniendo como Objetivo: Determinar la eficacia del programa educativo “Aliméntate, crece y sé el mejor” para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación complementaria en madres primerizas con niños de 6 a 24 meses del puesto de salud Los Choferes – Juliaca, 2017. Metodología: Estudio de diseño pre experimental, porque se aplicó una pre- prueba y post-prueba con un solo grupo, de corte longitudinal en una muestra de 29 madres primerizas. El programa estuvo

organizado en 8 sesiones educativas teóricas y prácticas durante dos meses. Resultados: Antes de aplicar el programa, el 55,2% de las madres primerizas obtuvo un nivel de conocimiento alto, seguido de un 34,5% con un nivel de conocimiento medio y un 10,3% con un nivel de conocimiento bajo sobre alimentación complementaria, después de la aplicación del programa educativo, el 100 % de las madres obtuvo un nivel de conocimiento alto; en cuanto a las actitudes, antes del programa el 82,8% de las madres primerizas obtuvieron actitudes adecuadas, seguido de un 17,2% con actitudes inadecuadas sobre alimentación complementaria, después del programa el 100 % de las madres obtuvieron actitudes adecuadas, asimismo en cuanto a las prácticas, antes del programa el 75,9% de las madres primerizas tuvieron prácticas inadecuadas, seguido de un 24,1% con prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria, después del programa el 100% de las madres obtuvieron prácticas adecuadas. Conclusión: A un nivel de significancia de 0,000% (<5%) el programa educativo “Aliméntate crece y sé el mejor” fue eficaz en la mejora de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación complementaria en madres primerizas con niños de 6 a 24 meses.

2.3 Marco

2.3.1 Teórico

Teoría de enfermería de Nola Pender ²⁴ El Modelo de Promoción de la Salud expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather. El primero, postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del

aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta). El segundo sustento teórico, afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo. La intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas. Este modelo parece ser una poderosa herramienta utilizada por las enfermeras para comprender y promover las actitudes, motivaciones y acciones de las personas particularmente a partir del concepto de autoeficacia, señalado por Nola Pender en su modelo, el cual es utilizado por los profesionales de enfermería para valorar la pertinencia de las intervenciones y las exploraciones realizadas en torno al mismo.

2.3.2 Conceptual

El Plan Concertado de Salud del Perú: del año 2007, plantea como objetivo sanitario nacional para el periodo 2007-2020, la reducción de la mortalidad infantil y la reducción de la desnutrición infantil. Específicamente el objetivo 3, establece la reducción de la prevalencia de desnutrición crónica y anemia en niños menores de 5 años especialmente de las regiones con mayor pobreza. Para el logro de este objetivo se plantean 10 estrategias entre ellas; el monitoreo y evaluación de las intervenciones en alimentación y nutrición materno infantil. Por otro lado, las prioridades nacionales de investigación en salud pero. El

periodo 2010-2014, tienen entre sus prioridades el desarrollo de investigación enfocada a la evaluación de los programas sociales estatales y no estatales para la reducción de la desnutrición infantil.²⁵

La disminución de la prevalencia de la desnutrición crónica y la mejora de indicadores del estado nutricional de los niños y niñas, está enmarcada en la Política Nacional desarrollada en Plan de Desarrollo Nacional del 2012 -2021, bajo la concepción estratégico del Desarrollo Humano Sostenible Basado en Derechos, cuyo objetivo nacional es garantizar la dignidad de las personas y pleno ejercicio de los derechos humanos a través de fomentar la Seguridad Alimentaria garantizada con énfasis en la nutrición adecuada de los infantes y las madres gestantes.¹²

La desnutrición actúa como un círculo vicioso; donde las mujeres desnutridas tienen bebés con un peso inferior al adecuado, lo que aumenta las posibilidades de desnutrición en las siguientes generaciones. En los países en desarrollo, nacen cada año unos 19 millones de niños con bajo peso (menos de 2.500 gramos). También afectar a la capacidad intelectual y cognitiva del niño, disminuye su rendimiento escolar y el aprendizaje de habilidades para la vida. Limita, por tanto, la capacidad del niño de convertirse en un adulto que pueda contribuir, a través de su evolución humana y profesional, al progreso de su comunidad y de su país. Cuando la desnutrición se perpetúa de generación en generación, se convierte en un serio obstáculo para el desarrollo y su sostenibilidad. Para el Programa Articulado Nutricional la población menor de 5 años es Universal.¹²

Gobierno anuncia relanzamiento de la lucha contra desnutrición crónica y anemia infantil.²⁶ Luego que el ritmo de reducción de la desnutrición crónica infantil descendiera significativamente en los años 2012 y 2013, hasta prácticamente estancarse, y que en esos años

aumentara la anemia infantil, el gobierno anunció la implementación del Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el país para el periodo 2014 – 2016, con el cual se relanzaría la lucha contra la desnutrición y la anemia.

En este plan se ratifica el compromiso del gobierno de reducir la desnutrición crónica en niños menores de cinco años -que actualmente es 17,5 por ciento- al 10 por ciento para el año 2016, y bajar para ese año a 20 por ciento la anemia en niños entre 6 y 36 meses de edad, la que se ha elevado a 46,4 por ciento. Para ello se propone el fortalecimiento de intervenciones efectivas en el ámbito intersectorial e intersectorial y promover el desarrollo infantil temprano. Entre las acciones que se señalan en este plan figuran incrementar la proporción de niños menores de 3 años con Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) oportuno y que reciban suplementos de hierro, como los multimicronutrientes; elevar la lactancia materna exclusiva en los niños hasta los 6 meses de vida; aumentar la cobertura de vacunación completa en los niños menores de 3 años; disminuir la prevalencia de niños con bajo peso al nacer; disminuir entre los niños enfermedades como las infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas y parasitosis; contar con mayor calidad en la atención prenatal y el parto institucional; aumentar el número de hogares con agua potable.²⁶

En el país hay más de medio millón de niños menores de cinco años con desnutrición crónica y cerca de un millón de niños con anemia, lo que afecta su desarrollo. De acuerdo a información preliminar del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) para el año 2013, basada en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2013, la desnutrición crónica infantil en niños menores de cinco años es de 17,5 por ciento a nivel nacional y la anemia infantil en niños entre 6 meses y 36 meses es 46,4 por ciento.²⁶ Entre 2007 y 2013, la desnutrición crónica infantil tuvo una importante disminución, de 28,5 a 17,5 por ciento, pero

esta baja se ha concentrado entre 2007 y 2011, reduciéndose el ritmo de su disminución a partir de 2012. Luego de haber bajado 3,7 puntos en el año 2011 (de 23,2 por ciento en 2010 a 19,5 por ciento en 2011), la desnutrición crónica infantil descendió solamente 1,4 puntos en 2012 (de 19,5 a 18,1 por ciento) y apenas 0,6 puntos en 2013 (de 18,1 a 17,5 por ciento).

Para Luis Miguel León y Óscar Liendo.²⁷

Expertos que analizan la situación de la desnutrición y la anemia infantil ¿Por qué se ha desacelerado la reducción de la desnutrición crónica infantil y ha aumentado la anemia infantil?, es la pregunta que responden Luis Miguel León, asesor del Viceministerio de Salud Pública del Ministerio de Salud, y Óscar Liendo, médico pediatra experto en políticas públicas y miembro del Grupo Impulsor Inversión en la Infancia. También opinan sobre el Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia 2014 – 2016, recientemente aprobado por el gobierno.

Para Luis Miguel León: “Las acciones que se han venido aplicando contra la desnutrición crónica ya no son suficientes.” “La desaceleración del ritmo de disminución de la desnutrición crónica infantil se ha producido porque ya no son suficiente las acciones que se han venido aplicando para combatirla. Las acciones aplicadas fueron importantes y lograron resultados hasta cierto punto, pero ahora debemos cambiar, renovar, y diferenciar acciones según cada región. Nuestro trabajo en la lucha contra la anemia estuvo focalizado en las zonas rurales y los quintiles de mayor pobreza, se entregaban multimicronutrientes en las tres regiones más pobres del país. Lastimosamente, la anemia ha aumentado, principalmente entre la población urbana y en todos los quintiles. Esto se explica porque hay un cambio en la alimentación, un

incremento de la prematuridad en los nacimientos y un aumento de las cesáreas en los partos. La anemia no es un problema de pobres, sino de todos. Ante esta situación, el Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia, busca reordenar la secuencia de la prestación de servicios, articular las acciones de los Programas Articulado Nutricional y de Salud Materno Neonatal, garantizar la atención de los niños desde la gestación, incrementar la lactancia materna exclusiva en los recién nacidos hasta los seis meses, universalizar la entrega de multimicronutrientes, adecuar las intervenciones teniendo en cuenta la realidad de cada región para lo cual estamos trabajando con los gobiernos regionales y locales brindando incentivos para las autoridades que privilegian la lucha contra la desnutrición y la anemia. Esperamos que a partir de este plan, que este año se va a comenzar a aplicar y adecuar, en el año 2015 se presente el mayor nivel de reducción de la desnutrición crónica y se reduzca la anemia, para el 2016 alcanzar la meta de bajar la desnutrición a infantil a 10 por ciento y la anemia infantil a por lo menos 20 por ciento, menos de la mitad de la actual”.

Según Óscar Liendo: “Hay un reconocimiento del gobierno de que ya no se puede seguir haciendo más de lo mismo.”²⁷ “Este Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia es un reconocimiento positivo del gobierno de que ya no se puede seguir haciendo más de lo mismo. Este es un primer paso para revertir los indicadores de desnutrición y anemia. El seguimiento individualizado de los niños, la integración de los programas Articulado Nutricional y de Salud Materno Neonatal colocando mayor énfasis en el niño y no solo en la madre, que plantea este plan son muy importantes. Asimismo, es valioso que se prevean mecanismos de diálogo abierto buscando la articulación con los ministerios, los gobiernos regionales, las municipalidades y la sociedad civil; esperamos que este diálogo sea muy

activo para brindar nuestros aportes. No se puede combatir la desnutrición crónica solamente previniéndola, por eso es importante tener una estrategia de recuperación nutricional para los más de 500 mil niños que tienen desnutrición. Eso está faltando. También hay un trabajo pendiente para abordar y analizar la alimentación que vienen recibiendo los niños. No hay una adecuada oferta de alimentos para los niños menores de tres años. Tanto la recuperación nutricional como la alimentación no están incluidas en este plan con la importancia que requieren. La reducción de la cobertura en la entrega de multimicronutrientes en los últimos dos años y la falta de enfoque en el control de la gestante, que privilegió a la madre por delante del niño, podrían explicar el incremento de la anemia infantil en nuestro país. Sin embargo, debemos tener en cuenta que sólo con la entrega de multimicronutrientes no es suficiente para atender a los niños menores de tres años. Con este plan hay un espacio de mejoramiento de lo que se venía haciendo, pero no se están abordando todas las causas de la desnutrición y la anemia infantil”.

En su columna de opinión el médico pediatra, *Oscar Castillo*²⁸: “El riesgo de aumentar las cabezas de la hidra de Lerna” no dice: La reciente publicación de la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2013, por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), revela la continuación del enlentecimiento de la disminución de la desnutrición crónica infantil (DCI) en el 2013, con menos de la mitad de la reducción del año 2012, situación agravada por el aumento, por segundo año consecutivo, de la anemia en niñas y niños entre 6 y 36 meses de edad, con 4,8 puntos porcentuales de incremento acumulado desde el 2012.

Para interpretar adecuadamente los datos, hay que entender que la desnutrición crónica infantil se establece antes de los 3 años de edad, lo

que causa un “atraso” de 2 años en la información de los menores de 5 años de edad: los datos del 2013 representan a los niños y niñas que vieron afectada su condición nutricional antes de cumplir 3 años, o sea entre los años 2009 al 2011. En el caso de anemia, los datos de la ENDES 2013 sí reflejan el periodo inmediato de la medición, debido a que un niño puede desarrollar anemia vinculada a la nutrición en pocos meses, en cualquier momento de su ciclo de vida.²⁸

Sin embargo, ambas situaciones responden en lo básico a una misma problemática: inadecuadas condiciones de vida de las familias de los niños y niñas afectados, sumado a una inadecuada atención a la salud, inadecuada alimentación, enfermedades infecciosas y parasitarias, vinculadas principalmente a un medio ambiente pobre e insalubre, situación que en muchos casos se inicia antes del nacimiento y se expresa en el bajo peso al nacer (inferior a 2.5 Kg), que también está en aumento en los últimos tres años a nivel nacional. Por varios motivos, es conveniente definir con precisión la articulación programática entre ambas iniciativas, para evitar que la búsqueda de la eliminación de la DCI y la anemia sea una bomba de tiempo y cause el efecto de la duplicación de las cabezas de la Hidra de Lerna de la mitología griega, a quien le salían dos cabezas cada vez que se le cortaba una.²⁸

El gobierno central con apoyo del BID. Se implementa desde hace algunos años el Programa o servicio Cuna Más en el Perú; que brinda servicio a domicilio a gestantes y niños menores de 3 años de zonas rurales. Se trata del Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF), destaca Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), Cuna Más, mediante el SAF, prevé llegar este año a 100 mil beneficiarios y ya se está en el 94.5% de avance.²⁹

Con el SAF, busca fortalecer las capacidades y las prácticas de cuidado y aprendizaje de familias rurales que viven en zonas en situación de

pobreza y pobreza extrema, mediante vistas a los hogares y sesiones de socialización.³⁰

A nivel regional tenemos el **Programa de Educación Temprana “Familia Feliz”**: Atención a la infancia en el hogar ⁶

Dicho programa de Educación Temprana “Familia Feliz” del Sistema Regional de Atención Integral a la Primera Infancia de Piura (SIREPI). Se viene ejecutando en 28 distritos de la región Piura, beneficiando a 2 mil 492 niños y niñas menores de tres años, brinda acompañamiento a las familias para que mejoren sus prácticas de cuidado, salud, alimentación y buen trato a sus hijos, con el objetivo de prevenir la desnutrición, disminuir la incidencia de enfermedades prevalentes y asegurar el desarrollo de sus capacidades tempranas. Para cumplir con este objetivo, el programa cuenta con 200 promotoras y facilitadoras comunales que trabajan directamente con las familias.

Josefina Alvarado, coordinadora del programa Familia Feliz, señala que “las promotoras comunitarias verifican que a los niños se les brinde alimentos nutritivos de acuerdo a la edad que tienen. Para ello, se hacen demostraciones de qué alimentos deben consumir los niños según su edad y también las mujeres gestantes”. “Estas promotoras comunitarias – indica Alvarado- son de la misma zona, conocen y se identifican con la cultura de las familias. Son preparadas por un equipo distrital que está conformado por una coordinadora y una acompañante.

El programa Familia Feliz opera con tres estrategias: ⁶

- Familias Aprendiendo desde el Hogar, donde la promotora comunal visita a las familias para ayudar en la crianza de los niños menores de tres años;
- Familias que Aprenden, en el que las familias participantes del programa se reúnen para desarrollar sesiones de aprendizaje compartido, talleres de refuerzo de lo aprendido en el hogar y los centros de educación temprana; y

- Comunidad Vigilando el Desarrollo Infantil, conformado por un Comité Comunal de la Primera Infancia, encargado de incentivar la vigilancia comunitaria del desarrollo infantil temprano, así como promover acciones de sensibilización acerca del respeto y promoción de los derechos de la infancia.

Este programa educativo se desarrolla bajo la ORDENANZA REGIONAL N° 223 - 2011/GRP-CR. El Consejo Regional del Gobierno Regional Piura. De fecha 17 de octubre del año 2011. (**Ver Anexo 5**). Para temas de la investigación, hacemos mención del ARTICULO CUARTO.- El Sistema Regional de Atención Integral de la Primera Infancia el cual está conformado por las siguientes Instancias:

- Comité Regional de la Primera Infancia, concerta la formulación e implementación de las políticas regionales de primera infancia, generando las condiciones y compromisos interinstitucionales e intergubernamentales favorables. Está conformado por Gobierno Regional Piura: Gerencias Regionales y Direcciones Regionales Sectoriales; Gobierno Nacional: Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres - JUNTOS, Oficina Descentralizada del Seguro Integral de Salud – ODSIS, Programa Nacional de Asistencia Alimentaria - PRONAA, Programa Nacional de Movilización por la Alfabetización - PRONAMA, Programa Nacional de Agua y Saneamiento Rural - PRONASAR, Fondo de Cooperación para el Desarrollo Social - FONCODES, Programa de Desarrollo Productivo Agrario Rural - AGRO RURAL, y otros Programas Nacionales vinculados a la materia.
- Comité Inter-Distrital de Primera Infancia, responsable de la gestión concertada y articulada de los servicios públicos locales de Primera Infancia a nivel interdistrital. Está conformado por Municipalidades distritales y/o provinciales, Red de Salud, Unidad de Gestión Educativa Local – UGEL, Programas Nacionales de ámbito inter distrital, Agencia Agraria, Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza,

Organizaciones No Gubernamentales de Desarrollo, Organizaciones sociales interdistritales, y otros.

- Comité Distrital de Primera Infancia, responsable de la gestión concertada y articulada de los servicios públicos locales de Primera Infancia a nivel distrital. Está conformado por: Municipalidad distrital/provincial, Programas Nacionales del ámbito distrital, Red Educativa Local o Unidad de Gestión Educativa Local, Centro de Salud o Micro Red de Salud, Gobernación, Agencia Agraria, Organizaciones no Gubernamentales de Desarrollo, Organizaciones de la sociedad civil distritales, Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza, entre otros.
- Comité Comunal de Primera Infancia, responsable de la gestión concertada y articulada de los servicios públicos de Primera Infancia a nivel comunal. Está conformada por: Establecimiento de Salud, Programa de Estimulación Temprana de 0 a 2 años, Programa No Escolarizado de Educación Inicial – PRONOEI, Institución Educativa Inicial, Comité de Desarrollo Comunal o Junta Vecinal, Agentes Comunitarios de Salud, Comité de Vaso de Leche, Comedor Popular, Alcalde de Centro Poblado, Tenientes Gobernadores, Juzgados de Paz, Agentes Municipales, Rondas Campesinas, Instituciones Eclesiales y otras organizaciones sociales de la comunidad.

La desnutrición infantil ha sido catalogada por UNICEF (2006) como una emergencia silenciosa: genera efectos muy dañinos que se manifiestan a lo largo de la vida de la persona, y que no se detectan de inmediato. La primera señal es el bajo peso, seguido por la baja altura; sin embargo, ellas son solo las manifestaciones más superficiales del problema. Según UNICEF, hasta el 50% de la mortalidad infantil se origina, directa o indirectamente, por un pobre estado nutricional.⁵

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

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

Una alimentación inadecuada e insuficiente durante los primeros mil días frena el normal desarrollo cognitivo y físico de los niños que sufrirán las consecuencias durante el resto de sus vidas. Serán notablemente más bajitos y las mujeres, al dar a luz, tendrán más probabilidades de sufrir problemas graves durante el parto, incluso la muerte del bebé, debido a su menor tamaño corporal. Su sistema inmune debilitado no podrá defenderles de muchas enfermedades. Y su menor capacidad cognitiva les dificultará entender las lecciones en el colegio, lo que hará que lo abandonen prematuramente o tarden más años de lo normal en completar un ciclo. Invisible y silenciosamente, la falta de nutrientes suficientes durante sus primeros mil días —desde la concepción hasta los dos años— hipotecará el resto de sus vidas que ya nunca serán lo que podrían haber sido.³¹

“Es una cadena perpetua sin posibilidad de recurso”. El único modo de combatirla es la prevención. “A veces, hay una vinculación fatal entre ambas: un niño con varios episodios de la versión aguda es vulnerable a caer en la crónica. Y uno que padezca ésta puede tener un pico de aguda, e incluso fallecer”, detalla la especialista de Unicef.³¹

Al ser “La talla es una manifestación, pero el problema es más profundo”, es la primera secuela es el retraso cognitivo. Al nacer, el cerebro ya tiene el 25% del peso que alcanzará en la edad adulta y a los cinco años ya alcanza el 90% de su peso final. Que este órgano voraz reciba todo el suministro de materiales

y energía para su construcción durante los primeros mil días es crucial. “Hay evidencia de que el stunting causa baja estatura, pero también daños estructurales y funcionales en el cerebro, lo que produce retrasos en las funciones cognitivas”, afirman Kathryn G. Dewery y Khadija Begun en su estudio Consecuencias a largo plazo de la malnutrición crónica en la infancia, publicado en la revista *Maternal & Child Nutrition*.

En otros estudios como lo es el Alimentar para la educación, *Save the Children* detallaba algunas reveladoras estadísticas sobre la relación entre desnutrición crónica y menor competencia en el colegio. “Tienen un 20% menos de posibilidades de saber leer”, afirmaba la ONG, que analizó miles de casos en cuatro países: Etiopía, India, Vietnam y Perú.³¹

El hambre y la pobreza no se contagian, pero se heredan de generación en generación como demuestran los datos. *Dewey y Begum*, en *Consecuencias a largo plazo de la desnutrición crónica en la infancia*, profundizan en esta cuestión. “El raquitismo en la madre puede restringir el flujo sanguíneo y afectar al crecimiento del útero, la placenta y el feto. Este retardo en la normal evolución intrauterina está asociado con posteriores problemas en el bebé, como complicaciones médicas serias, retraso neurológico e intelectual”, detallan las autoras. Las probabilidades de que nazcan con bajo peso son elevadas, si sobreviven al parto.³¹

“Como los factores causantes de este problema son varios, la solución tiene que ser multisectorial: agrícola, para que se cultiven variedad de alimentos; de salud, educación, infraestructuras para el agua y saneamiento...”, sugiere Giulia Baldi del PMA. ¿Qué trabajo puede conseguir alguien que tiene más dificultades para leer, comprender y sumar? Uno peor y mal pagado. El Banco Mundial estima que un empleado que ha padecido carencias nutricionales en su niñez gana de media un 10% menos. Otros estudios, sin embargo, elevan la pérdida salarial al 20%. Son, además, menos productivos y el absentismo

laboral entre el colectivo es elevado. “Tienen el sistema inmune más débil y son más vulnerables a contraer enfermedades infecciosas que el resto, pero además son más propensos a padecer dolencias crónicas como cáncer o diabetes en la edad adulta”, asegura Carazo, de Unicef. Muchas mujeres en el mundo desconocen la importancia de la alimentación durante los primeros mil días de sus pequeños. "También a nivel de las comunidades se puede trabajar, para que conozcan la importancia de una alimentación saludable y que se produzcan cambios de comportamiento en la selección de los productos que se adquieren en el mercado", señala Baldi.³¹

La gravedad de la situación apremia a que las sabidas soluciones, se apliquen. El mundo tiene un mandato. El Objetivo 2 de la Agenda de Desarrollo Sostenible ratificada por todos los países de las Naciones Unidas, es bien claro: "Para 2030, poner fin al hambre y asegurar el acceso de todas las personas, en particular los pobres y las que están en situaciones vulnerables, incluidos los lactantes, a una alimentación sana, nutritiva y suficiente durante todo el año". Y su apartado dos especifica: "Para 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluido el logro, a más tardar en 2025, de las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de cinco años [reducir 40% el retraso en el crecimiento (talla baja para la edad)], y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad".³¹

Las recomendaciones de la Organización Mundial Salud. Todos los lactantes deben recibir lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida para lograr un crecimiento, desarrollo y salud óptimos. Y a partir de entonces, a fin de satisfacer la evolución de sus necesidades nutricionales, deben recibir alimentos complementarios nutricionalmente adecuados e inoocuos, al tiempo que siguen tomando el pecho hasta los dos años o más.³²

La OMS, define a la alimentación complementaria como el proceso que comienza cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante, y por tanto se necesitan otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. La transición de la lactancia exclusivamente materna a los alimentos familiares, lo que se denomina alimentación complementaria, normalmente abarca el período que va de los 6 a los 24 meses de edad. Este es un periodo crítico de crecimiento en el que las carencias de nutrientes y las enfermedades contribuyen a aumentar las tasas de desnutrición en los menores de cinco años a nivel mundial.³²

2.3.3 Teórico – Conceptual

El BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO³ en su Análisis de modalidades de acompañamiento familiar en programas de apoyo a poblaciones vulnerables o en situación de pobreza. En los que se observa que los objetivos del acompañamiento familiar son diversos, aunque suelen estar asociados a objetivos genéricos como promover la autonomía familiar, desarrollar capacidades para la autogestión, mejorar la participación de las familias en la estructura de oportunidades, y otros similares. También pone foco en los temas propios de cada ámbito de intervención, como:

- Apoyo familiar para alcanzar condiciones básicas que faciliten procesos de salida de la pobreza.
- Consejería para la formación de competencias parentales que permitan el buen cuidado y crianza de los niños.
- Acompañamiento en procesos de inserción y permanencia en nuevas actividades económicas o laborales.
- Apoyo familiar para la contención y reparación tras procesos traumáticos producidos por crisis.
- Acompañamiento para sustituir comportamientos de riesgo, como consumo abusivo de drogas, participación en actividades ilícitas y resolución violenta de conflictos.

- Acompañamiento a procesos de reinserción post penitenciaria, especialmente a quienes cumplen condenas alternativas o terminan períodos de reclusión.

El intercambio técnico entre países que aplican este tipo de programas sirve para apoyar las decisiones que toman en el diseño de programas de atención a la pobreza o a la vulnerabilidad con alguna modalidad de acompañamiento. (Ver cuadro 1)

Cuadro 1. Programas incluidos en el análisis de modalidades de acompañamiento familiar³

IDENTIFICACION	BREVE DESCRIPCION DEL PROGRAMA
BRASIL MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL(MDS)	Forma parte del Sistema único de Asistencia Social (SUAS). Una de sus líneas es la protección social básica, que tiene por objetivo fortalecer vínculos familiares y comunitarios mediante servicios brindados en los centros de referencia de asistencia social (CRAS), presentes en los municipios, para lo cual dichos centros implementan el Programa de Atención Integral a la Familia (PAIF). El acompañamiento se realiza en modalidad individual y/o a grupos de familias, según se requiera.
CHILE FONDO DE SOLIDARIDAD INVERSION SOCIAL(FOSIS) PROGRAMA DE APOYO PSICOSOCIAL A FAMILIAS EN SITUACION DE VULNERABILIDAD	Se trata de un servicio especializado de apoyo psicosocial provisto de un técnico de acompañamiento, denominado “apoyo familiar”, que sirve para contactar a las familias más vulnerables (seleccionadas en base a un puntaje de corte estándar), incorporarlas al sistema de protección social Chile Solidario y apoyarlas para mejorar sus condiciones de vida.

<p>COLOMBIA AGENCIA NACIONAL PARA LA SUPERACION DE LA EXTREMA POBREZA ESTRATEGIA DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR UNIDOS</p>	<p>La red UNIDOS es la segunda fase de la red de protección social para la superación de la pobreza extrema, enmarcada en la política y el Plan Nacional de Prosperidad Social. Entre las distintas acciones que este plan moviliza, se encuentra la estrategia de acompañamiento familiar, que se traduce en una serie de visitas domiciliarias realizadas por un profesional o técnico denominado “cogestor social”, que además de ofrecer orientaciones y poner en práctica estrategias educativas que movilicen a las familias hacia transformaciones en su perspectiva de vida.</p>
<p>ECUADOR SISTEMA DE PROTECCION ESPECIAL A FAMILIAS EN CRISIS CENTROS DE PROTECCION DE DERECHOS</p>	<p>Se trata de una línea de política de aseguramiento no contributivo, a cargo del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) y su Instituto de Niñez y Familia (INFA). Consiste en el servicio de atención y consejería que brindan trabajadores sociales, psicólogos, abogados, mediadores familiares y comunitarios en los Centros de protección de derechos a familias que consultan espontáneamente o son referidas a las unidades de atención cuando se presentan situaciones relacionadas principalmente con violencia intrafamiliar, maltrato y abandono de niños, niñas y adolescentes, adultos mayores o personas con discapacidad.</p>
<p>PERU MINISTERIO DE INCLUIION Y DESARROLLO SOCIAL (MIDIS)</p>	<p>El Programa Nacional Cuna Más es un programa Social focalizado, adscrito al Ministerio de Inclusión y Desarrollo Social (MIDIS), que brinda atención integral a niños y niñas menores de 36 meses de edad en zonas en situación de pobreza extrema. Su objetivo es mejorar el desarrollo infantil de los niños</p>

PROGRAMA DE APOYO AL DESARROLLO INFANTIL CUNA MAS	para superar las brechas en desarrollo social, cognitivo, físico y emocional.
---	--

Las experiencias analizadas en este ejercicio permiten reconocer las distintas expresiones del acompañamiento familiar. Para lograr una síntesis de las variantes analizadas, se han identificado nueve variables que forman parte del diseño de cualquier modelo de intervención: contacto inicial, situación a acompañar, continuidad, personalización, periodicidad, duración, estandarización, visita domiciliaria y criterios de egreso. Al repasar los modelos de intervención se pueden identificar dos modalidades que forman parte de un continuo y sirven para posicionar cada programa: la consejería y el dispositivo de respuesta breve o de intervención discontinua. Este esquema de clasificación es útil para identificar las combinaciones que dan lugar a un programa o modalidad de abordaje familiar. Como se verá, ningún programa se puede clasificar de modo exhaustivo en una sola categoría y, más bien, cada uno combina distintas modalidades para cada variable.³

**Variables centrales de las modalidades de acompañamiento familiar y
alternativas de combinación para su diseño**

<i>VARIABLES DEL MODELO</i>	<i>MODALIDAD DE TIPO CONSEJERÍA</i>	<i>MODALIDAD DE TIPO DISPOSITIVO DE RESPUESTA BREVE O DE INTERVENCIÓN DISCONTINUA</i>
Estrategia de contacto inicial con las familias	Incorpora una búsqueda activa de los casos más críticos o de mayos vulnerabilidad. Tiene el mandato y los instrumentos de	El servicio no contempla una estrategia específica de búsqueda de casos prioritarios o no es su mecanismo exclusivo de contacto. Pueden activarse estrategias para la capacitación de familias prioritarias pero el

	<p>focalización para actuar de modelo selectivo.</p> <p>Ejemplo: el censo de pobreza que se construye con la ficha de protección social (FPS) en Chile que genera nóminas de familias elegibles para el programa.</p>	<p>modelo de atención está dispuesto para atender demandas espontáneas.</p> <p>Ejemplo: El PAIF del SUAS en Brasil combina ambas modalidades pues, con el mandato de Brasil sin miseria, conoce y busca a las familias Más pobres pero también está preparado para que los equipos atiendan a las familias que construyen a los CRAS.</p>
<p>Naturaleza de la situación que se acompaña</p>	<p>Los cambios a alcanzar comprometen periodos extendidos de tiempo, tanto por la complejidad de las situaciones que se enfrentan como por la necesidad de una intervención capaz de cambiar la matriz de disposiciones y creencias familiares para generar nuevas prácticas entre sus miembros.</p> <p>Ejemplo: La estrategia de abordaje familiar próximo que aplican los equipos de cercanía de Uruguay está planteada para intervenir</p>	<p>La naturaleza del proceso que se acompaña y la función que el servicio de orientación puede cumplir justificaciones que la intervención sea más concentrada y acotada en el tiempo, tanto porque así es posible resolver el motivo de consulta inicial, porque la resolución depende de instancias externas a las cuales se deriva.</p> <p>Ejemplo: una parte importante de las situaciones que los asistentes sociales del PAIF de Brasil atienden son complejas: Ruptura de vínculos familiares, vulneración de derechos y las</p>

	<p>en contextos de pobreza crítica, donde las carencias son diversas y las situaciones, complejas. Por lo tanto se acompaña una trayectoria de cambio familiar de al menos dos años.</p>	<p>familias necesita apoyo puntual para mejorar sus condiciones de participación en las redes de educación y salud, y así cumplir con las condicionalidades que les habilitan las prestaciones monetarias en esos casos la trayectoria de cambio que se acompaña está más focalizada.</p>
--	--	---

<p>Continuidad del acompañamiento</p>	<p>Se asume que el acompañamiento debe ser continuo y progresivo porque esto contribuye directamente a lograr los objetivos de la intervención, las interrupciones o discontinuidades no planificadas se consideran riesgosas para el proceso.</p> <p>Ejemplo: Las visitas de los técnicos de acompañamiento familiar del PROSODI en Nicaragua se estructuran en sesiones continuas que permiten abordar un repertorio definido de temas relacionados con responsabilidad, competencia parental y condiciones básicas de bienestar familiar.</p>	<p>Las discontinuidad del acompañamiento es parte de su diseño: No es una consejería permanente, si no que intermedia entre una condición inicial y una instancia especializada de derivación. El sistema puede estar preparado para responder a nuevas necesidades en contingencias que justifiquen la búsqueda de apoyo.</p> <p>Ejemplo: El modelo de asistencia de la protección especial de Ecuador pone a disposición un equipo de trabajadores sociales, psicólogos y abogados, cuyos servicios pueden ser solicitados u ofrecidos a la familia cada vez que se produce una situación de vulneración de derechos. La atención profesional termina cuando el motivo de consulta inicial ha sido resuelto</p>
<p>Nivel de personalización del acompañamiento</p>	<p>Por las características del problema a bordo, se asigna un consejero específico para atender el caso (modalidad de</p>	<p>Cualquier profesional o técnico del equipo puede asumir el abordaje familiar para el que se encuentra entrenado. Los profesionales que se relacionan</p>

	<p>atención personalizada). El profesional o técnico que hace el diagnóstico hace la intervención y da seguimiento al caso. Se considera que el mismo técnico sea quien acompañe a la familia durante todo el proceso.</p> <p>Ejemplo: Cada cogestor de UNIDOS, en Colombia, asume una cartera de familias al realizar las visitas domiciliarias.</p>	<p>con la familia pueden alternarse y pueden existir sesiones grupales donde intervengan otros técnicos.</p> <p>Ejemplo: las familias que participan en CUNA MAS de Perú reciben las visitas de una facilitadora comunitaria que establece un vínculo de trabajo directo con ellas. Pero también participan en sesiones grupales o talleres animados por otros miembros de la comunidad.</p>
Duración del proceso	<p>Existe un parámetro definido sobre cuál es el tiempo mínimo para lograr procesos de cambio con las personas. Lo decisivo no es si se trata de una consejería de corta o larga duración si no que se produzca en un tiempo determinado.</p> <p>Ejemplo. El PROSODIO de Nicaragua define un tiempo estándar de participación en el</p>	<p>La oferta de acompañamiento está disponible mientras exista la condición de elegibilidad y se activa cuando se produce la demanda. La resolución se logra en otras instancias, a las que se deriva de acuerdo con las modalidades de referencia y contra referencia vigentes.</p> <p>Ejemplo: CUNA MAS, en Perú, realiza visitas a hogares y sesiones grupales con madres gestantes, niñas y niños menores de 36 meses, sobre la base de</p>

	<p>programa para todas las familias: 24 meses. Se promueve la capacitación temprana de las familias con niños menores de 3 años para aprovechar la venta de oportunidad de los primeros años de vida. Pero el ingreso de las familias de la modalidad de acompañamiento se produce a los 24 meses, tiempo en el que se organizan las visitas y se intensifican el trabajo.</p>	<p>que lo importante es generar escenarios de interacción con las familias para fomentar prácticas de cuidado y crianza favorables al desarrollo integral de sus niños. Como no todas las familias ingresan al programa al mismo tiempo y con niños de las mismas edades, el acompañamiento asume una duración diferente para cada familia y se extiende hasta que los niños cumplen 36 meses.</p>
--	--	--

La modalidad de abordaje familiar basada en acompañamiento es un campo fértil para las políticas sociales. Algunas experiencias demuestran que la calidad del vínculo y la interacción cercana con las familias mejora la forma en que participan de las oportunidades, superan la primera limitación del acceso a los servicios y logran aprovecharlos más. Además, se pueden trabajar múltiples dimensiones simultáneamente. Sin embargo, son todavía limitadas las intervenciones que cuentan con evaluaciones que aporten evidencias concretas sobre el desempeño efectivamente logrado por estos programas a nivel de resultados. Como poco se puede decir todavía acerca de los resultados de las intervenciones, se dejarán esbozadas a manera de hipótesis dos conclusiones principales:³

- 1) La eficacia de programas de este tipo está estrechamente relacionada con dos elementos: primero, la consistencia entre los objetivos de cambio del programa —la transformación que se busca— y la modalidad del

acompañamiento en términos de duración de la intervención, frecuencia de contacto con la familia y perfil de quien oficia como técnico de acompañamiento familiar. Si esto se triangula con la dimensión de los recursos (el presupuesto asignado al programa) se tiene una buena ecuación de la eficacia probable de la modalidad.

2) Las condiciones institucionales en las que se inserta el acompañamiento determinan su alcance. Es decir, las coordenadas institucionales donde el programa está situado, la posición que ocupa en la red local de servicios, la formalidad con la que se vincula con otras herramientas de política, y su identidad como aquel que presta específicamente un servicio de acompañamiento influyen en la capacidad del programa de cumplir con sus objetivos. Hay al menos cuatro preguntas clave para calificar el entorno institucional del programa de acompañamiento:

i) en qué medida (cómo y cuánto) el programa depende de otros proveedores de servicios;

ii) En qué medida el programa es un intermediador o, por el contrario, un proveedor de un servicio;

iii) qué rol juega en la articulación o funcionamiento de un esquema de acciones integradas en el territorio, y

iv) cuál debe ser el esquema que integra y articula a los distintos programas (“a partir de” o “con” el programa de acompañamiento familiar).

Como mensajes finales vale la pena destacar los siguientes:³

1) Profundizar en la economía del acompañamiento familiar. El análisis de alternativas de abordaje a familias a través de estrategias de asistencia continua debe incluir los costos. Sin embargo, la dimensión económica del acompañamiento familiar va más allá de los. Como se ha dicho, este tipo de intervención cumple varias funciones, entre ellas contribuir a que otros programas o servicios logren sus objetivos, lo cual significaría redimensionar también los beneficios que involucran las modalidades de acompañamiento. Hay todavía pocos números sobre esto, o al menos es un tipo de análisis poco

documentado. Se recomienda invertir en estudios de este tipo para analizar la adopción de alternativas de abordaje familiar próximo.

2) Diseñar estrategias de acompañamiento basadas en estándares. La incorporación de estándares de calidad a los programas sociales es un desafío. En particular, es necesario definir la cantidad de familias por técnico de acompañamiento. Esta decisión suele estar influida por la meta de cobertura y el presupuesto disponible, tomados como variables independientes, y no por un análisis sobre las posibilidades reales de cada técnico de llevar a la práctica el objetivo de cambio que la intervención persigue. La discusión sobre la capacidad real de atención de un técnico de acompañamiento no puede darse en abstracto, sino que debe referirse estrictamente al ámbito de actuación del programa, para valorar la naturaleza y alcance de los cambios buscados y los recursos que el programa puede movilizar. Identificar los estándares mínimos que estos programas deben tener en cuenta para asegurar una intervención de calidad es una brecha de conocimiento que urge abordar.

3) Evaluar los resultados de las intervenciones. Dada la creciente aplicación de esta modalidad de intervención, y su potencial, es necesario evaluar y corroborar sus resultados logrados por estas intervenciones. Al respecto, parecen haber tres brechas de conocimiento:

a) ¿Qué indicadores dan cuenta de los resultados del acompañamiento familiar? Si bien la definición de indicadores de resultados es necesaria en cualquier intervención, en los programas de acompañamiento resulta crítica porque no es tan evidente cuál es el tipo de resultado que se puede/debe esperar.

b) ¿Qué instrumentos de registro, monitoreo y supervisión dan cuenta de los resultados de una intervención basada en acompañamiento familiar?

c) ¿Cómo se puede evaluar el impacto de una modalidad de acompañamiento? Esta pregunta es crucial porque se necesita basar las decisiones en evidencia pero también porque el modelo de evaluación es difícil de evaluar, ya que suele estar combinado con otras prestaciones. Por tanto, aislar el efecto del componente de acompañamiento obliga a innovar en el diseño de evaluación con que se pretenda valorar los efectos e impactos de largo plazo del acompañamiento.

4) Identificar las capacidades y competencias de los técnicos de acompañamiento. La influencia del recurso humano sobre los procesos y resultados de este tipo de intervención es central. La formación de los técnicos de acompañamiento es crítica, por lo que, más que capacitación, debe considerarse una formación continua, que combine supervisión con asistencia técnica en la operación. También es necesario definir los contenidos necesarios para asegurar las competencias básicas del abordaje familiar basado en acompañamiento.

5) Innovar dentro de los programas de acompañamiento. Las posibilidades de este tipo de programas obligan a estudiar las prácticas ya conocidas para identificar las innovaciones que podrían fortalecer las intervenciones y potenciar sus resultados. Los programas se plantean seriamente si dentro de una matriz metodológica común es posible incluir modalidades diferenciadas de atención que den respuestas específicas a casos puntuales.

Acabar con la desnutrición infantil y sus consecuencias sobre la vida de los niños es posible. Los efectos de la desnutrición infantil efectos devastadores sobre la vida de millones de niños en todo el mundo. Niños que son más propensos a contraer enfermedades, tienen limitaciones para aprender en el colegio y quedan condenados a seguir viviendo en la pobreza.³³

El mundo está viviendo una nueva crisis nutricional. La hambruna ya se ha declarado en Sudán del Sur y podría declararse en cualquier momento en países como Nigeria, Yemen o Somalia. Solo en estos cuatro países, 1,4 millones de niños están en riesgo inminente de muerte por desnutrición aguda grave. Pero acabar con la desnutrición y sus consecuencias sobre la vida de los niños es posible. Después de años de lucha contra esta lacra, en UNICEF sabemos que existen acciones de bajo coste y muy efectivas contra la desnutrición. Estas son algunas de las más importantes:³³

1. *Acceso a atención sanitaria:* Cuando la atención sanitaria es escasa y los niños no reciben la atención que necesitan para su edad, es muy difícil detectar posibles casos de desnutrición. Las revisiones rutinarias de peso y estatura son

una de las herramientas principales para diagnosticar si un niño está desnutrido. Por lo tanto, si se amplía la atención sanitaria, se puede reducir la incidencia de esta lacra.

2. *Formación de madres y padres*: En los países con altos niveles de desnutrición, los alimentos son escasos. Sin embargo, está comprobado que enseñar a los padres qué alimentos de los que tienen a su alcance son más beneficiosos para sus hijos ayuda a combatir la desnutrición.

3. *Alimento terapéutico*: Se trata de una pasta de concentrado de cacahuete que contiene los nutrientes necesarios para la recuperación de los niños que sufren desnutrición aguda grave. Su uso se ha extendido en los últimos años, impulsado por la posibilidad de utilizarlo en casa. Se calcula que 3 de cada 4 niños con desnutrición aguda grave pueden recuperarse en sus hogares con este preparado.

4. *Lactancia materna*: La leche que producen las madres es una de las formas más efectivas de acabar con la desnutrición. Cuando un bebé no recibe los beneficios de la lactancia materna, la probabilidad de que muera se multiplica por 14.

5. *Acceso a agua y saneamiento*: Consumir agua en buen estado y tener acceso a un saneamiento adecuado ayuda a prevenir las enfermedades infecciosas, una de las principales causas de desnutrición infantil. Por este motivo, un grifo y un retrete juegan un papel fundamental en la lucha contra la desnutrición.

Gracias a estas prácticas, en los últimos años se han logrado grandes avances en la batalla contra la desnutrición infantil. Un ejemplo de esos logros: la prevalencia de la desnutrición crónica a nivel mundial ha pasado del 39,6% en 1990 al 23,2% en 2015. Sin embargo, queda mucho camino por recorrer y grandes retos por delante.³³

El niño durante su etapa de crecimiento y desarrollo adquiere y desenvuelve un sin número de habilidades, al mismo tiempo que incrementan sus requerimientos energéticos y nutricionales, por lo que la alimentación exclusiva con leche humana o artificial no puede ser igual en estas etapas de la edad pediátricas. Entre los

objetivos que se persiguen con introducción de la alimentación complementaria.

Están:⁹

1. Promover un adecuado crecimiento y desarrollo neurológico, cognitivo, del tracto digestivo y el sistema neuromuscular.
2. Proveer nutrientes que son insuficientes en la leche materna, tales como: hierro, zinc, selenio, vitamina D.
3. Enseñar al niño a distinguir sabores, colores, texturas y temperaturas diferentes, así como a fomentar la aceptación de nuevos alimentos.
4. Promover y desarrollar hábitos de alimentación saludable.
5. Favorecer el desarrollo psicosocial, y la interrelación correcta entre padres e hijos.
6. Conducir a la integración de la dieta familiar.
7. Promover una alimentación complementaria que permita prevenir factores de riesgo para alergias, obesidad, desnutrición, hipertensión arterial, síndrome metabólico, entre otras.

Si la alimentación del niño no se ajusta a los requerimientos adicionales de estos nutrientes, su crecimiento y desarrollo puede verse afectado. La **figura 1.**, muestra el déficit de aporte energético de un niño alimentado exclusivamente con leche materna.⁹

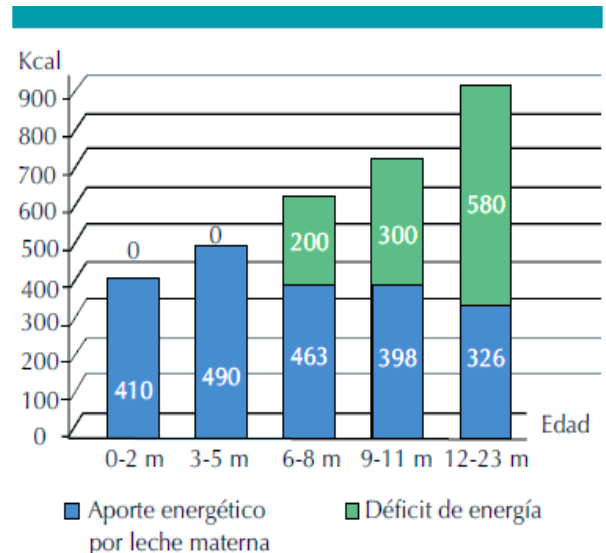


Figura 1. En la figura se muestran los requerimientos energéticos totales en niños de 0 a 23 meses de edad.

En azul se ilustra el aporte energético que la leche materna ofrece según la edad.

En verde se indica la cantidad de energía que debe ser cubierta con alimentos complementarios.³⁵

Para iniciar la alimentación complementaria se debe tener en cuenta múltiples factores involucrados en el éxito de su buena implantación, tales como: la edad, la capacidad del niño para la digestión y absorción de los diferentes micro y macronutrientes presentes en la dieta, las habilidades sociales y motoras adquiridas, el medio socioeconómico en el que se encuentra y la incapacidad de la leche materna y de las fórmulas lácteas infantiles de asegurar un aporte energético adecuado de nutrientes que garanticen el crecimiento y desarrollo del lactante.⁹ El proceso de nutrición implica la participación e interacción entre los diferentes sistemas del cuerpo: digestivo, neurológico, renal e inmunológico, que desde la vida fetal se encuentran en constante desarrollo evolutivo. Es importante conocer y reconocer estos procesos de evolución y adaptación con el fin de establecer recomendaciones para la introducción segura de diferentes alimentos de acuerdo a su momento de maduración biológica del lactante, con el objetivo de no incurrir en acciones que sobrepasen su capacidad digestiva y metabólica.³⁴⁻³⁵

Desarrollo neurológico

En gran medida, la introducción de nuevos alimentos a la dieta se basa, en el desarrollo neurológico al momento de decidir iniciar la alimentación complementaria. Durante este proceso el lactante irá perdiendo reflejos primarios como el de extrusión de la lengua, que inicialmente lo protegían, al tiempo que gana capacidades necesarias para la alimentación de alimentos no líquidos como la leche materna y las fórmulas lácteas infantiles.³⁶

Los lactantes menores de cuatro meses expulsan los alimentos con la lengua, "reflejo de protrusión"; sin embargo, después de esa edad pueden recibir y mantener los alimentos en la boca con mayor facilidad, debido a que han desaparecido los reflejos primarios de búsqueda y extrusión. A los seis meses, el lactante ha adquirido una serie de habilidades motoras que le permiten sentarse, al mismo tiempo que aparece la deglución voluntaria, que le permite recibir alimentos de texturas blandas: purés o papillas con cuchara. Transfiere objetos de una mano a otra, tiene sostén cefálico normal.³⁶

Entre los siete y ocho meses se deben ir modificando gradualmente la consistencia de los alimentos, pasando de blandos a picados y trozos sólidos (Figura 2). A esta edad, el niño habitualmente ha adquirido la erupción de las primeras cuatro piezas dentarias (dos superiores y dos inferiores),⁹ ha mejorado la actividad rítmica de masticación, la fuerza y la eficacia con la que la mandíbula presiona y tritura los alimentos y deglute coordinadamente los alimentos sólidos triturados. Por estas razones, actualmente se recomienda no retrasar el inicio de esta práctica más allá de los 10 meses, incluso a pesar de que el niño no presente erupción dentaria, ya que se ha visto que a esta edad, el niño es capaz de masticar y triturar los alimentos sólidos con las encías, y el retraso en la introducción de este tipo de alimentos puede condicionar la presencia de alteraciones de la masticación en etapas posteriores.⁹

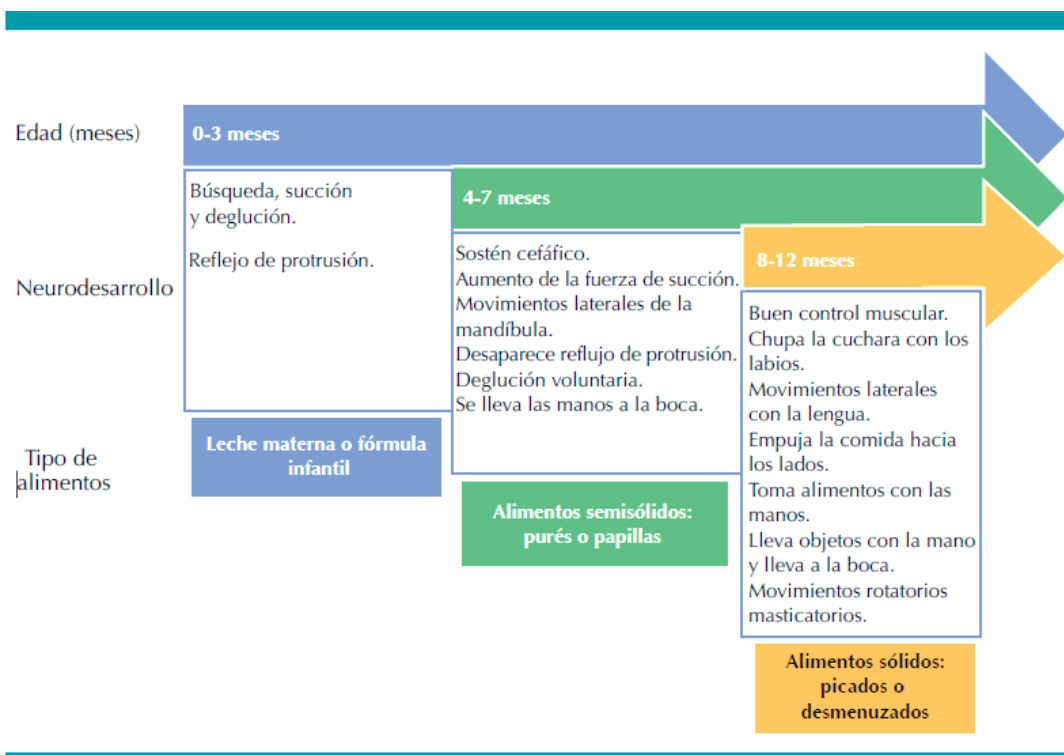


Figura 2. Esquema que relaciona la adquisición de los hitos del neurodesarrollo con el tipo de consistencia de los alimentos que un niño entre 0 y 12 meses es capaz de ingerir.³⁵

El desarrollo del tracto gastrointestinal

El protagonista principal de la nutrición en el niño sin duda es el tracto gastrointestinal, cuya maduración está íntimamente relacionada con la capacidad de introducir nuevos alimentos a la dieta. Alrededor de los cuatro meses de vida, el tracto gastrointestinal ya ha desarrollado los mecanismos funcionales, que le permiten metabolizar alimentos diferentes a la leche materna y las fórmulas lácteas infantiles.³⁴⁻³⁵ La capacidad del estómago del recién nacido a término es de 30 ml; durante los seis meses siguientes su capacidad gástrica aumenta gradualmente, lo que le permite ingerir mayor cantidad de alimentos.⁹

De igual forma la motilidad gastrointestinal ha alcanzado un grado de maduración adecuado, mejorando el tono del esfínter esofágico inferior y la contractilidad antroduodenal, lo que favorece un mejor vaciamiento gástrico, comparado con los meses previos.⁹ Al mismo tiempo, aumenta la secreción de ácido clorhídrico, la producción de moco y se establece a plenitud la secreción de bilis, sales biliares y enzimas pancreáticas, facilitando la digestión y la absorción de almidones, cereales, grasas diferentes a las de la leche materna y proteínas.⁹ La Figura 3 muestra un esquema de la maduración y producción de enzimas necesarias para la digestión de los macronutrientes.³⁷

En el periodo neonatal el intestino tiene un espacio mayor entre las uniones apretadas, como esbozo de su antecedente funcional de la vida intrauterina. Conforme pasan los meses se va cerrando y mejoran su capacidad de “barrera mecánica”, disminuyendo la entrada de alérgenos alimentarios.⁹

A partir de la exposición gradual del a diferentes tipos de alimentos, se promueven cambios a nivel de la microbiota intestinal, específicamente en las especies de bifidobacterias y lactobacilo, que impiden la colonización por microorganismos patógenos y al mismo tiempo participan en el desarrollo de la tolerancia oral.³⁸

Función renal

La importancia del estado de maduración renal radica en la capacidad que tendrá el lactante para depurar la cantidad de solutos presentes en los nuevos líquidos y

alimentos introducidos en su dieta. La filtración glomerular del recién nacido es alrededor del 25% del valor del adulto, se duplican entre los dos y los tres meses de edad. A los seis meses el riñón alcanza cerca de 75-80% de la función del adulto, lo que le permite al lactante manejar una carga más alta de solutos. Por otra parte, alrededor de los seis meses de vida, la función renal ha alcanzado el grado de maduración necesario para manejar cargas osmolares mayores, lo que le permite tolerar un mayor aporte proteico y de solutos en la dieta. Antes de los seis meses la capacidad de concentración de la orina suele estar por debajo de 600-700 mOsm/kg. Al mismo tiempo los mecanismos de secreción y absorción tubular alcanzan un mayor grado de funcionalidad.⁹

La lactancia materna debe acompañar la alimentación complementaria hasta los dos años de edad y debe ser administrada a demanda, debido a que durante este periodo sólo una parte de los requerimientos calóricos totales del niño son cubiertos por la alimentación complementaria.^{35,36} La lactancia materna puede aportar más de la mitad de los requerimientos energéticos totales en un niño entre 6 y 12 meses de edad, y continua aportando nutrientes adecuados, junto con los alimentos complementarios; por lo tanto, el objetivo fundamental de la alimentación complementaria en esta etapa es poner en contacto y entrenar al niño con los alimentos que posteriormente lo van a acompañar a lo largo de su vida. Posteriormente, entre 12 y 24 meses de edad, la alimentación complementaria cubrirá más de la mitad de los requerimientos energéticos totales del niño; sin embargo, la lactancia materna continuará cubriendo hasta un tercio de los requerimientos de energía del niño, además de otros nutrientes de elevada calidad⁴ (Cuadro 1). Actualmente se recomienda a partir de los 12 meses un consumo máximo de 500 ml de leche materna o fórmula de crecimiento al día, equivalentes a 16 onzas, divididos en 2 tomas.^{34,36}

Cuadro N° 1: Requerimientos energéticos de los 0 a los 24 meses de edad

EDAD	0-2 MESES	3-5 MESES	6-8 MESES	9-11 MESES	12-24 MESES
Requerimiento energía (Kcal/día)	400-670	640-750	700-774	667-705	508-894
Aporte energético cubierto por leche materna o fórmula láctea infantil (Kcal/día)	400-670	640-750	463	398	326
Producción de leche materna al día* e indicación de volumen de leche diario según edad y su aporte energético	550ml/día* 412 Kcal/día	1150 ml/día* 862 Kcal/día	1150 ml/día* 862 Kcal/día	1150 ml/día* 862 Kcal/día	1150 ml/día* 862 Kcal/día
Aporte energético cubierto por la alimentación complementaria (Kcal/día)	0	0	200	300	580
<p>En verde: la energía por la leche materna o fórmulas lácteas infantiles, así como el volumen de leche por edad.^{34,36}</p> <p>En naranja: se indica la cantidad de energía que debe ser cubierta con la alimentación complementaria. *recomendaciones de la Organización mundial de la Salud sobre el volumen de leche que requiere un niño de 6 a 24 meses.</p>					

Siendo el lactante, el niño que se alimenta fundamentalmente de leche. Comprende la edad que desde 1 mes a 12 meses. Los “periodos de la alimentación del niño”, como definió el Comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría en 1982, son tres:³⁹

- Periodo de lactancia. Comprende los 4 a 6 primeros meses de vida, durante los cuales su alimento debe ser de forma exclusiva la leche materna, y en sus defecto, las fórmulas para lactantes
- Periodo transicional. Integra el segundo semestre de vida, hasta cumplir en año. En él se inicia la diversificación alimentaria (DA) o alimentación complementaria, introduciendo alimentos distintos a la leche materna o fórmula.
- Periodo de adulto modificado. Abarca la edad preescolar y la escolar hasta los 7-8 años.

Definición de la alimentación complementaria⁴⁰

El concepto de alimentación complementaria es relativamente reciente. Es aquella que complementa a la lactancia materna, pero sin anularla. Revaloriza a la lactancia materna como un alimento óptimo para los primeros tiempos de la vida y establece la necesidad de estudiar científicamente la alimentación con objeto de cubrir las necesidades del niño a partir de los seis meses de edad. Se entiende por alimentación complementaria como la oferta de alimentos o líquidos a los lactantes para complementar la leche materna. La edad a la que se inicia esta alimentación es una etapa especialmente sensible en el desarrollo del lactante ya que, como señala la guía para la alimentación del lactante y niño pequeño de la OMS/UNICEF, los primeros 2 ó 3 años de la vida son los más cruciales para un desarrollo físico y mental normales, y los problemas derivados de una nutrición inadecuada en esta etapa de la vida afectan no sólo al desarrollo físico, sino también al sistema inmunitario y al desarrollo intelectual y emocional.

Importancia de la alimentación complementaria⁴⁰

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

El carácter de complementario de los alimentos, los hace necesarios para que desde los seis meses de vida y junto a la lactancia materna, mejoren el aporte energético, proteico, cantidad, calidad y biodisponibilidad de nutrientes esenciales para el crecimiento. Por otra parte, las madres, los padres y otros dispensadores de atención necesitan tener acceso a información objetiva, coherente y completa acerca de las prácticas apropiadas de alimentación. En particular, deben estar informados acerca del período recomendado de lactancia natural exclusiva y continua; el momento de introducción de los alimentos complementarios; qué tipos de alimentos tienen que utilizar, en qué cantidad y con qué frecuencia y cómo darlos de forma inocua 2. Sabemos que la leche materna es el mejor alimento para los bebés y les proporciona todos los nutrientes que necesitan durante los primeros 6 meses ya que contiene sustancias inmunes y bio-activas que confieren al lactante protección frente a infecciones bacterianas y víricas y ayudan a la adaptación y la maduración intestinal del lactante, sin embargo cabe resaltar la transición de la leche materna a la inclusión de alimentos diferentes a una edad adecuada ya que es muy importante saber las implicancias de adelantar o atrasar el inicio de la alimentación complementaria tal y como lo dice una revisión de la Academia Española de Pediatría que señala que hay una ausencia de beneficio, para la mayoría de los lactantes amamantados cuando introducimos otros alimentos en la dieta antes de los 6 meses y el aumento de riesgo de infecciones gastrointestinales.⁴¹

Los especialistas sugieren proveer alimentos complementarios, además de la lactancia después de los seis meses de edad, para mantener así un crecimiento saludable. A los seis meses de edad, el bebé ya ha adquirido un buen desarrollo de su aparato digestivo, su función renal y el suficiente desarrollo neuro-madurativo para la incorporación de nuevos alimentos. A partir de esa edad es importante continuar la alimentación con papillas, preparadas con leche y cereal, purés a base de hortalizas (zanahoria, zapallo y papa), puré de frutas (manzana, banana y pera) y lácteos (postres a base de almidón de maíz) a los que es importante sumar el agregado de carnes para optimizar el aporte de hierro y de aceite para incrementar el aporte energético.⁴⁰

Características de la alimentación complementaria.⁴⁰

a) Inicio de la alimentación complementaria

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

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

b) Frecuencia

Como la capacidad del estómago en esta etapa es limitada, el niño no puede tener el mismo número de comidas que el adulto, El número apropiado de comidas que se ofrecen a la niña o niño durante el día, depende de la densidad energética de los alimentos que se usen localmente y de las cantidades consumidas en cada comida. La frecuencia diaria de comidas ha sido estimada en función a la energía requerida que debe ser cubierta por los alimentos complementarios, asumiendo una capacidad gástrica de 30g/kg de peso corporal y una densidad energética mínima de 0,8kcal/g de alimento. Si la densidad energética o la cantidad de comida administrada es baja, o si a la niña o niño se le suspende la lactancia materna, requerirá de un mayor número de comidas para satisfacer sus necesidades nutricionales. Por lo cual es necesario fraccionarlas durante el día con la siguiente guía:

- De 6 a 9 meses: Leche materna más 2-3 comidas al día; 2 comidas principales.
- De 9 a 12 meses: Leche materna más 3-4 comidas al día; tres comidas principales y 1 refrigerio, que puede darse en la media mañana o en la tarde.

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

c) Consistencia

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

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

d) Cantidad

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

Nunca se debe forzar al niño a comer más de lo que quiere o lo que su capacidad gástrica lo permita. En niños(as) amamantados de países en vías desarrollo, las necesidades energéticas a cubrir con la alimentación complementaria se estiman en 200, 300 y 550 kcal/día entre las edades de 6 y 8, de 9 y 11 y de 12 y 23 meses, respectivamente. Por otro lado, tenemos que la capacidad gástrica de la niña o niño guarda relación con su peso (30 g/kg de peso corporal), estimándose así el volumen de alimentos capaz de tolerar en cada comida.

Alrededor del sexto mes de edad la niña o niño expresa su deseo de alimento abriendo la boca e inclinándose hacia delante. Contrariamente, cuando ya se encuentra satisfecho, demuestra su desinterés por el alimento echándose hacia atrás y volteando la cabeza hacia un lado. La niña o niño participa así activamente de la alimentación y no ingiere indiscriminadamente los alimentos que se le introducen en la boca. Los lactantes aumentan gradualmente su aceptación a los alimentos nuevos mediante un incremento lento de la cantidad que aceptan. Los lactantes

amamantados parecen aceptar mayores cantidades que los lactantes que toman fórmulas. A partir de los 6 meses de edad se empezará con 2 a 3 cucharadas de comida dos veces al día; entre los 7 y 8 meses, se aumentará a 1/2 taza (100 g ó 3 a 5 cucharadas aproximadamente) tres veces al día; entre los 9 y 11 meses, se incrementará a 3/4 de taza (150 g ó 5 a 7 cucharadas aproximadamente) tres veces al día, más una entre comida adicional; y finalmente entre los 12 y 24 meses 1 taza (200 g ó 7 a 10 cucharadas aproximadamente), tres veces al día, más dos entre comidas adicionales. Desde los 6 meses de edad, la niña o niño debe tener su propio recipiente (plato o taza) y cucharita, para que la madre o la persona que lo cuida pueda observar la cantidad que come cada vez que lo alimenta y conscientemente aumente la cantidad, de acuerdo con la edad y sus sensaciones de hambre y saciedad. A medida que mejora la aceptabilidad y la niña o niño recibe mayor cantidad de alimentos se puede aumentar su variedad. La incorporación de un nuevo alimento debe ser en volúmenes pequeños para prevenir posibles intolerancias y/o alergias.

e) Contenido nutricional

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

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

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

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

Nutrición del niño menor de 2 años:

a) Requerimientos nutricionales del lactante

La principal razón por la que el niño debe consumir alimentos diferentes a la leche es de tipo nutricional. Las necesidades de energía, proteína, vitaminas y minerales se incrementan a partir del sexto mes de vida, y, por esto los alimentos seleccionados deben ser ricos en: calorías, proteínas, hierro, zinc, calcio, vitaminas A-C-D, entre otros. Los alimentos seleccionados “complementarán” al alimento básico que continúa siendo la leche (al menos hasta el primer año de vida) y ayudarán con la cobertura de los requerimientos de los nutrientes. Se debe utilizar alimentos con un valor nutricional adecuado, de fácil digestión, poco voluminosos, frescos o higiénicamente elaborados.

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

Necesidades energéticas

La ingesta o aporte calórico aconsejable, debe cubrir los requerimientos mínimos para mantenimiento, actividad física y crecimiento. Las necesidades energéticas pueden variar con otros factores como la dieta, el clima o la presencia de patología. Los requerimientos energéticos en el recién nacido son de dos a tres veces superiores a los del adulto, si se expresan por superficie corporal. La cantidad de energía que se requiere para el crecimiento durante el primer año de vida es muy

grande, tanto que aunque los preescolares y escolares son mucho más activos que los lactantes, sus necesidades energéticas son muchos menores en relación al peso. Las necesidades para mantenimiento incluyen el gasto por el metabolismo basal, las pérdidas por excretas y la energía necesaria para la acción dinámico-específica de los alimentos.

Son constantes durante el primer año de vida: 70 kcal/kg de peso corporal.

Las necesidades para crecimiento son inversamente proporcionales a la edad del niño, variando con la velocidad de crecimiento y con el tipo de tejido preferentemente sintetizado, que es distinto dependiendo de la edad. Los requerimientos para actividad física aumentan con la edad desde 9 kcal/kg en los primeros meses de vida hasta 23 kcal/kg al final del primer año.

Necesidades de Vitaminas

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

Necesidades de Proteínas

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

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

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

Algunos aminoácidos son considerados como esenciales en la primera infancia, porque las necesidades en esta etapa son mayores que la capacidad de síntesis, debido a la ausencia o bajo rendimiento de las enzimas que intervienen en su

interconversión. Esto es lo que ocurre con la histidina hasta los seis meses y con la cistina en el recién nacido, sobre todo en el pre término, dado su papel precursor de la taurina, que juega un papel fundamental en el desarrollo cerebral.

Los requerimientos de proteínas en el primer año de vida son:

0-6 meses (2.2 g/kg/día) y desde los 7-12 meses (1.6 g/kg/día).

Necesidades de Grasas

Las grasas son sustancias orgánicas de bajo peso molecular que se caracterizan por ser solubles en disolventes orgánicos e insolubles en agua. Los lípidos de la dieta son fundamentales para un adecuado crecimiento y sobretodo desarrollo cerebral; están constituidos en su mayor parte por triglicéridos, ésteres de colesterol y fosfolípidos, los cuales contienen ácidos grasos.

Los lípidos como los fosfolípidos y glicolípidos forman parte de la estructura de la membrana celular de la mielina y de los órganos intracelulares, así como de importantes sistemas enzimáticos. El colesterol forma parte de la membrana celular, siendo además precursor de hormonas gonadales y adrenales y de ácidos biliares. Aportan ácidos grasos esenciales: ácido linoléico y ácido araquidónico. Favorece la absorción de vitaminas liposolubles (A, D, E, K).

b) Tipos de alimentos:

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

Frutas: Se pueden empezar a ofrecer al lactante a partir del 6º mes como zumo de frutas, y más adelante en forma de papilla, nunca sustituyendo a una toma de leche. Las frutas más recomendadas son plátano, papaya, manzana, pera y se debe evitar las más alergénicas como fresa, frambuesa, kiwi, naranja y melocotón. Se suele introducirlas tras la aceptación de los cereales, aunque la fruta puede ser el primer

alimento complementario. No existe razón científica alguna, y puede ser perjudicial, el ofrecer zumos de fruta antes de los 4 meses.

Verduras y Hortalizas: Se van introduciendo a partir del 6° mes en forma de puré. Al principio: papas, camotes, zapallo, etc. y más tarde las demás verduras. Se deben evitar inicialmente aquellas que tienen alto contenido en nitratos (betarraga, acelga, nabos,) y también las flatulentas o muy aromáticas (col, coliflor, nabo, espárragos).

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

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

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

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

c) Combinación de Alimentos:

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

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

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

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

Es necesario asegurar el aporte de la vitamina A en la alimentación del niño(a), porque además de participar en su crecimiento y desarrollo, mantiene la integridad

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

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

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

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

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

La diversificación alimentaria (DA), alimentación complementaria o alimentos de destete a la variación o introducción en la dieta del lactante de alimentos diferentes a la leche materna o de fórmula, ya sean líquidos, semilíquidos o sólidos. En Europa también se utiliza el término *Beikosta* la introducción de cualquier alimento distinto de la leche. Se trata de la alimentación complementaria, llevada a cabo gradualmente, conduciendo al niño de manera suave a la dieta del adulto modificado. Las razones para la DA son en primer lugar nutricionales, pero también adaptativas a su desarrollo neuromuscular, así como razones de tipo familiar, social o educacional, ya que errores en la introducción de alimentos pueden dar lugar a problemas de anorexia infantil, obesidad, hipertensión y alergias. En este periodo el contenido proteico de la leche podría ser suficiente, pero el volumen y ajuste energético resultaría inseguro.³⁹

Otros oligoelementos serían insuficientes, de ahí que FOMON considere indispensable el suplemento de Fe. La administración oportuna entre los 4 y 6 meses de una papilla de cereales puede hacer compatible el trabajo materno y prolongar el periodo de lactancia, consiguiendo un crecimiento satisfactorio y beneficiándose de los factores protectores presentes en la leche materna como la IgA secretora, lisocima y lactoferrina. Será la reiteración en la oferta, la frecuencia de exposición del alimento y la selección por parte del niño la que irá determinando su aceptación. En relación con los alimentos que se deben dar, habrá que tener siempre en cuenta las preferencias y costumbres familiares, zona geográfica, cultura, etc. Los sabores dulces suelen ser mejor aceptados. Mantener una ingesta de leche de 500 ml/día a lo largo del segundo semestre nos asegura los requerimientos energéticos básicos, y las necesidades de calcio y ácidos grasos esenciales. El primer alimento que puede complementar la lactancia son los cereales, ya que su principal componente, el almidón, es tolerado y digerido perfectamente a partir del cuarto mes tanto por la amilasa pancreática como por las disacaridasas intestinales.³⁹

Las primeras harinas deben ser predigeridas, sin azúcar y sin gluten (harinas de arroz, maíz o tapioca); este último se introducirá entre los 6 y los 8 meses. Las primeras tomas pueden iniciarse añadiendo 1-2 cucharaditas por cada 100 ml, comprobando la tolerancia, para ir poco a poco pasando a 5-7 cucharaditas/100 ml.

Espesando la papilla con 8-9 cucharaditas por cada 100 ml hacia los 8-9 meses. Las papillas de cereales pueden prepararse con leche materna, fórmula de inicio o la de continuación a partir de los 6 meses. Si son lacteadas se preparan con agua. Desde el punto de vista nutricional, los cereales proporcionan energía en forma de hidratos de carbono, pocas proteínas, sales minerales, vitaminas (tiamina) y ácidos grasos esenciales (0,5 a 1 g/100 g de cereales). Según la ESPGAN su contenido proteico debe ser de 1-3 g/100 kcal., excepto cuando llevan leche o enriquecidas con proteínas.³⁹

La adición de sacarosa no debe sobrepasar 7,5g /100 kcal., y 5g/100 kcal, en las lacteadas. De hierro, la ESPGAN sugiere 0,5 mg/g de producto seco, unos 12,5 mg/100 kcal. La mezcla de varios cereales constituye una mayor riqueza de aminoácidos. Las frutas constituyen un aporte energético por su contenido en azúcares, fibras vegetales, vitaminas y otros antioxidantes. Suelen administrarse comenzando en forma de zumo y a cucharaditas para evitar la costumbre del biberón con zumo azucarado y prevenir las caries (caries del biberón). Es aconsejable utilizar fruta fresca, e ir introduciéndolas una a una a partir de los 4-6 meses en cortos periodos, para comprobar su tolerancia. Las verduras se ofrecerán a partir de los 6 meses en forma de puré, evitando los primeros meses las espinacas, col y remolacha, que pueden ser causa de metahemoglobinemia por su contenido en nitratos; pueden ser introducidas a partir de los 12 meses. La carne aporta fundamentalmente proteínas en un 20% de su peso en forma de miosina con todos los aminoácidos esenciales.³⁹

Es fuente de Fe y vitamina B. En primer lugar el pollo por ser más digerible, de forma cocida y triturado con la verdura. Posteriormente se introduce el cordero, y después la ternera. El huevo no debe introducirse hasta los 10 meses, comenzando por yema cocida que puede añadirse a la papilla o puré de la cena. La clara cocida se dará a partir del año. Las legumbres pueden ofrecerse en el último trimestre, hacia el año. El pescado no se introducirá antes de los 9-10 meses por su potencial poder antigénico. La leche de vaca entera sin modificar no debe formar parte de la DA antes de los 12 meses debido a pérdidas de sangre por heces, ferropenias y sensibilizaciones en familias de riesgo; hay leche de vaca fermentada modificada

adecuada para lactantes a partir de los 8-9 meses que son fuente de Ca, proteínas y energía. La ingesta de Na en niño debe ser prudente, y aunque no está suficientemente aclarada su relación con la hipertensión del adulto, es aconsejable mantener ingestas de 6-8 mEq/día de los 5 a los 12 meses. La fibra forma parte de la DA en los cereales, frutas y verduras tanto soluble como insoluble hasta aporte de 5 g/día en el segundo semestre. El flúor no se aconseja entre los 0-6 meses. De los 6 meses a los 3 años, se suplementará si el contenido en el agua es menor de 0,3 mg/l. Si las concentraciones en el agua bebida son de 0,6 mg/l, no se aconseja suplementarlo. Los requerimientos de Ca en el segundo semestre serán de 500 a 600 mg/día, que deben ser cubiertos por la fórmula de seguimiento (tabla V).

TABLA V. EDAD DE INTRODUCCION DE ALIMENTOS													
NUTRIENTES/meses		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
cereales	Sin gluten												
	Con gluten												
Frutas (clase)	Zumo												
	Pieza												
verduras	Espinaca, col, remolacha												
	Pollo												
Carne	Cordero												
	Ternera												
	Yema (cocida)												
	Clara (cocida)												
legumbres													
Pescado													
Leche de vaca													

Se recomienda iniciar la alimentación complementaria con una comida al día, que puede ser ofrecida por la mañana, o a la hora que convenga a la familia. Según el apetito del niño se incrementa el número a 2-3 comidas al día. Pueden ofrecerse colaciones o meriendas, procurando que sean nutritivas.⁹ Debe tenerse en cuenta que ofrecer al niño una baja cantidad de comidas al día, no cubrirá los requerimientos energéticos diarios. Por otra parte, el exceso de comidas diarias favorecerá el abandono precoz de la lactancia, incremento de peso y obesidad.

La alimentación complementaria debe basarse en alimentos que consume la familia, que dependerán de factores culturales y económicos. La dieta del niño debe tener alimentos básicos, ricos en determinados nutrientes (Figura 5) como:

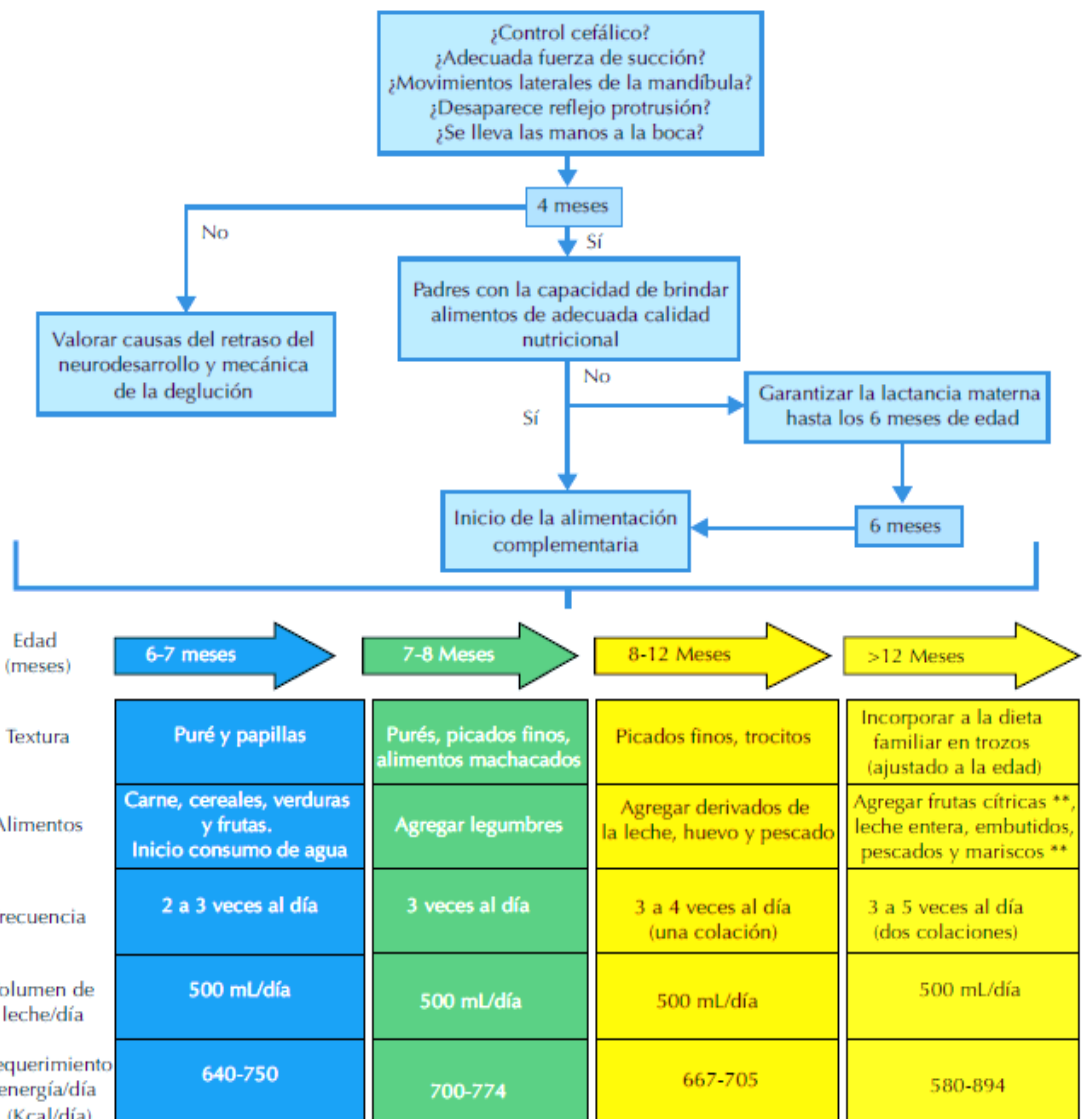


Figura 5. Si existe las condiciones adecuadas se debe iniciar la alimentación complementaria a los 4 meses de edad, y nunca más allá de los 6 meses. Se recomienda iniciar con la introducción de un alimento nuevo cada 2 a 3 días, en caso de que no acepte se debe intentar nuevamente en 7 días (realizar por lo menos 5 intentos)⁹

** Evidencia reciente sugiere que no deben retrasar los alimentos alergénicos, sin embargo en la actualidad no se ha llegado a un consenso en esta medida y se sugiere en guías actuales el retraso en caso familiares con alérgicos a dicho alimentos.

Alimentación complementaria, ¿futuro del adulto?

Enfermedad celíaca: hace algunos años se iniciaba el gluten a partir del sexto mes; sin embargo, durante la primer década de este siglo, se describieron algunos trabajos que definían el intervalo entre los 4 a 6 meses de vida, como un “periodo de ventana inmunológica”, durante el cual, el desarrollo del sistema inmune favorecía la tolerancia de alimentos potencialmente alergénicos, como el gluten.⁴⁴ Además se relacionó a la lactancia materna al momento y después de la introducción gradual del gluten, con un menor riesgo de enfermedad celíaca en niños que tenían predisposición genética de desarrollarla; aunque no estaba claro si sólo retrasaba el comienzo de los síntomas o si confería una protección permanente frente a dicha enfermedad.⁴⁵

Fue con base en estos trabajos que la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica recomendó el inicio del gluten a partir de los 4 meses y antes de los 7 meses, en pequeñas cantidades y con aumentos graduales, en niños con riesgo genético de enfermedad celíaca, siempre acompañado de lactancia materna, debiendo continuarla después de la introducción del gluten.³⁴ Sin embargo, un reciente estudio europeo multicéntrico constató que la introducción temprana de gluten entre los 4 y los 6 meses acompañada de lactancia materna, en niños genéticamente predispuestos, no reduce el riesgo de enfermedad celíaca.⁴⁶ Otros trabajos han mostrado que retrasar el gluten hasta los 12 meses en niños con riesgo genético no reducen el riesgo de enfermedad celíaca, aunque sí retrasa su aparición, afectando menos el desarrollo del niño.⁴⁷

Alergias⁹: uno de los objetivos de la alimentación complementaria es evitar la presencia o el desarrollo de enfermedades alérgicas. Históricamente para ello se ha tratado de eliminar o retrasar la introducción de ciertos alimentos con alto potencial alergénico, como el huevo, el pescado, el cacahuete o las nueces. Hasta hace unos años, la Academia Americana de Pediatría recomendaba la introducción del huevo y de pescado después del año de edad en niños con riesgo de dermatitis atópica. En 2006 el Comité Americano de Alergia, Asma e Inmunología publicó un documento de consenso que recomendaba retrasar el inicio de la leche de vaca hasta

la edad de un año; los huevos a los 2 años; las nueces, el pescado y los mariscos hasta los 3 años, en niños con alto riesgo de enfermedades alérgicas. Esta postura fue muy cuestionada y posteriormente modificada, ya que no se encontró evidencia científica suficiente que la apoyara. Otros trabajos sugerían que retrasar la introducción de los alimentos con potencial alergénico, no sólo no reducía el riesgo de alergias, sino que podía aumentarlo.⁴⁰ Por otra parte, existe evidencia de que la medida dietética más eficaz en niños con alto riesgo de enfermedad atópica, es la lactancia materna exclusiva hasta los 4 a 6 meses. Se ha encontrado que ésta disminuye la incidencia de dermatitis atópica, alergia a la proteína de la leche de vaca y asma.⁹

Sobre estas bases, la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica recomendó el inicio de la alimentación complementaria no antes de las 17 semanas; que los alimentos deberían añadirse de uno en uno para detectar las reacciones individuales y que no se debe evitar o retrasar la introducción de alimentos potencialmente alergénicos (huevo, pescado) en niños con o sin riesgo de enfermedad alérgica más allá de los 9 meses.³⁴

Perkin y sus colaboradores publicaron este año una revisión sistemática de la literatura, en la cual no evidencian que el retraso de la introducción de alimentos potencialmente alergénicos, tenga efecto en el desarrollo de las enfermedades atópicas.⁴⁸

La adecuada higiene en la preparación de alimentos⁴⁰

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

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

- Los utensilios que se usaran en la preparación de alimentos deben estar limpios (tazas, vasos, platos, cucharas, etc.)
- Evitar el uso de biberones y chupones debido a la dificultad para mantenerlos limpios, además de otros efectos negativos
- Utilizar agua potable, clorada o hervida y mantenerla en recipientes limpios, tapados y en lugares frescos.
- Conservar los alimentos del niño en lugares seguros (libres de polvo, insectos, roedores y otros animales), para evitar la contaminación de los mismos.
- La basura o restos de comida deben estar en recipientes tapados y fuera de la vivienda.
- Los restos de comida que la niña o niño pequeño dejan en el plato no se debe guardar para consumirlo posteriormente, pues se descomponen fácilmente

El entorno del niño durante la alimentación⁴⁰

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

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

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

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

Se aplican los principios de cuidado psico-social:

- Hablar con los niños durante las comidas reconociendo que los momentos de comer son espacios de aprendizaje y amor.
- Alimentarlos despacio y con paciencia y animar a los niños a comer pero sin forzarlos.
- Dar de comer directamente a los niños pequeños y ayudar físicamente a los niños mayores cuando se alimentan solos, estando atentos y respondiendo sus señales de apetito y saciedad.
- Cuando los niños no quieren comer, experimentar con diferentes combinaciones de alimentos, sabores, texturas y maneras de animarlos a comer.
- Se debe dedicar un tiempo para la alimentación del niño de acuerdo a horarios establecidos.
- El mejor lugar para la alimentación es en la mesa del comedor ya que otros lugares pueden distraer al niño o no generar en él la disposición a comer.
- El niño debe encontrarse sentado en la silla o en la rodilla de la madre según sea conveniente, la madre debe estar a la altura del niño para ayudarlo a alimentarse.
- Minimizar las distracciones durante la comida.

Rol de los padres en la crianza del niño²⁰

El cuidado que debe brindar la madre con respecto a la alimentación de su niño, es que la madre debe saber que es un factor central en las primeras relaciones de ella y el niño. La madre pronto descubre que alimentando al niño consigue que se tranquilice y retorne a una situación de bienestar. A la vez el niño descubre que algo sucede cuando siente un malestar importante (hambre) y llora. Lo cual es calmado cuando la madre le brinda alimentación al niño. En los primeros meses el niño, irá descubriendo esta respuesta y progresivamente el hambre será mejor tolerado, porque va percibiendo que su alimentación es regular y estable.

La madre debe ser paciente hasta que el niño se acostumbre a la alimentación complementaria, tener conocimiento de cómo reaccionará su niño a la nueva introducción de alimentos le ayudará a realizar mejor su cuidado nutricional del niño. Se les recomendaciones a los padres:⁹

- La lactancia materna o las fórmulas de inicio cubren todas las necesidades del lactante sano, como alimento exclusivo, hasta los 4-6 meses de vida.
- No se introducirá en la alimentación ningún alimento sin el consejo de su pediatra.
- La administración de alimentos distintos a la leche será de forma gradual, firme, sin forzar al niño. El cambio de un sabor a otro requiere repetidas ofertas.
- Si toma el pecho, evitará la utilización de tetinas y biberones para administrar cereales o zumos. Los zumos deberán ser naturales y sin adición de azúcar.
- No añadirá sal a la comida durante el primer año.
- La leche de vaca ni entera ni desnatada se ofrecerá hasta después de los 12 meses. Tampoco yogures o derivados lácteos que no estén elaborados con leche de vaca modificada.
- Los cereales o harinas de trigo, avena, cebada y centeno, por su contenido en gluten, no deben administrarse hasta cumplidos los 6 meses.
- De los 6 a los 12 meses, la ingesta de leche debe ser de 500 ml al día.
- Todos los cambios dietéticos serán bien admitidos si los realiza lentamente y con intervalos para cada nuevo alimento entre 8-10-15 días.
- El huevo y el pescado conviene no introducirlos en la dieta hasta cumplidos 9-10 meses. Se ofrecerá la yema cocida, disuelta o trituradas en caldos, purés o papillas. La clara no se ofrecerá hasta después de los 12 meses.

Rol de la enfermera en la nutrición del niño⁴⁰

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

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

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

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

Consejería en Enfermería en el servicio de Control de Crecimiento y Desarrollo.⁴⁰

La consejería es un proceso educativo comunicacional que se desarrollará de manera participativa entre el prestador de salud y los padres o responsables del cuidado de la niña y el niño con el objetivo de ayudarlos a identificar los factores que influyen en la salud, nutrición y desarrollo de la niña y el niño, analizar los problemas encontrados en la evaluación e identificar acciones y prácticas que permitan mantener el crecimiento y desarrollo adecuado de la niña y el niño de acuerdo a su realidad, fortaleciendo las prácticas adecuadas y corrigiendo las de riesgo, se focaliza en el mejoramiento de las prácticas de cuidado de la niña y el niño, así como en el uso de los recursos disponibles en la familia y permite 39

establecer un acuerdo negociado sobre las prácticas y acciones identificadas, registrándolos en la historia clínica. El objetivo de la consejería nutricional es asegurar un adecuado estado nutricional o lograr la recuperación de la tendencia del crecimiento. El propósito es guiar y ayudar a tomar decisiones a los padres o adultos responsables del cuidado de la niña o niño, con base en la situación de crecimiento tanto si el crecimiento es adecuado o inadecuado (riesgo o desnutrición), para mejorar sus prácticas de alimentación y nutrición.

La consejería nutricional es prioritaria en situaciones de riesgo y en procesos de enfermedad, ya que durante la consejería nutricional es importante promover prácticas adecuadas de alimentación y calidad de la dieta (alimentos de origen animal, alimentos fuentes de hierro) ambiente de tranquilidad y afecto, se realiza en cada control o contacto de la niña o niño con los servicios de salud tanto si éste se da a través de oferta fija (establecimientos de salud, otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes), además la consejería puede reforzarse con actividades grupales como las sesiones educativas y demostrativas.

La metodología educativa debe estar relacionada con las características particulares de los receptores. Sin embargo, en todos los casos se deben realizar actividades orientadas a construir y reconstruir conocimientos, a que participen y valoren opiniones y actitudes, a interactuar entre sí, a compartir experiencias, a mostrarles cómo deben actuar y apliquen lo aprendido.⁴⁴

Las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.⁴⁴

- Debe ser una herramienta más del quehacer diario del personal de salud, y convertirse en una parte indivisible entre la relación del individuo y la comunidad con los servicios de salud.

- Permite la transmisión de información, y fomenta la motivación de las habilidades personales y la autoestima, necesaria para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud individual y colectiva.

El conocimiento; Conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que pueden ser claros precisos ordenados, vago inexacto clasificándose en conocimiento científico y conocimiento vulgar. Kant refiere que está determinado por la intuición sensible y el concepto, distinguiéndose dos tipos de conocimiento: el puro y el empírico, el puro o priori se desarrolla antes de la experiencia y el segundo después de la experiencia.²⁰

En nuestra definición, el conocimiento es lo que hace que un individuo pueda utilizar herramientas para aprovechar la información de que dispone y producir un resultado de valor agregado. Según el filósofo alemán Immanuel Kant menciona que se puede tener conocimiento exacto y certero y que dicho conocimiento es más informativo sobre la estructura del pensamiento que sobre el mundo que se halla al margen del mismo.²⁰

El ser humano puede captar un objeto en tres diferentes niveles, sensible, conceptual y holístico.²⁰ -- El conocimiento sensible, consiste en captar un objeto por medio de los sentidos; tal es el caso de las imágenes captadas por medio de la vista. Gracias a ella podemos almacenar en nuestra mente las imágenes de las cosas, con color, figura y dimensiones. Los ojos y los oídos son los principales sentidos utilizados por el ser humano. Los animales han desarrollado poderosamente el olfato y el tacto. – El conocimiento conceptual, que consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales. La principal diferencia entre el nivel sensible y el conceptual reside en la singularidad y universalidad que caracteriza respectivamente a estos dos tipos de conocimiento. El conocimiento sensible es singular y el conceptual universal. – El conocimiento holístico (también llamado intuitivo, con el riesgo de muchas confusiones, dado que la palabra intuición se ha utilizado hasta para hablar de premoniciones y corazonadas). Intuir un objeto

significa captarlo dentro de un amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos con claridad. La palabra holístico se refiere a esta totalidad percibida en el momento de la intuición.

a) Tipos de conocimientos ²⁰

Distinguió tres tipos de conocimiento: analítico a priori, que es exacto y certero pero no informativo, porque sólo aclara lo que está contenido en las definiciones; sintético a posteriori, que transmite información sobre el mundo aprendido a partir de la experiencia, pero está sujeto a los errores de los sentidos, y sintético a priori, que se descubre por la intuición y es a la vez exacto y certero, ya que expresa las condiciones necesarias que la mente impone a todos los objetos de la experiencia. El conocimiento, en su sentido más amplio, es una apreciación de la posesión de múltiples datos interrelacionados que por sí solos poseen menor valor cualitativo. Significa, en definitiva, la posesión de un modelo de la realidad en la mente. El conocimiento comienza por los sentidos, pasa de estos al entendimiento y termina en la razón. 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.

b) Características del conocimiento

Según Andreu y Sieber (2000), lo fundamental son básicamente tres:

- El conocimiento es personal, en el sentido de que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia.
- Su utilización, que puede repetirse sin que el conocimiento “se consuma” como ocurre con otros bienes físicos.
- Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos (incluso cambiándolos si es posible).

-En general se considera al conocimiento como sinónimo de información. Por ello se considera en muchas culturas que un individuo que tiene mucha información sabe mucho. En la acepción popular existen dos tipos de conocimientos:

El intelectual: que tiene que ver con el conocimiento de ideas.

El conocimiento real: que tiene que ver con los elementos de la realidad externa que el individuo busca conocer.

2.4 Definición de términos básicos

Alimentación complementaria: Proceso que comienza cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante, y por tanto se necesitan otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. La transición de la lactancia exclusivamente materna a los alimentos familiares, lo que se denomina alimentación complementaria, normalmente abarca el período que va de los 6 a los 24 meses de edad. Este es un periodo crítico de crecimiento en el que las carencias de nutrientes y las enfermedades contribuyen a aumentar las tasas de desnutrición en los menores de cinco años a nivel mundial.³²

Programa Educativo: Conjunto de acciones implementadas con el objetivo de mejorar las condiciones sanitarias de la población. De esta forma, los responsables promueven campañas de prevención y garantizan el acceso democrático y masivo a los centros de atención. Son la base de las políticas de salud pública, y se habla de programas en plural porque un solo programa no abarca las necesidades en torno al manejo de la salud de la población, tanto para un Estado como para sus regiones; suelen abordar también a la comunidad y sus individuos, aunque en muchos casos la población no percibe el objeto del programa como una preocupación.⁴⁹

Conocimientos: Conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que pueden ser claros precisos ordenados, vago inexacto clasificándole en conocimiento científico y conocimiento vulgar. Kant refiere que está determinado por la intuición sensible y el concepto, distinguiéndose dos tipos de conocimiento: el puro y el empírico, el puro o priori se desarrolla antes de la experiencia y el segundo después de la experiencia

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPOTESIS GENERAL

Ha El programa educativo Familia Feliz es eficaz para mejorar el nivel de conocimiento en alimentación complementaria de las madres de niños menores de 1 año que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Pacaipampa 2018.

H0 El programa educativo familia feliz no es eficaz para mejorar el nivel de conocimiento en alimentación complementaria de las madres de niños menores de 1 año que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Pacaipampa 2018.

3.2.HIPOTESIS ESPECIFICA 1

Ha El programa educativo Familia Feliz es eficaz para mejorar el nivel de conocimiento en alimentación complementaria en su dimensión generalidades de las madres de niños menores de 1 año que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Pacaipampa 2018.

H0 El programa educativo familia feliz no es eficaz para mejorar el nivel de conocimiento en alimentación complementaria en su dimensión generalidades de las madres de niños menores de 1 año que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Pacaipampa 2018.

3.3.HIPOTESIS ESPECIFICA 2

Ha El programa educativo Familia Feliz es eficaz para mejorar el nivel de conocimiento en alimentación complementaria en su dimensión características de las madres de niños menores de 1 año que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Pacaipampa 2018.

H0 El programa educativo familia feliz no es eficaz para mejorar el nivel de conocimiento en alimentación complementaria en su dimensión características de las madres de niños menores de 1 año que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Pacaipampa 2018.

3.4.HIPOTESIS ESPECIFICA 3

Ha El programa educativo Familia Feliz es eficaz para mejorar el nivel de conocimiento en alimentación complementaria en su dimensión preparación de las madres de niños menores de 1 año que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Pacaipampa 2018.

H0 El programa educativo familia feliz no es eficaz para mejorar el nivel de conocimiento en alimentación complementaria en su dimensión preparación de las madres de niños menores de 1 año que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Pacaipampa 2018.

3.4. Operacionalización de variables

FORMULACIÓN PROBLEMA: ¿Cuál es la efectividad del programa de educación temprana “familia feliz” – SIREPI en el nivel de conocimiento de las madres con niños menores de un año sobre alimentación complementaria que asisten al E.S. I - 4 PACAIPAMPA – AÑO 2018?

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA
Programa de educación temprana “familia feliz” – SIREPI	Sistema gubernamental e intersectorial que gestiona, de manera concertada y articulada, las políticas regionales y servicios públicos locales dirigidos a la primera infancia. (INFORMATIVO SIREPI)	Planificación	Diseñar los objetivos actividades del programa educativo en alimentación complementaria Datos generales Nivel de instrucción. Otras características.	Conjunto de actividades que garantizan la protección y promoción de los derechos de las niñas y niños como personas y ciudadanos plenos; incrementando el nivel de conocimiento de las madres del E.S I-4 Pacaipampa y con ello mejorar la calidad de vida de las niñas y los niños de	Nominal
		Metodología	Las actividades educativas se agrupan en sesiones.		

		<p>Toma de un pre test.</p> <p>Sesión educativa en conceptos básicos de la alimentación complementaria</p> <p>Sesión educativa sobre las características de la alimentación complementaria.</p> <p>Sesión demostrativa en medidas de higiene para la alimentación complementaria adecuada.</p> <p>Toma del post test.</p>	<p>la primera infancia, en salud, educación, identidad, nutrición, buen trato y saneamiento.</p>	
		Evaluación	Al finalizar las sesiones y aplicación del post test. Se	

			reevaluara para la evaluación buscamos obtener la información del progreso real del aprendizaje.		
Nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria	Manifiesta que el conocimiento, es todo lo que adquirimos mediante nuestra interacción con el entorno, es el resultado de la experiencia	Generalidades	<ul style="list-style-type: none"> -Definición de alimentación complementaria. -importancia de la alimentación complementaria. - Edad de inicio de la alimentación complementaria 	La alimentación complementaria es la transición de la lactancia exclusivamente materna a los alimentos familiares, normalmente abarca el período que va de los 6 a los 24 meses de edad. Este es un periodo crítico	Ordinal Discreta Según Stanones el

organizada y almacenada en la mente del individuo de una forma que es única para cada persona. Rolon D.	Características	<ul style="list-style-type: none"> -Consistencia de los alimentos. -Frecuencia de los alimentos. -Cantidad de los alimentos. -Tipos de alimentos. - Combinación de alimentos. 	de crecimiento en el que las carencias de nutrientes y las enfermedades contribuyen a aumentar las tasas de desnutrición en los menores de cinco años a nivel mundial.(OMS)	nivel de conocimientos los clasifica en: PRETEST
	Medidas de higiene y preparación	<p>Medidas de higiene para la alimentación complementaria adecuada</p> <ul style="list-style-type: none"> -Técnicas de lavados de manos - sesión demostrativa de preparación de alimentos. 		<p>Bajo (0-6)</p> <p>Medio (7-9)</p> <p>Alto (10-12)</p> <p>POST-TEST</p>

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 TIPO Y DISEÑO DE LA DE INVESTIGACIÓN

4.4.1 Tipo de la Investigación

El presente estudio es de tipo cuantitativo dado que los datos obtenidos son susceptibles a medición, de nivel aplicativo porque se inclina a las ciencias de la salud y además nos lleva e incita a cambiar u orientar la realidad ya existente, método descriptivo prospectivo el inicio del estudio es anterior a los hechos estudiados y los datos se recogen a medida que se van sucediendo la investigación⁴²; y de corte longitudinal porque presenta los hechos tal como son en un determinado tiempo y espacio.

Aplicada, cuantitativa, nivel aplicativo prospectivo, longitudinal.

4.4.2 Diseño de la Investigación

Pre - experimental, con pre-prueba y post-prueba sin grupo control.

5.1 Población y muestra

4.5.1 Población: según el registro de Padrón Nominal de los nacidos vivos en el distrito de Pacaipampa son 214 niños menores de 1 año. Para efectos del estudio se trabajó con 30 niños que hacen uso del servicio de acompañamiento familiar. Teniendo a cargo cada promotora 10 niños según manifestó Josefina Alvarado-SIREPI-Piura.

4.5.2 Muestra

Para hallar la muestra según el estudio a realizar se seleccionara el total de madres de niños de 0 a 12 meses de edad beneficiadas con el programa “Familia Feliz” que acuden al control de crecimiento y desarrollo del niño del EE.SS. I-4 Pacaipampa, siendo la población para el estudio 30 madres con niños menores de un año. La técnica de muestreo utilizado es no probabilístico, ya que se desconoce las probabilidades de selección de cada elemento de la población y de tipo conveniencia o intencionalidad pues se considerara a las madres que

acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo durante el tiempo que dure la recolección de datos.

POBLACIÓN FINITA

SE CONOCE "N" SE CONOCE p y q

$$Z= 1.96$$

$$p= 0.5$$

$$q= 0.5$$

$$N= 60$$

$$e= 0.05$$

$$N-1= 59$$

$$n= 52$$

Muestra ajustada --> incluyendo "N"

$$\eta = \frac{Z^2 pqN}{\varepsilon^2(N-1) + Z^2 pq}$$

$$n_o = \frac{n}{1 + \frac{n-1}{N}} \quad \begin{array}{l} N = 60 \\ n = 52 \\ n - 1 = 51, n = 40 \end{array}$$

4.5.3 Criterios de Inclusión

*Para la madre:

- Madres que por lo menos hayan tenido 3 consultas en CRED.
- Madres que aceptan participar en el estudio.
- Madres que pertenezcan a la jurisdicción.

*Para el niño:

- Niños de 6 a 12 meses de edad.
- Niños nacidos a término.
- Niños afiliados al seguro integral de salud.

4.5.4 Criterios de Exclusión

* Para la madre:

- Madres que sean transeúntes.
- Madres que no deseen participar del estudio.
- Madres que no cuenten con carnet de CRED.
- Madres que ingresen por primera vez al control CRED.
- Madres que estando en el programa no acuden a las sesiones.

*Para el niño:

- Niños mayores a 12 meses de edad.
- Niños prematuros.
- Niños que hayan tenido o estén cursando una enfermedad aguda en los últimos 3 meses.

6.1 Técnicas e Instrumentos para recolección de la información

Para la recolección de datos la técnica que se utilizará es la entrevista. Según Hernández Sampieri, las entrevistas implican que una persona calificada aplique el cuestionario a los sujetos participantes, en donde el primero hace las preguntas a cada sujeto y anota las respuestas. Asimismo el instrumento es el cuestionario, la cual estuvo constituida por preguntas de tipo cerradas en su estructura; además el instrumento consta de una breve introducción, datos generales de la madre y del niño, datos específicos referidos al conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria (Ver anexo 1)

Validez y confiabilidad

El formulario fue sometido a validez de contenido mediante el Juicio de Expertos, conformado por ocho profesionales del campo de la salud, con experiencia en investigación, de los cuales fueron 3 enfermeras en el área niño, 2 docentes del área de investigación , 1 pediatra, 1 estadístico y 1 nutricionista

Los resultados emitidos por los expertos fueron procesados en una Tabla de Concordancia con fines de determinar la validez, donde si $p < 0.05$ la concordancia es significativa. (Ver anexo 3).

Luego de realizar las recomendaciones en el instrumento. Se realizó la prueba piloto con 15 madres el cual fue sometido a validez estadística mediante la prueba coeficiente de confiabilidad Kuder Richarson (Ver anexo 4). Los resultados del piloto fueron que el 40% de madres encuestadas tienen un nivel de conocimientos alto, 36 % tienen un nivel de conocimientos medio y 24% tiene un nivel de conocimientos bajo sobre la alimentación complementaria. El

94% de lactantes presentan un estado nutricional normal y 6% presenta desnutrición crónica.

Consideraciones éticas

Para la realización del presente trabajo de investigación se contara con la previa autorización del Gerente del Establecimiento de Salud y Enfermera responsable del consultorio de CRED, así como del consentimiento informado de las madres en el cual se les informara acerca del estudio, los objetivos de la investigación, los fines netamente científicos y el total anonimato.

De la misma manera se tendrá en cuenta los principios éticos como:

- *Autonomía*: Los investigadores reconocen que el respeto a la autonomía implica el derecho del paciente a aceptar o rechazar ser parte de esta investigación, en cualquier etapa del estudio, la aplicación de este principio se realizará mediante el consentimiento informado.
- *Beneficencia*: Se realizará la intervención educativa y demostrativa a todos los participantes sobre el nivel de conocimientos de las madres con niños menores de un año que acuden al E.S I-4 Pacaipampa.
- *No maleficencia*: la participación en esta investigación no causará ningún daño o riesgo a los participantes.
- *Justicia*: Los participantes de la investigación tendrán garantizado un trato justo, la reserva de su identidad y la utilización de la información brindada para fines exclusivamente científicos

7.1 Análisis y procesamiento de datos

Para la recolección de datos se realizaron las coordinaciones previas con el jefe del Establecimiento de Salud y la enfermera Jefe del programa articulado nutricional, mediante el documento brindado por la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional del Callao, asimismo con la enfermera encargada en la atención del niño en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo. De igual manera se recogerá la información a las madres durante

las sesiones programadas mediante el cuestionario y el carnet de atención de atención integral del niño en el centro de salud los días martes, viernes y sábado de 8:00 am a 12 m. Luego de recolectar los datos, estos serán procesados mediante el uso de Excel previa elaboración de la tabla de códigos y tabla matriz. En cuanto a los resultados serán presentados en figuras y tablas estadísticas para su mejor comprensión, análisis e interpretación respectiva acorde con los objetivos y con la base teórica.

Para realizar el análisis de la variable Nivel de Conocimientos de la madres sobre alimentación complementaria, se aplicó la prueba de Stanones en tres categorías: Alto, medio y bajo. Asimismo para establecer el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria se utilizó la prueba de t Student. La prueba t-Student se utiliza para contrastar hipótesis sobre media en poblaciones con distribución normal.

CAPÍTULO V: RESULTADOS

5.1 Resultados Descriptivos.

TABLA N° 01

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA SEGÚN DIMENSION GENERALIDADES ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE EDUCACION TEMPRANA “FAMILIA FELIZ” – SIREPI EE.SS. I-4 PACAIPAMPA – PIURA 2018

NIVEL DE CONOCIMIENTO	PRE TEST		POS TEST	
	N°	%	N°	%
ALTO	20	66.7	27	90.0
MEDIO	9	30.0	3	10.0
BAJO	1	3.3	0	0.0
TOTAL	30	100	30	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN SETIEMBRE PRE TEST, OCTUBRE POST TEST.

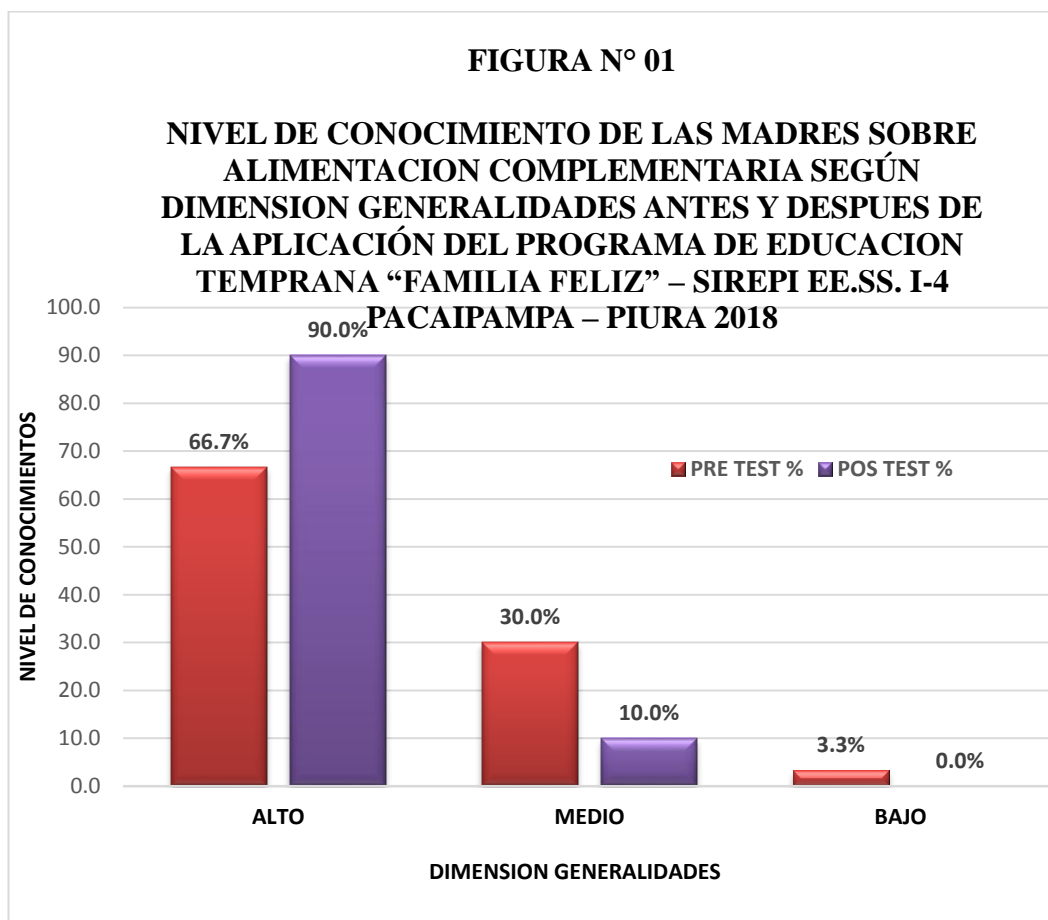


FIGURA N° 01, se observa que en el **nivel de conocimiento de las madres sobre alimentacion complementaria, según la dimension generalidades**. PRE TEST la mayoría de las madres tiene un nivel de conocimiento alto 66.7% (27) y solo un 3.3% (1) tienen un nivel de conocimiento bajo; y en el POST TEST, se observa que el 90.0% (27) de madres presenta un nivel de conocimiento alto, y solo 10.0% (3) tienen un nivel de conocimiento medio.

Por lo tanto se concluye que el programa brindado mejora en el nivel de conocimiento de las madres en la dimension generalidades, teniendo en su mayoría un nivel de conocimientos alto.

TABLA N° 02

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA SEGÚN DIMENSION CARACTERISTICAS ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE EDUCACION TEMPRANA “FAMILIA FELIZ” – SIREPI EE.SS. I-4 PACAIPAMPA – PIURA 2018

NIVEL DE CONOCIMIENTO	PRE TEST		POS TEST	
	N°	%	N°	%
ALTO	8	26.7	29	96.7
MEDIO	18	60.0	1	3.3
BAJO	4	13.3	0	0.0
TOTAL	30	100	30	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN SETIEMBRE PRE TEST, OCTUBRE POST TEST.

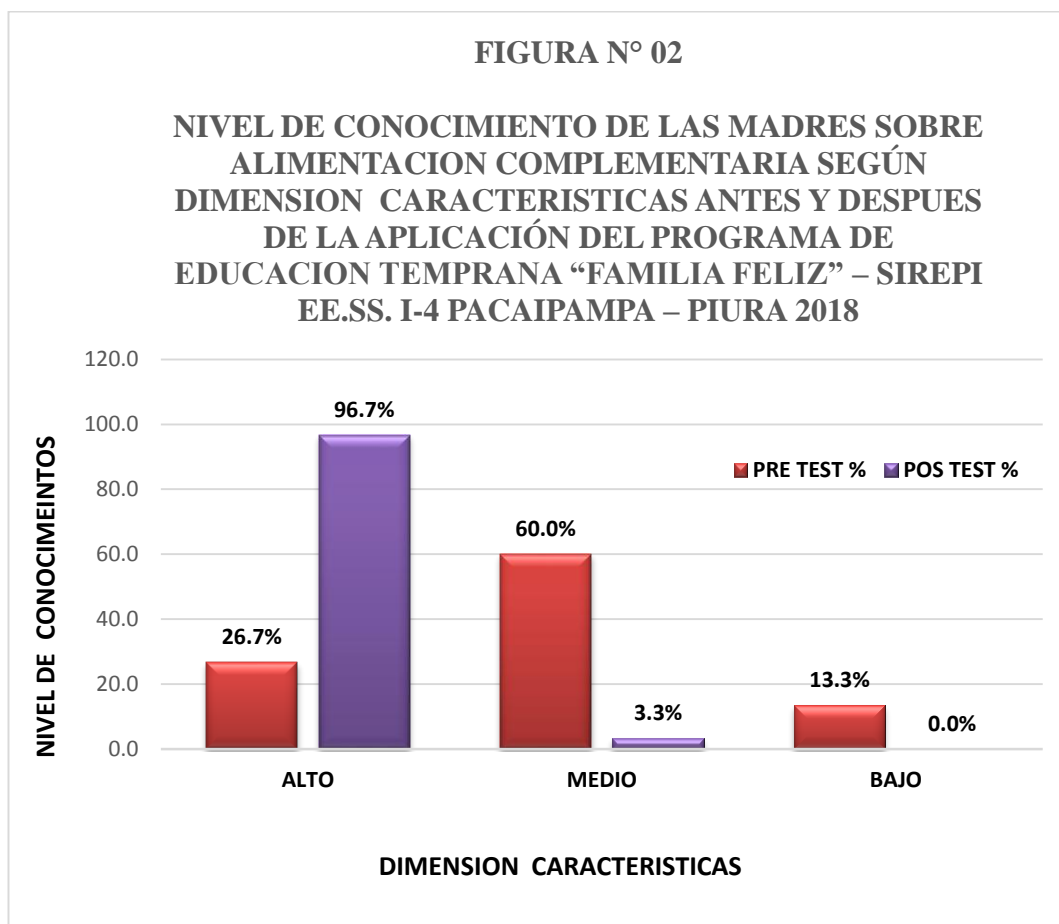


FIGURA N° 02, muestra el **nivel de conocimiento de las madres sobre alimentacion complementaria, según la dimension características**. En el PRE TEST la mayor parte de las madres tiene un nivel de conocimiento medio o regular 60.0% (18), el 26.7% (8) madres un nivel alto y un 13.3% (4) tienen un nivel de conocimiento bajo; en el POST TEST, se observa que el 96.7% (30) de madres presenta un nivel de conocimiento alto, y solo 10.0% (3) tienen un nivel de conocimiento medio.

Por lo que se concluye que el programa brindado según la dimension características mejora en el nivel de conocimiento de las madres, llegando a pasar de un conocimiento medio a alto.

TABLA N° 03

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA SEGÚN DIMENSION PREPARACION ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE EDUCACION TEMPRANA “FAMILIA FELIZ” – SIREPI EE.SS. I-4 PACAIPAMPA – PIURA 2018

NIVEL DE CONOCIMIENTO	PRE TEST		POS TEST	
	N°	%	N°	%
ALTO	23	76.7	28	93.3
BAJO	7	23.3	2	6.7
TOTAL	30	100	30	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN SETIEMBRE PRE TEST, OCTUBRE POST TEST.

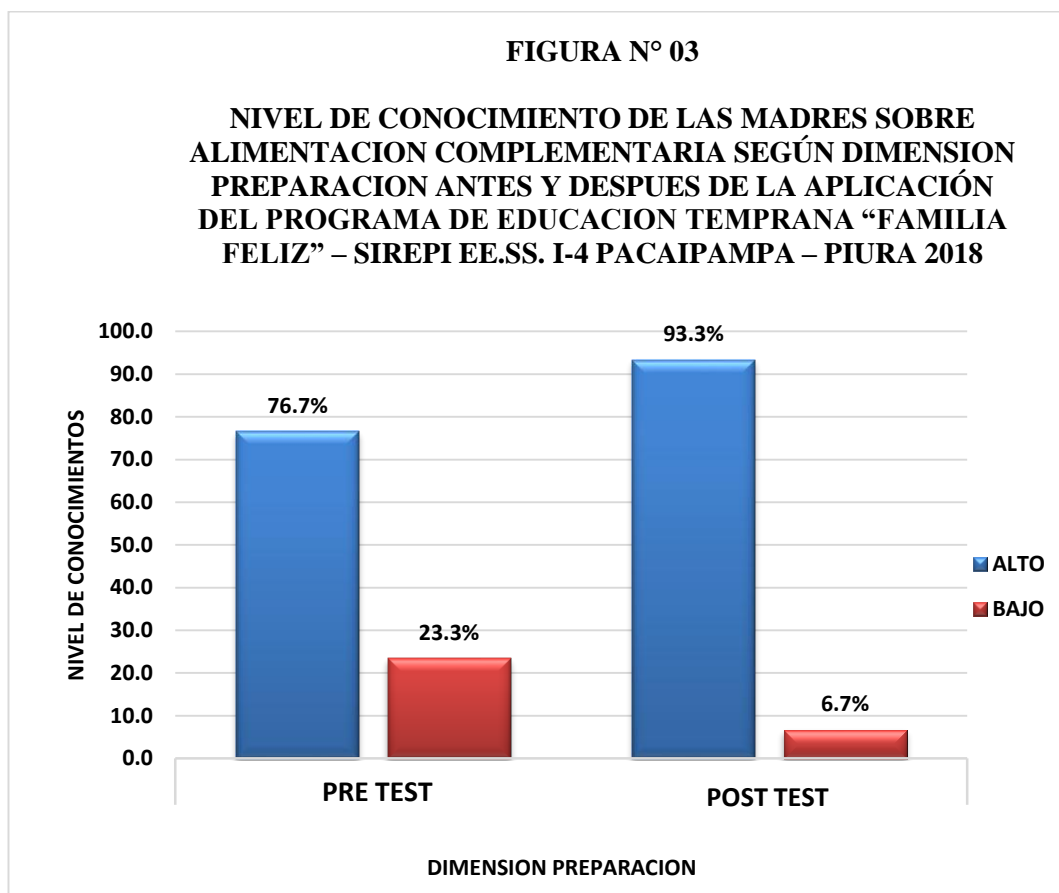


FIGURA N° 03, muestra el **nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria, según la dimensión Preparación**. En el PRE TEST la mayoría de las madres tiene un nivel de conocimiento alto 76.7% (23), el 23.3% (7) tienen un nivel de conocimiento bajo; en el POST TEST, se observa que el 93.3% (28) de madres presenta un nivel de conocimiento alto, y solo 6.7% (2) tienen un nivel de conocimiento medio.

Por lo que se concluye que el programa brindado según la dimensión preparación mejora en el nivel de conocimiento de las madres, teniendo un nivel de conocimientos alto

TABLA N° 04

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE EDUCACION TEMPRANA “FAMILIA FELIZ” – SIREPI EE.SS. I-4 PACAIPAMPA – PIURA 2018

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	PRE TEST		POS TEST	
	N°	%	N°	%
BAJO	6	20.0	0	0.0
MEDIO	13	43.3	2	6.7
ALTO	11	36.7	28	93.3
TOTAL	30	100.0	30	100.0

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN SETIEMBRE PRE TEST, OCTUBRE POST TEST.

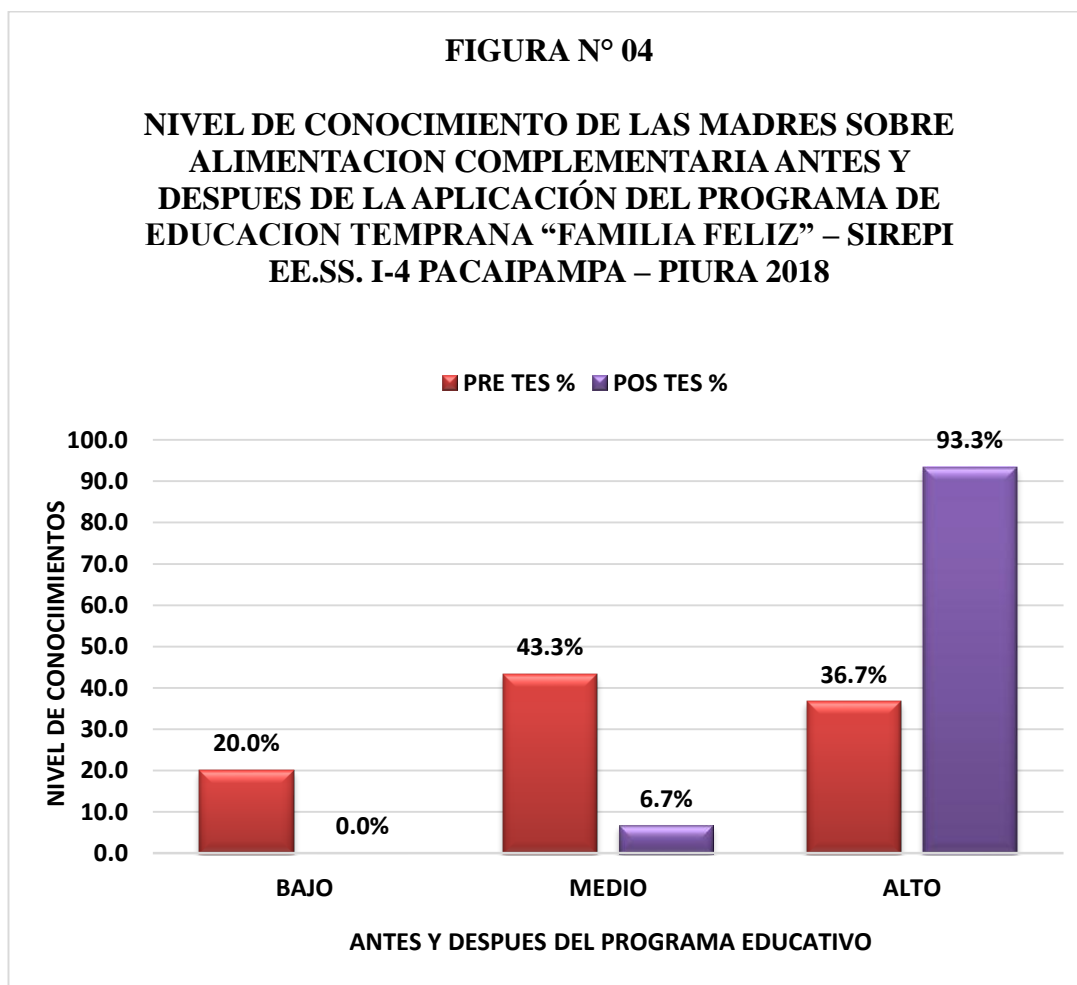


FIGURA N° 04: Se observa el **nivel de conocimiento de las madres sobre alimentacion complementaria, ANTES Y DESPUES DE LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA.** Antes de la aplicación del programa educativo aprox. la mitad de las madres tenían un nivel medio o regular 43.3% (13), el 36.7% (11) madres un nivel alto y un 20.0% (6) tienen un nivel de conocimiento bajo. Y después de la intervención, se muestra que el 93.3% (28) de madres presenta un nivel de conocimiento alto, y un 6.7% (2) tienen un nivel de conocimiento medio o regular. Por lo que se concluye, que el programa brindado mejora en el nivel de conocimiento de las madres, llegando a pasar de un conocimiento medio 43.3% a un nivel de conocimientos alto 93.3%.

5.2 Resultados Inferenciales

Se realizó el análisis estadístico t de Student para determinar la efectividad del programa educativo en mejorar el nivel de conocimiento de las madres y que se detalla a continuación:

HIPOTESIS GENERAL.

Estadísticas de muestras emparejadas

	Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Par 1 NIV.CONOCPRE	15,23	30	3,971	,725
NIVCONOCPOST	21,73	30	1,893	,346

Correlaciones de muestras emparejadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 NIV.CONOCPRE & NIVCONOCPOST	30	,279	,135

Prueba de muestras emparejadas

	Diferencias emparejadas				t	gl	Sig. (bilateral)	
	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
				Inferior				Superior

Pa	NIV.CONOC	-							
r 1	PRE -	6,50	3,893	,711	-7,954	-5,046	9,14	29	,000
	NIVCONOC	0					5		
	POST								

Para un nivel de significancia de 0.05 ($p = 0.95$) se ubica el valor de t en la tabla de valores críticos siendo este el valor de $t = -9,145$. Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna porque con la aplicación del programa se ha logrado mejorar el nivel de conocimiento de las madres sobre la alimentación complementaria.

HIPOTESIS ESPECIFICA 1

Estadísticas de muestras emparejadas

		Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Par 1	GENERALPRE	1,63	30	,556	,102
	GENERALPOST	1,90	30	,305	,056

Correlaciones de muestras emparejadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 GENERALPRE & GENERALPOST	30	,386	,035

Para un nivel de significancia de 0.05 ($p = 0.95$) se ubica el valor de t en la tabla de valores críticos siendo este el valor de $t = -2,804$. Se rechaza la hipótesis nula y

Prueba de muestras emparejadas

	Diferencias emparejadas					t	Gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
				Inferior	Superior			
Par 1 GENERAL PRE – GENERAL POST	-,267	,521	,095	-,461	-,072	2,804	29	,009

se acepta la hipótesis alterna porque con la aplicación del programa se ha logrado mejorar el nivel de conocimiento de las madres sobre la alimentación complementaria según la dimensión generalidades.

HIPOTESIS ESPECÍFICA 2

Correlaciones de muestras emparejadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 CARACPRE & CARACPOST	30	,234	,213

Prueba de muestras emparejadas

	Diferencias emparejadas					t	Gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
				Inferior	Superior			
Pa r 1 - CARACPRE CARACPOS T	- 2,93 3	1,680	,307	-3,561	-2,306	- 9,56 2	29	,000

Para un nivel de significancia de 0.05 ($p = 0.95$) se ubica el valor de t en la tabla de valores críticos siendo este el valor de $t = -9,562$. Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna porque con la aplicación del programa se ha logrado mejorar el nivel de conocimiento de las madres sobre la alimentación complementaria según la dimensión características.

HIPOTESIS ESPECÍFICA 3

Estadísticas de muestras emparejadas

	Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Par 1 PREPPOST	,77	30	,430	,079
ST PREPPOST	,87	30	,346	,063

Correlaciones de muestras emparejadas

	N	Correlación	Sig.
Par 1 PREPPOST & ST PREPPOST	30	,247	,188

Prueba de muestras emparejadas

Diferencias emparejadas					t	Gl
Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia			
			Inferior	Superior		

Pa	PREPPOST	-					-		
r 1	-	,100	,481	,088	-,279	,079	1,14	29	,264
	PREPPOST						0		

Para un nivel de significancia de 0.05 ($p = 0.95$) se ubica el valor de t en la tabla de valores críticos siendo este el valor de $t = -1,140$. Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna porque con la aplicación del programa se ha logrado mejorar el nivel de conocimiento de las madres sobre la alimentación complementaria.

Estadísticas de muestras emparejadas

		Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Par	CARACPR	5,60	30	1,694	,309
1	E				
	CARACP	8,53	30	,730	,133
	OST				

<

5.3 Otro tipo de resultados

TABLA N° 05

EDAD DE LAS MADRES DEL PROGRAMA DE EDUCACION TEMPRANA “FAMILIA FELIZ” – SIREPI - EE.SS. I-4 PACAIPAMPA – PIURA 2018

EDAD DE LA MADRE	N°	%
15-19	4	13.3
20-24	5	16.7
25-29	3	10.0
30-34	16	53.3
35 A MAS	2	6.7
TOTAL	30	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN SETIEMBRE PRE TEST, OCTUBRE POST TEST.

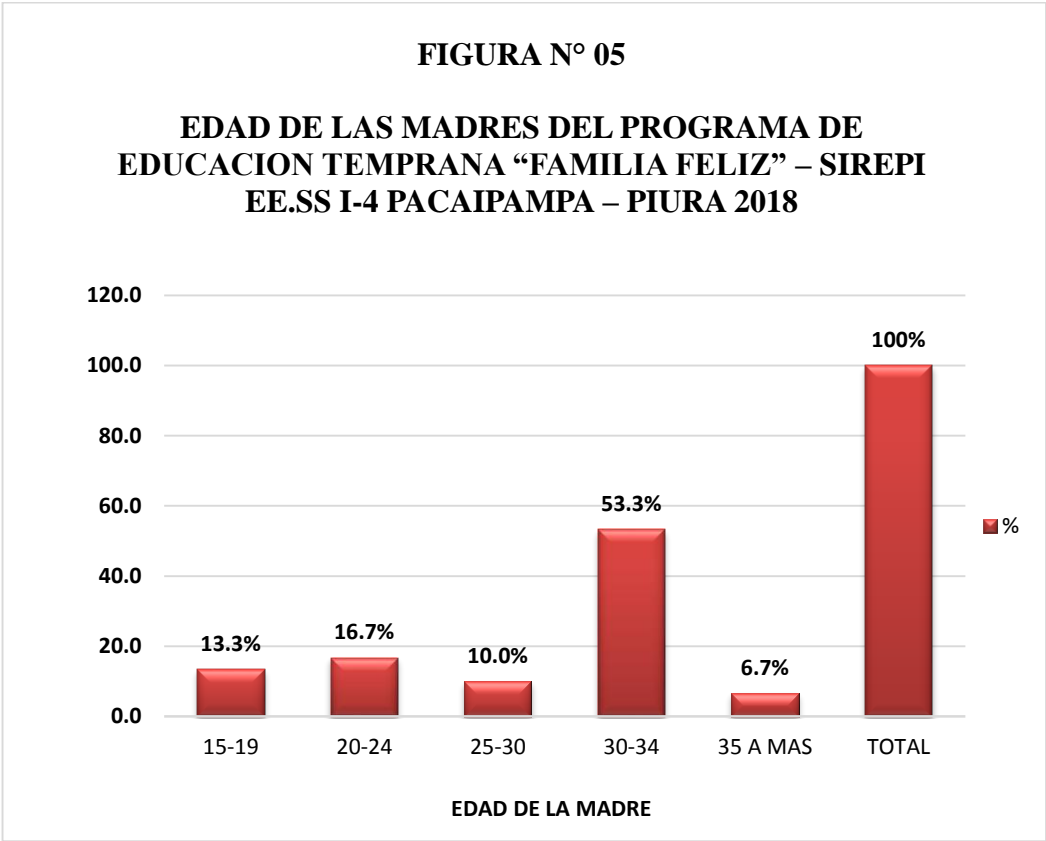


FIGURA N° 05: Nos muestra **edad de las madres del Programa de Educacion Temprana “familia feliz” – SIREPI - EE.SS. I-4 Pacaipampa – Piura 2018.** Que la mayoría de las madres tienen entre 30-34 años de edad con un 53.3% (16), seguido de las madres que tienen entre 20-24 años de edad con un 16.7% (5), asimismo un 13.3% de las madres que tienen entre 15-19 años de edad y solo un 6.7% (2) de las madres que participaron en el programa educativo tiene entre 35 a más años de edad. Por lo tanto se concluye, que el 53.3% de las madres que participaron en el programa educativo oscilan entre un rango de edad de 30 y 34 años de edad.

TABLA N° 06

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES DEL PROGRAMA DE EDUCACION TEMPRANA “FAMILIA FELIZ” – SIREPI - EE.SS. I-4 PACAIPAMPA – PIURA 2018

GRADO INSTRUCCIÓN	N°	%
ILETRADO	0	0.0
PRIMARIA INCOMPLETA	9	30.0
PRIMARIA COMPLETA	4	13.3
SECUNDARIA INCOMPLETA	3	10.0
SECUNDARIA COMPLETA	3	10.0
SUPERIOR NO UNIVERSITARIA	11	36.7
TOTAL	30	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN SETIEMBRE PRE TEST, OCTUBRE POST TEST.

FIGURA N° 06

**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES DEL
PROGRAMA DE EDUCACION TEMPRANA “FAMILIA
FELIZ” – SIREPI - EE.SS. I-4 PACAIPAMPA – PIURA
2018**

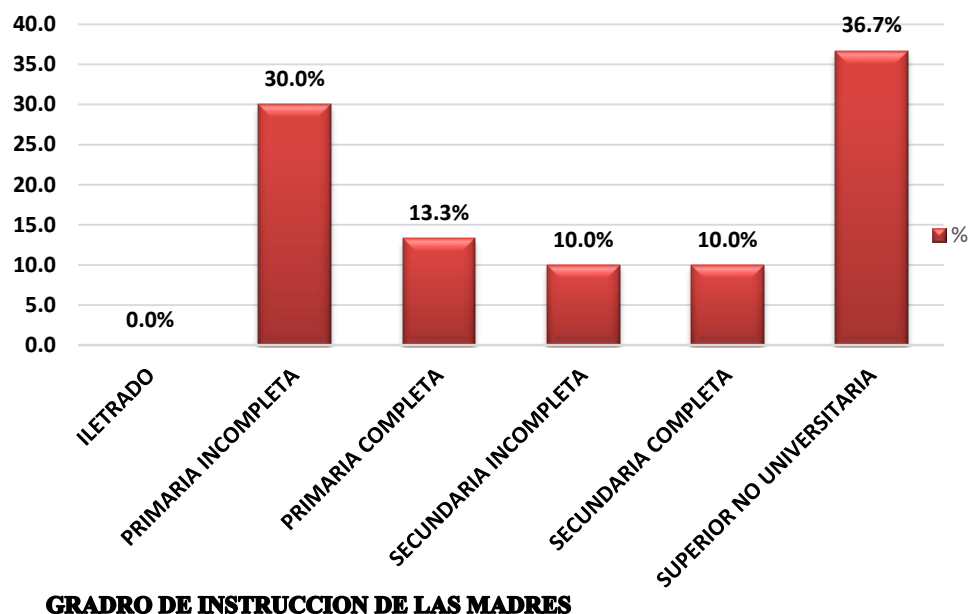


FIGURA N° 06: Nos muestra el Grado de instrucción de las madres del Programa de Educación Temprana “familia feliz” – SIREPI - .SS. I-4 Pacaipampa – Piura 2018. Un 36.7% (11) de la madres que participan en el Programa Educativo tienen un grado de instrucción superior no universitaria; un 30.0%(9) lo cursan con primaria incompleta y teniendo el 10.0%(3) las mades que se encuentra estudiando o no culminaron sus estudios tienen secundaria incompleta y el otro 10.0% si culmino sus estudio secundarios.

Por lo que se concluye, que en el programa brindado la mayor parte de las madres tienen un grado de instrucción con un 36.7%(11) superior no universitaria.

TABLA N° 07

PROCEDENCIA DE LAS MADRES DEL PROGRAMA DE EDUCACION TEMPRANA “FAMILIA FELIZ” – SIREPI - EE.SS. I-4 PACAIPAMPA – PIURA 2018

LUGAR NAC.	N°	%
URBANO	12	40.0
RURAL	18	60.0
TOTAL	30	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN SETIEMBRE PRE TEST, OCTUBRE POST TEST.

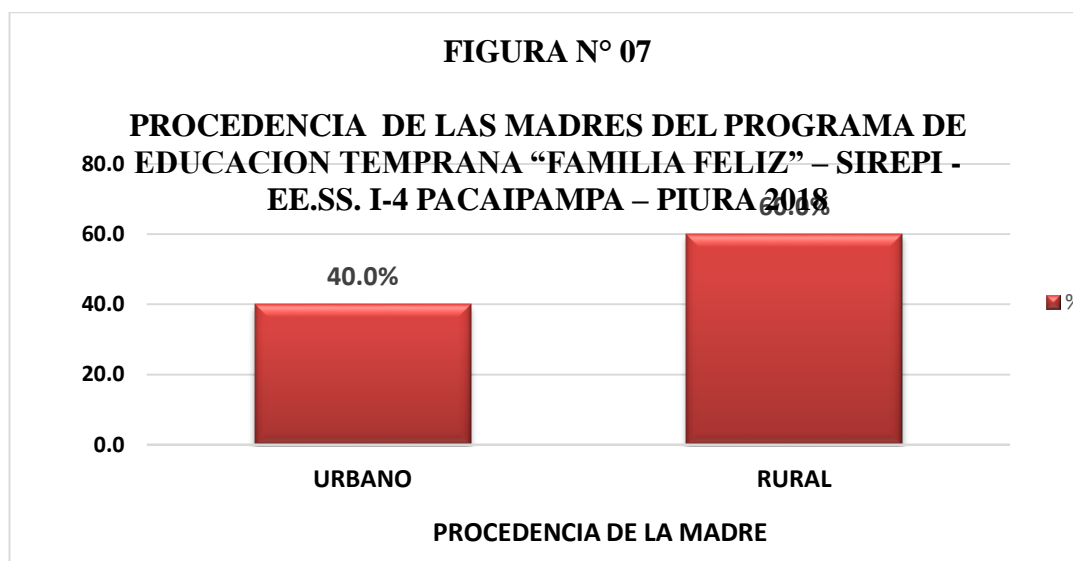


FIGURA N° 07: Se observa La **Procedencia** de las madres del Programa de Educación Temprana “familia feliz” – SIREPI - EE.SS. I-4 Pacaipampa – Piura 2018. La mayor parte de las madres de familia provienen de la zona rural al distrito con un 60.0%(18) y solo un 40.0%(12) son de la zona urbana. Por lo que se concluye, que de las 30 madres que participaron en el programa educativo son de la zona rural del distrito de Pacaipampa con un 60.0%(18)

TABLA N° 08

OCUPACIÓN DE LAS MADRES DEL PROGRAMA DE EDUCACION TEMPRANA “FAMILIA FELIZ” – SIREPI EE.SS. I-4 PACAIPAMPA – PIURA 2018

OCUPACION	N°	%
AMA DE CASA	23	76.7
COMERCIANTE	1	3.3
TRAB. DEPENDIENTE	4	13.3
ESTUDIANTE	2	6.7
TOTAL	30	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN SETIEMBRE PRE TEST, OCTUBRE POST TEST.

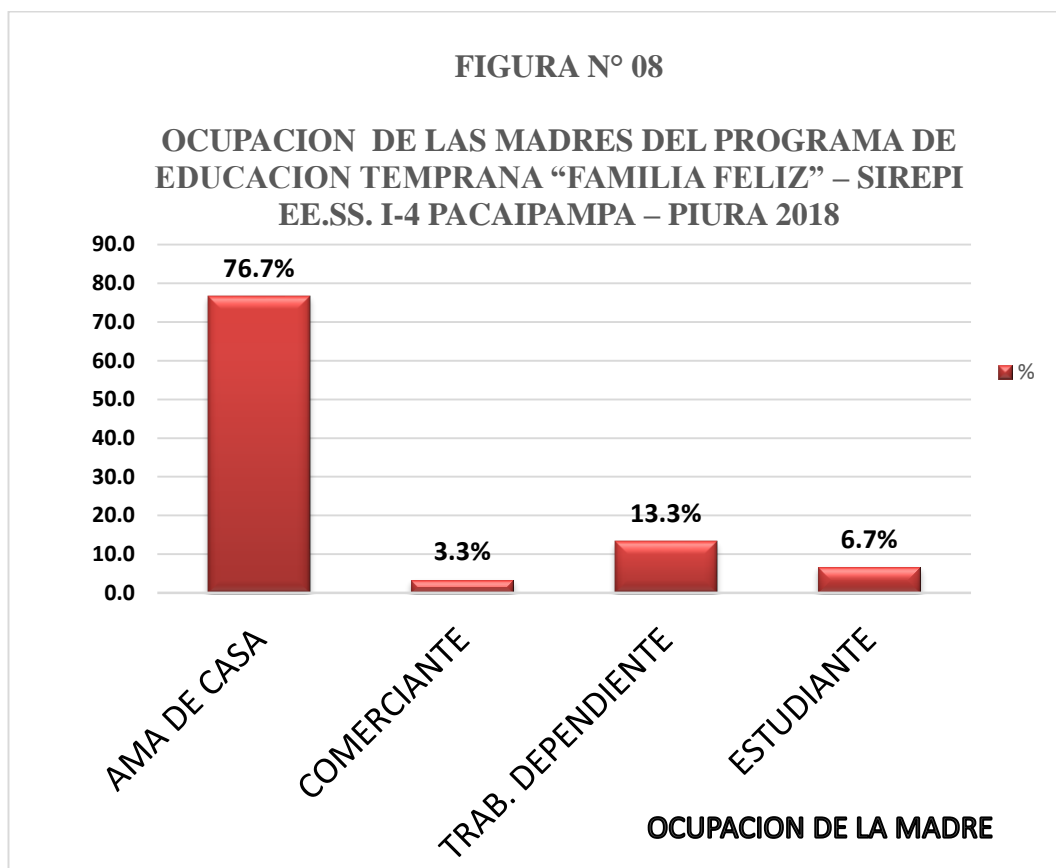


FIGURA N° 08: Se observa La **Ocupación de las madres del Programa de Educación Temprana “familia feliz” – SIREPI - EE.SS. I-4 Pacaipampa – Piura 2018**. La mayor parte de las madres de familia son Amas de casa 76.7%(23); un 13.3%(4) tienen un trabajo independientes; y un 6.7%(2) son estudiantes. Por lo que se concluye, que de las 30 madres que participaron en el programa educativo en su mayoría son amas de casa 76.7%(23)

TABLA N° 09

**EDAD DEL NIÑO DEL PROGRAMA DE EDUCACION TEMPRANA
“FAMILIA FELIZ” – SIREPI EE.SS. I-4 PACAIPAMPA – PIURA 2018**

EDAD DEL NIÑO	N°	%
0 3 MESES	6	20.0
4 A 6 MESES	6	20.0
7 A 9 MESES	12	40.0
10 A 11 MESES	6	20.0
TOTAL	30	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN SETIEMBRE PRE TEST,
OCTUBRE POST TEST.

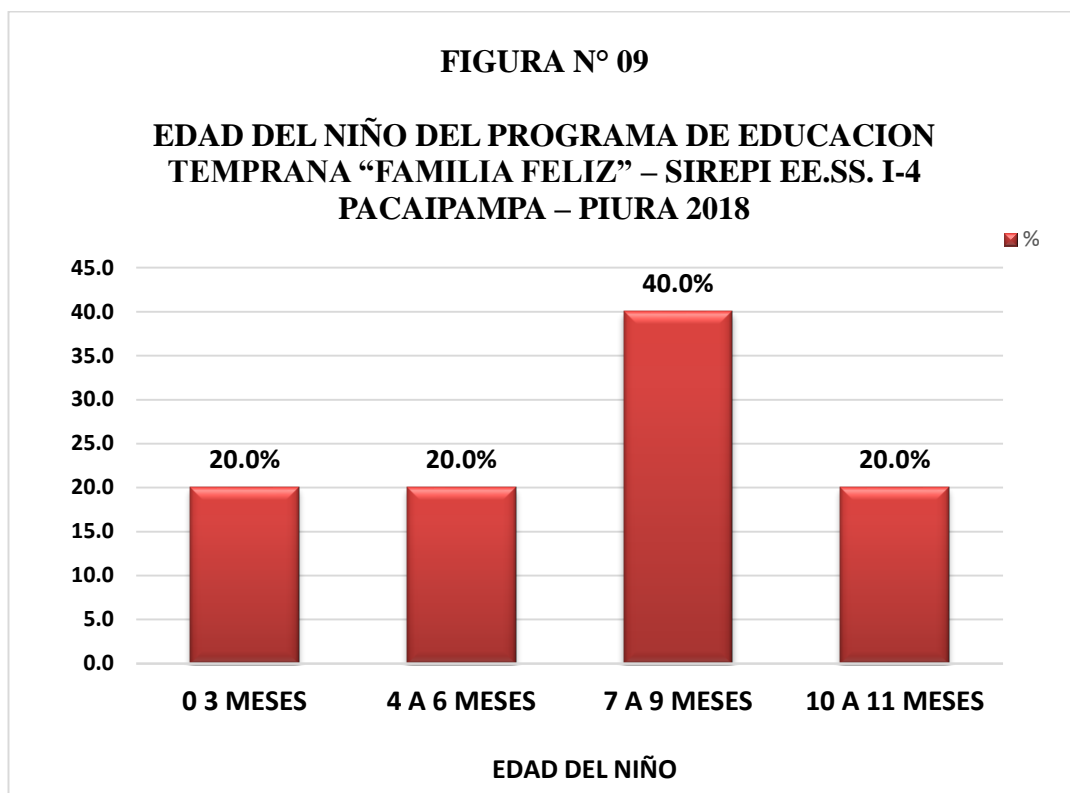


FIGURA N° 09: Se observa edad del niño del Programa de Educación Temprana “familia feliz” – SIREPI - EE.SS. I-4 Pacaipampa – Piura 2018. La mayor parte de los niños se encuentra entre los 7 a 9 meses de edad con un 40.0% (12); asimismo en los rangos de edad establecidos para el programa, el 20% (6) oscila en cada rango de edad respectivamente: 0-3 meses, 4-6 meses y de 10-11 meses. Por lo que se concluye, que de los 30 niños que formaron parte del programa educativo la mayor parte se encuentra entre los 7 a 9 meses de edad 40.0% (12)

TABLA N° 10

SEXO DEL NIÑO PROGRAMA DE EDUCACION TEMPRANA “FAMILIA FELIZ” – SIREPI EE.SS. I-4 PACAIPAMPA – PIURA 2018

SEXO DEL NIÑO	N°	%
MASCULINO	13	43.3
FEMENINO	17	56.7
TOTAL	30	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN SETIEMBRE PRE TEST, OCTUBRE POST TEST.

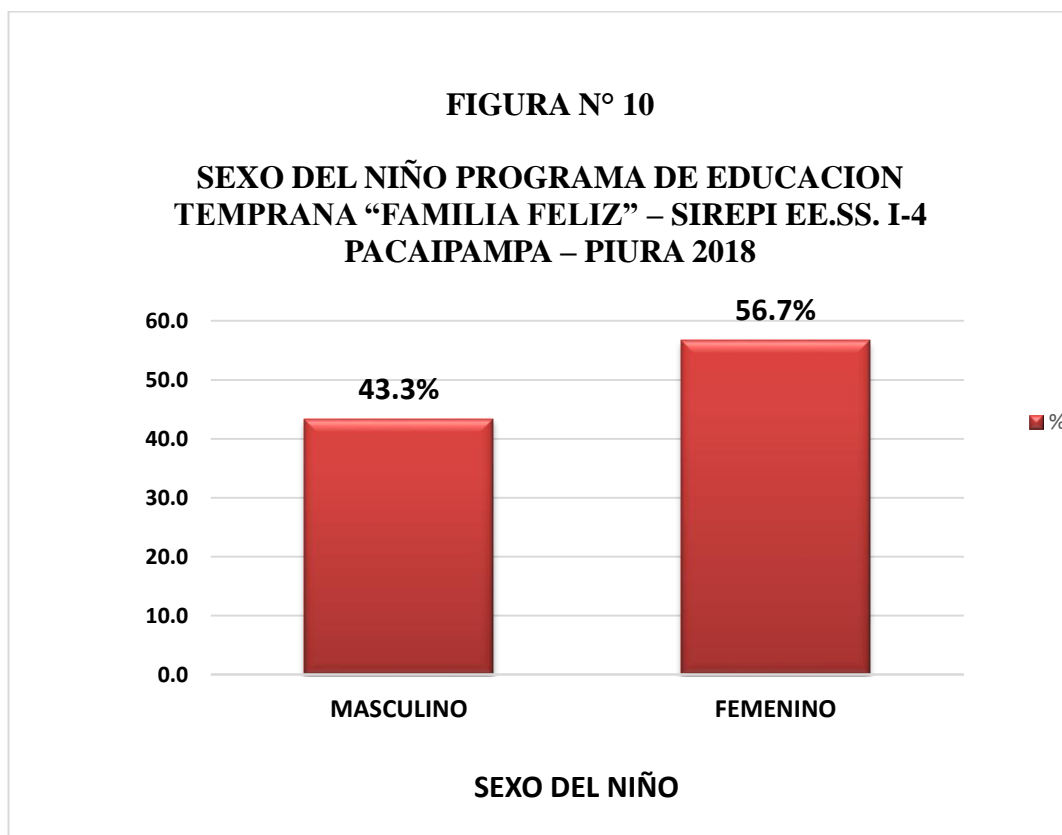


FIGURA N° 10: Se observa la distribución según el **sexo del niño del Programa de Educación Temprana “familia feliz” – SIREPI - EE.SS. I-4 Pacaipampa – Piura 2018**. El 56.7%(17) de los niños son de sexo masculino y el 43.3%(12) son de sexo femenino.

Por lo que se concluye, la mayoría de los niños que participaron en el programa educativo son de sexo masculino 56.7%(17).

TABLA N° 11

**ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DEL PROGRAMA DE EDUCACION
TEMPRANA “FAMILIA FELIZ” – SIREPI EE.SS. I-4 PACAIPAMPA –
PIURA 2018**

ESTADO NUTRICIONAL	N°	%
NORMAL	21	70.0
DESNUTRICION AGUDA	1	3.3
DESNUTRICION CRONICA	5	16.7
DESNUTRICION GLOBAL	3	10.0
TOTAL	30	100

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO EN SETIEMBRE PRE TEST,
OCTUBRE POST TEST.

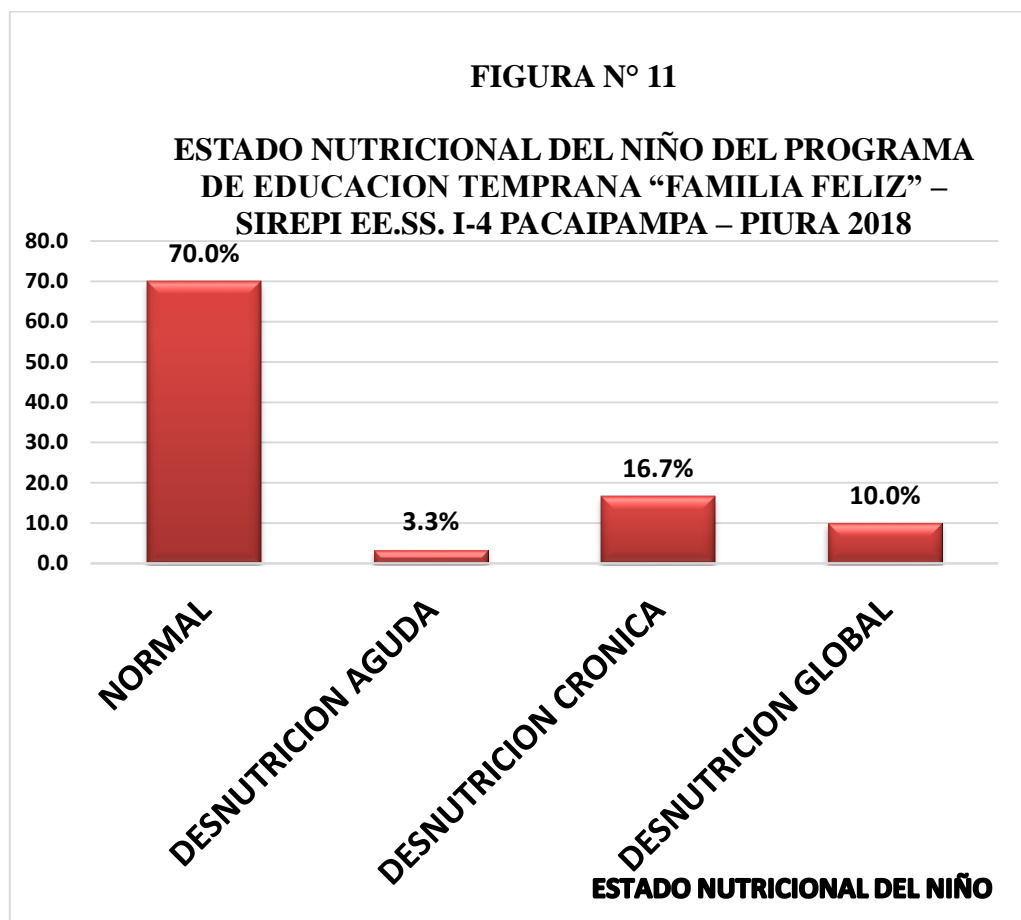


FIGURA N° 11: Se observa la distribución según el estado nutricional del niño del Programa de Educación Temprana “familia feliz” – SIREPI - EE.SS. I-4 Pacaipampa – Piura 2018. La mayoría de los niños tiene un estado nutricional normal 70.0%(21), también podemos observar que un 16.7%(5) padecen de desnutrición crónica, un 10.0%(3) tienen desnutrición global y solo un 3.3%(1) tienen desnutrición aguda.

Por lo que se concluye, con respecto al estado nutricional de los niños que participaron en el programa educativo tienen un estado nutricional normal 70.0%(21) y que el 16.7% de estos niños tiene una desnutrición crónica; es decir su talla para su edad se encuentra debajo del puntaje estándar establecido.

CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contrastación de la hipótesis

HIPOTESIS GENERAL

Para un nivel de significancia de 0.05 ($p = 0.95$) se ubica el valor de t en la tabla de valores críticos siendo este el valor de $t = -9,145$. Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna porque con la aplicación del programa se ha logrado mejorar el nivel de conocimiento de las madres sobre la alimentación complementaria.

Ha El programa educativo Familia Feliz es eficaz para mejorar el nivel de conocimiento en alimentación complementaria de las madres de niños menores de 1 año que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Pacaipampa 2018.

H0 El programa educativo familia feliz no es eficaz para mejorar el nivel de conocimiento en alimentación complementaria de las madres de niños menores de 1 año que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Pacaipampa 2018.

HIPOTESIS ESPECIFICA 1

Para un nivel de significancia de 0.05 ($p = 0.95$) se ubica el valor de t en la tabla de valores críticos siendo este el valor de $t = -2,804$. Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna porque con la aplicación del programa se ha logrado mejorar el nivel de conocimiento de las madres sobre la alimentación complementaria en su dimensión generalidades.

Ha El programa educativo Familia Feliz es eficaz para mejorar el nivel de conocimiento en alimentación complementaria en su dimensión generalidades de las madres de niños menores de 1 año que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Pacaipampa 2018.

H0 El programa educativo familia feliz no es eficaz para mejorar el nivel de conocimiento en alimentación complementaria en su dimensión generalidades de las madres de niños menores de 1 año que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Pacaipampa 2018.

HIPOTESIS ESPECÍFICA 2

Para un nivel de significancia de 0.05 ($p = 0.95$) se ubica el valor de t en la tabla de valores críticos siendo este el valor de $t = -9,562$. Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna porque con la aplicación del programa se ha logrado mejorar el nivel de conocimiento de las madres sobre la alimentación complementaria

Ha El programa educativo Familia Feliz es eficaz para mejorar el nivel de conocimiento en alimentación complementaria en su dimensión características de las madres de niños menores de 1 año que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Pacaipampa 2018.

H0 El programa educativo familia feliz no es eficaz para mejorar el nivel de conocimiento en alimentación complementaria en su dimensión características de las madres de niños menores de 1 año que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Pacaipampa 2018.

HIPÓTESIS ESPECIFICAS 3

Para un nivel de significancia de 0.05 ($p = 0.95$) se ubica el valor de t en la tabla de valores críticos siendo este el valor de $t = -1,140$. Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna porque con la aplicación del programa se ha logrado mejorar el nivel de conocimiento de las madres sobre la alimentación complementaria.

Ha El programa educativo Familia Feliz es eficaz para mejorar el nivel de conocimiento en alimentación complementaria en su dimensión

preparación de las madres de niños menores de 1 año que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Pacaipampa 2018.

H0 El programa educativo familia feliz no es eficaz para mejorar el nivel de conocimiento en alimentación complementaria en su dimensión preparación de las madres de niños menores de 1 año que asisten al Establecimiento de Salud I - 4 Pacaipampa 2018.

6.2 Contrastación de los resultados con estudios similares

Luego de haber recolectado los datos de la investigación estos fueron procesados en figura y tablas estadísticas para su mejor comprensión a fin de realizar el análisis e interpretación correspondiente en base al marco teórico e implicancia.

La edad infantil es el periodo de la vida crítico, en el que se establecen unos hábitos nutricionales óptimos para conseguir el crecimiento adecuado y evitar las enfermedades. Tal es así, que las prácticas alimentarias de los niños(as) menores de cinco años son de suma importancia para el desarrollo, ya que en los primeros años de vida hay importantes cambios físicos, cognitivos y emocionales en los que la alimentación juega un papel importante. Conocer las prácticas alimentarias que realizan los niños(as) menores de cinco años es una de las estrategias para mejorar el desarrollo integral de ellos.¹⁶

La malnutrición ha sido la causa del 60% de 10,9 millones de defunciones registradas cada año entre los niños menores de cinco años en el mundo. Más de dos tercios de esas muertes están relacionadas con prácticas inadecuadas de alimentación. La alimentación complementaria (AC) del niño se inicia a los 6 meses con la introducción de cualquier alimento que no sea leche materna o alguno de sus sucedáneos. El inicio inadecuado, las prácticas inapropiadas y los conocimientos insuficientes, traen consecuencias deletéreas importantes en la salud del niño y del futuro adulto.¹⁷

En este periodo se forma el cerebro y otros órganos vitales como el corazón, el hígado y el páncreas. Por esta razón, un individuo malnutrido durante esa etapa de su vida es más vulnerable a los efectos negativos de dicha condición. Hay que

considerar, además, que dado el rápido crecimiento de los niños en sus primeros años, los requerimientos nutricionales son más altos y específicos, y que la alimentación depende enteramente de terceros (padres o cuidadores), quienes pueden no tener los recursos y/o los conocimientos suficientes para llevar a cabo esta tarea de forma adecuada.

La disminución de la prevalencia de la desnutrición crónica y la mejora de indicadores del estado nutricional de los niños y niñas, está enmarcada en la Política Nacional desarrollada en Plan de Desarrollo Nacional del 2012 -2021, bajo la concepción estratégico del Desarrollo Humano Sostenible Basado en Derechos, cuyo objetivo nacional es garantizar la dignidad de las personas y pleno ejercicio de los derechos humanos a través de fomentar la Seguridad Alimentaria garantizada con énfasis en la nutrición adecuada de los infantes y las madres gestantes.¹²

La primera infancia es la etapa evolutiva en el desarrollo del ser humano en la que se observan los mayores cambios y transformaciones psíquicas, que se expresan cuando accede a niveles más complejos de funcionamiento y diferenciación, a partir de su maduración como organismo y su interacción en el medio. Comprende desde los 0 hasta los 5 años de vida.

De los resultados obtenidos en cuanto a los datos de la madre, según: la edad de la madre que participaron de las madres que participaron en el programa educativo el 53.3%(16) de ellas su rango de edad es 30 a 34 años de edad. Asimismo con respecto al grado de instrucción de las madres que participaron en el programa educativo tienen un grado de instrucción superior no universitaria 36.7%(11). En relación a la procedencia de la madre, de las que participaron el 60.0%(18) son de la zona rural (caseros) del distrito de Pacaipampa. De igual manera en cuanto a la ocupación de las madres de las 30 que participaron en el programa educativo en su mayoría son amas de casa 76.7%(23). Y finalmente en relación a los datos del niño: la edad del niño la mayor parte se encuentra entre los 7 a 9 meses de edad 40.0%(12) y según el sexo de los niños la mayoría que participaron en el programa educativo son de sexo masculino 56.7%(17).

En cuanto a la Figura N° 01 se observa la distribución según el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria, según la dimensión generalidades. Se encontro que en las prueba aplicada. En el PRE TEST la mayoría de las madres tiene un nivel de conocimiento alto 66.7% (27) y solo un 3.3% (1) tienen un nivel de conocimiento bajo; y en el POST TEST, este nivel de conocimiento mejora siendo el 90.0% (27) de madres presenta un nivel de conocimiento alto, y solo 10.0% (3) tienen un nivel de conocimiento medio.

Comprando con el estudio realizado por María Amada Villanueva Calderón; titulado: Efectividad de un Programa Educativo en el Nivel de Conocimiento Sobre Alimentación Complementaria - Chepén. Antes de la aplicación del programa educativo los resultados muestran un 70.0 por ciento de madres obtuvo un nivel de conocimiento medio; un 6.7 por ciento de madres obtuvo un nivel de conocimiento bajo y un 23.3 por ciento un nivel de conocimiento alto sobre alimentación complementaria. Después de la aplicación del programa educativo, en el Post test el 100.0 por ciento de madres alcanzaron un nivel de conocimiento alto.

Según la OMS la alimentación complementaria es la transición de la lactancia exclusivamente materna a los alimentos familiares, lo que se denomina alimentación complementaria, normalmente abarca el período que va de los 6 a los 24 meses de edad. Este es un periodo crítico de crecimiento en el que las carencias de nutrientes y las enfermedades contribuyen a aumentar las tasas de desnutrición en los menores de cinco años a nivel mundial.

En la Figura N° 02, se observa la distribución según el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria, según la dimensión características. Los resultados obtenidos en En el PRE TEST la mayor parte de las madres tiene un nivel de conocimiento medio o regular 60.0% (18), el 26.7% (8) madres un nivel alto y un 13.3% (4) tienen un nivel de conocimiento bajo; en el POST TEST, se observa que el 96.7% (30) de madres presenta un nivel de conocimiento alto, y solo 10.0% (3) tienen un nivel de conocimiento medio.

En el estudio realizado por Daysi Lisbet Birreo Gómez, Sarai Yohani Ayala Mendoza. Titulado: Eficacia del programa educativo “Aliméntate, crece y sé el mejor” para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación complementaria en madres primerizas con niños de 6 a 24 meses del Puesto de Salud Los Choferes – Juliaca, 2017 ²³ los resultados obtenidos: Antes de aplicar el programa, el 55,2% de las madres primerizas obtuvo un nivel de conocimiento alto, seguido de un 34,5% con un nivel de conocimiento medio y un 10,3% con un nivel de conocimiento bajo sobre alimentación complementaria, después de la aplicación del programa educativo, el 100 % de las madres obtuvo un nivel de conocimiento alto; en cuanto a las actitudes, antes del programa el 82,8% de las madres primerizas obtuvieron actitudes adecuadas, seguido de un 17,2% con actitudes inadecuadas sobre alimentación complementaria, después del programa el 100 % de las madres obtuvieron actitudes adecuadas, asimismo en cuanto a las prácticas, antes del programa el 75,9% de las madres primerizas tuvieron prácticas inadecuadas, seguido de un 24,1% con prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria, después del programa el 100% de las madres obtuvieron prácticas adecuadas.

Otro estudio realizado por María Alejandra Figueroa Girón, sobre la adherencia de las prácticas alimentarias en niños (as) menores de 5 años con las recomendaciones de la organización mundial de la salud (OMS). Se determinó que el 81.6% cuidado por la madre, el 98.6% presentaron un buen estado nutricional y el 63.7% presentó desnutrición crónica. Las prácticas alimentarias en niños menores de 6 meses fueron: el 97% reciben lactancia materna, 14% recibe sucedáneos junto con la lactancia materna, 48% reciben bebidas junto con la lactancia materna, el 10% ya inició alimentación antes de los 6 meses. De 6 a 8 meses los resultados fueron: 33% no ha iniciado alimentación complementaria, 100% continúa con la lactancia materna, 50% recibe más de tres comidas al día y 60% es alimentado por la madre. De 9 a 11 meses 53% no inició alimentos a los 6 meses, 100% continúa con la lactancia materna y reciben más de tres tiempo de comidas. De 12 a 24 meses 44% no inició alimentación complementaria a los 6 meses, 89% continúa con la lactancia materna y el 94% recibe más de tres comidas.

Asimismo muchos especialistas sugieren proveer alimentos complementarios, además de la lactancia después de los seis meses de edad, para mantener así un crecimiento saludable. A los seis meses de edad, el bebé ya ha adquirido un buen desarrollo de su aparato digestivo, su función renal y el suficiente desarrollo neuro-madurativo para la incorporación de nuevos alimentos. A partir de esa edad es importante continuar la alimentación con papillas, preparadas con leche y cereal, purés a base de hortalizas (zanahoria, zapallo y papa), puré de frutas (manzana, banana y pera) y lácteos (postres a base de almidón de maíz) a los que es importante sumar el agregado de carnes para optimizar el aporte de hierro y de aceite para incrementar el aporte energético.⁴⁰

Las prácticas alimentarias inadecuadas son a menudo un determinante de la ingesta insuficiente más importante que la disponibilidad de alimentos en el hogar. La OMS ha elaborado un protocolo para adaptar las recomendaciones alimentarias que permite a los gestores de programas identificar las prácticas alimentarias locales, los problemas frecuentes relacionados con la alimentación y los alimentos complementarios adecuados.

El protocolo se basa en la información disponible y propone la realización de estudios a domicilio para probar las recomendaciones destinadas a mejorar la alimentación. La OMS recomienda que el protocolo se utilice para idear intervenciones que mejoren la alimentación complementaria y forme parte del proceso de adaptación de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

Las investigaciones han revelado que los cuidadores necesitan un apoyo especializado para alimentar adecuadamente a los lactantes.

Se debe tener en cuenta que el niño durante su etapa de crecimiento y desarrollo adquiere y desenvuelve un sin número de habilidades, al mismo tiempo que incrementan sus requerimientos energéticos y nutricionales, por lo que la alimentación exclusiva con leche humana o artificial no puede ser igual en estas etapas de la edad pediátrica.

En la FIGURA N° 03, en la que se observa nivel de conocimiento de las madres sobre alimentacion complementaria, según la dimension Preparación. Según los resultados obtenidos; en el PRE TEST la mayoría de las madres tiene un nivel de conocimiento alto 76.7% (23), el 23.3% (7) tienen un nivel de conocimiento bajo; en el POST TEST, se observa que el 93.3% (28) de madres presenta un nivel de conocimiento alto, y solo 6.7% (2) tienen un nivel de conocimiento medio.

En el estudio realizado por Johana Rodríguez Ángel denominado Intervención Educativa sobre el Conocimiento de las Madres en la Administración de Micronutrientes en Niños de 6 a 36 meses de edad en el Centro de Salud Raúl Porras Barrenechea – Carabayllo 2016.²² El objetivo de este estudio fue determinar el efecto de la intervención educativa para incrementar el nivel de conocimientos de las madres sobre la administración de micronutrientes en niños de 6 a 36 meses en el centro salud Raúl Porras Barrenechea Carabayllo 2017. El nivel de conocimiento de las madres sobre la administración del micronutriente antes de la intervención educativa fue medio 60% con tendencia a bajo 25%. Después de la intervención el nivel de conocimiento fue 100% alto. El nivel de conocimiento de las madres sobre la administración del micronutriente antes de la intervención, según las dimensiones fue: Generalidades medio 75% con tendencia a bajo 25%. Según la dimensión preparación fue medio 50% con tendencia a bajo 30%; según la dimensión esquema fue medio 55% con tendencia a bajo 45%, según la dimensión beneficios fue bajo 50% con tendencia a medio 35%. El nivel de conocimiento de la totalidad de las madres, sobre la administración del micronutriente después de la intervención, según las dimensiones fue 100% alto en las dimensiones generalidades, preparación y beneficios. En la dimensión esquema fue alto 95% y medio 5%.

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

En la FIGURA N° 04: Se observa la distribucion en el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentacion complementaria, antes y despues de la

aplicación del programa. Antes de la aplicación del programa educativo aprox. la mitad de las madres tenían un nivel medio o regular 43.3% (13), el 36.7% (11) madres un nivel alto y un 20.0% (6) tienen un nivel de conocimiento bajo. Y después de la intervención, se muestra que el 93.3% (28) de madres presenta un nivel de conocimiento alto, y un 6.7% (2) tienen un nivel de conocimiento medio o regular.

La investigación realizada por Cisneros Poma, EP., Vallejos Esquivas, Y. Titulada: Efectividad del programa educativo en conocimientos, prácticas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6-24 meses – Reque-2014,¹⁸ los resultados obtenidos mostraron que con un 95% de confianza se estima que el programa de alimentación complementaria, tiene efecto significativo en el conocimiento en las madres de los niños de 6 a 24 meses en cuanto al valor t. Los resultados muestran que el Pos Test 96.7% de madres alcanzaron un nivel de conocimientos Alto, luego en prácticas se muestra el 76 % de las madres tenían una práctica adecuada, y el 24 % prácticas inadecuadas, finalmente 6.7 % de madres tienen actitudes inadecuadas, asimismo el 93.3 % de las madres tienen actitudes adecuadas.

En otro estudio citado; realizado por Brenda Ramos Morales, titulado: Influencia del programa educativo "Creciendo Saludable" en el nivel de conocimiento de la madre sobre el cuidado del niño menor de tres años. Programa Cuna Mas - Oyotun 2016²¹ el programa educativo presentó 4 unidades evaluadas con un pre test y post test mediante un cuestionario, calificando tres categorías: Conocimiento bajo, medio y alto, con una confiabilidad de KR 20=1.03 (alimentación); 0.93 (estimulación); 0.88 (cuidados del bebé); 0.88 (cuidados en problemas más frecuentes de salud); 0.86 (primeros auxilios). Se utilizó el SPSS 22, respetando los principios éticos y de rigor científicos. Los Resultados obtenidos fueron; un nivel de conocimientos bajo en los temas de primeros auxilios y prevención de accidentes(100%) y alimentación (62.5%); encontrándose que solo en los temas de cuidados en los problemas de salud (6.3%) y cuidados generales del menor de 3 años (25%) existe un nivel de conocimiento alto; posteriormente a la aplicación del programa se evidenció en el pos test que en promedio el 95.2% de la población se

encuentra en la categoría de nivel de conocimiento alto. En conclusión: el programa educativo influye en el incremento del conocimiento de las madres encontrándose un t Student de $p < 0.00$.

Las recomendaciones de la OMS. Todos los lactantes deben recibir lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida para lograr un crecimiento, desarrollo y salud óptimos. Y a partir de entonces, a fin de satisfacer la evolución de sus necesidades nutricionales, deben recibir alimentos complementarios nutricionalmente adecuados e inocuos, al tiempo que siguen tomando el pecho hasta los dos años o más.³²

Al contrastar con la literatura consultada dentro de la modalidad de abordaje familiar basada en acompañamiento es un campo fértil para las políticas sociales. Algunas experiencias demuestran que la calidad del vínculo y la interacción cercana con las familias mejora la forma en que participan de las oportunidades, superan la primera limitación del acceso a los servicios y logran aprovecharlos más. Además, se pueden trabajar múltiples dimensiones simultáneamente. Sin embargo, son todavía limitadas las intervenciones que cuentan con evaluaciones que aporten evidencias concretas sobre el desempeño efectivamente logrado por estos programas a nivel de resultados. Como poco se puede decir todavía acerca de los resultados de las intervenciones, se dejarán esbozadas a manera de hipótesis dos conclusiones principales:³

Según la prueba estadística t Student, el nivel de significancia de 0.05 ($p = 0.95$) se ubica el valor de t en la tabla de valores críticos siendo este el valor de $t = -9,145$. Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna porque con la aplicación del programa se ha logrado mejorar el nivel de conocimiento de las madres sobre la alimentación complementaria.

En la FIGURA N° 11: Se observa la distribución según el estado nutricional del niño del Programa de Educación Temprana “familia feliz” – SIREPI - EE.SS. I-4 Pacaipampa – Piura 2018. La mayoría de los niños tiene un estado nutricional normal 70.0%(21), también podemos observar que un 16.7%(5)

padecen de desnutrición crónica, un 10.0%(3) tienen desnutrición global y solo un 3.3%(1) tienen desnutrición aguda.

En el estudio realizado por Castro Sulca, K; denominado: “Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa CRED de un C.S SJM 2015;⁵ Se tiene que existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años de edad, en relación al nivel de conocimientos que poseen las madres sobre alimentación complementaria se tiene que en su mayoría es bajo.

En relación a la bibliografía cita; según la información preliminar del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) para el año 2013, basada en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2013, la desnutrición crónica infantil en niños menores de cinco años es de 17,5 por ciento a nivel nacional y la anemia infantil en niños entre 6 meses y 36 meses es 46,4 por ciento.²⁶ Entre 2007 y 2013, la desnutrición crónica infantil tuvo una importante disminución, de 28,5 a 17,5 por ciento, pero esta baja se ha concentrado entre 2007 y 2011, reduciéndose el ritmo de su disminución a partir de 2012. Luego de haber bajado 3,7 puntos en el año 2011 (de 23,2 por ciento en 2010 a 19,5 por ciento en 2011), la desnutrición crónica infantil descendió solamente 1,4 puntos en 2012 (de 19,5 a 18,1 por ciento) y apenas 0,6 puntos en 2013 (de 18,1 a 17,5 por ciento).

Considerando que el desarrollo integral de la infancia es fundamental para el desarrollo humano y la construcción de capital social, elementos considerados principales y necesarios para romper el ciclo de pobreza y reducir las brechas de inequidad. Y que este desarrollo infantil se expresa según el crecimiento en el incremento del peso y la talla, y el desarrollo es definido como cambios en las estructuras físicas y neurológicas, cognitivas y de comportamiento, que emergen de manera ordenada y son relativamente duraderas. Es un proceso que comienza desde la vida intra-uterina, y que envuelve varios aspectos que van desde el crecimiento físico, pasando por la maduración neurológica, comportamental, cognitiva, social y afectiva del niño.

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

6.3 Responsabilidad ética

Los autores de la presente investigación asumidos de manera responsable el aspecto ético, respetando estrictamente el principio de autonomía y el consentimiento informado en cada uno de las personas de nuestra muestra.

CONCLUSIONES

Se llegó a las siguientes conclusiones:

- El programa educativo sobre Familia Feliz fue efectivo incrementó el nivel conocimientos sobre alimentación complementaria de las madres de niños menores de 1 año, luego de la aplicación del programa educativo, lo cual fue demostrado con la prueba t de Student, obteniéndose un t calculada $-9,145$, por lo que se acepta la hipótesis de estudio; es decir, se demuestra la efectividad del programa educativo en el incremento de conocimientos sobre alimentación complementaria.
- Antes de la aplicación del programa educativo, el nivel de conocimiento de madres fue medio con 43.3%, al finalizar el programa educativo el nivel de conocimiento se incrementó a nivel alto con 93.3%.

RECOMENDACIONES

- A LAS INSTITUCIONES FORMADORAS: Propiciar la implementación del programa educativo en sus currículos de estudios para la formación de los profesionales en enfermería.
- A LAS ENFERMERAS JEFAS O COORDINADORAS. Que realizan el trabajo comunitario, aplicar el programa Familia Feliz de manera adecuada.
- A la DIRECCION REGIONAL DE SALUD: incrementar el presupuesto para contrato de personal que apoye en la implementación del programa Familia Feliz.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Creed-kanashiro, H., N Espinola y G. Prain. Fortaleciendo la nutrición infantil en Perú: desarrollo de una papilla a base de camote. [En línea] Publicado: Abril-2007. [Revisado: 20/07/2018]CIP: Lima, Perú. Instituto de investigación nutricional. Revista: Urban Harvest-IIN. DISPONIBLE EN: <http://cipotato.org/wp-content/uploads/2014/08/003795.pdf>
2. Burgess, A., Glasauer, P. guía de nutrición de la familia. Prevención y control de la malnutrición. FAO. [EN LINEA] ROMA-2006. [Revisado: 20/07/2018] PAG 109-119. DISPONIBLE EN:
<http://www.fao.org/docrep/pdf/008/y5740s/y5740s15.pdf>
3. Jara, P., Sorio, R. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Análisis de modalidades de acompañamiento familiar en programas de apoyo a poblaciones vulnerables o en situación de pobreza. [EN LINEA] División de Protección Social y Salud. Nota Técnica # IDB-TN-545. EE.UU-Mayo 2013 [Revisado: 23/07/2018] DISPONIBLE EN:
[http://www4.congreso.gob.pe/dgp/didp/boletines/03_2013/imagenes/culturales/10 .An%C3%A1lisis_modalidades_acompa%C3%B1amiento.pdf](http://www4.congreso.gob.pe/dgp/didp/boletines/03_2013/imagenes/culturales/10_An%C3%A1lisis_modalidades_acompa%C3%B1amiento.pdf)
4. MINSA. Pautas básicas para la consejería en alimentación infantil. [EN LINEA] ISBN : 9972-878-04-X. © Proyecto Salud y Nutrición Básica - Lima, Enero 2001 [18/08/2018] DISPONIBLE EN:
http://bvs.minsa.gob.pe/local/PSNB/71_pautasbas.pdf

5. Castro Sullca, K. Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. [TESIS] Programa CRED de un C.S S.J.M 2015. UNMSM. LIMA-2016 [Revisado: 18/08/2018] DISPONIBLE EN:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4699/Castro_sk.pdf?sequence=1

6. Programa de Educación Temprana “Familia Feliz” Atención a la infancia en el hogar. [EN LINEA] Inversión en la infancia. blog de noticias. Edición 121. Abril - 2014. [Revisado: 18/08/2018] DISPONIBLE EN:
<https://inversionenlainfancia.net/blog/entrada/experiencia/179/0>

7. Wisbaum, W. La desnutrición infantil. Unicef. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. [EN LINEA] Edita: UNICEF España C/ Mauricio Legendre. Noviembre 2011 [Revisado: 16/08/2018] DISPONIBLE EN: <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>

8. Ribeiro Gandra, Y. asistencia alimentaria por medio de centros de educación y alimentación del preescolar. [EN LINEA] Departamento de Nutrición, Facultad de Salud Pública, São Paulo, Brasil. Pág. 302-314. Boletín de la oficina sanitaria panamericana. [Revisado: 16/08/2018] DISPONIBLE EN:
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/10858/v74n4p302.pdf?sequence=1>

9. Cuadros-Mendoza CA., et al. Actualidades en alimentación complementaria. [EN LINEA] Artículo de revisión Acta Pediatr Mex. MAYO-2017. [Revisado: 16/08/2018] 38(3):182-201. DISPONIBLE EN:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2017/apm173f.pdf>

10. OMS. Alimentación complementaria. [EN LINEA] Nutrición. 2018-WHO. [Revisado: 16/08/2018] DISPONIBLE EN:
http://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/
11. Documento Técnico “Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud”. [EN LINEA] Acciones a Desarrollar en el Eje Temático de Alimentación y nutrición saludable. Dirección General de Promoción de la Salud. 2006 [Revisado: 18/07/2018] DISPONIBLE EN:
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe//descargas/ogc/especiales/2007/nutricion/archivos/ALIMENTACION6MESESA24.pdf>
12. PROGRAMA PRESUPUESTAL PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL. [EN LINEA] Directiva N° 003-2015-EF/50.01. Resolución Directoral N° 021-2015-EF/50.01. 2017. [Revisado: 18/08/2018] DISPONIBLE EN:
https://www.minsa.gob.pe/presupuestales2017/archivos_apelacion/anexo2/anexo2-ARTICULADO%20NUTRICIONAL.pdf
13. Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, [EN LINEA] Primer Semestre 2017. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 50% [Revisado: 18/08/2018] DISPONIBLE EN:
https://proyectos.inei.gob.pe/endes/images/Indicadores_Resultados_PPR_Primer_Semestre_2017.pdf
14. Cruzado, V. Análisis del impacto del Programa Presupuestal Articulado Nutricional (PAN) sobre la desnutrición crónica en niños menores de 5 años. [EN LINEA] DT-01/2012. MEF.[Revisado: 18/08/2018] DISPONIBLE EN:
https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/estudios/PAN_final_fusionado.pdf

15. Gobierno Regional Piura. Gerencia de Desarrollo Social. Sistema Regional de Atención Integral de la Primera Infancia (SIREPI). Meta 2015-2018.sirepi info 4(1) [EN LINEA][Revisado: 18/08/2018] DISPONIBLE EN:
http://www.regionpiura.gob.pe/documentos/grds/sirepiinfo_1.pdf
16. Figueroa Girón, MA. Adherencia de las prácticas alimentarias en niños (as) menores de 5 años con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). [TESIS] Universidad Rafael Landívar [EN LINEA] Estudio realizado en la Aldea Paxoj del Municipio de Huitán, Quetzaltenango, Guatemala, 2014. [Revisado: 16/08/2018] DISPONIBLE EN:
<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/09/15/Figueroa-Maria.pdf>
17. Sierra Zúñiga, MF., Holguín, C., Mera Mamián, A., Delgado-Noguera, M., Conocimientos maternos sobre alimentación complementaria en Latinoamérica: revisión narrativa. [TESIS] ISSN: 2538-9971 [EN LINEA] Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad del Cauca. Vol. 19, Núm. 2 (2017) [revisado: 16/08/2018] DISPONIBLE EN:
<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/09/15/Figueroa-Maria.pdf>
18. Cisneros Poma, EP., Vallejos Esquives, YY. Efectividad del programa educativo en conocimientos, practicas, actividades sobre alimentación complementaria de madres con niños de 6 -24 meses – Reque-2014. [TESIS] Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo, enero de 2015.[Revisado: 16/08/2018] DISPONIBLE EN: -
<http://tesis.usat.edu.pe/xmlui/handle/usat/360> -
http://tesis.usat.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/usat/360/TL_CisnerosPomaEvelin_VallejoEsquivesYacarly.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. Villanueva Calderón, MA. Efectividad de un Programa Educativo en el nivel de Conocimiento sobre Alimentación Complementaria. Chepén. [TESIS] [EN

LINEA] Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo – Perú 2014 [Revisado: 18/08/2018] DISPONIBLE EN: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/8668>
<http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/8668/2E%20340.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

20. Bautista Gómez, M. Conocimiento y prácticas de cuidado del niño menor de tres años en la prevención de la desnutrición infantil en el distrito de Acocro Ayacucho 2015 [TESIS] [EN LINEA] Repositorio, Universidad Nacional Federico Villareal. Año 2018 [Revisado: 18/08/2018] DISPONIBLE EN:
<http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1968>

21. Ramos Morales, BA. Influencia del Programa Educativo "Creciendo Saludable" en el nivel de conocimiento de la madre sobre el cuidado del niño menor de tres años. Programa Cuna Mas - Oyotun 2016. [TESIS] Universidad Señor de Sipán. Pimentel, Junio del 2016 [Revisado: 18/08/2018] DISPONIBLE EN:
<http://www.pead.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/524/RAMOS%20MORALES%20BRENDA%20ANAL%CD.pdf;jsessionid=F7F0A52ED4156EFF35318E37949F601B?sequence=1>

22. Rodríguez Ángel, J. Intervención Educativa sobre el Conocimiento de las Madres en la Administración de Micronutrientes en Niños de 6 a 36 meses de edad en el Centro de Salud Raúl Porras Barrenechea – Carabayllo 2016: [TESIS] Universidad Cesar Vallejo.(Repositorio) Lima – Perú 2017 [Revisado: 18/08/2018] DISPONIBLE EN:
http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/6001/Rodriguez_AJ.pdf?sequence=1&isAllowed=y

23. Birreo Gómez, DL., Ayala Mendoza, SY. Eficacia del programa educativo “Aliméntate, crece y sé el mejor”. [TESIS] Repositorio: Universidad Peruana Unión. Juliaca, julio de 2017.[Revisado: 18/08/2018] DISPONIBLE EN: -
<http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/715> -

http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/715/Daysi_Tesis_bachiller_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y

24. Vargas Córdova, JZ. Actitudes de las Madres de Niños de 6 a 36 Meses hacia la Suplementación con Multimicronutrientes en un Establecimiento de Salud de Lima, 2016. [TESIS] Repositorio: UNMSM- LIMA - 2016 [Revisado: 16/08/2018] DISPONIBLE EN:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5905/Vargas_cj.pdf?sequence=1

25. Yagui M, et al. Construcción de la agenda de investigación en desnutrición infantil en el Perú, periodo 2012-2016. [TESIS] REV. PERU. EPIDEMIOL. VOL 16 No 2. 2 AGOSTO 2012., pp. 96-103 [Revisado: 18/08/2018] ARTICULO ORIGINAL. DISPONIBLE EN:

<http://www.redalyc.org/pdf/2031/203124632006.pdf>

26. Inversión en la infancia-Perú. Gobierno anuncia relanzamiento de la lucha contra desnutrición crónica y anemia infantil. [EN LINEA] Plan Nacional 2014 – 2016. Blog de noticias Edición 121. Abril 2014. [Revisado: 16/08/2018] DISPONIBLE EN: <https://inversionenlainfancia.net/blog/entrada/noticia/2208>

27. Inversión en la Infancia. Expertos analizan qué pasa con la desnutrición y la anemia infantil. Blog de noticias Edición 121. Abril 2014. [Revisado: 16/08/2018] DISPONIBLE EN:

<https://inversionenlainfancia.net/blog/entrada/noticia/2206>

28. Inversión en la Infancia. El riesgo de aumentar las cabezas de la hidra de Lerna. Blog de noticias Edición 121. Abril 2014. [Revisado: 16/08/2018] DISPONIBLE EN: <https://inversionenlainfancia.net/blog/index/134>

29. Cuna Más brinda servicio a domicilio a gestantes y niños de zonas rurales: LIMA. Publicado: 27/11/2017. ANDINA: Agencia Peruana de Noticias <https://andina.pe/agencia/noticia-cuna-mas-brinda-servicio-a-domicilio-a-gestantes-y-ninos-zonas-rurales-691042.aspx>
30. Torres Sansotta, AL. Análisis y Propuestas de Mejora al Diseño del Modelo del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional CUNA MÁS de Perú.[TEIS] [EN LINEA] Repositorio: Universidad de Chile-2015. [Revisado: 04/10/2018] DISPONIBLE EN: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/137788/Analisis-y-propuestas-de-mejora-al-diseno-del-modelo-del-servicio-de-cuidado-diurno-del-Programa-Nacional-Cuna.pdf?sequence=1>
31. AGUDO, A. Condena de por vida de la desnutrición infantil [EN LINEA] Diario el país. Madrid 14-OCT-2016 [Revisado: 18(08/2018] Edición el país S.L. DISPONIBLE EN: https://elpais.com/elpais/2016/10/07/planeta_futuro/1475833790_799620.html?rel=mas
32. OMS: Alimentación complementaria. [EN LINEA] Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA). Actualizado 26 de septiembre de 2018 [Revisado: 18/08/2018] DISPONIBLE EN: http://www.who.int/elena/titles/complementary_feeding/es/
33. UNICEF. 5 formas de acabar con la desnutrición infantil [EN LINEA] Revisado: 18/08/2018. DISPONIBLE EN: <https://www.unicef.es/blog/5-formas-de-acabar-con-la-desnutricion-infantil>
34. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, et al. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. JPGN. 2017; 64:119-132.

35. OPS/OMS. La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Washington, D.C.: OPS 2010.
36. Naylor AJ, Morrow A. Developmental Readiness of Normal Full Term Infants to Progress from Exclusive Breastfeeding to the Introduction of Complementary Foods: Reviews of the Relevant Literature Concerning Infant Immunologic, Gastrointestinal, Oral Motor and Maternal Reproductive and Lactational Development. Washington, DC: Wellstart International and the LINKAGES Project/Academy for Educational Development, 2001.
37. Kelly EJ, Newell SJ, Brownlee KG, Primrose JN, Dear PR. Gastric acid secretion in preterm infants. *Early Hum Dev.* 1993;35:215-220.
38. Kashtanova DA, Popenko AS, Tkacheva ON, Tyakht AB, Alexeev DG, Boytsov SA. Association between the gut microbiota and diet: Fetal life, early childhood, and further life. *Nutrition.* 2016;32(6):620-7.
39. Lázaro Almarza, A y Marín-Lázaro, JF. Alimentación del lactante sano. [EN LINEA] Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. Revisado: 20/09/2018. DISPONIBLE EN: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2-alimentacion_lactante.pdf
40. Castro Sullca, KV. Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa CRED de un C.S SJ.M 2015. [TESIS] [EN LINEA] Repositorio: UNMSM. Revisado. 16/08/2018. DISPONIBLE EN: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4699/Castro_sk.pdf?sequence=1

41. Alimentación y Nutrición del niño pequeño: Memoria de la Reunión Subregional de los Países de Sudamérica, 2-4. Washington.OPS.2009:p14.
42. Jesús M Hernández Rivas. Dpto Medicina Servicio de Hematología, HUSalamanca. Metodología en investigación clínica. Tipos de estudios [EN LINEA] Revisado: 20/09/2018. DISPONIBLE EN:
<http://fournier.facmed.unam.mx/deptos/seciss/images/investigacion/22.pdf>
43. Conceptualización de la Educación para la Salud [EN LINEA] Revisado: 20/09/2018. DISPONIBLE EN:
<https://www.uv.mx/personal/yvelasco/files/2010/07/la-educacion-para-la-Salud.ppt>
44. Prescott SL1, Smith P, Tang M, Palmer DJ, Sinn J, Huntley SJ, et al. The importance of early complementary feeding in the development of oral tolerance: Concerns and controversies. *Pediatr Allergy Immunol.* 2008; 19:375-80.
45. Akobeng AK, Ramanan AV, Buchan I, Heller RF. Effect of breast feeding on risk of coeliac disease: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Arch Dis Child.* 2006; 91:39-43.
46. Vriezinga SL, Auricchio R, Bravi E, Castillejo G, Chmielewska A, Crespo Escobar P, et al. Randomized feeding intervention in infants at high risk for celiac disease. *N Engl J Med.* 2014; 371:1304-15.
47. Lionetti E1, Castellaneta S, Francavilla R, Pulvirenti A, Tonutti E, Amarri S, et al. Introduction of gluten, HLA status, and the risk of celiac disease in children. *N Engl J Med.* 2014; 371:1295-303.

48. Perkin MR, Logan K, Tseng A, Raji B, Ayis S, Peacock J, et al. Randomized Trial of Introduction of Allergenic Foods in Breast-Fed Infants. N Engl J Med. 2016;374 (18):1733- 43.

49. I Definición ABC [EN LINEA] DISPONIBLE EN:
<https://www.definicionabc.com/salud/programa-salud.php>

ANEXOS

Anexo 1: Instrumento validado



ENCUESTA DIRIGIDA A LA MADRE DEL NIÑO

Muy buenos días señora. Somos alumnos de enfermería de la Universidad Nacional del Callao – Facultad Ciencias de la Salud y en coordinación con el Establecimiento de salud estamos realizando un trabajo de investigación que lleva por título: Efectividad del programa de educación temprana “familia feliz”-SIREPI, en el nivel de conocimientos de las madres con niños menores de un año sobre alimentación complementaria que asisten al EE. SS. I - 4 Pacaipampa. Le agradecemos, anticipadamente su valiosa colaboración.

I. INSTRUCCIONES:

El cuestionario tiene dos partes, la primera está referida a los datos generales, la segunda corresponde a la información que maneja sobre alimentación complementaria. Por favor lea detenidamente y responda a todas las preguntas, señale con una sola x una sola respuesta, la que considere más adecuada.

II. Datos generales

1. Edad de la madre:

- a) 15 a 19 b) 20 a 24 c) 25 a 29
d) 30 a 34 e) 35 a más

2. Lugar de nacimiento:

- a) Zona Rural b) Zona Urbana

3. Grado de instrucción:

- a) Analfabeto b) primaria Incompleta c) primaria completa
d) Secundaria incompleta e) Secundaria Completa f) superior

4. Ocupación:

- a) Ama de casa b) comerciante c) Empleada dependiente
d) estudiante

b) DATOS RELACIONADOS CON EL NIÑO:

5. Edad del Niño:

- a) 0 a 3 meses b) 4 a 6 meses c) 7 a 9 meses d) 10 a 11 meses

6. Sexo:

- a) Masculino b) Femenino

7. Diagnóstico del estado nutricional (carné):

- a) Normal b) Desnutrido Agudo c) Desnutrición Crónica
d) Desnutrición Global

8. Dentición (número de dientes):

- a) 0 a 2 b) 3 a 4 c) 5 a 6 d) de 6 más

II. Datos Específicos

Generalidades.

9. Qué entiende Ud. por alimentación complementaria?

- a) Sólo leche materna
 b) Inclusión de alimentos semisólidos en la dieta del niño más leche materna
c) Inclusión de alimentos sólidos a la dieta del niño sin leche materna
d) inclusión de sopas más leche materna

10. A qué edad se debe empezar a dar otros alimentos aparte de la leche materna a su niño?

- a) 4 meses b) 5 meses
 c) 6 meses d) 7 meses

Características

11. ¿Qué tipo de alimento se debe dar al niño al inicio de la alimentación complementaria aparte de la leche materna?

- a) Sopas b) purés y mazamorras c) sopas y jugos
d) comida de la olla familiar

12. **¿Qué consistencia debe tener los alimentos que le da a su niño?**
a) Aplastados b) licuado c) líquida d) en trozos
13. **¿Cuántas veces al día se debe de brindar los alimentos al niño?**
a) 2 veces b) 3 veces c) 4 veces d) 5 veces
14. **¿Cuál es la cantidad que debe comer su niño al inicio de la alimentación?**
a) 3 a 5 cucharadas b) ½ taza c) ¾ de taza d) 1 taza
15. **¿Qué combinación cree Ud. que es adecuada para el almuerzo de su niño?**
a) puré + hígado + fruta o jugo de fruta
b) arroz + hígado + mate de hierba
c) puré de papa + jugo de fruta
d) caldo de hueso de res + jugo de frutas
16. **¿Qué alimento debe agregar a la alimentación del niño de 10 meses de edad?**
a) Cítricos b) clara del huevo c) ¾ de yema de huevo
d) pescado
17. **¿Qué alimento debe de agregar a la alimentación del niño de 8 meses de edad?**
a) Clara del huevo b) menestras sin cáscara c) cítricos
d) comida de la olla familiar
18. **¿Qué tipo de alimento debe consumir el niño de 12 meses de edad?**
a) continuar con los purés
b) sopas
c) comida de la olla familiar y leche materna
d) leche materna y purés
19. **¿Cree Ud. que la sopa es un alimento importante?**
a) Sí b) No

Preparación

20. **¿Cuáles son las medidas de higiene para la alimentación de su niño?**

- a) Lavado de manos + Lavado de los alimentos y mantener los alimentos fuera de los insectos.
- b) Lavado de los alimentos + preparación de papilla
- c) Conservación de los alimentos
- d) Conservación + lavado de alimentos.

Fuente: Jenny Rocío Benites Castañeda, 2008
Modificada por tesistas.

Gracias por su colaboración

Anexo 2: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, identificado con DNI:, a través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación y que me puedo retirar cuando yo desee. Asimismo declaro haber recibido suficiente información sobre la investigación titulada: “EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE EDUCACION TEMPRANA “FAMILIA FELIZ”-SIREPI, EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE UN AÑO SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA QUE ASISTEN AL EE. SS. I - 4 PACAIPAMPA – AÑO 2018”. Respecto a mi participación me han explicado que consiste en responder un cuestionario de aproximadamente 7 minutos, que contiene 11 preguntas de conocimiento sobre alimentación complementaria.; y tengo la plena confianza de que la información vertida en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confió en que la investigación utilizara adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad. Autorizo la publicación de los resultados en alguna revista científica.

Fecha:

Firma del participante de la investigación

Anexo 3:

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

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

Si $P < 0.05$ la concordancia es significativa

Favorable = 1 (SI)

Desfavorable = 0 (NO)

Anexo 4:

PRUEBA DE CONFIABILIDAD
CÁLCULO DEL COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD
KUDER RICHARSON

Procedimiento:

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

Donde:

$X > 0.5$ para que sea confiable

$K = N^{\circ}$ de ítem

$S =$ Varianza (Desviación estándar al cuadrado)

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

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

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

Donde:

$K = 14$

$S = 19$

$\sum \% p \times \% q = 2.23$

Reemplazando:

$$X = \frac{14}{13} \frac{1 - 2.23}{19} = 0.95$$

$X =$ Instrumento Confiable

Anexo 5:

TABLA MATRIZ

Usuario	Preguntas												Total
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	9
2	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	8
3	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	8
4	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	7
5	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	8
6	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	6
7	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	7
8	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	10
9	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	7
10	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	10
11	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	8
12	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	10
13	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	8
14	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	9
15	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	5
16	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	7
17	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	5
18	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	5
19	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	10
20	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	9
21	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	4
22	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	10
23	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	7
24	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	7
25	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	7
26	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	9
27	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	9
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	11
30	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	7
31	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	10
32	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	11
33	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	6
34	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
35	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	7
36	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	11
37	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	7
38	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	6
39	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	4
40	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	8
41	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	7
42	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	8
43	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	11
44	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	9

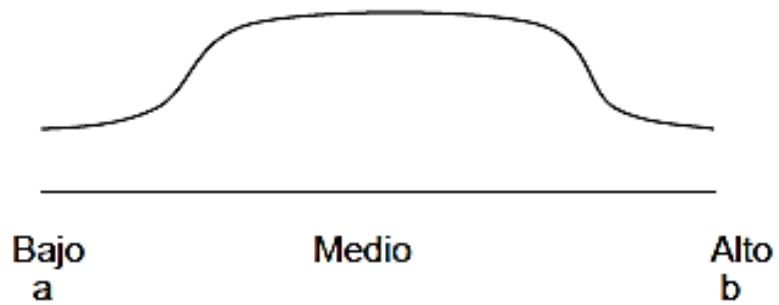
45	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	8
46	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	8
47	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	7
48	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	11
49	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	10
50	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	9
Total	37	33	25	49	19	29	41	14	43	42	32	44	408

Desviación Estandar: 1.95

Media: $408/50= 8,16$

Anexo 6:

**MEDICIÓN DE LA VARIABLE NIVEL DE CONOCIMIENTO ESCALA
DE STANONES**



Donde según la formula de Stanones

$$a = X - 0,75 (DS)$$

$$b = X + 0,75 (DS)$$

Desviación Estándar

$$DS = \sqrt{\sum (X - \bar{X})^2 / n}$$

Realizando cálculos:

D.S. 1.95

Media: $408/50 = 8,16$

Reemplazando:

$$a = 8,16 - 0,75 (1,95)$$

$$a = 6,4 = 7$$

$$b = 8,16 + 0,75 (1,95)$$

$$b = 9,3 = 9$$

Categorizando el cuestionario:

Conocimiento alto: 9 -12

Conocimiento medio: 7 -8

Conocimiento bajo: 0 -6

MATRIZ DE CONSISTENCIA:

“EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN TEMPRANA “FAMILIA FELIZ”- SIREPI EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS LAS MADRES CON NIÑOS MENORES DE UN AÑO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA QUE ASISTEN AL E.S. I - 4 PACAIPAMPA – AÑO 2018”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA
¿Cuál es la efectividad del programa de educación temprana “familia feliz” – SIREPI en el nivel de conocimiento de las madres con niños menores de un año sobre alimentación complementaria E.S. I - 4 PACAIPAMPA – AÑO 2018?	Determinar la efectividad del programa de educación temprana “familia feliz” SIREPI en el nivel de conocimiento de las madres con niños menores de un año sobre alimentación complementaria E.S. I - 4 PACAIPAMPA – AÑO 2018	“si el programa de educación temprana “familia feliz” SIREPI es efectivo, entonces el nivel de conocimiento de las madres, incrementará/mejorará en alimentación complementaria”	Tipo de estudio: Aplicada, cuantitativa, nivel aplicativo prospectivo, longitudinal.
- ¿Cómo es el nivel de conocimientos de las madres con niños menores de un año sobre alimentación	- Identificar el nivel de conocimientos de las madres con niños menores de un año sobre alimentación	- “El nivel de conocimientos de las madres con niños menores de un año sobre alimentación complementaria antes del programa de educación	Diseño: Pre - experimental, con pre-prueba y post-

<p>complementaria antes del programa de educación temprana “Familia Feliz”- SIREPI en el E.S. I - 4 Pacaipampa – año 2018?</p> <p>- ¿Cómo es el nivel de conocimientos de las madres con niños menores de un año sobre alimentación complementaria después del programa de educación temprana “Familia Feliz”- SIREPI en el E.S. I - 4 Pacaipampa – año 2018?</p> <p>- ¿Cuál es la diferencia del nivel de conocimientos de</p>	<p>complementaria antes del programa de educación temprana “Familia Feliz”- SIREPI en el E.S. I - 4 Pacaipampa – año 2018</p> <p>- Identificar el nivel de conocimientos de las madres con niños menores de un año sobre alimentación complementaria después del programa de educación temprana “Familia Feliz”- SIREPI en el E.S. I - 4 Pacaipampa – año 2018.</p> <p>- Establecer la diferencia del nivel de conocimientos de</p>	<p>temprana “Familia Feliz” - SIREPI en el E.S. I - 4 Pacaipampa – año 2018 es bajo”</p> <p>- “El nivel de conocimientos de las madres con niños menores de un año sobre alimentación complementaria después del programa de educación temprana “Familia Feliz” - SIREPI en el E.S. I - 4 Pacaipampa – año 2018 es alto”</p> <p>- Existe diferencia del nivel de conocimientos de las madres</p>	<p>prueba sin grupo control.</p>
---	---	--	----------------------------------

<p>las madres con niños menores de un año sobre alimentación complementaria antes y después del programa de educación temprana “Familia Feliz-SIREPI en el E.S. I - 4 Pacaipampa – año 2018?</p>	<p>las madres con niños menores de un año sobre la prevención alimentación complementaria antes y después del programa de educación temprana “Familia Feliz-SIREPI en el E.S. I - 4 Pacaipampa – año 2018.</p>	<p>con niños menores de un año sobre alimentación complementaria antes y después del programa de educación temprana “Familia Feliz-SIREPI en el E.S. I - 4 Pacaipampa – año 2018</p>	
--	--	--	--