



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**“INTERVENCIÓN EDUCATIVA “ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN”
DIRIGIDO A LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES
ATENDIDOS EN EL C.S DANIEL ALCIDES CARRION. VILLA
MARIA DEL TRIUNFO. 2014”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA**

BACHILLER:

VALENZUELA MARTOS JULIO

ASESORA:

Mg. JENNY MILAGRO SÁNCHEZ DELGADO

LIMA - PERÚ, 2018

**“INTERVENCIÓN EDUCATIVA “ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN”
DIRIGIDO A LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES
ATENDIDOS EN EL C.S DANIEL ALCIDES CARRION. VILLA
MARIA DEL TRIUNFO. 2014”**

Dedicado a mis padres quienes siempre han estado a mi lado dándome fuerza con sus palabras de aliento para continuar luchando día a día por alcanzar mis objetivos y por todo el amor que me dieron, gracias

Quiero expresar mi gratitud a la Universidad Alas Peruanas en especial a la Dr. Fernanda Gallegos de Bernaola Directora de la Escuela Profesional de Enfermería por la formación académica impartida.

A mis docentes, eternos educadores, por su ejemplo día a día, sus conocimientos, y sus experiencias compartidas.

A mi familia, amigos, compañeros que siempre creyeron en mí.

RESUMEN

La presente investigación titulada “Intervención educativa “alimentación y nutrición” dirigido a las madres de niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión. Villa María del triunfo. 2014”. Cuyo objetivo fue determinar la intervención educativa “alimentación y nutrición” dirigido a las madres de niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión. De diseño descriptivo, de tipo cuantitativo de corte longitudinal, de nivel aplicativo, cuasi experimental. La muestra estuvo conformada por las 217 madres de niños de 6 a 12 meses. Llegando a las conclusiones:

La mayoría de las madres de niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión, fluctúan entre los 20 a 25 años, tienen secundaria completa, son de la sierra, son convivientes, solo tienen un hijo, su condición laboral es dependiente. La mayoría de los niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión, cursan el 6to mes, predomina el género femenino, nacieron por parto normal, tuvieron buen peso al nacer, toman LME, inicio la alimentación complementaria al 6to mes, han tenido IRAS, y están en riesgo de nutrición. La intervención educativa “alimentación y nutrición” dirigido a las madres de niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión, conocen sobre el inicio de la alimentación complementaria, Alimentación complementaria intermedia, Alimentación complementaria final, siendo Efectiva la intervención educativa. La intervención educativa “alimentación y nutrición” dirigido a las madres de niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión, antes de la intervención muy pocos conocen sobre el inicio alimentación complementaria, Alimentación complementaria intermedia Alimentación complementaria final. La intervención educativa “alimentación y nutrición” dirigido a las madres de niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión, después de la intervención la mayoría conocen sobre alimentación complementaria intermedia, Alimentación complementaria final, siendo Efectiva la intervención educativa

Palabras claves: alimentación complementaria, estado nutricional

ABSTRACT

The present research entitled "Educational intervention" food and nutrition "aimed at mothers of children from 6 to 12 months assisted in C.S Daniel Alcides Carrión. Villa María del triunfo. 2014". Whose objective was to determine the educational intervention "feeding and nutrition" directed to the mothers of children from 6 to 12 months attended in the C.S Daniel Alcides Carrión. Of descriptive design, of quantitative type of longitudinal section, of application level, quasi-experimental. The sample consisted of 217 mothers of children from 6 to 12 months. Arriving at the conclusions:

The majority of mothers of children from 6 to 12 months attended in the CS Daniel Alcides Carrión, fluctuate between 20 to 25 years, have high school, are from the mountains, live together, have only one child, their working condition is dependent . The majority of children aged 6 to 12 months treated in the CS Daniel Alcides Carrión, attend the 6th month, predominantly female, born by normal delivery, had good birth weight, take LME, start supplementary feeding to the 6th month, They have had IRAS, and are at risk of nutrition. The educational intervention "food and nutrition" aimed at mothers of children aged 6 to 12 months attended in the C.S Daniel Alcides Carrión, know about the start of complementary feeding, intermediate complementary feeding, final complementary feeding, being effective educational intervention. The educational intervention "feeding and nutrition" directed to the mothers of children from 6 to 12 months attended in the C.S Daniel Alcides Carrión, before the intervention very few know about the beginning complementary feeding, Complementary complementary feeding Complementary complementary feeding. The educational intervention "food and nutrition" aimed at mothers of children from 6 to 12 months assisted in C.S Daniel Alcides Carrión, after the intervention most know about intermediate complementary feeding, final complementary feeding, being effective educational intervention

Keywords: complementary feeding, nutritional status

INDICE

Pág.

RESUMEN

ABSTRAC

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	4
1.2.1. Problema General	4
1.2.2. Problemas Específicos	4
1.3. Objetivos de la investigación	4
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos	4
1.4. Justificación del estudio	5
1.5. Limitaciones de la investigación	5

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio	6
2.2. Base teórica	9
2.3. Definición de términos	29
2.4. Variables	30
2.4.1. Definición conceptual de la variable	30
2.4.2. Definición operacional de la variable	30
2.4.3. Operacionalización de la variable	30

CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	32
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	32
3.3. Población y muestra	32
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	33
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	33
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	33
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	34
CAPÍTULO V: DISCUSION	42
CONCLUSIONES	44
RECOMENDACIONES	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

Las recientes publicaciones de la Organización Mundial de la Salud y del Comité en Nutrición de la Academia Americana de Pediatría, recomiendan que la introducción de alimentos sólidos se efectúe después de que el niño haya cumplido los seis meses de edad; esto con un claro basamento fisiológico, ya que se han presentado relaciones significativas entre este evento en edades tempranas y el desarrollo de patologías gastrointestinales y de desnutrición crónica infantil (1).

Los patrones de alimentación del niño influyen en su estado nutricional, el que a su vez condiciona su potencial de desarrollo y crecimiento. La alimentación complementaria o ablactancia, es tal vez uno de los eventos de mayor vulnerabilidad en el estado nutricional de los niños menores de tres años. Por tal razón la importancia que adquieren los alimentos como tal, la consistencia y el proceso de introducción en la alimentación, es una característica definitiva en el análisis del estado nutricional del niño. (2)

El inicio temprano de la alimentación complementaria sin las medidas de higiene y esterilización adecuadas, limita lo valioso de la lactancia materna al ponerse al niño en contacto con sustancias contaminadas en el ambiente. Los hábitos de lactancia y alimentación complementaria están, pues, muy relacionados con los riesgos de enfermedad y muerte y con el grado de nutrición.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las recientes publicaciones de la Organización Mundial de la Salud y del Comité en Nutrición de la Academia Americana de Pediatría, recomiendan que la introducción de alimentos sólidos se efectúe después de que el niño haya cumplido los seis meses de edad; esto con un claro basamento fisiológico, ya que se han presentado relaciones significativas entre este evento en edades tempranas y el desarrollo de patologías gastrointestinales y de desnutrición crónica infantil (1).

Los patrones de alimentación del niño influyen en su estado nutricional, el que a su vez condiciona su potencial de desarrollo y crecimiento. La alimentación complementaria o ablactancia, es tal vez uno de los eventos de mayor vulnerabilidad en el estado nutricional de los niños menores de tres años. Por tal razón la importancia que adquieren los alimentos como tal, la consistencia y el proceso de introducción en la alimentación, es una característica definitiva en el análisis del estado nutricional del niño. (2)

Aunque la actitud y conducta de la madre frente a la alimentación del niño es más positiva que en 1992, la alimentación complementaria inadecuada aún sigue siendo el problema prioritario de la alimentación infantil en el Perú. (3)

El conocimiento de la prevalencia de la lactancia, y el inicio de la alimentación complementaria son importantes desde el punto de vista de la salud infantil porque permiten conocer en qué momento los niños empiezan a ser expuestos al riesgo de contraer ciertas enfermedades.

El inicio temprano de la alimentación complementaria sin las medidas de higiene y esterilización adecuadas, limita lo valioso de la lactancia materna al ponerse al niño en contacto con sustancias contaminadas en el ambiente. Los hábitos de lactancia y alimentación complementaria están, pues, muy relacionados con los riesgos de enfermedad y muerte y con el grado de nutrición.

Muchos grupos poblacionales tienen prácticas de ablactancia inadecuadas. Esto puede llevar a desnutrición infantil y alta incidencia de enfermedades infecciosas, especialmente diarrea. Estudios realizados en estas poblaciones demuestran una curva de crecimiento cercana a la referencia internacional durante los primeros 4 o 5 meses. Luego la curva de crecimiento se va alejando, tanto en peso como en talla. Después de los 18 o 24 meses se recupera el peso para la edad, pero no la talla. Estos niños sufren de retardo en el crecimiento o desnutrición crónica. (4)

Formon y colaboradores en Estados Unidos, investigaron el nivel de conocimiento de madres adolescentes sobre la alimentación infantil e inicio de la ablactación, obteniendo que la duración de la lactancia materna es a menudo breve. Sólo cerca de la mitad había discutido con un trabajador de salud sobre la posibilidad de amamantar, incluso muchas madres jóvenes habían dado testimonio de no haber amamantado jamás (5).

Si bien distintos indicadores han sido utilizados para medir el estado nutricional del infante, la OMS ha seleccionado al peso como el más indicado para el seguimiento del lactante, sobre todo en los primeros meses de vida, pues es la dimensión antropométrica más sensible a los cambios nutricionales. Así, pesos bajos para la edad - de acuerdo con el

peso al nacer- durante el primer año de vida podrían estar evidenciando importantes carencias nutricionales. (6)

Las normas de la alimentación del niño de 0 a 5 años, según el MINSA, establece que la leche materna es exclusiva hasta los 6 meses de edad y continua hasta los 2 años, y que el inicio de la alimentación complementaria si inicia a los 6 meses de edad (7).

La ENDES en el 1er Semestre del 2010 confirma que la Desnutrición Crónica, como indicador del estado nutricional de los niños menores cinco años, entre la ENDES 2007 y la ENDES 2009 ha disminuido en 4,3 puntos porcentuales a nivel nacional, al bajar de 22,6% a 18,3%, tomando como patrón de referencia el modelo NCHS.

La OMS y el UNICEF desarrollaron conjuntamente en 2002 la Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño como guía para la elaboración por los países de políticas relativas a la alimentación y estado nutricional, el crecimiento, la salud y, por consiguiente, la supervivencia de los lactantes y niños.

Decreto Supremo N° 020.82.SA expone lo siguiente: Que el Ministerio de Salud en uso de las atribuciones y competencia que le señala el Código Sanitario y con el propósito de promover y proteger la lactancia materna y reglamentar la comercialización de los sucedáneos de ésta, ha formulado un Proyecto de Normas sobre Alimentación del Niño, recogiendo las Resoluciones WHA-33.22 y WHA-34.22 de la Asamblea Mundial de la Salud. (8)

Durante las practicas comunitarias en el consultorio de CRED del centro de salud “Daniel Alcides Carrión”, muchas madres de niños menores de un año refieren que sus niños iniciaron la alimentación complementaria antes de los 6 meses de edad y en otros casos iniciaron después de los 6 meses de edad luego de tener un control con en el programa de CRED. Lamentablemente se tiene estadística que siguen aumentando la tasa de

desnutrición, esto puede deberse a que no tienen un adecuada alimentación y el inicio de la alimentación complementaria es tardía por diversos factores. En vista a este contexto se formula la siguiente pregunta.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la intervención educativa “alimentación y nutrición” dirigido a las madres de niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión. Villa María del Triunfo. 2014?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son los conocimientos sobre “alimentación y nutrición” en las madres de niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión antes de la intervención educativa. Villa María del Triunfo. 2014?
- ¿Cuáles son los conocimientos sobre “alimentación y nutrición” en las madres de niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión después de la intervención educativa. Villa María del Triunfo. 2014?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo General

Determinar la intervención educativa “alimentación y nutrición” dirigido a las madres de niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión. Villa María del Triunfo. 2014

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar los conocimientos sobre “alimentación y nutrición” en las madres de niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión antes de la intervención educativa. Villa María del Triunfo. 2014

- Identificar los conocimientos sobre “alimentación y nutrición” en las madres de niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión después de la intervención educativa. Villa María del Triunfo. 2014

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La alimentación complementaria o ablactancia, es tal vez uno de los eventos de mayor vulnerabilidad en el estado nutricional de los niños menores de tres años. Por tal razón la importancia que adquieren los alimentos como tal, la consistencia y el proceso de introducción en la alimentación, es una característica definitiva en el análisis del estado nutricional del niño.

El presente estudio tiene como propósito brindar información al profesional de enfermería quien es el responsable del servicio de CRED para que le permita estructurar un programa educativo orientado a satisfacer las necesidades de las madres sobre un adecuado inicio de la alimentación complementaria y mejorar el nivel nutricional de los niños que acuden al consultorio de CRED.

Esta investigación permite conocer los conocimientos de las madres del centro de salud “Daniel Alcides Carrión” para así poder intervenir adecuada y eficientemente. La implementación de acciones preventivo promocionales en base a la educación de las madres tiene el objetivo de orientar sobre la adecuada alimentación del lactante y así mejorar su estado nutricional.

1.5. LIMITACIONES

La primera limitación corresponde a la población de estudio, ya que la muestra solo pertenece a las madres de los niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión. Villa María del Triunfo.

La segunda limitación corresponde a que los resultados sólo servirán para la institución donde se llevara a cabo la investigación

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

JIMÉNEZ Rafael, realizo una investigación titulada: “Relación del tipo de alimentación con algunas variables del crecimiento, estado nutricional y morbilidad del lactante en los consultorios del médico de familia del Policlínico Docente Bejucal en la provincia de la Habana. Cuba. 2008”. El objetivo fue determinar si el patrón de alimentación en las etapas iniciales de la vida postnatal influye en las características del crecimiento y desarrollo del lactante durante el primer año de vida en los consultorios del médico de la familia del Policlínico Docente Bejucal en la provincia de Habana. La investigación fue un estudio descriptivo, en donde la población de estudio estuvo conformada por todos los nacimientos ocurridos en los 14 consultorios del área de atención del Policlínico Docente. Se excluyeron 23 niños por no cumplir con el criterio de seguimiento y por ser de muy bajo peso al nacer, menos de 1500 gramos. Fueron seguidos finalmente 77 niños. Llegando a la conclusión: “No se evidencia diferencias importantes relacionadas con la evolución del peso y la tallas durante el primer año de vida. La morbilidad se ve influida por el tipo de alimentación que se reciba durante el primer año de vida. La forma de alimentación que se siga durante los cuatro primeros meses de vida es de gran importancia en el patrón de ganancia de peso y en el desarrollo e la grasa corporal durante el primer año, además de asociarse

con un número menor de episodios de diarreas y enfermedades respiratorias altas. Se deben hacer estudios multicentricos que confirmen estos hallazgos”. (9)

GARCÍA de Lima Cristina María, en su estudio titulado “Prácticas de alimentación complementaria en niños dentro del primer año de vida en la región de Boucatu; SP. 2006”. Cuyo objetivo fue estudiar las prácticas de alimentación complementaria en el primer año de vida de niños de la región de Boucatu, SP. 2006, las cuales fueron descritas según el grupo etario y las prácticas de lactancia materna (LM). Fueron entrevistadas 1238 acompañantes de niños menores de 1 año vacunados en la campaña de vacunación múltiple. Diferencias asociadas con la situación de LM, fueron identificadas a través del Chi- Cuadrado y el test exacto de Fischer. Dentro de las conclusiones tenemos que:

“La introducción de alimentos complementarios fue precoz, lo que produjo una baja frecuente en la lactancia materna exclusiva (36,9% < 4 meses), niños menores de 4 años mates (30,7%) entre 4 y 6 meses consumieron frutas (54,1%), sopas (39,9%) y comida (19,2%). Los jugos fueron ofrecidos apenas en 15,2% de los niños menores de 4 meses quienes ya no lactaban y agua en 60% de los casos. Los datos muestran prevalencia en el consumo de preparaciones inadecuadas con relación a su consistencia: oferta de comida por parte de la familia en niños entre 6 y 8 meses (48,8%) y oferta de sopa a niños mayores de 8 meses (71,6%). Se sugiere que el municipio realice intervenciones enfocando la alimentación suplementaria. (10)”

CASTRO Laura, Sandra, en su investigación titulada “Conocimientos y prácticas que tienen las madres de los niños de 6 meses a 2 años sobre el inicio de la ablactancia en el consultorio de CRED del HNGDM”, Lima. 2008. Cuyo objetivo fue Determinar los conocimientos y prácticas que tienen la madre de los niños de 6 meses a 2 años sobre el inicio de la ablactancia. El estudio fue descriptivo y transversal, población de 874 madres de niños de 6 meses a 2 años, muestra de 141 madres

seleccionada a través del muestreo probabilístico aleatorio, entre sus conclusiones tenemos:

“El mayor porcentaje (95.77%) de madres tiene conocimientos sobre el inicio de la ablactancia, lo cual les permitirá realizar prácticas adecuadas y prevenir la desnutrición en los niños de 6 meses a 2 años. La mayoría de las madres (67.6%) realizan prácticas adecuadas sobre el inicio de la ablactancia.” (11)

CÁRDENAS Castillo, Catherine, en su estudio titulado “Actitud de las madres hacia la alimentación complementaria y cuál es el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses en el C. S. Chanchas de Andahuaylas en el año 2006”, dentro de sus objetivos fueron identificar la actitud de las madres hacia la alimentación complementaria y cuál es su estado nutricional el lactante de 6 a 12 meses. La metodología fue descriptivo transversal, con un tipo de muestreo probabilístico, el tamaño de la muestra estuvo conformada por 58 madres que llevan a sus hijos al control de crecimiento y desarrollo. Dentro de sus conclusiones tenemos: “El 70% de las madres tienen actitudes de indiferencia hacia el inicio de la alimentación complementaria, el 100% de las madres tienen actitud de aceptación hacia la higiene de los alimentos que les ofrecen a sus hijos y los utensilios que usan”. (12)

GÓMEZ Laureano, Betty, en su estudio titulado “Nivel de conocimiento de las madres de lactantes hospitalizados en el servicio de pediatría sobre la alimentación complementaria, para prevenir la anemia. Lima. 2007. Cuyo objetivo fue determinar el conocimiento que tienen las madres de lactante hospitalizados en el servicio de pediatría sobre la alimentación, para prevenir la anemia. La investigación fue cuantitativa, con un nivel aplicativo, se aplicó la metodología descriptiva. Con una población de 34 madres de lactantes hospitalizados. Llegando a la conclusión: “El nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria es alto y el inicio se dio cuando el lactante tenía más de 6 meses. El nivel de conocimientos de la madres sobre alimentación complementaria para prevenir la anemia es alto en madres con un grado

de instrucción superior 26.5% y regular en las madres que tienen un nivel superior técnico 32.4%". (13)

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1. Rol de la madre en el cuidado del niño

Cuando la madre logra el apego de su hijo, adquiere experiencias en su cuidado y experimenta la alegría y la gratificación de su papel. La socialización de la madre su nivel de desarrollo y sus características innatas de personalidad influyen en las respuestas de la conducta, el compañero del rol de la madre, su hijo refiere la competencia de la madre con respecto a su rol, por medio del crecimiento y desarrollo. El niño está considerado como un compañero activo en el proceso de adaptación del rol maternal, ya que influye en el rol y se ve afectado por el, el compañero íntimo de la madre y el padre contribuye a la adopción del rol de un modo que ninguna otra persona puede ejercer. (14)

Sin embargo Reva Rubin describe el papel de la madre como un complejo social y el proceso cognitivo que se aprende, recíproca e interactiva. Materna identidad se considera la culminación o punto final de la ERM, que se caracteriza por la mujer de la comodidad en su papel.

La alimentación complementaria; es el periodo en que la leche materna deja de ser el alimento único y predominante en la dieta del niño. Consistiendo en la introducción de alimentos espesos continuando con la lactancia materna con la misma frecuencia de antes. Este periodo se inicia a los 6 meses de edad (15).

En esta edad el niño, psicomotriz y fisiológicamente está preparado para aprender a comer alimentos diferentes a la leche materna. Además la leche materna ya no es suficiente para cubrir los elevados requerimientos del niño para su crecimiento.

Según la Guía de Alimentación Nutricional Salud del MINSA, el concepto de Alimentación Complementaria se refiere al periodo en que el niño comienza a recibir otros alimentos diferentes a la leche materna, hasta el momento que forma parte de la mesa familiar.(16)

Desde el punto de vista de la salud pública; se define como la sustitución gradual y progresiva de la lactancia materna, por otras fuentes alimenticias, para lograr el adecuado crecimiento y desarrollo del lactante.

La forma habitual de introducir la alimentación complementaria es ir sustituyendo de una en una la toma de leche que recibe el lactante, por los distintos alimentos de forma paulatina, con un intervalo suficiente para que el niño acepte los nuevos alimentos, probando la tolerancia del lactante a estos, antes de introducir uno nuevo, dando tiempo a la adaptación de su organismo (17).

2.2.2. Alimentación Complementaria

- **Alimentación complementaria inicial:** Donde los nuevos alimentos deben comportarse como complemento del régimen lácteo, ya que el mayor aporte de energía y nutrientes proviene de la leche.
- **Alimentación complementaria intermedia:** llamada también de mantenimiento; donde los alimentos progresivamente se convierten en suplementos de alimentación láctea, pasando la leche de ser complementos de nuevos alimentos.
- **Alimentación complementaria final:** Que consiste en el empalme con la alimentación habitual del hogar o la familia.

Tipos de alimentación complementaria

- **Alimentación Complementaria Tipo I:** comprende entre los 6 a 9 meses de edad. Proporciona: 18 gramos de proteínas y 650 de calorías. Esto alcanza con 100 gramos de papillas de frutas, 300 gramos de papillas de verdura y 30 gramos de carne molida.
- **Alimentación Complementaria Tipo II:** comprende entre los 10 y 12 meses de edad. Proporciona: 19.6 gramos de proteínas y 650 calorías. Esto alcanza con 100 gramos de papillas de frutas, 300 gramos de papillas de verdura y 30 de carne molida y huevo. (18)

Ramona Mercer define en su teoría Adopción del rol maternal; es un proceso interactivo y desarrollo que se produce a lo largo del tiempo en el cual crea un vínculo con su hijo aprende las tareas del cuidado del rol y expresa el placer y la gratificación con el rol. (19) La madre es la única persona responsable del cuidado del niño y por lo tanto debe brindarle una alimentación complementaria adecuada.

Alimentación del niño de 6 a 12 meses

6 Meses

Cereales: Harina de maíz, de arroz, avena, trigo. Inicie estos alimentos en papillas, preparadas con un solo alimento y con una consistencia semisólida. Más adelante los puede mezclar con otros alimentos en preparaciones con verduras o legumbres. Bríndelos con cuchara y cuando el bebé desarrolle el agarre palmar, puede coger pedazos de galletas, pan u otro cereal.
Alimentos en puré

Frutas: Manzana, pera, banano, papaya, guayaba, durazno, melón. Prepárelas en jugos y compotas. Luego puede darlas en puré o en pequeños trozos. No se les debe adicionar miel y si se utiliza azúcar (evitar en lo posible) hacerlo en pequeñas cantidades delas con cuchara o vaso. Cuando el bebé esté un

poco más grandecito y tenga la habilidad de coger con la mano, se debe estimular para que tenga un buen desarrollo motor.

Verduras: Zanahoria, auyama, habichuela, arveja, espinaca. Sumínístrelas inicialmente en puré o en sopa de una sola verdura mientras se mira tolerancia. También ofrézcalas en trozos pequeños o como parte de otras preparaciones. Bríndelas con cuchara o pocillo. De igual forma que con el consumo de las frutas, intente darlas en la mano del bebé para que estimule el desarrollo motor.

7 meses

Tubérculos: Papa, yuca, guineo, arracacha. Dé los en puré, (maceradas), sopas cremas, compota y/o trocitos. Ofrézcalos con cuchara o pocillo.

Alimentos en puré. Alimentos picados, cortados, tajados, aquellos que pueda coger con los dedos.

Cereales: Arroz, espaguetis, pan, galletas. Prepare estos alimentos en puré o bríndelos en trozos. Sumínístrelos en cuchara o remojados en migas.

8 Meses

Carnes: Res, pollo, vísceras, no incluir carnes frías por su alto contenido de sal. Las puede adicionar licuadas a las sopas de verduras, cereales o plátanos y tubérculos. Más adelante las puede ofrecer en textura muy blanda como un rollo ó molida y luego en pequeñas trozos. Las puede dar con cuchara, en pocillo ó en un plato. Debe estimular la masticación y el agarre palmar y de pinza de los niños, ofreciéndola partida en trozos. Alimentos picados, cortados, tajados, aquellos que pueda coger con los dedos.

Leguminosas: Fríjol, lentejas, garbanzos, arveja. Délas cocidas y preferiblemente en puré cuando apenas el bebé está empezando el proceso de masticación. Posteriormente, puede dar el grano entero en sopas. Proporciónelas con cuchara.

12 meses

Productos lácteos: Kumis, yogurt, leche entera, quesito. Ofrézcalas después del sexto mes de vida en forma individual, en los intermedios de las comidas principales o adiciónelas a preparaciones con cereales, verduras y/o frutas. Las puede dar con cuchara o pocillo. El queso de los en trozos para coger con los dedos y para así mejorar el desarrollo motor del niño.

Yema de huevo: Darle siempre cocido y tibio, no lo dé crudo.

La yema de huevo debe darla con cuchara, inicialmente en poca cantidad y progresivamente se va aumentando de acuerdo a la tolerancia.

Alimentos picados, cortados, tajados, aquellos que pueda coger con los dedos.

Huevo completo: Observe la tolerancia de un huevo al día.

Pescado: Observe la tolerancia

Reva Rubin, describe que la madre hace valer su independencia en el cuidado del niño y que es un buen momento para la educación acerca del cuidado de este. (20)

2.2.3. Conocimientos de la madre

Mario Bunge define el conocimiento “como el conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexacto”; considera que “...el conocimiento vulgar es vago e inexacto limitado por la observación y el conocimiento científico es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia”. (20)

Salazar Bondy, desde el punto de vista filosófico lo define como acto y contenido. Dice que el “conocimiento como acto es la aprehensión de una cosa, una propiedad, un hecho; entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico. Del conocimiento como contenido asume que es aquel que se adquiere gracias a los actos de conocer al producto de la

operación mental de conocer; este conocimiento se puede adquirir, acumular, transmitir y derivar de unos a otros como conocimiento vulgar, conocimiento científico y conocimiento filosófico". (21)

Sobre el conocimiento Kant 1772; afirma que está determinado por la intuición sensible y los conceptos; distinguiéndose 2 tipos de conocimientos, el puro y el empírico. El primero se desarrolla antes de la experiencia y el segundo después de la experiencia. (22)

De acuerdo a Piaget, las aptitudes cognoscitivas no sufren modificaciones importantes. No se dan más progresos cualitativos las estructuras mentales ya suficientemente desarrolladas permitirán a la adolescente manejar una gran variedad de problemas intelectuales, están en un estado de equilibrio. Pero en la cultura y en la educación que llevan no les exigen practicar el razonamiento hipotético, deductivo, posiblemente nunca lleguen a este estado. (23).

Según Newman y Newman, en la teoría cognoscitiva se rastrea el desarrollo de la lógica y de la razón desde la infancia hasta la adolescencia considera que la manera como el niño organiza e interpreta los sucesos del ambiente, son diferentes, resalta el nexo entre el cerebro, el conocer el mundo, y considera la adquisición de conocimientos como un proceso activo continuo, de allí la importancia de la interacción continua de los niños y sus ambientes (24).

Para Vigosky, el desarrollo del individuo es indisoluble del desarrollo social de la comunidad en que vive, la organización del conocimiento depende de la interiorización de pautas sociales (25)

Entonces podemos decir que conocimiento es la suma de hechos, principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizajes del sujeto. El aprendizaje se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continúa hasta la muerte, originando cambios en el proceso de pensamiento, acciones o actividades. ⁽²⁵⁾ Estos cambios son observables en la conducta del individuo y las actitudes frente a problemas de la vida diaria, estas conductas irán cambiando conforme aumenten los conocimientos.

Para Vygotsky; Las funciones mentales superiores se adquieren y se desarrollan a través de la interacción social. Puesto que el individuo se encuentra en una sociedad específica con una cultura concreta, estas funciones están determinadas por la forma de ser de esa sociedad. Las funciones mentales superiores son mediadas culturalmente.

El comportamiento derivado de Las funciones mentales superiores está abierto a mayores posibilidades. El conocimiento es resultado de la interacción social; en la interacción con los demás adquirimos conciencia de nosotros, aprendemos el uso de los símbolos que, a su vez, nos permiten pensar en formas cada vez más complejas. Para Vygotsky, a mayor interacción social, mayor conocimiento, más posibilidades de actuar, más robustas funciones mentales. (25)

2.2.4. Menús para niños de 6 a 12 meses

La comisión Nacional de Lactancia Materna, en coordinación con el INCAP y el INCIENSA, recomiendan los siguientes menús para los lactantes. En algunos casos, se han introducido leves variaciones, especialmente en el orden de la redacción en los menús ideados por la nutricionista.

6 Meses

Continuar con el horario de leche materna.

2 cucharaditas de puré de fruta o verduras sin adicionar sal o azúcar. Aumentar paulatinamente la cantidad hasta que el niño acepte 6 cucharadas.

6 ½ Meses

Continuar con el horario de leche materna.

6 cucharadas de puré de frutas.

7 Meses

Se continúa con la leche materna. La comida se da en tres tiempos. Introducir carne o aves desmenuzadas finamente. Introducir leguminosas. Continuar con las frutas y verduras. 6 cucharadas de puré de frutas. Entre las 11 am a 12 pm. 6 cucharadas de puré, mas entero, de verduras, mas 2 cucharadas de aves, carne o leguminosas. Entre las 5pm.a 6pm. 6 cucharadas de verdura o de cereal mas 2 cucharadas de carne o frijoles.

8 Meses

Continuar con la leche materna. Los alimentos se preparan más enteros. Estimular al niño para que se alimente a sí mismo. El agua y jugos deben tomarse en beberitos y no en biberones. Se introducen dos tiempos de comida: desayuno y media tarde. Ejemplo de desayuno: tortilla, y agua dulce. Ejemplo de merienda de la tarde: pan o galletas, agua dulce o jugo de frutas.

12 meses

El niño está capacitado y preparado para comer los alimentos de la mesa familiar. Es preferible cocinar sin aditivos artificiales y con poca grasa. Es muy importante que la comida sea variada, de sabor y presentación agradables. Un ejemplo de menú para niños es el siguiente:

Desayuno	Merienda	Almuerzo	Cena
Agua dulce o jugo de fruta. Tortilla, pan, leche materna.	Media mañana Fruta. Tortilla, pan o galleta. Media tarde: Agua dulce o jugo de fruta. Pan, tortilla o galleta. Leche materna	Harinas (arroz, plátano, macarrones, papa, yuca o camote).	Harinas. Vegetales no harinosos. Carne, hígado, pollo o frijoles. Refresco natural. Noche: Leche materna

Fuente: Elaboración propia

Si el niño toma leche de vaca no debe excederse de tres vasos al día (750ml aproximadamente). No comer golosinas entre comidas. En caso de que el niño presente bajo peso para su edad, se debe agregar un poco de grasa a sus alimentos. Si más bien tiene exceso de peso, se elimina los alimentos azucarados y se cocina con poca grasa.

Práctica de la madre de alimentación complementaria

En las diversas comunidades, la ablactación se inicia a edades diferentes; en la zona urbana ocurre a edad más temprana que zona rural.

La ablactación define un periodo de riesgo para el niño debido a que la contaminación y manipulación inadecuada de los alimentos aumenta el riesgo de morbilidad. Se ha observado que durante el destete hay una alta proporción de enfermedades infecciosas, particularmente diarreicas y del sistema respiratorio. También los cuadros de desnutrición son más comunes después del destete que durante la lactancia materna.

La mayoría de los recién nacidos crecen satisfactoriamente hasta los seis meses únicamente con la leche materna. Sin embargo, en algunos casos, el niño se muestra insatisfecho alrededor de los cuatro meses. Estos niños quedan con hambre o no ganan peso

adecuado. En estos casos debe iniciarse la ablactación. En general, se recomienda iniciar la ablactación a los seis meses cuando hay lactancia materna, y a los cuatro meses cuando se utilizan fórmulas industriales o leche de otros mamíferos (26).

El amamantamiento debe continuar tanto sea posible durante la ablactación pues la leche materna siempre es buena, inclusive cuando hay diarrea y vómitos. (26)

La introducción de otros alimentos en la dieta del lactante constituye una gran experiencia, porque lo introduce en un mundo desconocido: nuevos sabores, texturas, olores, presentaciones, etc. Se debe procurar que el momento de comer sea una experiencia placentera para el niño y no un momento de ofuscación y disgusto.

Procedimiento para iniciar la alimentación complementaria

Aunque no existe un orden universal en la introducción de los alimentos, la investigación y la práctica han señalado que los alimentos deben introducirse paulatinamente, conforme el niño crece y madura. Actualmente, se recomienda introducir los alimentos semisólidos entre los cuatro y los seis meses, en niños no amamantados, y después de los seis meses, en niños alimentados por su madre.

Se recomienda iniciar la ablactación con la introducción de frutas (papaya, plátano maduro), luego con verduras amiláceas (camote, papa), siguiendo con otras no amiláceas (zanahoria, berros), luego con cereales (arroz, maíz, cebada) y con carnes, aves y leguminosas (frijoles, garbanzos y arvejas). Así sucesivamente, se van agregando los alimentos de la dieta común de la familia hasta que, al año de edad, el niño se alimente de menú familiar. (26)

Textura de los alimentos

Para iniciar la ablactación, los alimentos sólidos deben tener consistencia de puré. Este puré se obtiene al majarlos con un tenedor y agregarles agua hervida en caso necesario. La consistencia debe ser suave, blanda, no dura ni pegajosa. El puré no debe pasarse por un colador. Las leguminosas también se pueden majar con un tenedor y las carnes o aves se deben desmenuzar finamente.

Preparación de los alimentos

En alimentación e higiene, la monotonía de la dieta, la distribución intrafamiliar, estado higiénico, enseres y ambientes, las prácticas de ablactación y destete es posible presentar fuertemente asociados a la morbilidad por diarreas y respiratorias y a su vez de manera directa o tangencial determinaran el porcentaje de niños con desnutrición leve o moderada.(27)

Las prácticas de alimentación inadecuadas durante los primeros dos años de vida tienen consecuencias negativas inmediatas, y a menudo de larga duración, sobre el crecimiento y el desarrollo. Los niños/as tienen más riesgo de sufrir carencias nutricionales y retraso en el crecimiento. El mejoramiento de la alimentación complementaria exige una combinación de estrategias, dar alimento complementario más a menudo, alimentos muy densos en calorías, una alimentación activa aumentando el tamaño de las porciones de alimentos. Esta es la edad pico donde ocurren fallas de crecimiento. Muchas madres inician la alimentación complementaria con caldos poco nutritivos que tienen como componente principal papa. (28)

Frecuencia de la alimentación complementaria

La leche materna brinda los requerimientos calóricos energéticos suficientes para asegurar un crecimiento adecuado del lactante en los primeros 6 meses de vida. A partir de este momento, las necesidades energéticas (calóricas) son mayores por lo que solo

la lactancia materna se hace insuficiente para cubrir los requerimientos del niño. (29)

La incorporación de alimentos actúa como un elemento de estimulación sensorial y psicomotriz. El niño establece contacto con nuevos estímulos (sabor, olor, textura, etc.) Es importante seguir la introducción de alimentos complementarios en forma progresiva. La incorporación de nuevos alimentos debe ajustarse a las necesidades biológicas del niño que permitan un crecimiento y desarrollo adecuados. Los alimentos deben incorporarse en forma gradual, de menor a mayor consistencia: líquidos – semilíquidos – sólidos. Los alimentos deben ser fácilmente digeribles. Evitar la incorporación simultánea de varios alimentos nuevos. Si el niño rechaza el alimento, no se le debe forzar a ingerirlos. La cantidad o volumen debe aumentarse en forma progresiva de acuerdo con la capacidad gástrica del niño. Importante mantener las medidas de higiene en el lavado de manos, preparación de alimentos (limpieza de alimentos, agua potable, utensilios, preparación y almacenamiento de estos. Proteger los alimentos del contacto de insectos, contaminación ambiental. En lugares cálidos, los alimentos cocidos no se deberán mantener más de 1 a 2 horas a temperatura ambiente ya que favorece la contaminación bacteriana y su deterioro. Al introducir un alimento nuevo este se administrara una vez por día, y de no darse ningún problema, se aumentara la frecuencia hasta 2 a 4 raciones diarias.

La capacidad gástrica del lactante es pequeña, por lo que es necesario ofrecerle los alimentos con mayor frecuencia, de 3 a 5 comidas al día, al inicio (6 a 8 meses), luego asegurar 5 comidas al día(desde los 9 meses), diferentes a la leche materna.

A los 6 meses, el niño conserva el reflejo de extrusión por lo que aparenta que esta escupiendo la comida, la cantidad que el

lactante comerá de 3 a 4 cucharaditas cada vez. A los 7 meses, la cantidad irá aumentando, deberá consumir aproximadamente media taza de 3 a 5 veces al día. De los 8 a 9 meses, debe comer más de la media taza, cinco veces al día. De 12 a 24 meses, compartirá la comida familiar y deberá consumir 1 taza cinco veces al día.

Riesgos de la alimentación complementaria temprana

La inmadurez neuromuscular es un factor asociado a problemas de deglución, los lactantes que reciben alimentación complementaria antes del sexto mes pueden presentar accesos de tos al momento de ser alimentados y en ocasiones se observan signos de dificultad respiratoria lo que sucede cuando una pequeña fracción de papilla deglutida alcanza la glotis del niño. Otro problema radica cuando ha saciado su hambre, lo cual puede conducir a que sea sobrealimentado por su madre.

Riesgo a corto plazo: La introducción de alimentos diferentes a la leche materna, disminuye la frecuencia e intensidad de la succión y como consecuencia de la producción láctea. En la mayoría de los casos el valor nutricional del alimento complementario será menor que el de la leche materna, y por lo tanto, el niño se encontrara en desventaja. Otro riesgo a corto plazo está relacionado con la carga renal de solutos del lactante durante los primeros meses de edad, manifiesta cierta inmadurez renal lo cual impide concentrar con la misma eficiencia de niños mayores o del adulto. En esta situación, la introducción de alimentos con exceso de solutos aunado a eventuales pérdidas extrarenales de agua, como sucede con la diarrea, puede ocasionar una deshidratación hipertónica como consecuencia grave en el sistema nervioso central. Existe un mayor riesgo de caries dental con la introducción de jugos o aguas endulzadas a temprana a edad, sobre todo cuando estos alimentos son suministrados son biberón, cuando existe una exposición

prolongada de los dientes a líquidos que contengan hidratos de carbono, se desarrolla un patrón característico de destrucción dentaria. Otro riesgo importante a corto plazo es el síndrome diarreico agudo, se observa sobretodo en los lugares marginados de países subdesarrollados, donde viven en condiciones insalubres y la preparación de los alimentos se lleva a cabo sin higiene y con una elevado índice de contaminación.

Riesgo a largo plazo: Las prácticas de alimentaron complementaria inadecuadas pueden tener un impacto negativo en la salud a largo plazo, esto sucede a través de dos mecanismos: primero por efecto acumulativo, dado que cuando se introducen los alimentos en forma temprana, puede haber evidencia clínica de morbilidad años más tarde; segundo, cuando se crean hábitos de alimentación que conducen a prácticas dietéticas indeseables, las que a su vez condicionan problema de salud.

Riesgos de la alimentación complementaria tardía

Si la alimentación complementaria empieza después de los 6 meses de edad, el niño no recibirá suficiente alimentación y puede ser más difícil el periodo de adaptación a nuevas consistencias, texturas y sabores de los alimentos. Insuficiente energía para apoyar un óptimo crecimiento y desarrollo. Dificultad para la aceptación de otros alimentos. Aumenta el riesgo de malnutrición y eficiencia de micro nutrientes, principalmente el hierro.

2.2.5. Estado nutricional

El estado nutricional es la resultante final del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes. En los niños y especialmente durante el primer año de vida, debido a la gran velocidad de crecimiento, cualquier factor que altere este equilibrio repercute rápidamente en el crecimiento. (30)

La nutrición es un derecho fundamental y aunque la Convención de los Derechos del Niño afirma que "Todos los niños y las niñas tienen el mismo derecho a una alimentación suficiente y adecuada", la realidad muestra que en condiciones de pobreza y desplazamiento este derecho no se cumple generando un deterioro del bienestar infantil (31).

La nutrición tiene durante su periodo prenatal y en los primeros años de vida gran importancia por el efecto que ejercen sobre el desarrollo normal del niño. La desnutrición favorece la aparición de infecciones y disminuye la resistencia a casi todas las enfermedades; mientras que; la obesidad contribuye a desencadenar grandes patologías como: la diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial e infarto y entre otras. (32)

La evaluación del estado nutricional del lactante permite proponer políticas de programa, intervenciones, acciones educativas y modificarlas de ser necesario con la finalidad de lograr una correcta atención y utilización más efectiva de los recursos. Para la evaluación nutricional pueden utilizarse métodos indirectos, directos y ambos. Los métodos indirectos más comunes incluyen uso de indicadores socioeconómicos, de disponibilidad y consumo de alimentos. Dentro de los métodos directos se encuentran los indicadores antropométricos, bioquímicas y la evaluación clínica, siendo los indicadores antropométricos los utilizados con mayor frecuencia en los servicios de salud y comunidad por ser fáciles de obtener, de muy bajo costo y útiles.

Evaluación del estado nutricional: La evaluación del estado nutricional del lactante permite proponer políticas de programa, intervenciones, acciones educativas y modificarlas de ser necesario con la finalidad de lograr una correcta atención y utilización más efectiva de los recursos. Para la evaluación nutricional pueden utilizarse métodos indirectos, directos y ambos.

Los métodos indirectos más comunes incluyen uso de indicadores socioeconómicos, de disponibilidad y consumo de alimentos. Dentro de los métodos directos se encuentran los indicadores antropométricos, bioquímicos y la evaluación clínica, siendo los indicadores antropométricos los utilizados con mayor frecuencia en los servicios de salud y comunidad por ser fáciles de obtener, de muy bajo costo y útiles (33)

Anamnesis Nutricional: Debe considerar datos acerca del crecimiento previo del niño, incluyendo el peso y la talla de nacimiento; esto permite formarse una idea del patrón de crecimiento, el cual no es uniforme y depende de múltiples factores. También es importante, en el caso de los lactantes, consignar la edad gestacional, ya que en la evaluación de un niño prematuro, durante los primeros meses de vida, debe corregirse su edad, lo que se obtiene restando de la edad cronológica las semanas que faltaron para llegar al término del embarazo. Por ejemplo, un niño de 4 meses que nació a las 32 semanas de gestación tiene efectivamente dos meses de edad corregida y debe ser evaluado como tal. La omisión de la corrección de la edad de acuerdo a la prematurez es un factor frecuente de error y conduce a sobre diagnóstico de desnutrición en niños que están creciendo normalmente, y puede inducir conductas inadecuadas, como la suspensión de la lactancia o la introducción precoz de alimentación artificial en niños que no la requieren. El antecedente de patología crónica o de infecciones recurrentes que modifiquen la ingesta, absorción o excreción de nutrientes, o bien, aumenten el gasto energético o las pérdidas nitrogenadas, obliga a una vigilancia nutricional cercana.

Examen Físico: El examen completo y cuidadoso proporciona elementos valiosos para la evaluación nutricional. En algunos casos, el aspecto general del niño, la observación de las masas musculares y la estimación del pániculo adiposo, permiten

formarse una impresión nutricional, pero ésta debe objetivarse con parámetros específicos. Los signos clínicos que orientan a desnutrición proteica o a carencias específicas dependen de cambios estructurales a nivel tisular y, por lo tanto, son de aparición tardía. Pueden observarse especialmente en la piel y sus anexos, en los ojos y en la boca; en su mayoría son inespecíficos ya que pueden ser causados por carencias de diferentes nutrientes e incluso obedecer a factores externos, como exposición al frío o higiene deficiente (Ej.: estomatitis angular, queilosis). El examen físico también proporciona información acerca de patologías no nutricionales que pueden predisponer a trastornos nutricionales y, por lo tanto, permite identificar a aquellos que requieren vigilancia nutricional más estrecha, como por ejemplo niños con genopatías, enfermedades metabólicas, cardiopatías congénitas, daño neurológico, problemas respiratorios crónicos, patología gastrointestinal, cáncer, infecciones prolongadas o cirugía mayor.

Exámenes de laboratorio: En la mayoría de los casos sólo son necesarias algunas determinaciones de laboratorio para completar la evaluación del estado nutricional.

La desnutrición proteica (kwashiorkor), de origen alimentario es excepcional en nuestro medio. La aparición de signos clínicos sugerentes como edema o hepatomegalia, es tardía. La desnutrición proteica o visceral que se observa es mayoritariamente secundaria a otra patología. El índice de mayor valor para la evaluación de las proteínas viscerales es la albúmina plasmática. Su nivel tiene buena correlación con el pronóstico de morbimortalidad de los pacientes. Se considera normal un valor igual o superior a 3 g/dl en menores de un año, y 3.5 g/dl en edades posteriores. Dado que la vida media de la albúmina es de 14 a 20 días, puede no reflejar cambios recientes en la suficiencia proteica. Sin embargo, es necesario considerar que sus niveles tienden a bajar por redistribución en situaciones de stress, en

cuyo caso un valor bajo no implica deficiencia proteica. La transferrina y la prealbúmina son proteínas de vida media más corta y, por lo tanto, de mayor sensibilidad, lo que permite identificar cambios más rápidamente. La proteinemia total tiene escaso valor como parámetro de evaluación nutricional. La excreción urinaria de creatinina se correlaciona bien con la masa magra corporal medida por K 40; sin embargo, esto no está claramente validado en niños menores de un año y además requiere recolección de orina de 24 horas, lo que limita su uso en niños pequeños. Lo mismo ocurre con 3-metil histidina e hidroxiprolina. La desnutrición proteica también altera la respuesta inmune, por lo que el recuento de linfocitos y las pruebas cutáneas de hipersensibilidad tardía son de utilidad en el niño mayor y en el adulto. En el lactante, la gran variabilidad en el número de linfocitos dificulta la fijación de un recuento mínimo aceptable y la falta de exposición previa a antígenos limita la utilidad de las pruebas cutáneas. El hematocrito y la hemoglobina son los exámenes más simples para investigar carencia de hierro; si sus valores resultan inferiores al mínimo aceptable para la edad, debe efectuarse frotis sanguíneo para estudiar la morfología del glóbulo rojo y en casos seleccionados, efectuar exámenes complementarios (ferremia, TIBC, ferritina sérica, protoporfirina eritrocítica). El frotis también puede hacer sospechar otras carencias específicas (folatos, vitamina B12, cobre, vitamina E).

Frente a la sospecha de raquitismo, son de utilidad las determinaciones de calcio y fósforo séricos, de fosfatasas alcalinas y la radiografía de muñeca. Los exámenes que permiten determinar niveles específicos de oligoelementos y vitaminas, están indicados sólo en algunos casos puntuales y su utilidad es limitada. Los métodos diagnósticos más sofisticados para estimación de masa grasa y de masa libre de grasa (hidrodensitometría, K corporal total, agua corporal total, DEXA) no tienen indicación en el manejo clínico y su uso está limitado a

protocolos de investigación. En los últimos años se han desarrollado algunos métodos más sencillos para estimar masa magra, como es la impedanciometría bioeléctrica y la conductividad eléctrica corporal (TOBEC), pero su utilidad no ha sido aún suficientemente validada en niños. (34)

Indicadores Antropométricos

El uso de medidas antropométricas y sus índices como indicadores del estado nutricional de individuos y poblaciones es un recurso de gran importancia porque constituye un medio sencillo, de bajo costo, válido y confiable para evaluar la condición nutricional (35).

Antropometría: Es la técnica más usada en la evaluación nutricional, ya que proporciona información fundamentalmente acerca de la suficiencia del aporte de macronutrientes. Las mediciones más utilizadas son el peso y la talla. Las determinaciones del perímetro braquial y del grosor de pliegues cutáneos permiten estimar la composición corporal, y pueden ser de utilidad cuando se usan en conjunto con el peso y la talla, pero no tienen ventajas si se efectúan en forma aislada, salvo cuando los valores son extremos.(36)

Las mediciones antropométricas únicas representan sólo una instantánea y pueden inducir a errores en el diagnóstico, especialmente en lactantes; las mediciones seriadas son una de las mejores guías del estado nutricional del niño. Deben ser efectuadas por personal calificado, usando instrumentos adecuados y ser interpretadas comparándolas con estándares de referencia.

La Organización Mundial de la Salud recomienda el uso de las Curvas de Crecimiento elaboradas por el National Center for Health Statistics (NCHS), ya que los pesos y tallas de niños

provenientes de grupos socioeconómicos alto y medio de países subdesarrollados son similares a los de niños de países desarrollados con antecedentes comparables. En cambio, los referentes locales u otros de menor exigencia podrían estar describiendo el crecimiento de una población que no ha logrado expresar todo su potencial genético. (37)

Peso para la edad: Es un indicador primario que corresponde a la relación entre el peso real de un niño y su peso teórico normal expresado en porcentaje, se utiliza para medir la desnutrición global. Utilizando el indicador de peso para la edad podemos saber si el niño tiene o ha tenido adelgazamiento y/o retardo en el crecimiento. Sin embargo este es un indicador muy inespecífico, pues no distingue entre niños adelgazados y niños con retardos en el crecimiento.

Talla para la edad: El crecimiento en talla es más lento que el peso, las deficiencias en talla tienden a ser lentas y tomar más tiempo para recuperarse. A mayor déficit nutricional, mayor cronicidad de la desnutrición, este índice mide la desnutrición crónica. Este indicador es muy específico para esta condición nutricional, pero no es útil para evaluar el adelgazamiento.

Peso para talla: Es el peso que corresponde a un niño para la talla que tienen en el momento de la medición, el déficit de peso indica un adelgazamiento que resulta de una mal alimentación, mide la desnutrición aguda.

El Sistema de Vigilancia SISVAN

Funciona en diversos países y en coordinación con la OPS/OMS es un proceso sistemático y permanente de recolección, transmisión, análisis e interpretación de información que permite mantener un conocimiento actualizado de situación alimentaria nutricional, pretende identificar problema, causas, tendencias, factores asociados con el fin de predecir cambios en la disponibilidad, consumo y aprovechamiento de los alimentos y sus consecuencias con el estado nutricional de la población y decidir

las acciones preventivas para modificar las situaciones existente y evaluar la eficacia de tales acciones.(37)

El Programa de Vigilancia Nutricional

Funciona en nuestro país respondiendo a los objetivos del SISVAN, los cuales son: detectar precozmente cambios de la situación alimentaría nutricional, identificar causas y factores, determinantes y asociados, predecir la evolución de la situación, proponer acciones que deben seguirse y valorar resultados, este programa realiza evaluaciones del estado nutricional como parte de sus objetivos, donde se describe el estado nutricional según sus medidas antropométricas, identifica los factores de riesgo para la nutrición, así mismo describe patrones de consumo de alimentos, describir el estado nutricional, ya que estas mediciones se consideran confiables y son de bajo costo para la evaluación del estado nutricional. Las mediciones de talla por edad, mide la desnutrición crónica, el peso por talla, mide la desnutrición aguda y el peso por la edad mide la desnutrición global, este último nos permite diferenciar el déficit actual y la secuela de desnutrición pasada ya que es una combinación con los dos. (38)

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Conocimientos:** Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje el conocimiento brinda un significado a las actitudes, creencias y prácticas; es esencial para la persona se haga consiente de las razones para adoptar o modificar una determinada conducta

- **Alimentación:** es la ingestión de alimento por parte de los organismos para proveerse de sus necesidades alimenticias, fundamentalmente para conseguir energía y desarrollarse.

- **Alimentación complementaria:** Se dice de aquella que complementa a la lactancia materna, pero sin anularla en los niños a partir de los seis meses de edad.
- **Estado nutricional:** es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.

2.4. HIPOTESIS

H_1 = La intervención educativa “alimentación y nutrición” dirigido a las madres de niños de 6 a 12 meses es efectiva en el C.S Daniel Alcides Carrión. Villa María del Triunfo. 2014.

2.5. VARIABLES

Univariable = Intervención educativa “alimentación y nutrición” dirigido a las madres de niños de 6 a 12 meses

2.5.1. Definición conceptual de la variable

Conocimiento de la madre acerca de la alimentación complementaria; son un conjunto de saberes que tienen las madres referente a la alimentación complementaria, el inicio adecuado de la alimentación complementaria inicial, intermedia, final.

2.5.2. Definición operacional de las variables

Actividades que la madre realiza para satisfacer las necesidades de alimentación y los requerimientos nutricionales que necesita el niño para mantener un peso y la talla en relación a la edad.

2.5.3. Operacionalización de la variable

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Intervención educativa alimentación y nutrición	<p>1ra Sesión educativa: Alimentación complementaria inicial</p> <p>2da Sesión educativa: Alimentación complementaria intermedia</p> <p>3ra Sesión educativa: Alimentación complementaria final</p> <p>4ta sesión educativa: higiene en la manipulación de los alimentos</p>	<p>Edad</p> <p>Tipo de alimento</p> <p>Raciones</p> <p>Cantidad y frecuencia</p> <p>Requerimiento nutricional</p> <p>Selección de alimentos</p> <p>Antes de la preparación</p> <p>Conservación de alimentos</p>

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION

El presente estudio de investigación fue de diseño descriptivo, porque nos permitió obtener la información tal como se presentaba en la realidad; de tipo cuantitativo de corte longitudinal, de nivel aplicativo, cuasi experimental.

3.2. DESCRIPCIÓN DEL AREA DE ESTUDIO

El presente estudio de investigación se realizara en el Centro de Salud Daniel Alcides Carrión, posta de IV Nivel cuenta con diferentes áreas médicas, uno de ellos es CRED y ESNI en donde se controla el crecimiento y desarrollo e inmunizaciones. Cuentan con una infraestructura moderna, con profesionales médicos calificados y especialistas en Pediatría, Ginecología, enfermeras especialistas, odontólogo, nutricionista, psicóloga, asistente social, entre otros. Presta atención de 7am a 7pm, de lunes a sábado

3.3. POBLACION Y MUESTRA

3.3.1. Población

La población estará conformada por las 217 madres de niños de 6 a 12 meses, que asisten al consultorio de CRED del Centro de Salud Daniel Alcides Carrión.

3.3.2. Muestra

La muestra estará conformada por las 217 madres de niños de 6 a 12 meses, que asisten al consultorio de CRED del Centro de Salud Daniel Alcides Carrión. Se tomara como diseño muestral no probabilístico por conveniencia

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizara como técnica la entrevista y como instrumento un cuestionario para recolectar los datos, el instrumento consta de una introducción, instrucciones, datos generales, y contenido, orientado al logro de los objetivos.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El instrumento será sometido a validación por 8 jueces expertos cuyos resultados serán analizados; las observaciones y sugerencias de los jueces expertos sirvieron para elaborar, corregir y/o modificar el instrumento y luego será sometida a una prueba piloto.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Para la recolección de los datos se pedirá la autorización a las autoridades pertinentes, a fin de obtener las facilidades necesarias para la recolección de información, luego de su aprobación se realizaran coordinaciones para la encuesta.

Una vez recolectado los datos se elaborará el cuadro de códigos y puntajes con el paquete estadístico SPSS 21 a fin de procesar los datos y presentarlo en tablas y gráficos estadísticos.

CAPITULO IV: RESULTADOS

Después de recolectados los datos, fueron procesados con el programa SPSS 18 y en forma manual con el programa Excel de tal forma, que se presenta en cuadros estadísticos para facilitar su análisis e interpretación.

Se presenta la tabla del perfil de las madres de niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión. Villa María del Triunfo. Así mismo los gráficos de acuerdo a los objetivos trazados en la investigación. El análisis de los resultados se realizó en base a las 217 madres.

Tabla 1

Perfil de las madres de niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel
Alcides Carrión. Villa María del Triunfo. 2014

Perfil	f	%
Madres de niños de 6 a 12 meses		
Edad		
20-25	94	42%
26-35	78	39%
36-45	34	15%
46-55	11	4%
Total	217	100%
grado de instrucción		
Primaria	14	6%
Secundaria	179	82%
Superior	24	12%
Total	217	100%
Lugar de Procedencia		
Costa	70	32%
Sierra	102	47%
Selva	45	21%
Total	217	100%
Estado Civil		
Madre soltera	67	31%
Casada	24	11%
Conviviente	121	56%
Viuda	5	2%
Total	217	100%
Nº de Hijos menores de 5 años		
solo 1	81	37%
solo 2	57	26%
solo 3	43	20%
solo 4	36	17%
Total	217	100%
Condición laboral		
Independiente	47	22%
Dependiente	126	58%
Ama de casa	44	20%

Total	217	100%
-------	-----	------

Fuente: Encuesta a las madres de niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión. Villa María del Triunfo. 2014

Perfil de las madres de niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión, el 42% fluctúan entre las edades de 20 a 25 años, el 82% tienen secundaria completa, el 47% son de la sierra, el 56% son convivientes, el 37% solo tienen un hijo, el 58% su condición laboral es dependiente

Tabla 2

Perfil de los niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión.
Villa María del Triunfo. 2014

Perfil	Niños de 6 a 12 meses	
	f	%
Edad		
6 mese	56	24%
7 mese	32	14%
8 mese	21	9%
9 mese	42	18%
10 mese	17	7%
11 mese	12	6%
12 mese	49	22%
Total	229	100%
Genero		
Femenino	134	59%
Masculino	95	41%
Total	229	100%
Antecedentes clínicos		
Parto normal	179	78%
Parto por cesárea	50	22%
Rango de peso normal al nacer	197	86%
Bajo peso al nacer	32	14%
Prematuro	71	31%
A término	158	69%
Solo LM	167	73%
Mixta	49	21%
Solo Formula	13	6%
Inicio de AC		
6to mes	189	83%
Después del 6to mes	40	17%
Total	229	100%
Enfermedades frecuentes		
EDAS	83	36%
IRAS	123	54%
Alergias	23	10%
Total	229	100%
Estado Nutricional		
Normal	121	29%
Obesidad	13	11%
Sobrepeso	23	26%
Riesgo a desnutrición	65	34%
Total	222	100%

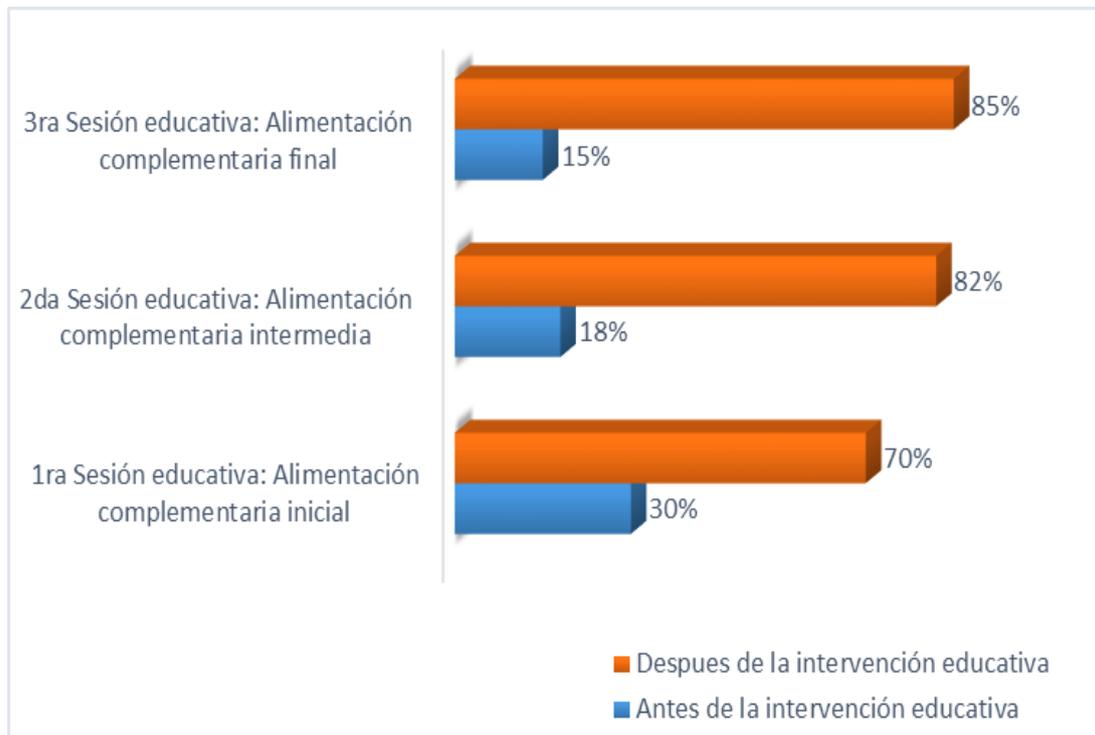
Fuente: Encuesta a las madres de niños de 6 a 12 meses atendidos en el
C.S Daniel Alcides Carrión. Villa María del Triunfo. 2014

Perfil de los niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión, el 24% cursan el 6to mes, el 59% son de género femenino, el 78% nacieron de parto normal, el 86% tuvo buen peso al nacer, el 73% LME, el 83% inicio la alimentación complementaria al 6to mes, el 54% a tenido IRAS, el 34% están en riesgo de nutrición.

Gráfico 1

Efectividad de la intervención educativa “alimentación y nutrición” dirigido a las madres de niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión.

Villa María del Triunfo. 2014

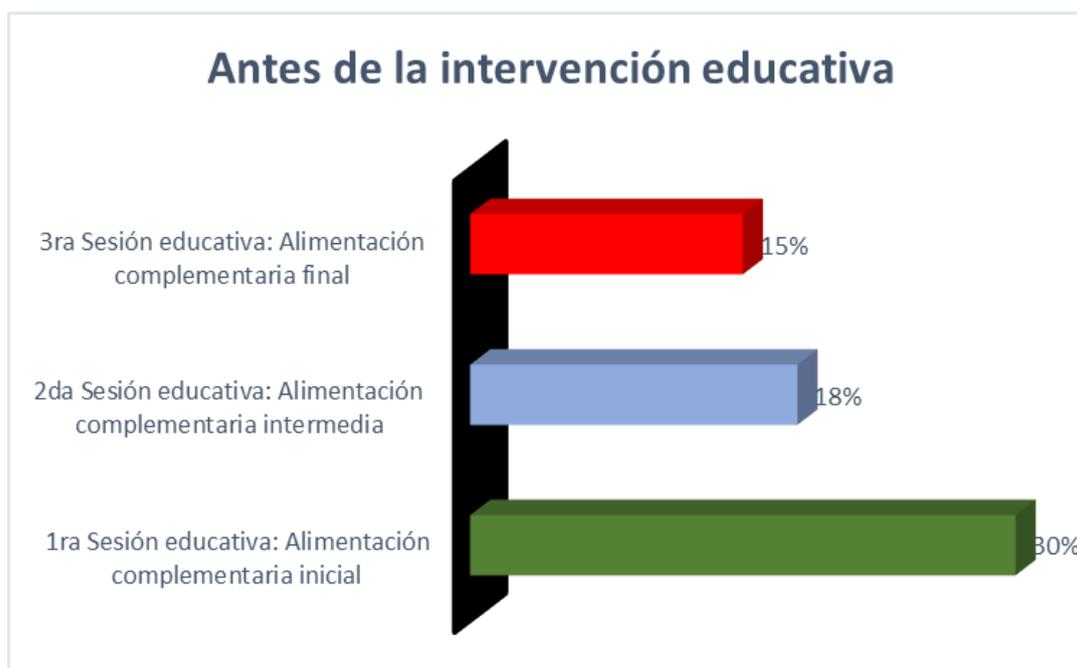


Fuente: Encuesta a las madres de niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión. Villa María del Triunfo. 2014

La intervención educativa “alimentación y nutrición” dirigido a las madres de niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión, antes de la intervención solo el 30% conocen sobre alimentación complementaria, el 18% sobre Alimentación complementaria intermedia, el 15% sobre Alimentación complementaria final, después de la intervención solo el 70% conocen sobre alimentación complementaria, el 82% sobre Alimentación complementaria intermedia, el 85% sobre Alimentación complementaria final, siendo Efectiva la intervención educativa

Gráfico 2

Conocimientos sobre “alimentación y nutrición” en las madres de niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión antes de la intervención educativa. Villa María del Triunfo. 2014

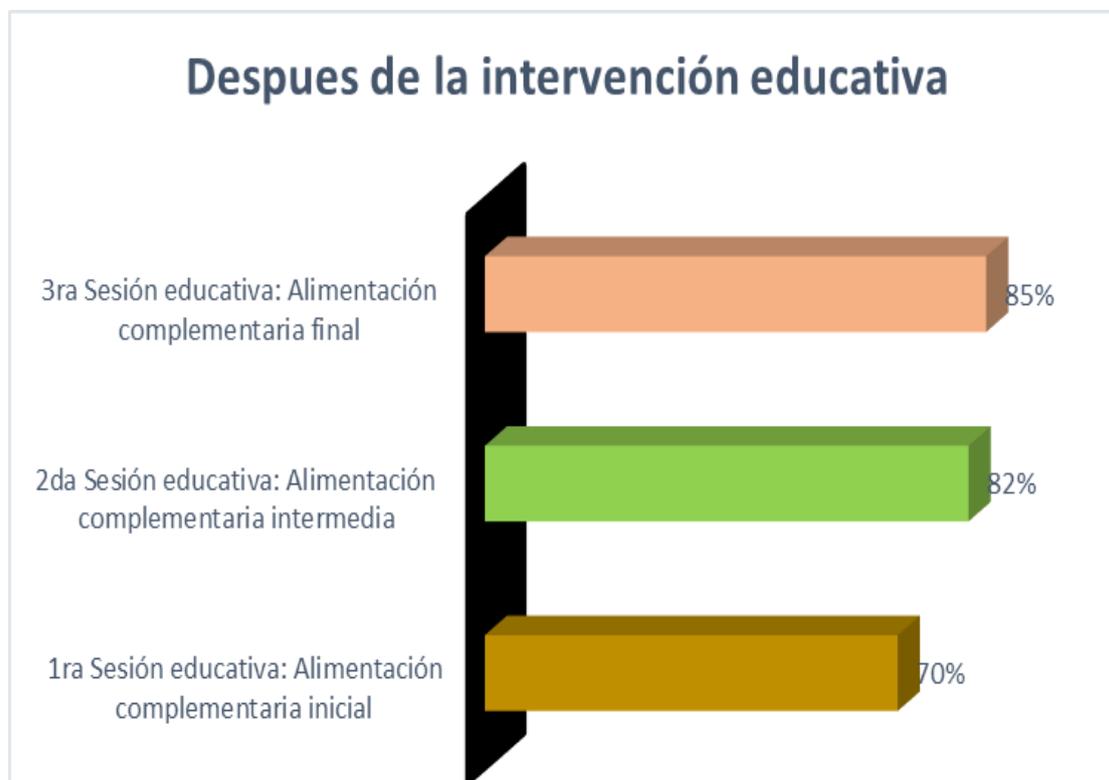


Fuente: Encuesta a las madres de niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión. Villa María del Triunfo. 2014

La intervención educativa “alimentación y nutrición” dirigido a las madres de niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión, antes de la intervención solo el 30% conocen sobre el inicio alimentación complementaria, sobre todo en el Tipo de alimento, el 18% sobre Alimentación complementaria intermedia referente a la cantidad y frecuencia, el 15% sobre Alimentación complementaria final referente a los requerimiento nutricional

Gráfico 3

Conocimientos sobre “alimentación y nutrición” en las madres de niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión después de la intervención educativa. Villa María del Triunfo. 2014



Fuente: Encuesta a las madres de niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión. Villa María del Triunfo. 2014

La intervención educativa “alimentación y nutrición” dirigido a las madres de niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión, después de la intervención solo el 70% conocen sobre alimentación complementaria sobre el tipo de alimento, raciones, cantidad y frecuencia, el 82% sobre Alimentación complementaria intermedia, el 85% sobre Alimentación complementaria final, siendo Efectiva la intervención educativa referente a requerimiento nutricional

CAPITULO: DISCUSIÓN

La Organización Mundial de la Salud, recomiendan que la introducción de alimentos sólidos se efectúe después de que el niño haya cumplido los seis meses de edad; ya que se han presentado relaciones significativas entre este evento en edades tempranas y el desarrollo de patologías gastrointestinales y de desnutrición crónica infantil. El inicio temprano de la alimentación complementaria sin las medidas de higiene y esterilización adecuadas, limita lo valioso de la lactancia materna al ponerse al niño en contacto con sustancias contaminadas en el ambiente. Los hábitos de lactancia y alimentación complementaria están, pues, muy relacionados con los riesgos de enfermedad y muerte y con el grado de nutrición.

Las normas de la alimentación del niño de 0 a 5 años, según el MINSA, establece que la leche materna es exclusiva hasta los 6 meses de edad y continua hasta los 2 años, y que el inicio de la alimentación complementaria si inicia a los 6 meses de edad. La alimentación complementaria o ablactancia, es tal vez uno de los eventos de mayor vulnerabilidad en el estado nutricional de los niños menores de tres años. Por tal razón la importancia que adquieren los alimentos como tal, la consistencia y el proceso de introducción en la alimentación, es una característica definitiva en el análisis del estado nutricional del niño.

La socialización de la madre su nivel de desarrollo y sus características innatas de personalidad influyen en las respuestas de la conducta, el compañero del rol de la madre, su hijo refiere la competencia de la madre con respecto a su rol, por medio del crecimiento y desarrollo. El niño está considerado como un compañero activo en el proceso de adaptación del rol maternal, ya que influye en el rol y se ve afectado por el, el compañero íntimo de la madre y el padre contribuye a la adopción del rol de un modo que ninguna otra persona puede ejercer. La alimentación complementaria; es el periodo en que la leche materna deja de ser el alimento único y predominante en la dieta del niño. Consistiendo en la introducción de alimentos espesos continuando con la lactancia materna con la misma frecuencia de antes. Este periodo se inicia a los 6 meses de edad

La ablactación define un periodo de riesgo para el niño debido a que la contaminación y manipulación inadecuada de los alimentos aumenta el riesgo de morbilidad. Se ha observado que durante el destete hay una alta proporción de enfermedades infecciosas, particularmente diarreicas y del sistema respiratorio. También los cuadros de desnutrición son más comunes después del destete que durante la lactancia materna. La mayoría de los recién nacidos crecen satisfactoriamente hasta los seis meses únicamente con la leche materna. Sin embargo, en algunos casos, el niño se muestra insatisfecho alrededor de los cuatro meses. Estos niños quedan con hambre o no ganan peso adecuado. En estos casos debe iniciarse la ablactación. En general, se recomienda iniciar la ablactación a los seis meses cuando hay lactancia materna, y a los cuatro meses cuando se utilizan formulas industriales o leche de otros mamíferos

Las prácticas de alimentación inadecuadas durante los primeros dos años de vida tienen consecuencias negativas inmediatas, y a menudo de larga duración, sobre el crecimiento y el desarrollo. Los niños/as tienen más riesgo de sufrir carencias nutricionales y retraso en el crecimiento. Esta es la edad pico donde ocurren fallas de crecimiento. Muchas madres inician la alimentación complementaria con caldos poco nutritivos que tienen como componente principal papa.

CONCLUSIONES

1. La mayoría de las madres de niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión, fluctúan entre los 20 a 25 años, tienen secundaria completa, son de la sierra, son convivientes, solo tienen un hijo, su condición laboral es dependiente
2. La mayoría de los niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión, cursan el 6to mes, predomina el género femenino, nacieron por parto normal, tuvieron buen peso al nacer, toman LME, inicio la alimentación complementaria al 6to mes, han tenido IRAS, y están en riesgo de nutrición.
3. La intervención educativa “alimentación y nutrición” dirigida a las madres de niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión, conocen sobre el inicio de la alimentación complementaria, Alimentación complementaria intermedia, Alimentación complementaria final, siendo Efectiva la intervención educativa
4. La intervención educativa “alimentación y nutrición” dirigida a las madres de niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión, antes de la intervención muy pocos conocen sobre el inicio alimentación complementaria, Alimentación complementaria intermedia Alimentación complementaria final
5. La intervención educativa “alimentación y nutrición” dirigida a las madres de niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión, después de la intervención la mayoría conocen sobre alimentación complementaria sobre el tipo de alimento, raciones, cantidad y frecuencia, Alimentación complementaria intermedia, y sobre Alimentación complementaria final, siendo Efectiva la intervención educativa

RECOMENDACIONES

1. Al personal de salud planificar y desarrollar programas educativos dirigida a las madres con niños de 6 a 12 meses, con el fin de mejorar los conocimientos y estos se reflejen en buenas prácticas Alimentarias.
2. Al personal de salud fortalecer la consejería en las gestantes, madres sobre alimentación respetando al interculturalidad de las madres.
3. Los gobiernos locales deben implementar políticas que regulen la difusión de alimentos saludables, nutritivos para los niños menores de un año lo cual nos permitirá colaborar en disminuir los índices de desnutrición, anemia promocionando una alimentación saludable

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sindy Arias, Carolina Farfan, Claudia Herrera, Yudi Jiménez, Paola Salazar. Proyecto de Investigación. Colombia: Bogotá; 2007. pág. (14)
2. Organización Panamericana de la Salud .Salud en las Américas; 2007.
3. Dirección de Epidemiología de la Nutrición .Causas y consecuencias de la desnutrición crónica. pág (7).
4. Dra. Sonia Hermosa del Pozo .Moribimortalidad Neonatal. Perú; 2010
Disponibile En: http://daniela-mortalidadinfantil.blogspot.com/2010_09_01_archive.html.
5. Sindy Arias, Carolina Farfan, Claudia Herrera, Yudi Jiménez, Paola Salazar. Proyecto de Investigación. Colombia: Bogotá; 2007.
6. Johanna Paola Cardozo. Trabajo de grado .Colombia: Bogotá; 2008
7. Barragán, Charny Carucí, Ángela Duran Patricia. Proyecto de investigación. Venezuela Barquisimeto; 2006.
8. Haydee Morales, María Luisa Molano, Rosa González .Revista Electrónica de Portales Médicos.Com .Venezuela: Carabobo; 2008.
9. JIMÉNEZ Rafael, realizo una investigación titulada: “Relación del tipo de alimentación con algunas variables del crecimiento, estado nutricional y morbilidad del lactante en los consultorios del médico de familia del Policlínico Docente Bejucal en la provincia de la Habana. Cuba. 2008”.
10. GARCÍA de Lima Cristina María, en su estudio titulado “Prácticas de alimentación complementaria en niños dentro del primer año de vida en la región de Boucatu; SP. 2006”.
11. CASTRO Laura, Sandra, en su investigación titulada “Conocimientos y prácticas que tienen las madres de los niños de 6 meses a 2 años sobre el inicio de la ablactancia en el consultorio de CRED del HNGDM”, Lima. 2008
12. CÁRDENAS Castillo, Catherine, en su estudio titulado “Actitud de las madres hacia la alimentación complementaria y cuál es el estado nutricional del lactante de 6 a12 meses en el C. S. Chanchas de Andahuaylas en el año 2006”,

13. Gómez Laureano, Betty, en su estudio titulado “Nivel de conocimiento de las madres de lactantes hospitalizados en el servicio de pediatría sobre la alimentación complementaria, para prevenir la anemia. Lima. 2007
14. Galarza, Hernando; Gutiérrez, Orellana; Muchaypiña, Ramos. Nivel de conocimientos sobre cuidados del recién nacido y su relación con los factores socio culturales en madres adolescentes primíparas. Instituto Materno Perinatal. Setiembre 1999 LIMA PERU.
15. Valle Zevallos, María; Villanueva Alvarado, Cecilia, Nivel de conocimiento de las madres primíparas sobre el cuidado del recién nacido y la influencia del programa educativo sobre dicho conocimiento en el Centro Médico Naval, 1995 LIMA-PERU.
16. Ayala Medrano, Miriam del Pilar; Barrientos Camacuari, Patricia; Retis Aranda, Felícita Andrea, Nivel de conocimiento y actitudes en primíparas y multíparas sobre los cuidados del recién nacido en el Hospital Nacional General Arzobispo Loayza – 1989 Lima-peru
17. Bireme/Alcalá Negrón, Milagros Janet; Tomaylla Sáenz, María Silvia. Influencia de La Enseñanza del Cuidado Nutricional de Niños Menores de 5 Años en el Nivel de Conocimientos de las Madres Beneficiarias del PANFARCS .Perú /lima/Comas; 1997 Disponible En: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=309132&indexSearch=ID#refine>
18. Bunge, M.” La ciencia su método y filosofía”.Editorial Siglo XX.Buenos Aires. Argentina. Pág.23
19. Enfermería pediátrica. Períodos de edad en la infancia. Diferencias entre el niño y el adulto. Morbilidad y mortalidad infantil. Recién nacidos. Cuidados. Sala de maternidad. Sala de partos. Alimentación. Lactancia materna.Peru;1998
20. MARIO, Bunge. “La Ciencia y su Método y Filosofía”, Buenos Aires. Editorial siglo XX, 1988 Pág. 308
21. Augusto Salazar. “El punto de Vista Filosófico”, 1ra edición, Editorial El Alce Lima - Perú, 1988 Pág. 300
22. Biblioteca Rubén Martínez Villena. Conocimientos sobre aspectos de sexualidad ciencias medicas <http://www.bpvillena.ohc>

23. Piaget j. the intelectual de velspmnt of the adolescent psycholigical perspectives new york basic books 1969 psicoadolescetematu@gmail.com
24. Paredes Carpio cita a Newman y Newman en su simposio "Medicina del parte II desarrollo psicosocial, etapas y tareas evolutivas. Revista diagnostica vol. 2 1993 pág. 15
25. Ibid. pág., 16
26. Ibid. pág., 23
27. Organización Mundial de la Salud. Lactancia;2010
28. Rhut A. Lawrence. Lactancia Materna. Ed. Mosby .Medicina Naturista. Composición y propiedades de la leche materna 2003
29. Alarcón, A. y García, H. (2008). Prácticas alimentarias: Relación con el consumo y estado nutricional infantil, (Vol.9) (No.2), [En línea]. Revista Salud Pública y Nutrición – RESPYN. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado en: <http://respyn.uanl.mx/ix/2/articulos/practicas.htm> [05/06/2011].
30. Málaga, I. (2011). Menos niños sufren hambre: La desnutrición crónica disminuyó de 21% a 17%, [En línea]. Lima, Perú: El Comercio. Recuperado en: <http://elcomercio.pe/economia/714483/noticia-menos-ninos-sufren-hambre-desnutricion-cronica-disminuyo-21-17> [30/10/2011].
31. Organización Mundial de la Salud, (2011). Salud y desarrollo del niño y del adolescente, [En línea]. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado en:http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/nutrition/es/ [18/05/2011].
32. Foodtoday. Boletín del consejo europeo de información sobre la alimrntacion. Disponible en: http://www.chilecrecesano.com/medios/Sabermas/Articulos_de_interes/Tipos_de_leche_EUFIC.pdf
33. Flores-Huerta Samuel, Martínez-Andrade Gloria, Toussaint Georgina, Adell-Gras Amapola, Copto-García Alfonso. Alimentación complementaria en los niños mayores de seis meses de edad: Bases técnicas. Bol. Med. Hospital Infantil México [revista en la Internet]. 2007 Abril [citado 2014 Ene 02]; 63(2): 129-144. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462006000200008&lng=es

34. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, (2011). Nutrición y alimentación del niño en los primeros años de vida. Washington D.C: OPS y OMS
35. WHO/NUT/98.1. Complementary feeding of young children in developing countries. A review of current scientific knowledge. Geneva: World Health Organization; 1998.

ANEXO

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: “Intervención educativa “alimentación y nutrición” dirigido a las madres de niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión. Villa María del Triunfo. 2014”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES
<p>Problema general ¿Cuál es la intervención educativa “alimentación y nutrición” dirigido a las madres de niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión. Villa María del Triunfo. 2014?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuáles son los conocimientos sobre “alimentación y nutrición” en las madres de niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión antes de la intervención educativa. Villa María del Triunfo. 2014?</p> <p>¿Cuáles son los conocimientos sobre “alimentación y nutrición” en las madres de niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión después de la intervención educativa. Villa María del Triunfo. 2014?</p>	<p>Objetivo General Determinar la intervención educativa “alimentación y nutrición” dirigido a las madres de niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión. Villa María del Triunfo. 2014</p> <p>Objetivos Específicos Identificar los conocimientos sobre “alimentación y nutrición” en las madres de niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión antes de la intervención educativa. Villa María del Triunfo. 2014</p> <p>Identificar los conocimientos sobre “alimentación y nutrición” en las madres de niños de 6 a 12 meses atendidos en el C.S Daniel Alcides Carrión después de la intervención educativa. Villa María del Triunfo. 2014</p>	<p>H₁ = La intervención educativa “alimentación y nutrición” dirigido a las madres de niños de 6 a 12 meses es efectiva en el C.S Daniel Alcides Carrión. Villa María del Triunfo. 2014</p>	<p>Univariable = Intervención educativa “alimentación y nutrición” dirigido a las madres de niños de 6 a 12 meses</p>

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
Intervención educativa “alimentación y nutrición”	1ra Sesión educativa: Alimentación complementaria inicial 2da Sesión educativa: Alimentación complementaria intermedia 3ra Sesión educativa: Alimentación complementaria final 4ta sesión educativa: higiene en la manipulación de los alimentos	Edad Tipo de alimento Raciones Cantidad y frecuencia Requerimiento nutricional Selección de alimentos Antes de la preparación Conservación de alimentos

TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION	POBLACION Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	VALIDEZ Y CONFIABILIDAD
<p>El presente estudio de investigación es de diseño descriptivo, porque nos permitió obtener la información tal como se presentaba en la realidad; de tipo cuantitativo de corte longitudinal, de nivel aplicativo, cuasi experimental.</p>	<p>Población La población estará conformada por las 217 madres de niños de 6 a 12 meses, que asisten al consultorio de CRED del Centro de Salud Daniel Alcides Carrión.</p> <p>Muestra La muestra estará conformada por las 217 madres de niños de 6 a 12 meses, que asisten al consultorio de CRED del Centro de Salud Daniel Alcides Carrión. Se tomara como diseño muestral no probabilístico por conveniencia</p>	<p>Se utilizara como técnica la entrevista y como instrumento un cuestionario para recolectar los datos, el instrumento consta de una introducción, instrucciones, datos generales, y contenido, orientado al logro de los objetivos.</p>	<p>El instrumento será sometido a validación por 8 jueces expertos cuyos resultados serán analizados; las observaciones y sugerencias de los jueces expertos sirvieron para elaborar, corregir y/o modificar el instrumento y luego será sometida a una prueba piloto.</p> <p>Para la recolección de los datos se pedirá la autorización a las autoridades pertinentes, a fin de obtener las facilidades necesarias para la recolección de información, luego de su aprobación se realizarán coordinaciones para la encuesta. Una vez recolectado los datos se elaborará el cuadro de códigos y puntajes con el paquete estadístico SPSS 21 a fin de procesar los datos y presentarlo en tablas y gráficos estadísticos.</p>

**UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

ENCUESTA

Presentación

El presente cuestionario tiene por finalidad recoger información sobre alimentación complementaria del niño de 6-12 meses en el C.S Daniel Alcides Carrión. Villa María del Triunfo, Lea detenidamente la pregunta y luego marque con una (x), la respuesta correcta según crea conveniente.

DATOS GENERALES:

Edad:..... (años cumplidos)

Grado de instrucción: Ninguno Primaria Secundaria Superior

Nº de hijos:.....(Vivos).

Estado civil: Soltera Conviviente Casada Divorciada Viuda

Ocupación:

Ama de casa Estudiante Trabajo independiente Trabajo dependiente:

1. Sobre los beneficios de la ablactancia materna exclusiva para su bebé menor de 6-12 meses considera:
 - a) El niño está más propenso a tener anemia
 - b) El niño no tiene un crecimiento adecuado con lactancia materna
 - c) Contiene todos los nutrientes y agua que necesita.
 - d) no contiene nada

2. ¿Cada qué tiempo tiene que mamar su bebé?
 - a) Cada vez que el niño llore
 - b) Cada 2 horas
 - c) Cada 4 horas
 - d) cada hora

3. ¿Hasta qué edad debe dar la ablactancia materna exclusiva a su bebé?
 - a) Hasta los 4 meses
 - b) Hasta los 6 meses
 - c) Hasta los 9 meses
 - d) Hasta los 2 años

4. ¿Qué tipo de alimentos se debe dar al ablactante al inicio de los 6-12 meses complementaria aparte de la leche materna?
 - a) sopas

- b) purés y mazamorras
 - c) manzana y pera cosidas
 - d) papilla de cereales
5. ¿Qué consistencia debe tener los alimentos que le da a su ablactante?
- a) aplastados
 - b) licuados
 - c) líquida
 - d) en trozos
6. ¿Qué combinación cree Ud. que es adecuada para el almuerzo de su bebe?
- a) puré + hígado + fruta o jugo de fruta
 - b) arroz + hígado + mate de hierba
 - c) puré de papa + agua
 - d) caldo de hueso de res + jugo de frutas
7. ¿Qué alimento debe agregar a la alimentación del bebe de 6 meses de edad?
- a) Cítricos
 - b) Clara del huevo
 - c) $\frac{3}{4}$ de yema de huevo
 - d) Pescado
8. ¿Qué tipo de alimento debe consumir él bebe 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
9. A qué edad el yogurt se introduce a la dieta de su bebe
- a) A los 2 meses
 - b) A los 3 meses
 - c) A los 8 meses
 - d) A los 12 meses
10. Si su niño presenta diarrea, Ud.
- a) Le quita el pecho y le da agüitas.
 - b) Le da leche materna más suero oral.
 - c) Le da leche materna solamente.
 - d) le prepara panetela
11. La alimentación complementaria en el niño consiste en:
- a) Leche materna y calditos
 - b) Leche materna e introducción de otros alimentos.
 - c) Leche materna y otro tipo de leches.
 - d) Alimentarlo con la comida de la olla familiar

- e) Alimentarlo únicamente con papillas y calditos
12. ¿A qué edad se inicia dándole otros alimentos aparte de la leche materna a su niño?
- a) 4 meses
 - b) 5 meses
 - c) 6 meses
 - d) 7 meses
13. ¿Hasta qué edad recibió su niño lactancia materna exclusiva?
- a) 2 años
 - b) 4 meses
 - c) 6 meses
 - d) 12 meses
14. ¿Cuántas veces al día se debe de brindar los alimentos al niño según su edad?
- De 6 meses:
- a) 2 veces + lactancia materna
 - b) 4 veces + lactancia materna
 - c) 7 veces + lactancia materna
 - d) 1 vez + Lactancia materna
- De 9 a 11 meses:
- 2 veces + lactancia materna
 - 5 veces + lactancia materna
 - 3 veces + 1 refrigerio + LM
 - 1 vez + lactancia materna
15. ¿En qué momento cree que es bueno dar de lactar a su niño cuando va a recibir otros alimentos?
- a) 15 minutos antes que coma
 - b) A cualquier momento
 - c) Entre comidas
16. ¿En qué forma deben ser los alimentos al inicio de la alimentación complementaria aparte de la leche materna?
- a) Sopas y jugos
 - b) Agua y mates
 - c) Sopas y mates
 - d) Papillas y jugos
17. ¿Qué consistencia debe tener los alimentos que le da a su niño?
- De 6 meses:
- a) Papillas
 - b) En trozos
 - c) Licuados

Líquida

De 9 a 11 meses:

- a) Licuados
- b) Trozos
- c) Picados
- d) Papillas

18. ¿Cuál es la cantidad que debe comer su niño cada vez que lo alimenta?

De 6 meses:

- a) De 2 a 3 cucharadas
- b) ½ Cucharada
- c) 3 cucharitas (de te)
- d) 1 cucharada

De 7 y 8 meses:

- a) 3 cucharitas (de te)
- b) De 5 a 7 cucharadas
- c) De 3 a 5 cucharadas
- d) De 7 a 10 cucharadas

De 9 a 11 meses:

- a) De 2 a 3 cucharadas
- b) ½ Cucharada
- c) 3 cucharitas (de te)
- d) De 5 a 7 cucharadas

De 12 meses:

- a) De 2 a 3 cucharadas
- b) De 7 a 10 cucharadas
- c) 3 cucharitas (de te)
- d) De 5 a 7 cucharadas

19. ¿Cuáles son los alimentos más importantes para el crecimiento y desarrollo de su hijo?

- a) Carne, papa, verdura
- b) Lentejas, arroz, aceite
- c) Aceite, pollo, chuño
- d) Todas las anteriores

20. ¿Qué alimentos lo protegen de enfermedades?

- a) Plátano, papaya, zanahoria
- b) Galletas, zapallo, papa
- c) Papa, jugos en caja, manzana
- d) Fideos, arroz, pepino

21. ¿Qué alimentos le brindan fuerza y energía a su niño?
- Yuca, papa, fideos, aceite
 - Papaya, zanahoria, hígado
 - Jugo en caja, Yuca, plátano
22. ¿Cómo debe ser la alimentación de su niño?
- Completa, equilibrada, suficiente y adecuada
 - Completa, en grandes cantidades
 - En pequeñas cantidades, equilibrada
 - Hasta que el niño quiera
23. ¿Qué combinación cree Ud.? ¿Qué es adecuada para el almuerzo del niño?
- Puré + hígado + fruta
 - Arroz + hígado + mate
 - Puré + fruta + mate
 - Sopa + jugo de frutas + mate
24. ¿En qué momentos debes conservar la higiene?
- Al momento de preparar los alimentos
 - Antes de dar de comer al niño
 - Antes de la lactancia materna
 - Todas las anteriores
25. ¿Que debes tener en cuenta al preparar los alimentos?
- Lavar los alimentos
 - Utilizar utensilios limpios
 - Lavarte las manos
 - Todas las anteriores
26. Alimenta a su niño para que:
- Crezca y se desarrolle sanamente
 - No tenga hambre
 - No se enferme
 - Todas son correctas
27. ¿Qué alimentos debes evitar antes del año?
- Cítricos (naranja/limón)
 - Papilla de Hígado
 - Zumo de granadilla
 - Papilla de plátano
28. La alimentación complementaria consiste en:
- Leche materna y mate
 - Leche materna y alimentos sólidos.
 - Alimentos sólidos sin leche materna
 - Galletas y Leche materna

29. El lugar donde debe alimentarlo a su niño es:
- a) La cocina con muchos colores y juguetes
 - b) En la cama con juguetes y televisión prendida
 - c) El cuarto con música y juguetes
 - d) La cocina sin juguetes, ni televisión prendida
30. Para alimentarlo o dar de comer a su niño Ud. Lo hace:
- a) Amor, paciencia, voz suave
 - b) Apurada porque tiene que trabajar
 - c) Gritando porque se demora
 - d) Forzándolo a que coma todo
31. Para que su niño coma sus alimentos Ud. Utiliza:
- a) Juguetes
 - b) Televisión prendida
 - c) Música
 - d) Le habla

A photograph of a baby with light hair and blue eyes sitting in a white high chair. The baby is wearing a white shirt and a bright yellow bib with a blue and white checkered border. The baby is holding a yellow spoon to their mouth and eating. On the high chair tray in front of the baby is a plate of food, including what looks like rice, vegetables, and meat. The background is a bright, slightly blurred indoor setting with a window and some greenery.

Alimentos Ideales Para Iniciar Alimentación Complementaria

Bebé Confía En Mamá

ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN NIÑOS ENTRE 6 MESES Y 12 MESES DE EDAD



QUE ES?

es aquella que complementa la lactancia materna.



QUE ES LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA



es la incorporación de otros alimentos y bebidas que complementan a la leche materna pero sin anularla.

BENEFICIOS DE LA LECHE MATERNA
lo protege contra infecciones, enfermedades y es un laxante natural para el recién nacido.

BENEFICIOS DE LA LECHE MATERNA
garantiza el crecimiento, desarrollo e inteligencia del niño y fortalece el vínculo afectivo

BENEFICIOS DE LA LECHE MATERNA
Protege al niño de alergias, enfermedades de la piel, desnutrición, obesidad, diabetes juvenil y deficiencia de micronutrientes.

BENEFICIOS DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA
reciben un aporte de: energía, proteínas, vitaminas y minerales que son necesarias para un buen crecimiento y desarrollo.

BENEFICIOS DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA
Que se estimule el niño o niña, para que aprenda a masticar alimentos que ya no son simplemente de consistencia líquida sino también sólida y semisólida.

RECOMENDACION IMPORTANTE

Con el inicio de alimentación complementaria no se debe suspender la lactancia materna





Cereales, Tuberculos y Menestras



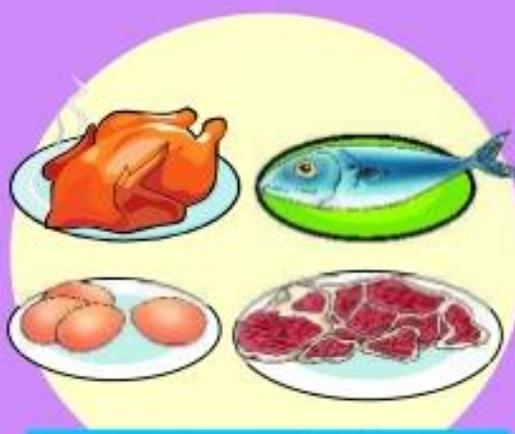
Frutas



Verduras



Lacteos

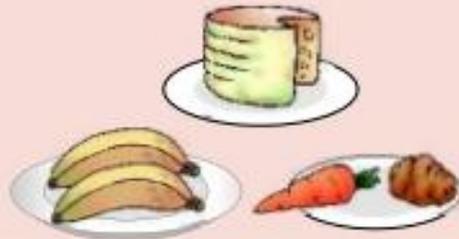


Carnes, pescado, huevos



Grasas y azucares

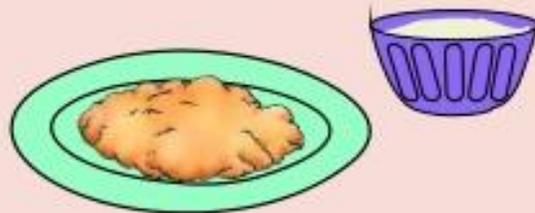
6 - 8 meses



9 - 11 meses



**A partir de
12 meses**



**Alimentos
Aplastados**

**Alimentos
Picados**

**Alimentos
de la
olla familiar**

6 - 8 MESES



3 a 5
cucharadas



9 - 11 MESES



5 a 7
cucharadas



12 MESES A MAS



7 a 10
cucharadas





¿Por qué es importante

El lactante es una etapa de progresivos y evidentes cambios en el crecimiento y desarrollo los que le permiten adquirir múltiples capacidades. Por eso, es importante preocuparse por que el niño crezca sano mediante una adecuada alimentación según su edad.

Es necesario que los bebés comiencen a recibir la alimentación complementaria.

Para esa edad:

- ↓ La leche materna sola no puede aportar todos los nutrientes necesarios.
- ↓ Los bebés ya son capaces de comer y digerir otros alimentos.



Debe tenerse en cuenta que el exceso de cualquier alimento no es recomendable, no es saludable.

Alimentación Complementaria

Significa dar al niño otros alimentos además de la leche materna (o sustituta de la leche materna), por lo cual es el periodo en el que los niños pasan de recibir no solo leche materna si no también los alimentos que come la familia.

Cantidades:



Las cantidades de alimentación son necesarias conocerlos, de acuerdo a la edad del niño o niña, se debe ofrecer el número adecuado de comidas al día:

- 6 - 8 meses → 3 comidas + lactancia materna
- 9 - 11 meses → 4 comidas + lactancia materna
- > de 1 año → 5 comidas + lactancia materna

De acuerdo a la edad del niño o niña debe ofrecer la cantidad de comida al día:

- 6 - 8 meses → 3 a 5 cucharadas por cada comida
- 9 - 11 meses → 5 a 7 cucharadas por cada comida
- > de 1 año → 7 a 10 cucharadas por cada comida

Observemos la siguiente imagen para recordar:

6 - 8 MESES	9 - 11 MESES	12 MESES A MAS
		
3 a 5 cucharadas	5 a 7 cucharadas	7 a 10 cucharadas
		
		

Consistencia de la alimentación:

Según la edad el tipo de alimento necesita también cambiar su consistencia para que pueda nutrir al niño, por lo cual:

- 6 meses : puré o papilla
- 7 - 8 meses : alimentos triturados
- 9 - 12 meses: alimentos picaditos
- 12 - 24 meses: todos los alimentos de la olla familiar.

Veamos el siguiente cuadro ilustrativo:

6 - 8 meses	9 - 11 meses	A partir de 12 meses
		
		
Alimentos Aplastados	Alimentos Picados	Alimentos de la olla familiar

Alimentos recomendados:

Los

alimentos dependen a la vez de la edad del niño:

- 6 a 7 meses, la alimentación se inicia con una papilla o pure que ebe ser preparada inicialmente con verduras, cereales y una pequeña cantidad de carne molida de pollo, pavo o vacuno sin grasa. El postre recomendado es el pure de fruta, al que no es necesario agregar azúcar.
- 8 meses, a esta edad, algunos bebes comienzan a tratar de comer por si mismos alimentos que puedan sujetar, como por ejemplo un platano pequeño.

Tener en cuenta



Para recibir alimentos, el bebé debe estar sentado.

-Ofrecer los alimentos dos horas después de tomar la leche.

-Ofrecer los alimentos con cuchara y en vaso. Nunca con tenedor ni en biberones.



-No adicionar sal, azúcar ni condimentos.

-Evitar la monotonía: los alimentos deben ser variados

Generar un ambiente placentero, emocional (mirarlo, tocarlo, hablarle)

Iniciar con pequeñas porciones e incrementar progresivamente a medida que el bebé vaya aceptando con agrado.

■ Respetar la saciedad del bebé. Nunca forzarlo.

■ Los nuevos alimentos se deben introducir de uno en uno, en pequeñas cantidades y con al menos cinco días de separación, para

