

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**ASOCIACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE Y
EL ESTADO NUTRICIONAL DEL LACTANTE DE 6 A 12 MESES DE
EDAD ATENDIDO EN CONSULTORIO DE CRED, DEL PUESTO DE
SALUD. JOSÉ SANTOS ATAHUALPA- AREQUIPA 2016.**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA**

BACHILLER : KELLY KATHERINE CENTENO GALLEGOS

**LIMA-PERÚ
2017**

ASOCIACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE Y EL ESTADO NUTRICIONAL DEL LACTANTE DE 6 A 12 MESES DE EDAD ATENDIDO EN CONSULTORIO DE CRED, DEL PUESTO DE SALUD. JOSÉ SANTOS ATAHUALPA-AREQUIPA 2016.

DEDICATORIA

A mi querida familia, por su amor, entrega y dedicación.

Gracias por estar a mi lado en cada momento importante, por ser mi fortaleza y principal razón para continuar luchando. Sin Uds. nada de esto sería posible. Los amo.

AGRADECIMIENTO

Gracias a nuestra querida alma mater,
Por brindar a todos los estudiantes una
formación académica, en cuyas aulas
aprendimos y obtuvimos los conocimientos
necesario

RESUMEN

El objetivo del estudio fue Determinar la asociación entre nivel de conocimiento de la madre y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses de edad atendido en consultorio de CRED, del puesto de salud. José santos Atahualpa- Arequipa 2016. Fue un estudio de tipo cuantitativo de Nivel descriptivo y de diseño Descriptivo correlacional pues describe al mismo tiempo que relaciona las variables de estudio de la investigación y de corte transversal, cuya muestra fueron 50 madres entre sus conclusiones están: Las características de las madres se puede decir que el mayor porcentaje de las madres son adolescentes y jóvenes ya que tienen 17 a 21 años y 22 a 25 años. Son de la costa seguido de las madres de la sierra, respecto al grado de instrucción tienen primaria, instrucción superior y secundaria completa.

Existe una relación entre el nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses de edad.

El conocimiento que poseen las madres sobre alimentación complementaria en el mayor porcentaje de ellas es de nivel bajo.

El estado nutricional de la mayoría de lactantes de 6 a 12 meses de edad se encuentra entre desnutrición leve y sobrepeso, seguido de un significativo grupo de niños con estado nutricional normal.

Palabras Claves: Alimentación complementaria y estado nutricional

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the association between the level of knowledge of the mother and the nutritional status of the infant from 6 to 12 months of age attended at the CRED clinic, at the health post. José Santos Atahualpa-Arequipa 2016. It was a quantitative type study of descriptive level and descriptive design since it describes at the same time that relates the study variables and cross-section, whose sample were 50 mothers among their conclusions are: The characteristics of mothers can be said that the highest percentage of mothers are adolescents and young people since they are 17 to 21 years and 22 to 25 years. They are of the coast followed by the mothers of the sierra, regarding the degree of instruction they have primary, upper and secondary education complete.

There is a relationship between the level of maternal knowledge about complementary feeding and the nutritional status of the infant from 6 to 12 months of age.

The knowledge that the mothers have about complementary feeding in the greater percentage of them is of low level.

The nutritional status of the majority of infants between 6 and 12 months of age is between mild and overweight malnutrition, followed by a significant group of children with normal nutritional status.

Key Words: Complementary feeding and nutritional status

INDICE

Pág.

RESUMEN	i
ABSTRAC	ii
ÍNDICE	iii
INTRODUCCIÓN	v

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	2
1.2.1. Problema General	2
1.2.2. Problemas Específicos	3
1.3. Objetivos de la investigación	3
1.3.1. Objetivo general	3
1.3.2. Objetivos específicos	3
1.4. Justificación del estudio	3
1.5. Limitaciones de la investigación	5

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio	5
2.2. Base teórica	9
2.3. Definición de términos	23
2.4. Hipótesis	24
2.5. Variables	24
2.5.1. Definición conceptual de la variable	24
2.5.2. Definición operacional de la variable	25
	25

2.5.3. Operacionalización de la variable

CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	26
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	26
3.3. Población y muestra	27
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	27
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	27
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	27
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	28
CAPÍTULO V: DISCUSION	33
CONCLUSIONES	34
RECOMENDACIONES	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

La alimentación complementaria radica en la adecuada ingesta de alimentos que el niño consuma para cubrir sus necesidades y poder desarrollarse saludablemente; es por ello que el inicio de esta etapa es sumamente de importancia ya que es un factor que lo protegerá de diferentes enfermedades de índole gastrointestinal, nutricional u otras complicaciones que podrían ocasionar riesgos a futuro que luego se van a reflejar en tasas altas de morbilidad infantil. Es de este modo que las madres durante la alimentación complementaria emplean sus conocimientos para alimentar a sus niños, la mayoría influenciadas por diversos factores sociales y o culturales y que tienen consecuencia en las Prácticas alimenticias. La finalidad principal de establecer la asociación del nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 12 meses de edad y el estado nutricional del niño atendido en el puesto de salud

El trabajo de investigación está Estructurado de la Siguiete manera: Consta de 5 capítulos. El Capítulo I: El problema, consta de: La determinación del problema, la formulación del problema, los objetivos de la investigación, la justificación y las limitaciones y alcances de la investigación. El Capítulo II que es el marco teórico consta de: Los antecedentes del estudio, la base teórica del estudio y el marco conceptual. En el Capítulo III: Material y métodos se considera: El tipo, nivel y diseño de investigación, la población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, las variables, la operacionalización de las mismas, la Validez, confiabilidad de los instrumentos, el plan de recolección y procesamiento de datos. En el Capítulo IV: Resultados. Capítulo V: Discusión de resultados y las referencias bibliográficas y los anexos correspondientes

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La alimentación complementaria radica en la adecuada ingesta de alimentos que el niño consuma para cubrir sus necesidades y poder desarrollarse saludablemente; es por ello que el inicio de esta etapa es sumamente de importancia ya que es un factor que lo protegerá de diferentes enfermedades de índole gastrointestinal, nutricional u otras complicaciones que podrían ocasionar riesgos a futuro que luego se van a reflejar en tasas altas de morbimortalidad infantil.¹

Por su parte, Cajamarca⁽⁸⁾, refiere que a pesar de realizar los procedimientos terapéuticos normatizados, aún se observan muchos casos de preescolares con cuadros de anemia, incluso se puede observar casos en los que a pesar de recibir el tratamiento terapéutico, no se han obtenido mejoras en los valores de hemoglobina.

En relación a la magnitud de la problemática en estudio, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (9), resalta que 273,2 millones de niños menores de 5 años presentaron anemia. En el 2010 a nivel mundial la máxima prevalencia fue en los niños preescolares (47,4%, IC95%: 45,7% a 49,1%)(4).

La prevalencia de anemia en la población pediátrica de países en vías de desarrollo fue del 46%, con tasas más elevadas, en

África (52%) y en el sudeste asiático (63%); mientras que en América Latina la prevalencia fue del 30% (8). A nivel mundial la desnutrición sigue siendo uno de los problemas que afecta a los niños y que los adultos pueden evitar.³

A partir de los 6 meses, la alimentación complementaria es muy importante para satisfacer las necesidades nutricionales para que pueda desarrollarse adecuadamente, ya que esta asociada a la capacidad de respuesta frente a las enfermedades, esto podría incrementar la morbilidad o la mortalidad.

La alimentación complementaria constituye el segundo paso más importante en la nutrición del niño después de la lactancia materna exclusiva.

Cuando la lactancia materna no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales de las niñas y niños, es necesario añadir otros alimentos a la dieta del niño, es decir, brindarle una alimentación complementaria, adecuada desde el punto de vista nutricional con todos los nutrientes que el niño necesita para desarrollarse adecuadamente; este periodo de inclusión de alimentos diferentes de la leche materna va de los seis a los 24 meses de edad, intervalo en el que la niña y el niño es muy vulnerable ya que está expuesto a diferentes enfermedades.⁴

El estado nutricional de un niño se ve influenciado por múltiples factores, dentro de ellos tenemos principalmente a la alimentación, la salud, y el cuidado que se le brinda al niño. Por otro lado tenemos que el estado nutricional de las niñas y niños está vinculado al desarrollo cognitivo, ya que un estado nutricional deficiente tiene efectos adversos sobre el proceso de aprendizaje y el rendimiento escolar. Asimismo, el estado nutricional está asociado a la capacidad de respuesta frente a las enfermedades, ya que un inadecuado estado nutricional incrementa tanto la morbilidad como la mortalidad.

Los efectos de un mal estado nutricional en los primeros años se prolongan a lo largo de la vida, ya que incrementa el riesgo de padecer enfermedades crónicas como el sobrepeso, la obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, entre otras y está asociado a menores logros educativos y menores ingresos económicos en la adultez. ⁵

Registros de estudios a nivel mundial, casi uno de cada cuatro niños menores de 5 años (165 millones, o el 26% en 2011) sufre desnutrición crónica, la tercera parte de las muertes de niños menores de 5 años son atribuibles a desnutrición. La desnutrición pone a los niños en una situación de riesgo de muerte y de enfermedad grave debido a infecciones comunes en la infancia como neumonía, diarrea, paludismo y sarampión.⁵ Los niños con desnutrición aguda grave tienen nueve veces más probabilidades de morir que los niños que están nutridos de manera adecuada. Asimismo la desnutrición crónica, o baja estatura para la edad, se asocia con un anormal desarrollo del cerebro, lo que es probable que tenga consecuencias negativas en la vida de un niño a largo plazo⁵.

Según la Encuesta Demográfica de Salud y familia (ENDES 2014), a nivel nacional, la desnutrición crónica afectó al 18,1% de niñas y niños menores de cinco años de edad.⁵ En el grupo de niñas y niños menores de seis meses de edad fue 13,3 % y, en los infantes de seis a ocho meses de edad este porcentaje fue de 14.6%, 3 % más comparado con el 11,6 % del ENDES 2013, observándose un incremento con la edad, periodo que abarca el inicio de la alimentación complementaria y que constituye el primer paso sumamente importante en la inclusión de alimentos en el niño y que va a definir su alimentación en adelante. En general ha habido una tendencia en la reducción en la desnutrición crónica desde los años 80. Bolivia, Perú, Colombia, Ecuador y Guatemala, han reducido la desnutrición, pero después esta tendencia ha sufrido un estancamiento en algunos de ellos. Países como El Salvador y Nicaragua han logrado disminuir la prevalencia de baja talla aún más en algunas regiones pobres, demostrando que es posible

lograrlo en el resto de los países de la región.⁶ Por estas razones, actualmente el estado nutricional de las niñas y niños es empleado en el ámbito internacional como parte de los indicadores con los cuales se verifica el desarrollo de los países. Por ello, la mejora del estado nutricional infantil forma parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio junto con otros indicadores de desarrollo social y económico. En el Perú, la reducción de la desnutrición crónica, es meta de política social para las cuales se vienen implementando políticas específicas de carácter multisectorial. Por otro lado, de la experiencia recogida en las rotaciones hospitalarias y comunitarias se pudo destacar que hay madres que tienen costumbres que muchas veces no son adecuadas en la nutrición del niño y que perjudican su salud, asimismo no tienen conocimientos e información clara acerca de una alimentación balanceada ni su importancia en el crecimiento y desarrollo del niño. A la vez, el gobierno está impulsando en mayoría de distritos el programa CRECER como estrategia de intervención articulada multisectorialmente que tiene como objetivo la lucha contra la desnutrición infantil y la pobreza, fomentando la alimentación y protección del niño desde su nacimiento; para ello, juzga necesario no sólo proveer a la población objetiva con productos que mejoren sus niveles de nutrición, sino capacitarla en aspectos de salud, educación, hábitos de higiene, nutrición y adecuación de sus viviendas para liberarlas de humo y desechos. En la práctica de enfermería, en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo, se evidenció que las madres tenían conocimientos diferentes acerca de la alimentación complementaria, muchas de las cuales referían: “yo le doy sopitas a mi niño desde los cuatro meses sin embargo no sube de peso”, “yo no le doy papillas porque le estriñe a mi niño”. “Señorita mi hija tiene 6 meses ¿está bien que coma naranja?”, “¿Señorita yo le doy sopa de hueso a mi niña, me han dicho que es bueno,” Señorita no cree que es malo darle aceite al niño” ?, “Señorita mi hija tiene 6 meses, le di un huevo entero y le salio ronchitas” entre otras

manifestaciones. Además, al interactuar con la enfermera responsable del consultorio de CRED ella manifiesta que existen en el año un promedio de 348 niños menores de cinco años con malnutrición por defecto y 281 niños con malnutrición por exceso

En conclusión hay madres que tienen costumbres alimentarias inadecuadas en la nutrición del niño y que perjudican su salud, por lo tanto, no tienen conocimientos e información clara acerca

de una alimentación balanceada y saludable, por lo tanto, perjudica en el desarrollo y crecimiento del niño.

Teniendo en cuenta las situaciones planteadas se tiene la siguiente interrogante.

1.2.- FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Cuál es la asociación entre nivel de conocimiento de la madre y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses de edad atendido en consultorio de CRED, del puesto de salud. José Santos Atahualpa- Arequipa 2016?

1.2.2.- Problema Específico

- ¿Cuál es las características socioculturales en las madres de lactantes de 6 a 12 meses de edad atendidos en consultorio de CRED en el Puesto de. Salud . José Santos Atahualpa?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria en lactantes de 6 a 12 meses de edad atendidos en consultorio de CRED en el Puesto de. Salud. José Santos Atahualpa.?

- ¿Cuál es el estado nutricional del lactantes de 6 a 12 mese de edad atendidos en el consultorio de CRED del Puesto de. Salud. José Santos Atahualpa?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.3.1- Objetivo general

- Determinar la asociación entre nivel de conocimiento de la madre y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses de edad atendido en consultorio de CRED, del puesto de salud. José santos Atahualpa- Arequipa 2016.

1.3.2. Objetivo específicos

- Identificar las características socioculturales en las madres de lactantes de 6 a 12 meses de edad atendidos en consultorio de CRED en el Puesto de. Salud . José Santos Atahualpa.
- Identificar el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria en lactantes de 6 a 12 meses de edad atendidos en consultorio de CRED en el Puesto de. Salud. José Santos Atahualpa.
- Identificar el estado nutricional del lactantes de 6 a 12 mese de edad atendidos en el consultorio de CRED del Puesto de. Salud. José Santos Atahualpa.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Siendo el Perú un país en vías de desarrollo y teniendo como uno de los principales problemas la desnutrición del niño menor de cinco años es importante y necesario profundizar el conocimiento de la madre en lo que respecta a la alimentación complementaria para así orientar las actividades preventivo promocionales realizadas por la enfermera, con el fin de promover la introducción adecuada de la alimentación

complementaria, de esta manera se impartirá los conocimientos a la madre o cuidador lo que contribuirá a mejorar las prácticas de alimentación que brinde al niño redundando en el mejoramiento de su nivel nutricional, preveniendo complicaciones en su crecimiento y desarrollo cognitivo, emocional y social.

Es por tanto que los resultados a corto y largo plazo de una mejora en la nutrición de los niños parte de un esfuerzo conjunto de los profesionales de salud, así como la influencia familiar. Por ello el profesional de Enfermería a lo largo del Programa de Crecimiento y Desarrollo, es responsable de impartir conocimientos a los padres de manera que motive en ellos un compromiso de mejorar la calidad de alimentación de sus niños, así como disminuir los índices de alteraciones en el estado nutricional como desnutrición y obesidad que a largo plazo determinaran una menor posibilidad de desarrollar a un nivel adecuado sus potencialidades.

Teniendo en cuenta que el personal de enfermería es el responsable del área de Crecimiento y Desarrollo del niño, en el

cual se brinda la educación sanitaria a los padres para el inicio de la alimentación complementaria y el seguimiento oportuno, es importante que la enfermera cuente con evidencias objetivas acerca del nivel de conocimientos de los padres con respecto a la alimentación complementaria, para poder brindar un cuidado culturalmente pertinente y adaptado a sus propias necesidades identificadas.

Realizar este proyecto es importante porque así la población materna tiene una manera para informarse acerca la alimentación complementaria, y riesgos en caso de una desnutrición, como también saber sobre el estado nutricional sobre sus hijos.

Por lo que la solución a esta problemática, es prevenir con estilos de vida saludable en relación a la alimentación complementaria y la población de niños puedan tener una vida plena y saludable ya que las madres podrán tener conocimiento sobre una adecuada alimentación complementaria; así mismo asistir al consultorio de niño sano para el control de crecimiento y desarrollo de su niño.

Para Nightingale, toda mujer, en algún momento de sus vidas, ejercería de enfermera de algún modo, ya que la enfermería consistía en hacerse responsable de la salud de otra persona.

Su idea principal era que toda mujer debería recibir formación para poder cuidar y que las enfermeras proporcionan una atención sanitaria preventiva y ellas necesitan una atención aún más amplia.

La enfermera debe de ser observadora en sus pacientes como también en su entorno y realizar una vigilancia continua.

Defino salud como la sensación de sentirse bien y la capacidad de utilizar al máximo todas las facultades de la persona.

La presente investigación es un aporte científico, no solo por ser inédito, sino también por que el fin es contribuir con la sociedad en la prevención de la desnutrición crónica y obesidad y que la población mantenga estilos de vida de vida saludable.

Uno de los deberes de la enfermera es fomentar estilos de vida saludable, educación e intervenir y promocionar salud, prevenir riesgos, daños, para el desarrollo adecuado del niño y la madre y lograr el fomento de una cultura de autocuidado de la salud.

Una adecuada alimentación durante la infancia y la niñez temprana es vital para que los niños desarrollen su potencial humano y es fundamental para la promoción del crecimiento, la salud y el desarrollo especialmente entre el momento de nacer hasta los dos años de edad.

Después de los seis meses, la lactancia materna exclusiva no es suficiente para satisfacer todos los requerimientos nutricionales de los bebés y niños pequeños, por lo que es necesaria la ingesta de alimentos complementarios. Por ello es muy importante que la madre tenga conocimientos veraces acerca de la alimentación complementaria pues es ella quien va a introducir la alimentación en su niño. Asimismo, es necesario establecer el grado de conocimiento de madres sobre alimentación complementaria para poder ayudar a dar solución a los problemas que están presentes durante este proceso de inicio de la alimentación.

Con lo que, además; permitirá alcanzar el requerimiento académico de la Universidad Alas Peruanas para optar el título profesional de Licenciatura en Enfermería.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. Antecedentes Internacionales

García de León, Cecilia; Sololá realizó un estudio titulado: “Prácticas de alimentación complementaria en niños menores de 1 año de edad, de la comunidad el tablón del municipio de Sololá” Guatemala, año 2012 .El objetivo del estudio fue determinar las prácticas de alimentación complementaria en niños menores de un año de edad, habitantes de la comunidad El Tablón del municipio de Sololá. El estudio fue de tipo descriptivo, desarrollado mediante la aplicación de 3 boletas a 45 madres de niños menores de un año que ya habían iniciado la alimentación complementaria.

Las conclusiones fueron:

“Se determinó que el 100% de las madres le brindaba lactancia materna a su hijo desde el nacimiento hasta el día del estudio. El 64% indicó que antes de iniciar la alimentación complementaria le había brindado atoles y agüitas de hierbas. El 38% inició la alimentación complementaria a los 6 meses y el 40% después de los

6 meses. La alimentación de la población en general está basada en el consumo de cereales, seguidos de: Frijol, hierbas y una bebida a base de harina de maíz y harina de soya.”⁸

Sáenz, M. Realizó un estudio sobre Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá, Colombia 2007 con el objetivo de Identificar las características de las prácticas de lactancia materna, alimentación complementaria en la población que asiste al Jardín Infantil de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. Las conclusiones fueron:

“El 40 % de las madres mantienen la lactancia materna a los 12 meses, lo cual parece mostrar buenos conocimientos sobre los beneficios de una lactancia prolongada. Por otra parte, el inicio de la alimentación complementaria se hizo en el 63 % de los casos a los 6 meses de vida y en un 28 % a los 4 meses y un pequeño porcentaje tardíamente después de los 12 meses, lo que refleja una buena información sobre la exclusividad de la lactancia en los primeros meses.”⁹

2.2.2.- Antecedentes Nacionales

Jiménez Huamán, César Orlando; realizó una investigación titulada “Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses que acuden al centro de salud fortaleza Lima-Perú 2008”, cuyo objetivo fue determinar el inicio de la alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses en el centro de salud Fortaleza. El método que se utilizó fue correlacional de corte transversal, para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista encuesta, y el instrumento fue un cuestionario 19 semiestructurado aplicados a las madres y una lista de chequeo aplicado a los lactantes. Dentro de las conclusiones tenemos:

“La mayoría de lactantes del centro de salud Fortaleza inició la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad; un menor porcentaje inicio la alimentación complementaria antes de los 6 meses o después de los 7 meses de edad. Los lactantes que iniciaron la alimentación complementaria tardía (después de los 7 meses), tienen mayor índice de Desnutrición de I grado, que los lactantes que iniciaron un alimentación precoz (antes de los 6 meses) y normal (6 meses). Los lactantes que iniciaron una alimentación complementaria normal (6 meses), en una evaluación posterior al inicio de la alimentación, tienen un mayor índice de desnutrición de Iº, que los lactantes que iniciaron una alimentación precoz (antes de los 6 meses).”¹⁰

Huamán Hidalgo, Diana realizó un estudio titulado “Representaciones sociales sobre la alimentación complementaria en madres de niños menores de 2 años: Yanacancha - Cerro de Pasco, 2012. Tuvo como objetivo principal explorar las representaciones sociales sobre alimentación complementaria en madres de niños menores de 2 años. El diseño fue cualitativo, teoría fundamentada. La muestra estuvo conformada por 20 madres de familia con niños menores de 2 años que reciben alimentación complementaria, divididas según condición primípara y 10 de condición múltipara. Se utilizaron una guía semi – estructurada de preguntas y 11 situaciones “historias” relacionados a la alimentación complementaria. Se realizó la triangulación de la información por técnica y por investigador para lograr la confiabilidad del estudio. Los resultados fueron:

“Algunos factores psicosociales y socioculturales influenciaron en las decisiones que las madres tomaron para continuar o interrumpir la LM, iniciar la AC, otorgar AOA y otorgar algunas bebidas (remedios).

Las experiencias positivas (aceptación del niño) o negativas (efectos adversos) asociadas a procesos cognitivos (percepción) y afectivos (emociones) influyeron en las decisiones y actitudes de la madre frente a un alimento creando posiciones favorables frente a ellos, o prejuicios que retrasaron o no permitieron la introducción de determinados alimentos como las carnes, pescados, menestras, cítricos, tocosh y maca.

Ciertos alimentos (menestras) fueron categorizados por algunas madres como “pesados” pues sus características los relacionaron con los posibles efectos adversos en el niño; otros, como “fríos” por relacionarse con las condiciones atmosféricas y a unos otros (huevo y derivados lácteos) se les consideró “prohibidos” por influir negativamente en problemas infecciosos digestivos.

Las representaciones sociales sobre la alimentación complementaria aún no han sido instauradas completamente por las madres, lo que conlleva a que se dé una mala interpretación de los conceptos entorno a la alimentación infantil, dificultando así la buena comprensión y comunicación de un mensaje adecuado, conllevando a una inadecuada práctica de alimentación, el cual puede verse reflejada en el estado nutricional del niño.¹¹

MACEDO, J. Y COLS AREQUIPA- PERÚ, realizaron el estudio "Factores biológicos, socioculturales, nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria y estimulación temprana de las madres y el estado nutricional y desarrollo del niño(a) de 6 a 24 meses". Estudio de tipo descriptivo, cuantitativo, la población se conformó por 278 madres con sus respectivos niños.

Los resultados fueron:

“concluyendo que los factores biológicos y socio culturales de las madres tiene relación significativa con el estado nutricional y que el

*nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria y estimulación temprana es regular.*¹²

Guevara, A, realizó el estudio "Algunos conocimientos de la madre en la atención nutricional y evolución del crecimiento del niño durante el primer año".2009) AREQUIPA- PERÚ. Fue Estudio de tipo descriptivo, transversal, la población. se conformó por 126 madre con niños y niñas menores de un año.

Los resultados fueron:

*“concluyendo que existe relación entre algunos conocimientos y la situación de curva de crecimiento de los menores de 1 año, que las madres seleccionan correctamente los alimentos para la edad del niño, mas no lo valoran y saben para que realmente sirven.”*¹³

Cisneros Poma, Evelin Patricia y Vallejos Esquives, Yacarly Yaneth, Chiclayo Investigación conocimientos, prácticas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6-24 meses –

Reque -2014. Teniendo en cuenta que el objetivo fue relación que existe entre el nivel de conocimientos de las madres y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que asiste al consultorio de CRED del centro de salud.

Los resultados muestran que el 3.3 % de las madres tiene un conocimiento Bajo sobre alimentación complementaria

de niños de 6 – 24 meses, mientras que el 53.3 % y 43.3 % obtuvieron un nivel de conocimiento Medio y Alto respectivamente el 3.3 % de las madres obtuvieron un nivel de conocimiento Medio

sobre la alimentación complementaria, mientras que el 96.7 de las madres obtuvieron un nivel de conocimiento Alto posterior a la aplicación del programa educativo. pre test el 13.33 % de las madres conoce sobre la alimentación complementaria y el 86.67 % de las madres no conocen, mientras que en el pos test el 100 % de las madres conoce sobre el inicio. 53.55 % de las madres desconoce sobre la cantidad de alimentos que debe recibir el niño y el 43.33 % desconoce, mientras que en el pos test el 46.67 % desconoce y el 56.67 % conocer.¹⁴

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1.- GENERALIDADES DEL CONOCIMIENTO

Según Mario Bunge el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que pueden ser claros precisos ordenados, vago inexacto clasificándole en conocimiento científico y conocimiento vulgar, el científico es el racional analítico, sistemático verificable a través de la experiencia y el conocimiento vulgar es vago inexacto limitado por la observación.

Kant en su teoría del conocimiento refiere que está determinado por la intuición sensible y el concepto, distinguiéndose dos tipos de conocimiento: el puro y el empírico, el puro o priori se desarrolla antes de la experiencia y el segundo elaborado después de la experiencia ⁽¹⁶⁾

Según el Diccionario el conocimiento se identifica como "la acción y el efecto de conocer", definiendo conocer, como "averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas". ⁽¹⁵⁾

El ser humano aprende a través del conocimiento, de esta manera se puede definir al aprendizaje como la adquisición de información codificada bajo la forma de conocimientos, creencias, etc. Este proceso le permite al sujeto descubrir las relaciones existentes entre los eventos de su entorno, los cuales al asimilarlo generan un cambio de conducta.

Entre las principales características del conocimiento tenemos el aprendizaje implica un cambio de conducta del sujeto, este cambio puede entenderse como la aparición o desaparición de la conducta. Los cambios de conducta son relativamente estables, es decir, los cambios se incorporan en la conducta durante un periodo de tiempo. Sin embargo, lo que se aprende también se olvida a consecuencia del desuso. El aprendizaje resulta de la interacción del sujeto con su medio lo que a su vez le permite una mayor adaptación al medio social. ⁽¹⁶⁾

En cuanto al tipo de aprendizaje tenemos aprendizaje motor que consiste en una secuencia de movimientos coordinados cuya repetición conduce a la automatización, el aprendizaje cognoscitivo el cual permite que se adquiera conocimientos e informaciones respecto de los elementos que conforma el mundo externo e interno del sujeto, el aprendizaje afectivo que es la modificación o adquisición de emociones, sentimientos y estados de ánimo y por último el aprendizaje social, en donde se adquiere normas, valores, actitudes sociales, modales. ⁽¹⁷⁾

Diversas teorías nos ayudan a comprender, predecir, y controlar el comportamiento humano y tratan de explicar como los sujetos acceden al conocimiento. Su objeto de estudio se centra en la adquisición de destrezas y habilidades, en el razonamiento y en la adquisición de conceptos.

Por ejemplo, la teoría del condicionamiento clásico de Pávlov: explica como los estímulos simultáneos llegan a evocar respuestas semejantes. La teoría del condicionamiento instrumental u operante de Skinner describe cómo los refuerzos forman y mantienen un comportamiento determinado. Albert Bandura describe las condiciones en que se aprende a imitar modelos. La teoría Psicogenética de Piaget aborda la forma en que los sujetos construyen el conocimiento teniendo en cuenta el desarrollo cognitivo. La teoría del procesamiento de la información se emplea a su vez para comprender cómo se resuelven problemas utilizando analogías y metáforas.⁽¹⁸⁾

La educación en salud se sustenta en esta base teórica para fortalecer la promoción de la salud con el fin de reducir las diferencias en el estado actual de la salud y asegurar igualdad de oportunidades, proporcionando los medios que permitan a todos los individuos desarrollar al máximo su salud potencial y así se incrementaran las opciones para que la población ejerza un mayor control tanto sobre su propia salud como sobre su entorno.

La promoción de la salud puede ser alcanzada desde distintos enfoques. Dentro de éstos, el enfoque de cambio conductual tiene como propósito proveer conocimientos e información y desarrollar las habilidades necesarias para que una persona pueda tomar una elección informada acerca de su comportamiento en salud. Este enfoque no busca persuadir o motivar el cambio en una dirección particular sino más bien intenta obtener como resultado la elección personal y no la que el promotor prefiera.⁽¹⁹⁾

El enfoque de cambio conductual enfatiza la relación entre conocimientos, actitudes y prácticas. Un incremento en el nivel de conocimientos genera cambios actitudinales, los cuales pueden guiar a cambios en las conductas de las personas en la búsqueda de estilos de vida saludables. Este proceso se basa en las teorías psicológicas del aprendizaje al involucrar los aspectos cognitivo, afectivo y conductual.

Las intervenciones que promueven cambios de comportamiento se diseñan a través de varios enfoques teóricos que sustentan metodológicamente las estrategias aplicables en esta comunicación educativa. Uno de los que ha mostrado tener mayor coherencia es el enfoque constructivista, el cual ha sido aplicado en los programas de educación sanitaria para adultos. El constructivismo es una teoría psicológica sobre el proceso de desarrollo humano, que abarca principalmente desde la etapa infantil hasta la adolescente, que puede extenderse para la formulación de estrategias educativas en la capacitación de adultos, dentro de programas de intervención social.

Según el enfoque constructivista, el conocimiento no es innato ni es producto de intuiciones; no se recibe en forma pasiva ni tampoco es resultado de abstracciones provenientes de experiencias sensoriales. El conocimiento no es un simple producto del ambiente ni un simple resultado de sus disposiciones internas, sino es una construcción propia. Está formado por esquemas mentales que el ser humano construye, relacionando los conocimientos previos que ya posee, con las nuevas informaciones.

En el aprendizaje constructivo se desarrolla un proceso mental donde se adquiere el conocimiento nuevo al relacionarlo con los conocimientos previos y que finaliza cuando se adquiere la competencia de generalizar y aplicar lo nuevo conocido a una situación nueva. ⁽²⁰⁾

La persona, en base a su interacción con la realidad, capta y asimila; y luego acomoda los conceptos e informaciones asimilados con lo que sabía antes, integra el conocimiento previo con lo nuevo; y luego lo aplica, lo contrasta con la realidad, adecuando su nuevo conocimiento a través de la experiencia. La construcción del nuevo conocimiento puede consumarse de diferentes formas. Cuando el sujeto interactúa con el objeto del conocimiento (según Piaget), en la interacción con otros sujetos (según Vigotsky) o cuando el conocimiento es significativo para el sujeto (según Ausubel). ⁽²¹⁾

La aplicación del enfoque constructivista con participantes adultos, obliga a considerar que cuando un mensaje está excesivamente alejado de los esquemas previos de los participantes, no tiene para ellos mayor significación y así, el proceso de enseñanza / aprendizaje es incapaz de desembocar en un aprendizaje verdaderamente significativo. Probablemente se obtendría una memorización, pero sería de escaso o nulo valor funcional.

Por otro lado, si los mensajes se presentan sin cuestionar sus prácticas habituales, no se alcanzaría el nivel de motivación mínima que justifique el darles importancia; y así el aprendizaje también se vería igualmente bloqueado. Por estas razones, los mensajes deben acercarse a los esquemas previos de los participantes, pero entregando saberes cuestionadores.

Mostrando nuevos contenidos que les obliguen a desarrollar su conocimiento.

La secuencia Asimilación-Acomodación-Aplicación, es una secuencia que parte del aprendizaje personal pero que, dentro de la educación de adultos, se convierte en la estrategia

del programa educativo. Así, la idea es armar tres etapas para la capacitación, con objetivos educativos y métodos a aplicar que coincidan con las características de las tres etapas del aprendizaje visto desde el enfoque constructivista. Por ejemplo:

Contenidos conceptuales, se brinda información sobre lo básico de la nutrición en el niño. Incluyen conceptos de salud infantil, alimentación complementaria, la importancia de la alimentación complementaria. Se aplica este saber teórico con una actitud positiva y responsable respecto a la adopción de comportamientos adecuados.

Contenidos actitudinales: da refuerzo a las actitudes positivas respecto a la alimentación complementaria. Acomodar el saber práctico que poseen previamente, con el nuevo saber teórico captado, para diseñar, describir y ejecutar diferentes procedimientos para la alimentación complementaria.

Contenidos procedimentales: Se tienen sesiones demostrativas y reuniones con comunicación interpersonal sobre mensajes prácticos de la alimentación complementaria.⁽²²⁾

Por lo mencionado anteriormente se puede mencionar que la enseñanza y aprendizaje son procesos recíprocos, la enseñanza facilita el proceso de aprender, el que asume el

papel de maestro va a ayudar a quien aprende a que adquiera el conocimiento, habilidades y las actitudes que necesita para aprender, no sólo va a proporcionarle información, sino también le ayudará a cambiar sus opiniones y sentimientos. El aprendizaje es un proceso activo que se extiende desde el nacimiento hasta la muerte, es decir se da durante toda la vida, es por ello que el aprendizaje origina cambios en el proceso de

pensamiento, acciones o actitudes de la persona quien aprende. La persona por si misma, no siempre son capaces de modificar conductas, depende de un amplio número de factores externos e internos, entre los que tenemos las creencias, los valores y las actitudes,

Dentro de esto la Educación Alimentaria y Nutricional es el conjunto de experiencias de aprendizaje diseñadas para facilitar la adopción voluntaria de conductas alimentarias y otras relacionadas a la nutrición, conducentes a la salud y el bienestar.

2.2.2. DEFINICIÓN DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

El concepto de alimentación complementaria es relativamente reciente. Es aquella que complementa a la lactancia materna, pero sin anularla. Revaloriza a la lactancia materna como un alimento óptimo para los primeros tiempos de la vida y establece la necesidad de estudiar científicamente la alimentación con objeto de cubrir las necesidades del niño a partir de los seis meses de edad. Se entiende por alimentación complementaria como la oferta de alimentos o líquidos a los lactantes para complementar la leche materna. La edad a la que se inicia esta alimentación es una etapa especialmente sensible en el desarrollo del lactante ya que, como

señala la guía para la alimentación del lactante y niño pequeño de la OMS/UNICEF , los primeros 2 ó 3 años de la vida son los más cruciales para un desarrollo físico y mental normales, y los problemas derivados de una nutrición inadecuada en esta etapa de la vida afectan no sólo al desarrollo físico, sino también al sistema inmunitario y al desarrollo intelectual y emocional.

Importancia de la alimentación complementaria

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

El carácter de complementario de los alimentos, los hace necesarios para que desde los seis meses de vida y junto a la lactancia materna, mejoren el aporte energético, proteico, cantidad, calidad y biodisponibilidad de nutrientes esenciales para el crecimiento. Por otra parte, las madres, los padres y otros dispensadores de atención necesitan tener acceso a información objetiva, coherente y completa acerca de las prácticas apropiadas de alimentación.

En particular, deben estar informados acerca del período recomendado de lactancia natural exclusiva y continua; el momento de introducción de los alimentos complementarios; qué tipos de alimentos tienen que utilizar, en qué cantidad y con qué frecuencia y cómo darlos de forma inocua 2. Sabemos que la leche materna es el mejor alimento para los bebés y les proporciona todos los nutrientes que necesitan durante los primeros 6 meses ya que contiene sustancias inmunes y bioactivas que confieren al lactante protección frente a infecciones bacterianas y víricas y ayudan a la adaptación y la maduración intestinal del lactante, sin embargo cabe resaltar la

transición de la leche materna a la inclusión de alimentos diferentes a una edad adecuada ya que es muy importante saber las implicancias de adelantar o atrasar el inicio de la alimentación complementaria tal y como lo dice una revisión de la Academia Española de Pediatría que señala que hay una ausencia de beneficio, para la mayoría de los lactantes amamantados cuando introducimos otros alimentos en la dieta antes de los 6 meses y el aumento de riesgo de infecciones gastrointestinales⁷.

De acuerdo con datos del Comité de Nutrición de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), la nutrición adecuada en el primer año de vida y durante la primera infancia es fundamental para que el niño desarrolle plenamente su potencial humano. Los especialistas sugieren proveer alimentos complementarios, además de la lactancia después de los seis meses de edad, para mantener así un crecimiento saludable.

A los seis meses de edad, el bebé ya ha adquirido un buen desarrollo de su aparato digestivo, su función renal y el suficiente desarrollo neuro-madurativo para la incorporación de nuevos alimentos.

A partir de esa edad es importante continuar la alimentación con papillas, preparadas con leche y cereal, purés a base de hortalizas (zanahoria, zapallo y papa), puré de frutas (manzana, banana y pera) y lácteos (postres a base de almidón de maíz) a los que es importante sumar el agregado de carnes para optimizar el aporte de hierro y de aceite para incrementar el aporte energético.

Factores que influyen en el inicio de la alimentación complementaria

El inicio de los alimentos sólidos implica un período de transición entre la alimentación líquida (leche materna) y la alimentación característica del resto de la vida (principalmente sólida).

Resulta un proceso complejo y gradual, que, entre otras cosas, requiere de un tiempo prudente para que los sistemas neuromuscular, renal, digestivo e inmunológico del niño adquieran la madurez necesaria.

Las últimas recomendaciones de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (Espghan) (2008), la Sociedad Norteamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (Naspghan) y la Academia Americana de Pediatría (AAP) señalan que los lactantes estarían aptos para recibir alimentos diferentes a la leche entre las 16 y 27 semanas de vida. No obstante, se enfatiza en la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de edad.

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

Maduración digestiva: la función digestiva de la mayoría de los lactantes de 6 meses es suficientemente madura para digerir la mayor parte de los almidones (cocidos o hidrolizados), las proteínas y la grasa de la dieta no láctea (la amilasa pancreática a los 4 meses es baja o casi ausente).

Maduración renal: a los 6 meses la filtración glomerular del 60-80% de la del adulto y las capacidades de concentración y de excreción de sodio, fosfatos e hidrogeniones son mayores que al nacimiento, aunque aún limitadas entre los 6 y los 12 meses.

Desarrollo psicomotor: hacia los 5 meses el bebé empieza a llevarse objetos a la boca; a los 6 meses el lactante inicia los movimientos de masticación, desaparece el reflejo de extrusión lingual y es capaz de llevar hacia atrás el bolo alimenticio para su deglución; hacia los 8 meses la mayoría se sientan sin apoyo y tienen suficiente flexibilidad lingual para tragar alimentos más espesos; hacia los 10 meses pueden beber con una taza, manejar una cuchara y coger alimentos con sus dedos.

Maduración inmune: la introducción de alimentación complementaria supone la exposición a nuevos antígenos y cambios en la flora digestiva con repercusión en el equilibrio inmunológico intestinal. Es un momento de gran influencia sobre el patrón de inmunorespuesta, y los factores específicos tolero génicos y protectores del intestino que aporta la leche humana pueden modular y prevenir la aparición de alergias y reacciones adversas.

Asimismo, otro factor que pudiese influir en el inicio de la alimentación complementaria es la cultura en la cual nazca el niño.

Características de la alimentación complementaria

a) Inicio de la alimentación complementaria

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

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

Frecuencia

Como la capacidad del estómago en esta etapa es limitada, el niño no puede tener el mismo número de comidas que el adulto, El número apropiado de comidas que se ofrecen a la niña o niño durante el día, depende de la densidad energética de los alimentos que se usen localmente y de las cantidades consumidas en cada comida.

La frecuencia diaria de comidas ha sido estimada en función a la energía requerida que debe ser cubierta por los alimentos complementarios, asumiendo una capacidad gástrica de 30 g/kg de peso corporal y una densidad energética mínima de 0,8 kcal/g de alimento. Si la densidad energética o la cantidad de comida administrada es baja, o si a la niña o niño se le suspende la lactancia materna, requerirá de un mayor número de comidas para satisfacer sus necesidades nutricionales. por lo cual es necesario fraccionarlas durante el día con la siguiente guía:

De 6 a 9 meses: Leche materna más 2-3 comidas al día; 2 comidas principales.

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

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

b) Consistencia

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

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

c) Cantidad

La cantidad de alimentos se refiere al volumen de los alimentos en cada comida. El inicio de cada alimento nuevo debe hacerse en pequeñas cantidades y aumentar progresivamente a medida que aumenta la capacidad gástrica del niño. Por ello es muy importante que la madre o quien cuide al niño este atenta a las señales de satisfacción del niño. Nunca se debe forzar al niño a comer más de lo que quiere o lo que su capacidad gástrica lo permita. En niños(as) amamantados de países en vías desarrollo, las necesidades energéticas a cubrir con la alimentación complementaria se estiman en 200, 300 y 550 kcal/día entre las edades de 6 y 8, de 9 y 11 y de 12 y 23 meses, respectivamente. Por otro lado, tenemos que la capacidad gástrica de la niña o niño guarda relación con su peso (30 g/kg de peso corporal), estimándose así el volumen de alimentos capaz de tolerar en cada comida. Alrededor del sexto mes de edad la niña o niño expresa su deseo de alimento abriendo la boca e

inclinándose hacia delante. Contrariamente, cuando ya se encuentra satisfecho, demuestra su desinterés por el alimento echándose hacia atrás y volteando la cabeza hacia un lado. La niña o niño participa así activamente de la alimentación y no ingiere indiscriminadamente los alimentos que se le introducen en la boca. Los lactantes aumentan gradualmente su aceptación a los alimentos nuevos mediante un incremento lento de la cantidad que aceptan. Los lactantes amamantados parecen aceptar mayores cantidades que los lactantes que toman fórmulas. A partir de los 6 meses de edad se empezará con 2 a 3 cucharadas de comida dos veces al día; entre los 7 y 8 meses, se aumentará a 1/2 taza (100 g ó 3 a 5 cucharadas aproximadamente) tres veces al día; entre los 9 y 11 meses, se incrementará a 3/4 de taza (150 g ó 5 a 7 cucharadas aproximadamente) tres veces al día, más una entre comida adicional; y finalmente entre los 12 y 24 meses 1 taza (200 g ó 7 a 10 cucharadas aproximadamente), tres veces al día, más dos entre comidas adicionales. Desde los 6 meses de edad, la niña o niño debe tener su propio recipiente (plato o taza) y cucharita, para que la madre o la persona que lo cuida pueda observar la cantidad que come cada vez que lo alimenta y conscientemente aumente la cantidad, de acuerdo con la edad y sus sensaciones de hambre y saciedad. A medida que mejora la aceptabilidad y la niña o niño recibe mayor cantidad de alimentos se puede aumentar su variedad. La incorporación de un nuevo alimento debe ser en volúmenes pequeños para prevenir posibles intolerancias y/o alergias.

d) Contenido nutricional

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

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

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

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

Nutrición del niño menor de 2 años:

a) Requerimientos nutricionales del lactante

La principal razón por la que el niño debe consumir alimentos diferentes a la leche es de tipo nutricional. Las necesidades de energía, proteína, vitaminas y minerales se incrementan a partir del sexto mes de vida, y, por esto los alimentos seleccionados deben ser ricos en: calorías, proteínas, hierro, zinc, calcio, vitaminas A-C-D, entre otros. Los alimentos seleccionados “complementarán” al alimento básico que continúa siendo la leche (al menos hasta el

primer año de vida) y ayudarán con la cobertura de los requerimientos de los nutrientes. Se debe utilizar alimentos con un valor nutricional adecuado, de fácil digestión, poco voluminosos, frescos o higiénicamente elaborados.

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

Necesidades energéticas

La ingesta o aporte calórico aconsejable, debe cubrir los requerimientos mínimos para mantenimiento, actividad física y crecimiento. Las necesidades energéticas pueden variar con otros factores como la dieta, el clima o la presencia de patología.

Los requerimientos energéticos en el recién nacido son de dos a tres veces superiores a los del adulto, si se expresan por superficie corporal. La cantidad de energía que se requiere para el crecimiento durante el primer año de vida es muy grande, tanto que aunque los preescolares y escolares son mucho más activos que los lactantes, sus necesidades energéticas son mucho menores en relación al peso.

Las necesidades para mantenimiento incluyen el gasto por el metabolismo basal, las pérdidas por excretas y la energía necesaria para la acción dinámico-específica de los alimentos. Son constantes durante el primer año de vida: 70 kcal/kg de peso corporal.

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

Necesidades de Vitaminas

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

Necesidades de Proteínas

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

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

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

Algunos aminoácidos son considerados como esenciales en la primera infancia, porque las necesidades en esta etapa son mayores que la capacidad de síntesis, debido a la ausencia o bajo rendimiento de las enzimas que intervienen en su interconversión. Esto es lo que ocurre con la histidina hasta los seis meses y con la cistina en el recién nacido, sobre todo en el pretérmino, dado su papel precursor de la taurina, que juega un papel fundamental en el desarrollo cerebral.

Los requerimientos de proteínas en el primer año de vida son:
0-6 meses (2.2 g/kg/día) y desde los 7-12 meses (1.6 g/kg/día).

Necesidades de Grasas

Las grasas son sustancias orgánicas de bajo peso molecular que se caracterizan por ser solubles en disolventes orgánicos e insolubles en agua. Los lípidos de la dieta son fundamentales para un adecuado crecimiento y sobretodo desarrollo cerebral; están constituidos en su mayor parte por triglicéridos, ésteres de colesterol y fosfolípidos, los cuales contienen ácidos grasos. Los lípidos como los fosfolípidos y glicolípidos forman parte de la estructura de la membrana celular de la mielina y de los órganos intracelulares, así como de importantes sistemas enzimáticos. El colesterol forma parte de la membrana celular, siendo además precursor de hormonas gonadales y adrenales y de ácidos biliares. Aportan ácidos grasos esenciales: ácido linoléico y ácido araquidónico. Favorece la absorción de vitaminas liposolubles (A, D, E, K).

b) Tipos de alimentos:

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

Frutas: Se pueden empezar a ofrecer al lactante a partir del 6º mes como zumo de frutas, y más adelante en forma de papilla, nunca sustituyendo a una toma de leche. Las frutas más recomendadas son plátano, papaya, manzana, pera y se debe evitar las más alergénicas como fresa, frambuesa, kiwi, naranja y melocotón. Se suele introducirlas tras la aceptación de los cereales, aunque la fruta puede ser el primer alimento complementario. No existe razón

científica alguna, y puede ser perjudicial, el ofrecer zumos de fruta antes de los 4 meses.

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

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

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

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

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

c) Combinación de Alimentos:

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

Dada las pequeñas cantidades de alimentos que los niños(as) consumen a esta edad, las densidades de estos nutrientes en las preparaciones tienen que ser altas. Los alimentos de origen vegetal, por sí solos no satisfacen las necesidades de estos y otros nutrientes, por lo que se recomienda incluir carnes, aves, pescado, vísceras, sangrecita y huevo en la alimentación complementaria lo

más pronto posible, de esta manera asegurar el aporte del hierro, zinc, calcio y vitamina A.

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

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

Es necesario asegurar el aporte de la vitamina A en la alimentación del niño(a), porque además de participar en su crecimiento y desarrollo, mantiene la integridad de las células epiteliales de la mucosa de la boca, de los ojos, y del aparato digestivo y respiratorio; los que tienen deficiencia están en mayor riesgo de tener infecciones, especialmente episodios de diarrea y sarampión más frecuentes y severos, así como, anemia por deficiencia de hierro y retardo del crecimiento. Los alimentos de origen animal fuentes de vitamina A son el hígado y carnes.

El calcio es un mineral, que participa en la construcción de los huesos, así como para la salud dental, para un adecuado aporte de calcio es necesario incluir leche y/o productos lácteos en la comida de la niña o niño a partir del año de edad, además de continuar con la leche materna. El huevo y el pescado son muy buenos alimentos para la niña o niño y no deben ser restringidos, salvo temporalmente en el caso de una fuerte historia familiar de alergia.

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

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

ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO

a) Evaluación antropométrica

La evaluación antropométrica del estado nutricional puede realizarse en forma transversal (en un momento determinado) o longitudinal (a lo largo del tiempo). Su determinación es relativamente sencilla, de bajo costo y muy útil.

Las medidas antropométricas más usadas en la evaluación del estado nutricional son el peso, la talla, el perímetro braquial y los pliegues cutáneos. Estas mediciones se relacionan con la edad o entre ellos, estableciendo los llamados **índices**. Los índices mas utilizados son el peso para la edad (P/E), la talla para la edad (T/E) y el peso para la talla (P/T).

Peso para edad:

Es un índice usado comúnmente en el control del crecimiento de los niños, en las historias clínicas y carnés de crecimiento.

Sus principales ventajas son:

Es fácil de obtener con poco margen de error.

Si se tiene un número adecuado de controles, es sensible para detectar cambios en el seguimiento longitudinal de un niño

Es el índice más conocido por los trabajadores de salud.

Sin embargo, también tiene desventajas importantes:

En niños mayores de un año puede sobre estimar la desnutrición

No permite diferenciar adelgazamiento (desnutrición aguda) de retardo del crecimiento (desnutrición crónica). Un niño de la misma edad y peso puede estar adelgazado, tener un peso adecuado para su talla o incluso ser obeso, dependiendo de la talla.

Talla para la edad:

El incremento de talla es más lento que el incremento de peso. Los estados de deficiencia de talla suelen presentarse más lentamente y también recuperarse más lentamente.

Las ventajas de este índice son:

- Refleja la historia nutricional del sujeto

Estima el grado de desnutrición crónica

Las principales desventajas son las siguientes:

Requiere conocer con exactitud la edad

La talla es más difícil de medir que el peso y tiene un mayor margen de error

No permite medir el grado de adelgazamiento o desnutrición aguda.

Peso para edad:

Es un índice usado comúnmente en el control del crecimiento de los niños, en las historias clínicas y carnés de crecimiento.

Sus principales ventajas son:

Es fácil de obtener con poco margen de error.

Si se tiene un número adecuado de controles, es sensible para detectar cambios en el seguimiento longitudinal de un niño.

Es el índice más conocido por los trabajadores de salud.

Sin embargo, también tiene desventajas importantes:

- No permite diferenciar adelgazamiento (desnutrición aguda) de retardo del crecimiento (desnutrición crónica). Un niño de la misma edad y peso puede estar adelgazado, tener un peso adecuado para su talla o incluso ser obeso, dependiendo de la talla.

Talla para la edad:

El incremento de talla es más lento que el incremento de peso. Los estados de deficiencia de talla suelen presentarse más lentamente y también recuperarse más lentamente.

Las ventajas de este índice son:

Refleja la historia nutricional del sujeto

Estima el grado de desnutrición crónica

Las principales desventajas son las siguientes:

Requiere conocer con exactitud la edad

La talla es más difícil de medir que el peso y tiene un mayor margen de error

No permite medir el grado de adelgazamiento o desnutrición aguda.

Peso para la talla:

Este índice compara el peso de un individuo con el peso esperado para su talla y esto permite establecer si ha ocurrido una pérdida reciente de peso corporal (desnutrición aguda).

b) Puntos de corte de normalidad

Durante el proceso de evaluación del estado nutricional es necesario determinar si un niño es normal o si presenta alguna alteración (desnutrición o sobre peso), estableciendo un punto de corte o nivel de diagnóstico. Se conoce como indicador a la relación entre el índice y su respectivo punto de corte. Hablar de puntos de corte implica adoptar un patrón de referencia para cada índice. Actualmente se acepta el uso de patrones internacionales debido a que las diferencias raciales y étnicas tienen una mínima influencia en el potencial de crecimiento, en comparación con la influencia de los factores socioeconómicos.

Los nuevos patrones de crecimiento infantil de la OMS proporcionan ahora información sobre el crecimiento idóneo de los niños: demuestran, por vez primera, que los niños nacidos en regiones diferentes del mundo a los que se ofrecen unas condiciones de vida óptimas cuentan con el potencial de crecer y desarrollarse hasta estaturas y pesos para la edad similares. Los patrones de crecimiento infantil de la OMS son un instrumento que se utilizará extensamente

en salud pública y medicina, así como por organizaciones gubernamentales y sanitarias para la vigilancia del bienestar de los niños y para detectar a niños o poblaciones que no crecen adecuadamente —con insuficiencia ponderal o sobrepeso— y a los que puede ser preciso aplicar medidas específicas de atención médica o de salud pública. El crecimiento normal es una expresión fundamental de la buena salud y una medida de los esfuerzos realizados para reducir la mortalidad y morbilidad en la niñez. Los nuevos gráficos constituyen, por consiguiente, un instrumento sencillo para evaluar la eficacia de estos esfuerzos. Se utilizarán en consultas de médicos, dispensarios y otros centros de salud de todo el mundo, así como por centros de investigación, organizaciones de defensa de la salud del niño y ministerios de salud.

Los patrones de crecimiento infantil de la OMS son superiores a los patrones de referencia que se manejan actualmente. Permiten comparar parámetros del crecimiento importantes, como el peso y la talla/estatura de los lactantes y niños, con un valor de referencia óptimo. Hay gráficos para varones y para mujeres y también gráficos para lactantes (hasta un año de edad) y para niños de hasta cinco años. Estos parámetros son importantes indicadores de salud y ayudan a determinar el estado de salud de un niño o una población de niños y si su crecimiento es adecuado. Por ejemplo, el niño con estatura para la edad es baja (situados por debajo de la línea roja en el gráfico de talla/estatura) o cuyo peso para la estatura es demasiado bajo (por debajo de la línea roja) pueden tener problemas de salud; cuanto más alejados de las líneas rojas se encuentren, mayores serán las posibilidades de que tengan problemas de salud. En la práctica clínica, estos parámetros ayudan a diagnosticar enfermedades tempranamente y a vigilar la evolución durante el tratamiento. Es importante el hecho de que existen ahora, por vez primera, gráficos normalizados del índice de masa corporal (IMC)

para niños de hasta cinco años, lo que resulta particularmente útil para la vigilancia de la creciente epidemia de obesidad infantil. Además, los nuevos patrones de crecimiento infantil incluyen Ventanas de logro que describen el intervalo y plazos de seis hitos clave del desarrollo motor de los niños, como sentarse, ponerse en pie y andar. Los patrones de crecimiento infantil quedan reflejados en más de 30 gráficos. La mayoría de los médicos, proveedores de atención de salud y progenitores sólo utilizarán de forma habitual unos pocos gráficos (por ejemplo, los correspondientes a estatura/talla, peso e IMC), pero determinados investigadores y profesionales que se ocupan de la salud a nivel de poblaciones utilizarán un mayor número de gráficos para fines de medición y evaluación.

Desnutrición infantil

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

La etapa más vulnerable del desarrollo humano va desde la gestación hasta los tres años. En este periodo se forma el cerebro y otros órganos vitales como el corazón, el hígado y el páncreas. Por esta razón, un individuo malnutrido durante esa etapa de su vida es más vulnerable a los efectos negativos de dicha condición. Hay que considerar, además, que, dado el rápido crecimiento de los niños en sus primeros años, los requerimientos nutricionales son más altos y específicos, y que la alimentación depende enteramente de terceros

(padres o cuidadores), quienes pueden no tener los recursos y/o los conocimientos suficientes para llevar a cabo esta tarea de forma adecuada.

Una mala nutrición en edad temprana tiene efectos negativos en el estado de salud del niño, en su habilidad para aprender, para comunicarse, para desarrollar el pensamiento analítico, la socialización y la habilidad de adaptarse a nuevos ambientes (Gajate e Inurritegui, 2002). Como explican Sagan y Dryuyan (1994), el cuerpo humano le da prioridad a la sobrevivencia frente al crecimiento y desarrollo, destinándole más recursos energéticos a la primera cuando las sustancias alimenticias que recibe no son suficientes.

Además, el sistema inmunológico se ve debilitado por una mala nutrición; por ello, un niño desnutrido tiene menos resistencia a enfermedades comunes, aumentando su probabilidad de morir por causas como la diarrea o las infecciones respiratorias.

Asimismo, tenemos el tema de la obesidad infantil en menores de 2 años principalmente, un aspecto importante es la relación la alimentación complementaria y sobrepeso en la infancia y subsecuente obesidad en el adulto. Es cierto que no se han realizado estudios prospectivos a largo plazo, sin embargo, estudios retrospectivos y prospectivos a corto plazo, tienden a sostener la hipótesis de que es conocida tanto la desnutrición como la sobrealimentación en la infancia pueden conducir a una obesidad tardía. En la obesidad existe un mayor riesgo de enfermedad cardiaca e hipercolesterolemia, por lo cual, es lógico considerarla como una consecuencia negativa de una alimentación temprana inadecuada.

Desde un punto de vista social, las consecuencias de la desnutrición son graves. El daño que se genera en el desarrollo cognitivo de los individuos afecta el desempeño escolar, en un primer momento y,

más adelante, la capacidad productiva laboral. Peor aún, una niña malnutrida tiene mayor probabilidad de procrear, cuando sea adulta, a un niño desnutrido, perpetuando los daños de generación en generación.

La adecuada higiene en la preparación de alimentos

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

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

Los alimentos deben estar tapados y servirlos inmediatamente después de la cocción.

Los utensilios que se usaran en la preparación de alimentos deben estar limpios (tazas, vasos, platos, cucharas, etc.)

Evitar el uso de biberones y chupones debido a la dificultad para mantenerlos limpios, además de otros efectos negativos

Utilizar agua potable, clorada o hervida y mantenerla en recipientes limpios, tapados y en lugares frescos.

Conservar los alimentos del niño en lugares seguros (libres de polvo, insectos, roedores y otros animales), para evitar la contaminación de los mismos.

La basura o restos de comida deben estar en recipientes tapados y fuera de la vivienda.

Los restos de comida que la niña o niño pequeño dejan en el plato no se debe guardar para consumirlo posteriormente, pues se descomponen fácilmente

El entorno del niño durante la alimentación

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

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

Un “estilo controlador”, donde la madre o cuidadora decide cuando y como come el niño puede llegar a que los niños no reconozcan adecuadamente sus propias señales de apetito y autorregulación de su ingesta de energía, poniendo al niño en riesgo de sobrepeso.

Un estilo “dejar hacer” o “liberal”, donde la madre o cuidadora ofrece muy poca ayuda física o poco ánimo verbal en el momento de la alimentación, aun a niños menores de un año, salvo que el niño esté enfermo o que no coma. Este estilo es frecuente en nuestra población.

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

Se aplican los principios de cuidado psico-social:

Hablar con los niños durante las comidas reconociendo que los momentos de comer son espacios de aprendizaje y amor.

Alimentarlos despacio y con paciencia y animar a los niños a comer, pero sin forzarlos.

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

Cuando los niños no quieren comer, experimentar con diferentes combinaciones de alimentos, sabores, texturas y maneras de animarlos a comer.

Se debe dedicar un tiempo para la alimentación del niño de acuerdo a horarios establecidos.

El mejor lugar para la alimentación es en la mesa del comedor ya que otros lugares pueden distraer al niño o no generar en él la disposición a comer.

El niño debe encontrarse sentado en la silla o en la rodilla de la madre según sea conveniente, la madre debe estar a la altura del niño para ayudarlo a alimentarse.

Minimizar las distracciones durante la comida

Aspectos teóricos conceptuales sobre el conocimiento

En nuestra definición, el conocimiento es lo que hace que un individuo pueda utilizar herramientas para aprovechar la información de que dispone y producir un resultado de valor agregado.

Según el filósofo alemán Immanuel Kant menciona que se puede tener conocimiento exacto y certero y que dicho conocimiento es más informativo sobre la estructura del pensamiento que sobre el mundo que se halla al margen del mismo.

a) Tipos de conocimientos

Distinguió tres tipos de conocimiento: *analítico a priori*, que es exacto y certero pero no informativo, porque sólo aclara lo que está contenido en las definiciones; *sintético a posteriori*, que transmite información sobre el mundo aprendido a partir de la experiencia, pero está sujeto a los errores de los sentidos, y *sintético a priori*, que se descubre por la intuición y es a la vez exacto y certero, ya que expresa las condiciones necesarias que la mente impone a todos los objetos de la experiencia.

El conocimiento, en su sentido más amplio, es una apreciación de la posesión de múltiples datos interrelacionados que por sí solos poseen menor valor cualitativo. Significa, en definitiva, la posesión de un modelo de la realidad en la mente. El conocimiento comienza por los sentidos, pasa de estos al entendimiento y termina en la razón. La práctica está relacionada con las actividades que se ponen de manifiesto luego que se conoce o se aprende en base al conocimiento que se tiene.

b) Características del conocimiento

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

El conocimiento es personal, en el sentido de que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia.

Su utilización, que puede repetirse sin que el conocimiento “se consuma” como ocurre con otros bienes físicos.

Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos (incluso cambiándolos si es posible).

En general se considera al conocimiento como sinónimo de información. Por ello se considera en muchas culturas que un individuo que tiene mucha información sabe mucho.

En la acepción popular existen dos tipos de conocimientos:

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

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

Rol de la enfermera en la nutrición del niño

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

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

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

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

Consejería en Enfermería del paquete CRED

La consejería es un proceso educativo comunicacional que se desarrollará de manera participativa entre el prestador de salud y los padres o responsables del cuidado de la niña y el niño con el objetivo de ayudarlos a identificar los factores que influyen en la salud, nutrición y desarrollo de la niña y el niño, analizar los problemas encontrados en la evaluación e identificar acciones y prácticas que permitan mantener el crecimiento y desarrollo adecuado de la niña y el niño de acuerdo a su realidad, fortaleciendo las prácticas adecuadas y corrigiendo las de riesgo, se focaliza en el mejoramiento de las prácticas de cuidado de la niña y el niño, así como en el uso de los recursos disponibles en la familia y permite 39 establecer un acuerdo negociado sobre las prácticas y acciones identificadas, registrándolos en la historia clínica. El objetivo de la consejería nutricional es asegurar un adecuado estado nutricional o lograr la recuperación de la tendencia del crecimiento. El propósito es guiar y ayudar a tomar decisiones a los padres o adultos responsables del cuidado de la niña o niño, con base en la situación de crecimiento tanto si el crecimiento es adecuado o inadecuado (riesgo o desnutrición), para mejorar sus prácticas de alimentación y nutrición. La consejería nutricional es prioritaria en situaciones de riesgo y en procesos de enfermedad , ya que durante la consejería

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

ASPECTOS GENERALES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Se entiende por crecimiento y desarrollo al conjunto de cambios somáticos y funcionales que se producen en el ser humano desde su concepción hasta su madurez. El crecimiento y desarrollo es el resultado de la interacción de factores genéticos aportados por la herencia y las condiciones del medio ambiente en que vive el individuo. Si las condiciones de vida (física, biológica, nutricionales, psicosociales, etc.) son favorables, el potencial genético de crecimiento y desarrollo se expresará en forma completa. En caso contrario, bajo condiciones ambientales desfavorables, el potencial genético se verá limitado dependiendo de la intensidad y persistencia del agente agresor. EL crecimiento ha sido definido como el proceso de incremento de la masa de un ser vivo, que se produce por el aumento del número de células o de la masa celular. El desarrollo es el proceso por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de los fenómenos de maduración, diferenciación e integración de funciones”

FACTORES QUE REGULAN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

En el complejo proceso de crecimiento, participa una serie de factores relacionados con el medio ambiente y con el propio individuo. En algunas circunstancias dichos factores favorecen el crecimiento, mientras que en otras retrasan. En forma general pueden agruparse los factores que regulan el crecimiento, de la siguiente manera:

Factores nutricionales: se refiere a contar con una adecuada disponibilidad de alimentos y la capacidad de utilizarlos para el propio organismo, con el fin de asegurar el crecimiento. La desnutrición es la causa principal de retraso del crecimiento en los países en desarrollo.

Factores socioeconómicos: es un hecho conocido que los niños de clases sociales pobres crecen menos que aquellos pertenecientes a clases sociales más favorecidas. Si bien este fenómeno responde a una asociación multicausal, el solo hecho de contar con pocos recursos tiene implicancias sobre el crecimiento.

Factores genéticos: ejercen su acción en forma permanente durante el transcurso del crecimiento. Permiten la expresión de las variaciones existentes entre ambos sexos y aún entre los individuos de un mismo sexo en cuanto a las características diferenciales de los procesos madurativos. En algunas circunstancias pueden ser responsables de las apariciones de enfermedades secundarias a la existencia de aberraciones en la estructura de los genes.

Factores emocionales: se relaciona con la importancia de un ambiente psicoafectivo adecuado que el niño necesita desde su nacimiento y a lo largo del crecimiento. Los estadios de carencia afectiva se traducen entre otras manifestaciones, en la detención del crecimiento.

Factores neuroendocrinos: Participa en el funcionamiento normal de un organismo. Su actividad se traduce en el efecto modulador que ejerce sobre las funciones preexistentes. Los estados de desequilibrio en la regulación neuroendocrina pueden manifestarse en una aceleración o retraso en el crecimiento y desarrollo. (24)

CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO DE 6 12 MESES

Entre los 6 a 12 meses de edad se produce una exploración de la movilidad y de la exploración del mundo inmediato avances en la comprensión cognitiva y en la capacidad de la comunicación y nuevas tensiones relacionadas con los temas de vínculos y separación.

El lactante desarrolla deseos e intenciones, características bien recibidas para la mayoría de los padres, pero que siguen considerando difícil de manejar.

Desarrollo físico y fisiológico: El crecimiento se hace más lento, a los 6 meses se ha duplicado el peso de su nacimiento. El aumento de peso es de 90 a 150 gr., semanales durante el semestre siguiente. El aumento de estatura es de 1.25 cm. /mes durante el semestre siguiente. Puede iniciarse la dentición con los dos incisivos centrales inferiores, mastica y muerde. A los 7 meses de los

incisivos centrales superiores, a los 8 meses empieza a tener regularidad en las excreciones vesical e intestinal. A los 11 meses suele comenzar la erupción de los laterales inferiores , A los 12 meses se ha triplicado su peso del nacimiento , ha aumentado su talla al nacimiento en 50%, La fontanela anterior está casi cerrada, disminuye el reflejo de Landau, desaparece el reflejo de Babinski, aparece la curva lumbar y es evidente la lordosis durante la caminata

El estomago aumenta su capacidad gástrica, a los 6 meses de 130- 210 ml, y a los 12 meses es de 200-300 ml. Hasta los 3 a 4 meses el niño presenta una menor capacidad para digerir hidratos de carbono complejos (almidones) debido a la menor actividad de la amilasa pancreática, que alcanza un nivel significativo recién a esta edad. También esta presenta el reflejo de profusión (que determina que el alimento introducido en la parte anterior de la cavidad bucal sea frecuentemente expulsado)

Entre los 4 y 6 meses maduran por completo la deglución y aparece una masticación rudimentaria. Hasta los 6 meses el niño tiene limitada capacidad de absorber grasa saturada de cadena larga, esta inmadurez se compensa por la existencia de lipasas linguales y gástrica y además de una lipasa específica de la leche materna que se activa al llegar al duodeno, en presencia de las sales biliares. La función renal reducida al nacer mejora durante el año y asemeja a la de adulto cuando se llega al primer año. Llegando a madurar completamente hasta la mitad del segundo año.

Desarrollo neuromuscular: A esta edad la coordinación psicomotriz se va desarrollando progresivamente, a los 6 meses

trata de tomar los objetos con la mano, voltearse de cubito dorsal al abdominal y reconoce a los familiares con sonrisa. A los 7 a 8 meses, es capaz de sentarse solo y luego gatea, a los 11 meses se inicia la bipedestación apoyándose en el barandal, cuna o mueble cercano. Al año, se empieza a dar primeros pasos, cruza una silla a otra, da el juguete a la madre cuando se le pide y extiende su mano para recogerlo.

Desarrollo emocional: La aparición de la constancia del objeto .El lactante mira de un lado a otro a un extraño que se aproxima y a su madre, como si comparara lo conocido con lo desconocido, y quizás agarre a la madre o llore con ansiedad. Las separaciones suelen hacerse más difíciles. Al mismo tiempo surge una nueva demanda de autonomía. El niño deja de consentir en ser alimentado, girando la cabeza cuando se aproxima la cuchara o insistiendo en sostenerla el mismo. La autoalimentación con los dedos le permite ejercitar sus habilidades motoras finas recién adquiridas (la presión o con la pinza) y ésta puede ser la única forma que el niño coma. Las rabetas hacen su primera aparición cuando los impulsos de autonomía y aprendizaje chocan con los controles paternos y con las limitaciones de las habilidades del propio niño.

Comunicación: A los 7 meses, el niño es diestro en la comunicación no verbal, expresa una amplia gama de emociones y responde al tono vocal y a las expresiones faciales. Hacia los 9 meses comienza a darse cuenta que puede compartir sus emociones con otras personas y empieza a mostrar alegremente sus juguetes a los padres como diciéndoles: “cuando veas esto también estarás contento”. Entre lo los 8 y 10 meses, el balbuceó adquiere una nueva complejidad, con silabas múltiples A esta edad los libros y

dibujos constituye el contexto ideal para la adquisición del lenguaje verbal. ⁽²⁵⁾

NUTRICION Y CRECIMIENTO

Para que el crecimiento del niño se desenvuelva normalmente, es indispensable contar con el aporte de una dieta adecuada en cuanto a la cantidad, calidad y proporción armónica de sus componentes.

En la naturaleza existe seis tipos de nutrientes las proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales y agua. Cada uno desempeña una función específica en el organismo:

Función energética: Provee la energía necesaria para la formación de nuevos tejidos y para el funcionamiento del organismo.

Función estructural: provee el material para la formación de tejidos y órganos; son los ladrillos con que se construye el cuerpo.

Función reguladora: Favorece el desarrollo de las funciones estructurales y energéticas

Nutrientes con función energética: la energía aportada por estos alimentos se expresa en calorías. Por ejemplo: los carbohidratos aportan 4 calorías por cada gramo, las grasas 9 calorías por cada gramo y las proteínas, 4 calorías por cada gramo.

Los carbohidratos constituyen la fuente principal de energía de una dieta habitual (alrededor del 60%- 80% de todas las calorías ingeridas). Entre ellos tenemos papa, camote, azúcar, miel, fideos entre otros.

Las grasas son una fuente importante de provisión de energía. El organismo utiliza las grasas como reserva natural de energía. Además, tienen una función básica en el proceso de crecimiento, especialmente en el desarrollo del sistema nervioso, la síntesis de hormonas entre otras.

La proteína constituye una fuente de energía, pero su utilización es compleja y el organismo no las usa como fuente habitual de energía, sino como reserva y estructuración de tejidos.

Nutrientes con función estructural: pertenecen a este grupo las proteínas que intervienen en la formación de nuevos tejidos. Las proteínas pueden ser de origen animal, como vegetal. Los alimentos de origen animal son la leche y derivados, carnes y huevos. Las proteínas de origen vegetal, exigen algunas medidas para facilitar su digestibilidad. En términos generales la proporción de proteínas en los diferentes alimentos vegetales son las siguientes: menos del 10% los vegetales de hoja y cereales (avena, arroz, trigo, maíz) alrededor del 20% las legumbres (menestras) y 30% la soya.

Nutrientes con función reguladora: Son aquellos que favorecen la utilización adecuada de las sustancias estructurales y energéticas. Se encuentra presente en las frutas y verduras, además proveen minerales y vitaminas. (26)

ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

El primer año de vida se caracteriza por un rápido crecimiento y cambios en la composición corporal. La alimentación infantil debe cubrir adecuadamente los requerimientos energéticos necesarios y nutricionales en cada una de las etapas, a fin de

promover el óptimo crecimiento y desarrollo, favorecer el establecimiento de un patrón de alimentación sana y variada

La alimentación complementaria es la que “complementa” a la leche materna, también es conocida como alimentación durante la lactancia es el periodo en que la leche 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 esta alimentación comprende de frutas o jugos, verduras, papas, mantequilla cereales carne, hígado, pescado y huevos. Sin embargo este periodo es muy peligroso para el niño, debido a que durante su transcurso aumenta la incidencia de infecciones, particularmente de enfermedades diarreicas, por los cambios que se producen con el transito de una dieta caracterizada por una leche en condiciones óptimas (alimentación materna) al consumo de alimentos preparados, a veces en condiciones no higiénicas. La desnutrición es más frecuente en este periodo. ⁽²⁷⁾

Según las normas de Alimentación del Niño de 0 a 2 años menciona que la alimentación del niño menor de 5 años tiene tres periodos los cuales son:

- Todo niño menor de 6 meses deberá recibir lactancia materna exclusiva.
- Los niños de 6 meses al año deben recibir la alimentación complementaria, donde se introduce nuevos alimentos espesos continuándose con la lactancia materna.
- En los niños de un año a 2 años de vida la lactancia materna continúa siendo importante pero ahora varía la cantidad y frecuencia y se iniciándose la alimentación de la olla familiar.

Inicio de la alimentación complementaria

La edad propicia para iniciar la alimentación complementaria es a los seis meses. En esta edad el niño(a) está preparado para aprender a comer alimentos diferentes a la leche. Además, la leche materna ya no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del niño(a) para su crecimiento y desarrollo.

La introducción de alimentos sólidos o semisólidos puede llevarse a cabo siempre que el sistema nervioso y el tracto gastrointestinal puedan responder adecuadamente a la secuencia de:

**MASTICACIÓN-----DEGLUCIÓN-----DIGESTIÓN-----
ABSORCIÓN**

Si un niño(a) de cuatro o cinco meses no sube de peso, lo primero que hay que hacer es indagar a la madre si tiene algún problema con la lactancia (si ha disminuido la frecuencia de lactadas, si da de lactar al niño de día y noche, si el niño(a) ha estado enfermo: resfrío, fiebre u otros). Si aparentemente está sano, aumentar las frecuencias de lactadas en el día y la noche. Si la madre está siguiendo con las instrucciones y el niño (a) no sube de peso, se podrá iniciar la alimentación complementaria a esta edad. Nunca iniciar antes de los cuatro meses.

Preparación y consistencia

En la primera etapa, la incorporación de alimentos actúa como un elemento de estimulación sensorial y psicomotriz. De esta manera el niño establece el contacto con nuevos estímulos (sabor, olor, textura, consistencia, etc.) que le permitirá una adaptación progresiva a una amplia familia de alimentos. Los

alimentos deben incorporarse de forma gradual, de menor a mayor consistencia:

LIQUIDOS ----- SEMISOLIDOS (papillas) ----- SÓLIDOS

Se deben ofrecer preparaciones espesas, tipos purés y mazamorras con leche, porque son preparaciones suaves y nutritivas, el niño(a) puede pasarlo fácilmente y satisfacer su hambre. Los purés y mazamorras deben ser ofrecidos al niño como alimentos principales, preparados con cereales, tubérculos, menestras con una pequeña porción de producto animal (pescado, hígado, sangre, huevo, pollo, leche, etc.) y un poquito de producto vegetal (zapallo, zanahoria, acelga, espinaca)

Para hacer nutritivas las mazamorras se aconseja agregar leche y prepararlas con cereales (arroz, sémola trigo, quinua, polenta, etc.) y/o harina (cebada, chochoca, trigo, maíz, alverja, habas, etc. Promover el uso de cucharita y plato o taza en la alimentación del niño(a), evitar el uso de biberón. El uso de sopas en los niños es muy generalizado. Explicar a la madre que estas no son tan nutritivas, por eso es recomendable que primero se le ofrece el puré y después otros líquidos.

Frecuencia de la alimentación complementaria

La capacidad del niño(a) es pequeña, por lo que es necesario ofrecer al inicio 3 a 5 comidas al día (6 a 8 meses), luego asegurar 5 al día (a partir de los 9 meses) diferentes a la leche materna.

Cantidad

Durante los 6 a 9 meses de edad el lactante debe consumir 18 grs. de proteínas y 500 calorías. Esto alcanza con 100 grs. de

papilla de frutas, 300grs de papilla de verduras y 30 grs de carne de pollo. Entre los 10 y 12 meses se debe proporcionar 19,6 grs de proteínas y 650 calorías. Esto se alcanza con 100gr de papilla de fruta, 300grs de papilla de verduras y 30 grs de carne molida y huevo.

La cantidad varía de acuerdo a la edad:

5 meses: No todos los niños(as) son iguales hay algunos que comen muy bien desde el primer día, pero hay otros que parecen no querer recibir los alimentos. El niño todavía tiene el reflejo de protección por lo que aparenta estar escupiendo la comida, dar tranquilidad a la madre y decirle que tenga paciencia y que poco a poco el niño aprenderá a comer, así mismo decirle que insista de media a una hora. La cantidad de consumo dependerá del niño(a), pero no deberá preocuparse si al principio sólo come tres a cuatro cucharitas cada vez.

6 meses: La cantidad se irá aumentando gradualmente y a los 7 meses ya deberá estar consumiendo más o menos $\frac{1}{2}$ taza cinco veces al día.

8-9 meses: Estará comiendo más de media taza aproximadamente o $\frac{3}{4}$ de taza, cinco veces al día.

12-24 meses: El niño(a) ya compartirá la comida de la olla familiar y deberá consumir aproximadamente lo equivalente a 1 taza cinco veces al día.

Combinación de los alimentos

El niño(a) a partir de los seis meses ya puede empezar a comer toda clase de alimentos. Es recomendable favorecer el consumo

de alimentos de bajo costo y alto valor nutritivo. Dentro los productos de origen animal tenemos la sangre de animales, hígado de pollo, huevo, pescado, leche. Los cereales que se debe proporcionar son el arroz, quinua trigo, avena, harinas, maíz, cebada, etc. Las menestras estarán dadas por los frejoles, lentejas, arvejas verdes partidas, soya, harinas. Dentro del tubérculo la papa camote, yuca. Complementar estos alimentos con verduras de color anaranjado y verde oscuro (zanahoria, zapallo, acelga, espinaca). Agregar en cada preparación una cucharadita de aceite y/o mantequilla lo que hará más suave la comida del bebé. Promover el uso de frutas ricas en vitamina C (naranja, mandarina, papaya, piña, limón, mango, etc.) después de las comidas para favorecer la absorción de hierro. Evitar el consumo de infusiones como el té, anís, canela, café, hierba luisa, manzanilla, emoliente, etc. Junto con las comidas, porque interfieren en la absorción de hierro. En lugar de éstas se puede indicar el consumo de limonada, naranja o refrescos de frutas. Evitar alimentarlo con alimentos licuados, promoviendo el consumo de éstos, pero aplastados, al inicio más suave y progresivamente ir aumentando el tamaño en trozos. ⁽²⁸⁾

Tipo de alimento que debe consumir de acuerdo a la edad

Los alimentos deben ser incluidos gradualmente de acuerdo a la edad, dentición, potencial alergénico del alimento y la capacidad gástrica. Por ejemplo: A los 6 meses de edad se debe incluir, purés, sangrecita y $\frac{1}{4}$ de yema de huevo. A los siete meses, $\frac{1}{2}$ yema de huevo, pollo sancochado. A los 8 meses, continúa con los purés, menestra sin cáscara y $\frac{3}{4}$ de yema de huevo. A los 9 meses se incluyen las carnes rojas. A los 11 meses la clara del huevo y el pescado y a los 12 meses comida de la olla familiar, huevo entero, y los cítricos.

Alergia alimentaria en los Lactantes

La leche materna protege a los lactantes de las reacciones adversas a los alimentos por tres vías: a) minimizando el tamaño de la dosis de proteína extraña ingerida; b) induciendo una maduración temprana de la barrera natural de la mucosa vs proteínas extrañas; c) aportando protección pasiva a través de la IgA secretora en la leche vs proteínas extrañas. Normalmente existe una barrera gastrointestinal que protege al organismo de antígenos extraños. Está formada por dos grupos de componentes: 1) Inmunológicos: IgA, IgE, IgM, IgG, linfocitos y macrófagos, placas de Peyer, IgA secretora intestinal e IgA secretora de la leche humana; 2) No inmunológicos: ácido gástrico, enzimas pancreáticas, enzimas intestinales, membrana de las microvellosidades y la capa mucosa.

En el momento en que la naturaleza de la dieta se altera, como sucede con la introducción de alimentos ocurren complejos cambios fisiológicos. De esta situación pueden resultar efectos profundos en la respuesta inmune no sólo porque los antígenos en el lumen son diferentes, sino también debido a la ingestión y digestión alterada. Por ejemplo, las enzimas proteolíticas de las secreciones digestivas, la motilidad intestinal, la rapidez de absorción y el patrón de defecación influyen sobre la cantidad del antígeno presente en un segmento particular del intestino. Por otro lado, un cambio en la flora bacteriana puede exponer al tejido linfo-reticular asociado al intestino a sustancias inmunomoduladoras muy potentes como es el caso de las endotoxinas.

La hipótesis más aceptada en la patogenia de la alergia alimentaria se refiere a la carencia relativa de IgA secretora en

el lactante que permite una absorción excesiva de antígenos alimentarios que estimulan el sistema de anticuerpos IgE y el consecuente desarrollo de una reacción adversa al alimento. Asimismo, esta respuesta de IgE es dependiente de la interacción de las células T ayudadoras y supresoras.

Los alérgenos más conocidos en el mundo son la clara de huevo, naranja, trigo, frijol de soya, cacahuates, pescado, tomate, piña, edulcorantes, chocolate, mariscos. (29)

Riesgos de la Alimentación Complementaria Temprana

Se ha reconocido que los lactantes menores de cuatro meses de edad no se encuentran aptos para recibir alimentos semisólidos, ni éstos son necesarios cuando son alimentados con lactancia materna exclusiva.

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

Riesgo a corto plazo

Un hecho demostrado es que la introducción de alimentos diferentes de la leche humana, disminuye la frecuencia e intensidad de la succión y como consecuencia de la producción

láctea. En estas circunstancias el alimento suministrado no será complemento de la leche materna sino más, bien un sustituto parcial e inadecuado. 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 encontrará en desventaja. Otro riesgo a corto plazo está relacionado con la carga renal de solutos.

Parece existir un mayor riesgo de caries dental con la introducción de jugos o aguas endulzadas a temprana edad, sobre todo cuando estos alimentos son suministrados con biberón y mamila. Cuando existe una exposición prolongada de los dientes a líquidos que contengan hidratos de carbono, se desarrolla un patrón característico de destrucción dentaria (caries con predilección de incisivos superiores y caninos). A este fenómeno se le ha llamado "caries del biberón".

Otro riesgo importante a corto plazo es el síndrome diarreico agudo. Se observa sobre todo en sectores marginados de países subdesarrollados, donde viven en condiciones

insalubres, y la preparación de los alimentos se lleva a cabo sin higiene y con un elevado índice de contaminación. Así, cuando se ofrecen en forma temprana otros alimentos a lactantes alimentados con leche materna, puede propiciarse una mayor incidencia de procesos diarreicos agudos y repetidos con la consecuente desnutrición y desaceleración del crecimiento del niño.

Riesgos a largo plazo

Las prácticas de alimentación 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 problemas de salud.

Obesidad

Un aspecto importante es la relación entre prácticas de alimentación y sobrepeso en la infancia y subsecuente obesidad en el adulto. Aun cuando no se han realizado estudios prospectivos a largo plazo, estudios retrospectivos y prospectivos a corto plazo, tienden a sostener la hipótesis de que es conocida tanto la desnutrición como la sobrealimentación en la infancia pueden conducir a una obesidad tardía. En la obesidad existe un mayor riesgo de enfermedad cardíaca e hipercolesterolemia, por lo cual, es lógico considerarla como una consecuencia negativa de una alimentación temprana inadecuada.

HIGIENE DE LOS ALIMENTOS

La Organización Mundial de la Salud, difunde la “Reglas para la preparación higiénica de los alimentos, cuya aplicación sistemática reduce considerablemente el riesgo de las enfermedades de origen alimenticio

A continuación, presentaremos las reglas:

Consumir alimentos que hayan sido tratados o manipulados higiénicamente. Hay alimentos que sólo son seguros si han sido tratados previamente y conservado a una temperatura adecuada. Cocinar correctamente los alimentos, pueden estar contaminados por microorganismos, pero si se cocinan bien esos microorganismos son destruidos por el calor.

Consumir los alimentos inmediatamente después de ser cocinados, es la mejor manera de evitar que los gérmenes proliferen. No dejar nunca a temperatura ambiental los Alimentos cocidos.

Calentar suficientemente los alimentos.

Evitar el contacto entre los alimentos crudos y los cocinados

Un alimento cocinado puede volverse a contaminar por contacto con alimentos crudos o si tiene comunicación con objetos (cuchiltablas, trapos, etc. que anteriormente hallan tocado un alimento crudo contaminado).

Asegurar la correcta higiene de la persona que va manipular los alimentos y una limpieza adecuada en todas las superficies de la cocina. La persona que manipule los alimentos debe realizar estrictas prácticas higiénicas. Es importante que tenga las manos siempre lavándolas cada vez que haga falta y siempre que haga uso de los servicios higiénicos. En caso de una pequeña herida, se cubrirá con un depósito impermeable. Si la herida está infectada debe apartarse del contacto de los alimentos.

Mantener los alimentos fuera del alcance de insectos, roedores y animales de compañía. Los animales son portadores de gérmenes patógenos que originan enfermedades de transmisión alimentaría.

Utilizar exclusivamente agua potable.

El agua potable no es solamente imprescindible para beber, sino también para preparar los alimentos. Debe tener exclusivamente uno de estos orígenes agua envasada o provenientes de la red pública de distribución de la población (un ligero sabor a cloro es garantía de potabilidad). En caso de necesidad agregar unas gotas de lejía de uso alimentario. ⁽³⁰⁾

Estado nutricional del niño

El estado nutricional es el resultado de la utilización de nutrientes, va desde la normalidad hasta el desequilibrio que causa desnutrición crónica, aguda, global y obesidad.

Para la evaluación del estado nutricional se pueden utilizar métodos directos e indirectos o ambos. Los métodos indirectos más comunes incluyen el 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 antropométricos los más utilizados en los servicios de salud por ser fáciles de obtener, de muy bajo costo y muy útiles. Las medidas antropométricas más utilizadas en la evaluación nutricional son el peso, la talla, la circunferencia braquial, y los pliegues cutáneos. Al establecer relaciones entre ellos se denominan índices, los índices más usados son el peso para la talla, la talla para la edad y el peso para la edad.

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

Talla para la edad: El crecimiento en talla es más lento que el peso, las deficiencias en talla tienden a ser también lentas y a 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. Frecuentemente se puede observar en niños mayores de un año.

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 retardo en el crecimiento.⁽³¹⁾

Elaboración de nuevo patrón de crecimiento infantil

Desde los años 70 se venía utilizando los patrones del NCHS basadas en mediciones realizadas en una población no seleccionada, que incluía niños sanos, enfermos, malnutridos, etc. de un solo país. En 1993, la OMS planteó que el patrón NCHS/OMS no representaba adecuadamente el patrón de crecimiento normal y que por tanto se necesitan nuevas curvas de crecimiento que reflejara el ideal de cómo deberían crecer los niños.

El 23 de Abril del 2006 se presentó los Nuevos Patrones de Crecimiento Infantil de la OMS en un evento que contaba con la presencia del Dr. Manuel Peña, Representante de la OPS/OMS en el Perú, el Dr. Carlos Vallejos, Ministro de Salud y la Dra. Chessa Lutter, Asesora Regional OPS/OMS. Para la obtención de este nuevo estándar o Patrón de Crecimiento

Infantil se estudiaron poblaciones sanas de 6 países del Mundo escogidos al azar: Brasil, Estados Unidos de América, Ghana, India, Noruega y Omán. Las condiciones para incluir a las niñas y niños en el estudio fueron vivir en un ambiente saludable, con lactancia materna y nutrición adecuada, que las madres no sean fumadoras y que no hayan padecido enfermedades importantes. Este estudio confirma que todos los niños y niñas, nacidos en cualquier parte del mundo, que reciban una atención adecuada desde el comienzo de sus vidas, tienen el potencial de desarrollarse de una forma parecida y dentro de un rango similar de talla y peso.

“El nuevo patrón demuestra que las diferencias en el crecimiento infantil hasta los cinco años dependen más de la nutrición, las prácticas de alimentación, el medio ambiente y la atención sanitaria que de los factores genéticos o étnicos.” (26). En términos prácticos, esto permitirá identificar con mayor precisión las desviaciones del crecimiento normal, que caracteriza a los grupos más vulnerables o en riesgo, y que permita detectar a tiempo el problema para intervenir de manera oportuna y exitosa. Mediante este nuevo patrón, los padres, médicos, enfermeras, nutricionistas, y los encargados de formular políticas y defensores de los niños podrán determinar si se satisfacen o no las necesidades nutricionales, de cuidado y atención de salud de los niños. La desnutrición y el sobrepeso así como otros trastornos del crecimiento, podrán entonces detectarse y abordarse en una fase temprana. Los reflejos de este cambio serán evidentes, no sólo en el Perú sino en todos los países del mundo. Con las nuevas tablas el patrón ideal es más esbelto. Por lo tanto, se estima que habrá un 20% más de niñas y niños con sobrepeso y obesos. La proporción de niños desnutridos también va a aumentar en todos los países,

aproximadamente entre un 5 a un 10%. *En el Perú con el nuevo patrón de crecimiento, se estima que la desnutrición crónica infantil en niños de entre 0 y 5 años, se elevará de 25% a 31%, aproximadamente* ⁽³²⁾

Esto no quiere decir que la situación nutricional en el Perú se haya agravado, lo que ha pasado es que al cambiar el patrón de referencia la medida actual es más “exigente” es decir que al clasificar al desnutrido se esta aplicando un criterio más objetivo y exigente. En otras palabras la explicación técnica es que ha cambiado el patrón de la desnutrición, basándose en criterios ideales que explican cómo debe crecer el niño.

Tabla nutricional de Gómez y Waterlow

El instituto de investigación Nutricional, a través de diversos estudios ha elaborado una tabla basada en los valores de la población de referencia de la NCHS. Esta tabla de valores de la medida es de fácil manejo y análisis contiene la distribución del peso y la talla, según los meses de edad y sexo. Para los resultados de cada indicador está clasificado según la propuesta de Gómez (P/E) y Waterlow (P/T) como se observa en el siguiente cuadro: Clasificación de indicadores según grados de déficit y normalidad

INDICADORES	GRADOS			
	Normal	I	II	III
Peso / Edad	>90	95-76	75-61	<60
Talla /Edad	>95	95-91	90-86	<85
Peso /Talla	>90-110	90-81	80-71	<70
	>110			
	sobrepeso			

INTERVENCIONES ESENCIALES EN LA ATENCION INTEGRAL DE LA NIÑA Y EL NIÑO

El personal de salud deberá implementar las intervenciones esenciales para la atención de las niñas y los niños, tanto individuales como comunitarios. Dentro de las intervenciones individuales tenemos el Control de Crecimiento y desarrollo, consejería nutricional en niños y niñas con problema de Alimentación y Nutrición, Inmunizaciones, estimulación temprana, Suplementación de sulfato ferroso, Suplementación con vitamina A, Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la infancia – AEIPI

Control de Crecimiento y desarrollo:

Conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades dirigidas a las niñas y niños menores de 10 años con el fin de tener una vigilancia adecuada de la evolución de su crecimiento y desarrollo, que incluye maduración de las funciones neurológicas, detección temprana de cambios y riesgos en sus estado de salud, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico y tratamiento, y de esta manera

reducir la duración de la alteración, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte.

Los servicios de salud garantizarán esta atención de manera periódica y sistemática, la misma que debe incluir:

Valoración y monitoreo nutricional: Evaluación y fomento de la lactancia materna y alimentación complementaria adecuada

Evaluación física

Evaluación del desarrollo con la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP), el test de desarrollo psicomotor (TEPSI) o el test abreviado del desarrollo psicomotor (TA)

Evaluación del calendario de inmunizaciones

Evaluación de la agudeza visual y auditiva

Tamizaje de anemia (entre los 6 y 24 meses)

Descarte de parasitosis

Valoración de la situación de violencia familiar (abuso sexual y maltrato infantil)

Detección de la intoxicación por plomo y/o mercurio (en zonas de riesgo)

Detección de problemas nutricionales y de desarrollo.

Suministro de vitamina A y Sulfato ferroso

Detección de otros factores de riesgo (VIH, Hepatitis B)

Consejería

Elaboración y monitoreo del plan de Atención Integral de Salud

ROL EDUCATIVO DE LA ENFERMERA EN EL COMPONENTE DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO

El objetivo de este Componente es promover un óptimo crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años, con la activa participación de la familia, las instituciones comunales organizaciones y el sector salud en conjunto (33). Con respecto

a los objetivos específicos se considera aquellos relacionados con el crecimiento que están dados por:

Promover y apoyar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida.

Promover y apoyar la lactancia materna prolongada hasta los 2 años.

Promover y apoyar el inicio de la alimentación complementaria a partir de los seis meses.

Promover y fomentar adecuadas practicas de alimentación, en especial el uso de mezclas balanceadas a partir de la olla familiar y el aumento de frecuencia de administración de alimentos.

Detectar los riesgos de desnutrición a las deficiencias nutricionales y a establecidas en el niño menor de 5 años para su oportuna intervención.

Apoyar en las acciones de intervención en los niños con deficiencia nutricional.

Intervenir en la recuperación y rehabilitación nutricional en niños menores de 5 años con riesgo o deficiencia nutricional.

Los Aspectos Relacionados con el desarrollo

Promover a nivel de los hogares prácticas de estimulación del desarrollo psicomotor que ayuden al niño a alcanzar el máximo de sus potencialidades.

Detectar precozmente las alteraciones del desarrollo psicomotor del niño menor de 5 años, para su oportuna intervención.

Intervenir en la recuperación y rehabilitación del niño con problemas en el desarrollo, involucrados en la familia y comunidad.

Apoyar a las acciones de intervención de la familia y comunidad en el niño detectado con problemas de desarrollo.

Promover la activa participación de organizaciones o profesionales que brinden servicios de estimulación temprana y rehabilitación del niño con problemas en el desarrollo.

Promover y apoyar las acciones del programa ampliado de inmunizaciones.

Orientar a la familia para prevenir atender las enfermedades prevalentes y accidentes de los niños.

Paquete CRED

Contiene:

Carné de CRED: gráficos peso /talla y tablas BPN

Evaluación antropométrica, clasificación y riesgo en el carnet de control de CRED.

Examen físico completo.

Control de desarrollo empleando test según corresponda.

Atención y consejería en: inmunizaciones, alimentación IRA, rehabilitación, prevención de accidentes.

Evacuación del consumo de alimentos.

Evaluación de ganancia de peso.

Suplementación con hierro.

Derivación precoz de niños con enfermedades prevalentes.

TEORICAS QUE DAN SUSTENTO A LA INVESTIGACIÓN

MADELEINE LEININGER

“Cuidados culturales: teoría de la diversidad y la universalidad” En 1970, Leininger elaboro el modelo de sol naciente el cual representa componentes esenciales de su teoría, este modo resulta un instrumento valioso para estudiar los diversos elementos y componentes de su teoría y para realizar las valoraciones clínicas que sean lógicas en la cultura.²⁰

El modelo del sol naciente describe a los humanos como personas que no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción de mundo, de su trayectoria vital y el contexto de su entorno, esto viene siendo un principio fundamental de la teoría de Leininger.

LEININGER, es la fundadora de la enfermería transcultural y líder en la teoría de los cuidados a las personas enfermería transcultural fue la primera enfermera profesional con preparación universitaria que obtuvo un premio en antropología cultural y social nació en Sutton Nebraska y comenzó su carrera como enfermera después de haberse diplomado en la escuela de enfermería de San Antonio Denver.²⁰

Leininger se basó en la disciplina de la antropología y de la enfermería definió la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad.²⁰

La enfermería transcultural va más allá de los conocimientos y hace uso del saber de los cuidados enfermeros culturales para practicar cuidados culturalmente congruentes y responsables Leininger afirma que la cultura y el cuidado son los medios más amplios para conceptualizar y entender a las personas este saber es imprescindible para la formación y la práctica enfermeras.

ENFERMERIA TRANSCULTURAL:

Se refiere a las enfermeras que están formadas en enfermería transcultural y que tienen como labor desarrollar el saber y la práctica de la enfermería transcultural.²⁰

ENFERMERIA INTERCULTURAL:

Se refiere a las enfermeras que usan conceptos antropológicos médico o aplicados; la mayor parte de ellas no están autorizadas a desarrollar la teoría de la enfermería transcultural ni a llevar a cabo prácticas basadas en la investigación.³⁸

2.3.- DEFINICION DE TERMINOS.

Conocimiento :

Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección.

Alimentación:

Es la ingesta de alimentos por parte de los organismos para conseguir energía y desarrollarse.

Complementaria

Que complementa o sirve de complemento y puede contribuir con un fin o de soporte.

Estado nutricional

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.

Alimentación complementaria: Proceso de introducción de alimentos adicionales diferentes a la leche materna que se inicia a los seis meses hasta los veinticuatro meses de edad.

Conocimiento sobre AC: Esta dado por toda aquella información que tienen las madres sobre Alimentación Complementaria en niños de 6 meses a 24 meses.

Lactante o niño menor de dos años: Niño(a) nacido a término que actualmente tiene una edad comprendida desde los 6 meses hasta los 24 meses, sin complicaciones ni antecedentes patológicos durante su gestación y parto, que es atendido en el consultorio de control del Crecimiento y Desarrollo del Niño.

2.4. HIPOTESIS

H^a.- Existe asociación entre nivel de conocimiento de la madre y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses de edad atendido en consultorio de CRED, del puesto de salud. José santos Atahualpa-Arequipa 2016.

H^o.-No existe asociación entre nivel de conocimiento de la madre y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses de edad atendido en consultorio de CRED, del puesto de salud. José santos Atahualpa-Arequipa 2016.

2.5. VARIABLES

Variable independiente:

Conocimientos sobre alimentación complementaria.

Variable dependiente:

Estado nutricional del del lactante 6 a 12 meses de edad

2.5.1- DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE

Variable dependiente: Estado nutricional

El estado nutricional es el resultado de la utilización de nutrientes, va desde la normalidad hasta el desequilibrio que causa desnutrición crónica, aguda, global y obesidad.

Variable independiente: Conocimiento

Según Mario Bunge el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que pueden ser claros precisos ordenados, vago inexacto clasificándole en conocimiento científico y conocimiento vulgar, el científico es el racional analítico, sistemático verificable a través de la experiencia y el conocimiento vulgar es vago inexacto limitado por la observación.

2.5.3. Operacionalización de la variable (ver anexo A)

Utilizó con un cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, el cual consta de 16 preguntas con respuestas múltiples.

La valoración estará expresada en niveles:

Alto

Medio y

Bajo

Estado nutricional

Con que parámetros vas a valorar el estado nutricional.

El crecimiento se expresa en el incremento del peso y la talla, y el desarrollo es definido como cambios en las estructuras físicas y neurológicas, cognitivas y de comportamiento, que emergen de manera ordenada y son relativamente duraderas. Es un proceso que

comienza desde la vida intra-uterina, y que envuelve varios aspectos que van desde el crecimiento físico, pasando por la maduración neurológica, comportamental, cognitiva, social y afectiva del niño, por ello la evaluación del niño ayuda a contribuir al desarrollo integral de niñas y niños de cero a cinco años y mejorar su salud y nutrición.

CAPÍTULO III. METODOLOGIA

3.1.- TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Es tipo cuantitativo dado que los datos obtenidos son susceptibles a medición.

Nivel descriptivo: Porque nos lleva e incita a describir una realidad u orientar en la realidad ya existente.

Diseño Descriptivo correlacional pues describe al mismo tiempo que relaciona las variables de estudio de la investigación.

Corte transversal porque presenta los hechos tal como son en un determinado tiempo y espacio.

3.2.- DESCRIPCIÓN DEL AMBITO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el puesto de salud José Santos Atahualpa, ubicado en el distrito de Cerro Colorado se encuentra ubicado en la provincial de Arequipa.

Puesto de Salud José Santos Atahualpa

Ubicación: Prolongación Progreso S/N o

Teléfono: 942265793 Personal de salud: Médicos 1 Obstetra 1
Nutricionista 0 Técnicos 1 Total 4

3.3.- POBLACION Y MUESTRA

Población

La población está conformada por un total de 185 madres que asisten mensualmente al consultorio de Crecimiento y Desarrollo.

Muestra

Fue de manera no probabilística e intencional ya que se consideró solamente a las 50 madres con niños menores de 6 a 12 meses que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo durante el tiempo que dure la recolección de datos. Los cuales responden a los siguientes.

Criterios de inclusión

Madres que acudan al consultorio de CRED
Que aceptan participar en el estudio.
Con Lactantes de 6 a 12 meses de edad.

Criterios de exclusión

Madres:
Que por primera vez ingresan a CRED.
Madres que no acepten participar en el estudio.
Lactantes:
Lactantes menores de 6 y mayores de 12 meses de edad.
Lactantes preterminos.
Lactantes que estén cursando con una enfermedad aguda.

3.4- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnicas

Para la recolección de datos la técnica que se utilizará es la entrevista. Según Hernández Sampieri, las entrevistas implican que una persona calificada aplique el cuestionario a los sujetos participantes, en donde el primero hace las preguntas a cada sujeto y anota las respuestas.

Instrumentos

Asimismo, el instrumento es la entrevista, encuesta, la cual estará constituida por preguntas de tipo cerradas en su estructura; además el instrumento consta de una breve introducción, datos generales de la madre y del niño, datos específicos referidos al conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y del estado nutricional del niño.

3.5.- VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El formulario fue sometido a validez de contenido mediante el Juicio de Expertos, conformado por ocho profesionales del campo de la salud, con experiencia en investigación, de los cuales fueron 5 enfermeras en el área de salud del niño, 2 docentes del área de investigación y 1 nutricionista. Los resultados emitidos por los expertos serán debidamente procesados en una Tabla de Concordancia con fines de determinar la validez, donde $p < 0.05$ la concordancia fue significativa.

Para determinar la confiabilidad del instrumento se aplicó la fórmula de R20 Kuder Richardson.

Para la realización del presente trabajo de investigación se contará con la previa autorización del Director del Centro de Salud y Enfermera responsable del consultorio de CRED, así como del consentimiento informado de las

madres en el cual se les informará acerca del estudio, los objetivos de la investigación, los fines netamente científicos y el total anonimato.

CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA: 1
CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES EN LAS MADRES
DE LACTANTES DE 6 A 12 MESES DE EDAD

Características	Rango y/o escala	N°	%
Edad de la madres	17 a 21 años	27	54
	22 a 25 años	13	26
	26 a 30 años	10	20
	Total	50	100
Lugar de Procedencia	Costa	32	64
	Sierra	15	30
	Costa	3	6
	Total	50	100
Grado de instruction	Primaria	29	58
	Secundaria	10	20
	Superior	11	22
	Total	50	100
Estado civil	Soltera	7	14
	Casada	6	12
	Conviviente	37	74
	Total	50	100
Ocupación	Empleada	33	66
	Ama de casa	12	24
	Independiente	3	6
	Profesional	2	4.
	Total	70	100

Interpretación: Se observa que el 54% (27) madres son adolescentes y jóvenes que tienen 17 a 21 años y 22 a 25 años. El 64% (32) son de la costa y el 30%(15) de la sierra, respecto al grado de instrucción tienen primaria el 58% (29) superior el 22%(11) el 20% (10) secundaria y la ocupación que predomina en el 66%(33) empleada del hogar, el 24%(12)son ama de casa.

TABLA: 2

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA EN LACTANTES DE 6 A 12 MESES DE EDAD**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	N	%
ALTO	14	28
MEDIO	16	32
BAJO	20	40
TOTAL	50	100

Interpretación: Se observa que el 40%(20) madres tienen un nivel de conocimiento bajo, seguido del 32 %(16) que tiene un nivel medio y solamente el 28%(14)

GRAFICO: 2

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA EN LACTANTES DE 6 A 12 MESES DE EDAD**

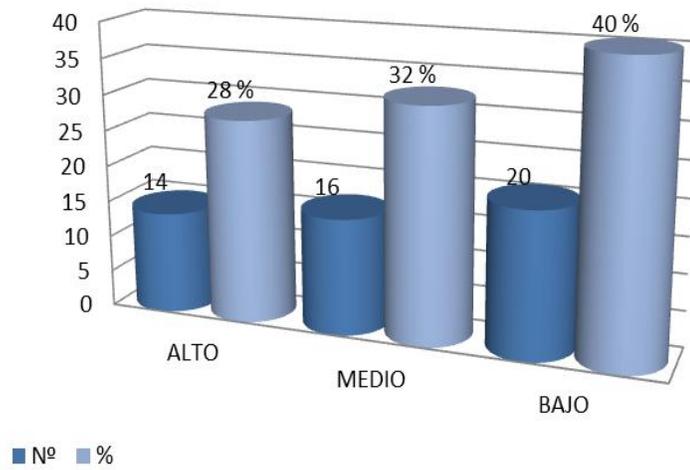


TABLA: 3

ESTADO NUTRICIONAL DEL LACTANTES DE 6 A 12 MESES DE EDAD

ESTADO NUTRICIONAL	NIÑOS DE 6 A 12 MESES	
	N	%
NORMAL	17	34
Desnutricion Leve	23	46
OBESIDAD	10	20
TOTAL	28	100

Interpretación: Se observa que el 46%(23 niños) tienen desnutrición leve, el 34%(17) tienen estado nutricional normal y tienen obesidad el 20%(10)

GRAFICO: 3

ESTADO NUTRICIONAL DEL LACTANTES DE 6 A 12 MESES DE EDAD

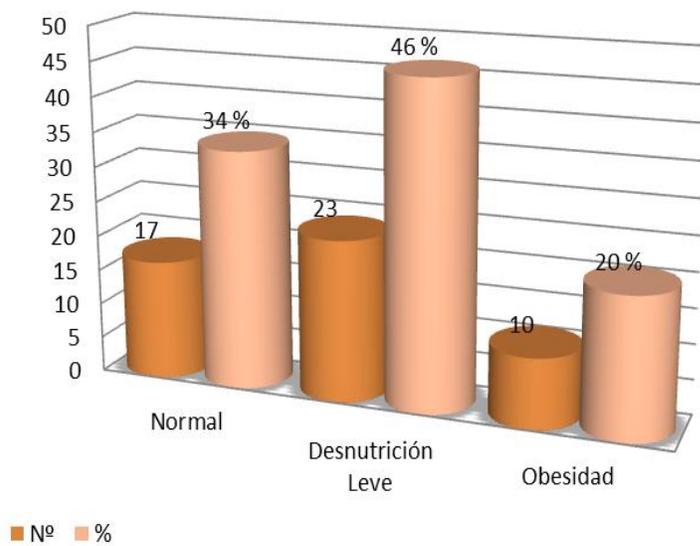


TABLA: 4

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LAS MADRES Y EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO MENOR DE 1 AÑO

NIVEL DE CONOCIMIENTO	ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 6 A 24 MESES						Total	
	Normal		Desnutrición		Sobrepeso		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Alto	12	24	1	2	1	2	14	28
Medio	4	8	9	18	3	6	16	32
Bajo	1	2	13	26	6	12	20	40
Total	17	34	23	46	10	20	50	100

Interpretación: Se observa que existe relación ya que las madres que tienen un nivel de conocimiento bajo y medio sus niños presentan desnutrición y los que tienen conocimiento alto, no presentan desnutrición.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se entiende como alimentación complementaria al periodo en el que la leche materna deja de ser suficiente para atender las necesidades nutricionales del lactante y es necesario añadir alimentos complementarios a su dieta. La alimentación complementaria debe introducirse en el momento adecuado, lo cual significa que todos los niños deben empezar a recibir otros alimentos, además de la leche materna, a partir de los 6 meses de vida. La alimentación complementaria debe ser suficiente, lo cual significa que los alimentos deben tener una consistencia y variedad adecuadas, y administrarse en cantidades apropiadas y con una frecuencia adecuada, que permita cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento, sin abandonar la lactancia materna. La nutrición durante la infancia es uno de los pilares más importantes para la salud y calidad de vida de la población. Siguiendo estos lineamientos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna de forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida, seguida de la introducción de alimentos complementarios de menos a más.

De acuerdo con datos del Comité de Nutrición de la Sociedad

Argentina de Pediatría (SAP), la nutrición adecuada en el primer año de vida y durante la primera infancia es fundamental para que el niño desarrolle plenamente su potencial humano. Los especialistas sugieren proveer alimentos complementarios, además de la lactancia después de los seis meses de edad, para mantener así un crecimiento saludable ya que a los seis meses de edad el bebé ya ha adquirido un buen desarrollo de su aparato digestivo, su función renal y el suficiente desarrollo neuromuscular para la incorporación de nuevos alimentos. Es por ello que a partir de esa edad es muy importante continuar la alimentación con papillas, purés a base de verduras y frutas como la zanahoria, zapallo, papa, manzana, plátano y pera a lo que es importante sumar el agregado de carnes para optimizar el aporte de hierro y de aceite para incrementar el aporte energético. Asimismo es importante que la madre quien es la principal persona a cargo del

cuidado del niño, tenga conocimientos claros sobre alimentación complementaria, los cuales le van a permitir brindar al niño una correcta inclusión de alimentos así como una adecuada nutrición lo cual es fundamental para el futuro crecimiento y desarrollo del niño.

Respecto al nivel de conocimientos materno sobre alimentación complementaria se encontró que un 28% tienen un nivel de conocimientos alto, un 32% de madres con nivel de conocimientos medio, y un 40 % tiene conocimiento bajo estos resultados nos indican que estas madres con un nivel bajo podrían brindar a sus niños una alimentación inadecuada para proporcionarle una alimentación de calidad a su niño, ya que no tienen conocimientos claros acerca del inicio, frecuencia, consistencia ni cantidad de alimentos que deben brindarle a sus niños en cada etapa de desarrollo de estos, hecho que es perjudicial para el niño pues no está recibiendo todo el aporte nutricional que debería recibir en relación a su edad, lo que podría significar graves daños a su salud y un mayor riesgo a enfermar.

Las madres que tienen un nivel alto y medio nivel de conocimiento nos muestran que incluye un buen inicio en la alimentación complementaria, una adecuada frecuencia, consistencia, y cantidad de alimentos, lo que es beneficioso para el niño a corto y largo plazo pues están reviendo todo el aporte alimenticio adecuado de acuerdo a sus requerimientos nutricionales. Sin embargo, existe un 40% de madres quienes presentaron un nivel de conocimientos bajo, lo cual indica que dichas madres no tienen el conocimiento adecuado

Observamos que la mayoría de madres conocen la definición y edad de inicio de la alimentación complementaria, sin embargo no podemos dejar de mencionar a un 54 % y 52% respectivamente que desconocen. La mayoría de estas madres refiere que la alimentación complementaria es la introducción de alimentos semisólidos sin la leche, un pequeño porcentaje señala que es solo leche materna, con respecto a la edad de inicio mencionan que es de 4 a 5 meses de edad. Es por ello que es muy importante que las madres internalicen estos conceptos para proporcionar una nutrición adecuada a su niño desde el punto de vista nutricional y en relación a sus necesidades. En relación al tipo de alimento tenemos que la mayoría de las madres

mencionan a las sopas de pollo o de hueso de res como alimento de inicio de la alimentación complementaria lo cual es producto de sus costumbres y cultura; ya que las madres refieren que el caldo tiene sustancia que va a hacer que su niño crezca fuerte; sin embargo sabemos que las sopas no brindan aporte nutricional de acuerdo a las necesidades de los niños. El 40% de las madres desconocen la frecuencia de los alimentos que se debe brindar al niño durante el día, la mayoría de las madres manifiestan que la frecuencia correcta de los alimentos es de 3 veces y una pequeña cantidad menciona 2 veces al día. En cuanto a la cantidad que debe recibir el niño de acuerdo a su edad tenemos a más la mitad de las madres desconoce la cantidad de alimento que debe recibir el niño siendo esto más visible en las madres de los lactantes de 8 a 12 meses quienes refieren no saber la cantidad exacta. El desconocimiento de la madre sobre la frecuencia y la cantidad del alimento que se debe brindar al niño puede incurrir en una serie de consecuencias de índole pondo-estatural ya que en esta etapa el niño tiene una velocidad de crecimiento acelerado y al no tener el suficiente aporte necesario para lograrlo el niño está en camino al desacelerar este crecimiento natural teniendo así niños con desnutrición poniendo en riesgo el desarrollo adecuado limitando a que el niño alcance su potencial de desarrollo físico y mental. Asimismo tenemos que casi el 90% de las madres desconoce la inclusión de los alimentos de acuerdo a la edad, la mayoría de ellas menciona que se debe incluir los cítricos y clara de huevo desde el inicio de la alimentación al igual que las menestras, resultando esto perjudicial en el lactante ya que los alimentos se deben incluir gradualmente de acuerdo a la edad, dentición, desarrollo digestivo y potencial alergénico y capacidad gástrica. Además tanto la clara de huevo como los cítricos son las causas más comunes de las alergias alimentarias en los niños. Por otro lado tenemos que la mayoría de las madres conocen las principales medidas de higiene y las ponen en práctica, sin embargo existe un grupo minoritario pero no menos importante de madres que no conocen tales medidas básicas de higiene poniendo en alto riesgo de contraer enfermedades gastrointestinales a su niños perjudicando de manera grave su salud y bienestar.

Jiménez Huamaní, César Orlando; Lima- Perú en el 2008, realizó una investigación titulada “Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses que acuden al centro de salud fortaleza Lima-Perú 2008”, cuyo objetivo fue determinar el inicio de la alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses en el centro de salud Fortaleza. El método que se utilizó fue correlacional de corte transversal, para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista encuesta, y el instrumento fue un cuestionario 19 semiestructurado aplicados a las madres y una lista de chequeo aplicado a los lactantes. Dentro de las conclusiones tenemos:

“La mayoría de lactantes del centro de salud Fortaleza inició la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad; un menor porcentaje inicio la alimentación complementaria antes de los 6 meses o después de los 7 meses de edad. Los lactantes que iniciaron la alimentación complementaria tardía (después de los 7 meses), tienen mayor índice de Desnutrición de I grado, que los lactantes que iniciaron un alimentación precoz (antes de los 6 meses) y normal (6 meses). Los lactantes que iniciaron una alimentación complementaria normal (6 meses), en una evaluación posterior al inicio de la alimentación, tienen un mayor índice de desnutrición de Iº, que los lactantes que iniciaron una alimentación precoz (antes de los 6 meses).”¹⁰

Por lo expuesto tenemos que un poco más de la mitad de las madres presentan un nivel de conocimiento alto y medio, hecho que es beneficioso para el niño porque está recibiendo una alimentación adecuada lo cual garantiza su correcto desarrollo y hace suponer su mejor calidad de vida y menor riesgo de contraer posibles enfermedades en el futuro, sin embargo; existe un porcentaje significativo de madres quienes presentan un nivel de conocimientos bajo sobre alimentación complementaria, lo cual podría ser a causa de la falta de aporte de información durante la consulta en CRED, asimismo podría deberse a la falta de compromiso de la madre o al factor tiempo, hecho que afectaría en el crecimiento y desarrollo normal del niño así como de importantes daños en su salud.

El estado nutricional del niño se define como la situación final del balance entre ingreso, absorción y metabolismo de los nutrientes y las necesidades del

organismo, todo esto dentro de un contexto ecológico, ya que está influenciado por múltiples factores: físicos, biológicos, culturales y socioeconómicos de la comunidad. Dentro de este contexto cualquier alteración en el crecimiento del niño ya sea por defecto o por exceso está directamente relacionada con la desnutrición como es el caso de la desnutrición global donde el peso para la edad no es el adecuado, de igual manera es con la desnutrición crónica donde la talla es menor de la correspondiente para su edad y el sobrepeso en la infancia que condiciona al niño a diversas enfermedades en el futuro como diabetes, HTA, arterioesclerosis, etc. Un deficiente patrón de crecimiento, expresa que las potencialidades del niño han sido dañadas de por vida, y con ello se ha limitado sus posibilidades de adquirir y acumular mayores capacidades (desarrollo humano subóptimo). Además se señala que la primera infancia es una etapa que constituye un aspecto crítico en la estrategia de la lucha contra la pobreza, ya que un infante con un patrón de crecimiento normal es decir con sus capacidades acumuladas adecuadas podrá en un futuro aprovechar las oportunidades económicas del entorno y generar mayores ingresos para la familia. (MINSA. Análisis de la Situación de Salud del Perú. Lima.2006). Es por ello que conocer el estado nutricional del niño es de suma importancia ya que podemos tener el control del crecimiento del niño periódico y así promover a que el niño pueda a corto plazo desarrollarse favorablemente en el colegio y en el futuro desarrollar al máximo sus capacidades intelectuales y sociales.

En el grafico N° 3 se detalla el estado nutricional de niño menor de 2 años de edad encontramos que el 34% presenta un estado nutricional normal, resultados que son alentadores ya que al estar el niño bien nutrido incrementa sus posibilidades de desarrollarse y crecer de manera adecuada, asimismo se reduce el riesgo de contraer enfermedades en el futuro favoreciendo así al desarrollo máximo de sus capacidades intelectuales. Sin embargo encontramos que hay un preocupante 46% de niños quienes presentan desnutrición y 20% sobrepeso.

La desnutrición implica tener un peso corporal menor a lo normal para la edad, tener una estatura inferior a la que corresponde a la edad (retraso en el crecimiento), estar peligrosamente delgado o presentar carencia de vitaminas y/o

minerales. Dentro de sus principales causas tenemos a la no lactancia materna, falta de información sobre una adecuada alimentación e infecciones diarreicas agudas o respiratorias.

Es decir que el grupo de niños que tienen desnutrición y sobrepeso están condicionados a tener un peso y una talla menor a la que le correspondería para su edad, retraso en su crecimiento y desarrollo sumado al riesgo elevado a padecer enfermedades de la infancia como también sufrir en el futuro enfermedades más graves al mismo tiempo que disminuyen sus posibilidades de desarrollar al máximo sus capacidades intelectuales, suponiendo así una menor calidad de vida.

Por lo expuesto podemos concluir que la mayoría de niños presenta un estado nutricional entre desnutrición y sobrepeso, hecho que supone que el niño no pueda en el futuro desarrollar sus capacidades al máximo y este es riesgo a muchas enfermedades a corto y largo plazo. Sin embargo cabe resaltar que existe un porcentaje significativo de niños que presentan estado nutricional normal.

En el grafico N°3 observamos que el cuanto a la relación entre el nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de los niños tenemos que el 24% corresponde a las madres con un nivel alto de conocimientos y a los niños con un estado nutricional normal, de igual forma tenemos al 2% de madres que tienen conocimiento bajo y a los niños con desnutrición sumado al 2% de niños con sobrepeso.

Entre los 6 y 24 meses de edad el niño pasa por una gran fase de vulnerabilidad lo que para muchos niños significa el comienzo de la desnutrición lo que contribuye a la alta prevalencia de la desnutrición en los menores de 5 años de todo el mundo. La OMS calcula que en los países de ingresos bajos dos de cada cinco niños tienen retraso del crecimiento.

La principal razón por la que el niño debe consumir alimentos diferentes a la leche materna es de tipo nutricional. Las necesidades de energía, proteína, vitaminas y minerales se incrementan a partir del sexto mes de vida, y, por esto los alimentos seleccionados deben ser ricos en: calorías, proteínas, hierro, zinc, calcio, vitaminas A-C-D, entre otros. Los alimentos seleccionados “complementarán” al alimento

básico que continúa siendo la leche (al menos hasta el primer año de vida) y ayudarán con la cobertura de los requerimientos de los nutrientes. Es por ello que se debe utilizar alimentos con un valor nutricional adecuado, de fácil digestión, poco voluminosos, frescos o higiénicamente elaborados.

En la atención integral del niño una de las principales intervenciones es el control de crecimiento y desarrollo que está orientado a la valoración y monitoreo nutricional, promover un óptimo crecimiento y desarrollo del menor de cinco años con la activa participación de la familia, instituciones comunales, organizaciones y el sector salud en conjunto, detectar los riesgos de desnutrición así como las deficiencias nutricionales para su oportuna intervención, intervenir en la recuperación y rehabilitación nutricional en niños menores de 5 años con riesgo o deficiencia nutricional, asimismo promover y fomentar adecuadas prácticas de alimentación, en especial el uso de mezclas balanceadas a partir de la olla familiar y el aumento de frecuencia de administración de alimentos, sumado a esto el rol de la madre es muy importante ya que de ella dependerá ejecutar los conocimientos fomentados en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo, permitiendo que sus niños obtengan un óptimo crecimiento y desarrollo por tanto una disminución de la probabilidad de que exista un déficit nutricional. (MINSA. Normas Técnicas de Salud “Atención Integral de Salud de la niña y el niño” 2006.)

Relacionando los datos tenemos a Francisco Saúl, Unsihuay Ureta en su investigación conocimiento materno sobre alimentación del lactante menor y su estado nutricional en la comunidad marginal de Santa Isabel- Huancayo, tuvo como resultados que si existe relación entre el conocimiento materno y el estado nutricional del lactante, datos que corroboran los resultados obtenidos en la presente investigación.

Por lo expuesto se concluye que existe relación significativa entre el nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño dado que la mayoría de madres que tienen un nivel alto de conocimientos sobre alimentación complementaria tienen a sus niños con un estado nutricional normal, lo que podría deberse a los altos conocimientos sobre alimentación

complementaria que tiene la madre gracias al apoyo de la enfermera en el consultorio de CRED y que a su vez le permiten brindar una alimentación de calidad de acuerdo a los requerimientos nutricionales de sus niños favoreciendo su crecimiento y desarrollo óptimos. Así mismo tenemos a las madres que tienen un nivel de conocimientos bajo quienes tienen alto porcentajes de niños con desnutrición, lo que podría deberse a la falta de información proporcionada hacia la madre por parte de la enfermera y/o el personal de salud lo que le impide brindar una buena calidad en la alimentación de sus niños condicionándolos a contraer diversas enfermedades minimizando sus capacidades intelectuales y poniendo en riesgo su salud.

Para hallar la relación entre el nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño se aplica la prueba estadística del Chi cuadrado que tiene distribución con 4 grados de libertad con una significancia de $0.001 < \alpha$ con la cual se rechaza la hipótesis nula H_0 y se acepta la hipótesis de estudio, es por ello que podemos afirmar que si existe relación significativa entre estas dos variables sumamente importantes.

CONTRASTACIÓN DE LA HIPOTESIS

H^a.- Existe asociación entre nivel de conocimiento de la madre y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses de edad atendido en consultorio de CRED, del puesto de salud. José santos Atahualpa- Arequipa 2016.

H^o.-No existe asociación entre nivel de conocimiento de la madre y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses de edad atendido en consultorio de CRED, del puesto de salud. José santos Atahualpa- Arequipa 2016.

$\alpha = 0.05$ es el nivel de significación, un error de 5% al hacer la prueba de hipótesis

Estado nutricional		Nivel de conocimientos			Total
		Alto	Medio	Bajo	
Normal	Observado	12	4	1	17
	Esperado	6.8	6.8	5.4	
Desnutrición	Observado	1	9	13	23
	Esperado	2.5	2.5	2.0	
Sobrepeso	Observado	1	3	6	10
	Esperado	0.7	0.7	0.6	
Total		14	16	20	50

Usando la tabla de contingencia de arriba calculamos la estadística Chi cuadrado donde:

$$X^2 = \sum (O-E)^2 / E$$

O: Representa las frecuencias observadas

E: Representa las frecuencias esperadas

$X = 17.9$ que tiene distribución Chi cuadrado con 4 grados de libertad.

Obteniéndose un SIG = valor $p = 0.001 < \alpha$ Por tanto se puede afirmar a un nivel de significancia de 0.05 que se rechaza la hipótesis nula H_0 y se acepta la H^a que indicaba que existe asociación entre nivel de conocimiento de la madre y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses de edad atendido en consultorio de CRED, del puesto de salud. José santos Atahualpa- Arequipa 2016.

CONCLUSIONES

- Teniendo en cuenta las características de las madres se puede decir que el mayor porcentaje de las madres son adolescentes y jóvenes ya que tienen 17 a 21 años y 22 a 25 años. Son de la costa seguido de las madres de la sierra, respecto al grado de instrucción tienen primaria, instrucción superior y secundaria completa.
- Existe una relación entre el nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses de edad.
- El conocimiento que poseen las madres sobre alimentación complementaria en el mayor porcentaje de ellas es de nivel bajo.
- El estado nutricional de la mayoría de lactantes de 6 a 12 meses de edad se encuentra entre desnutrición leve y sobrepeso, seguido de un significativo grupo de niños con estado nutricional normal.

RECOMENDACIONES

- Se hará llegar los resultados del estudio al centro de salud con la finalidad que conozcan la relación existente entre los conocimientos de las madres y el estado nutricional y con ello tener en cuenta que es un factor causal de mucha importancia ya que sus niños presentan desnutrición leve.
- Se recomienda al personal de salud que no solamente es brindar atención asistencial a los niños también es necesario trabajar con la madres.
- Se recomienda realizar estudios cualitativos para poder tener un mayor entendimiento acerca de las costumbres, creencias y prácticas de las madres en relación a los conocimientos que tienen sobre alimentación complementaria y la edad de inicio de la misma.
- Se recomienda realizar estudios cuasi experimentales para hallar la efectividad de programas educativos sobre alimentación complementaria y su implicancia en los conocimientos que poseen las madres acerca de la misma.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Instituto Nacional de estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud Familiar. ENDES Perú 2012.
2. Instituto Nacional de estadística e Informática. Factores asociados a la desnutrición crónica infantil en el Perú. 19982007.
3. Lancet vol, 2007
4. Journal of Nutrition, Vol 140, n2, 2010, pp.348-354
5. Instituto Nacional de estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES. 2013.pp 298-301.
6. Instituto Nacional de estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES. 2013.pp 278-279.
7. Alimentación y Nutrición del niño pequeño: Memoria de la Reunión Subregional de los Países de Sudamérica, 2-4. Washington.OPS.2009:p14.
8. Lozoff et al, Arch Pedia, Adolesc Med 2006, 160: 1108-1113.
9. Instituto Nacional de estadística e Informática. Factores asociados a la desnutrición crónica infantil en el Perú. Lima: 1998-201.pp 334-336.
10. Jiménez, César Orlando. Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses que acuden al centro de salud fortaleza [Tesis]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina, Escuela académico profesional de Enfermería; 2008.

11. Barba, Horacio. Características de la alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal que acude a la estrategia sanitaria de crecimiento y desarrollo de niño sano del Centro de Salud Fortaleza. [Tesis]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina, Escuela académico profesional de Enfermería; 2008.
12. Castro Laura. 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". [Tesis]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina, Escuela académico profesional de Enfermería; 2003.
13. Cárdenas, Catherine. Actitud de las madres hacia la alimentación complementaria y estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas Santa Anita. [Tesis]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina, Escuela académico profesional de Enfermería 2004.
14. Hidalgo, Diana. Representaciones sociales sobre la alimentación complementaria en madres de niños menores de 2 años: Yanacancha - Cerro de Pasco. [Tesis]. Perú: Universidad Nacional de Cerro de Pasco. Facultad de Enfermería. 2008.
15. Zurita Alvarado, María Antonieta. Lactancia materna, alimentación complementaria y factores asociados a su práctica, en niños menores de 2 años. 1ra. sección del municipio de Quillacollo-Cochabamba. Bolivia; Universidad de Aquino Bolivia. Facultad de enfermería; 2005.
16. Jácome, Ximena. Relación entre las prácticas de alimentación complementaria y el estado nutricional de niñas y niños de 6 a 24 meses de edad que asisten al centro de salud n°10 Rumiñahui de la ciudad de Quito durante el mes de abril del

2013. [Tesis]. Ecuador: Pontificia Universidad Católica de Quito. Facultad de nutrición; 2013.

17. Escobar María Belén. Relación de los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre alimentación complementaria con el estado nutricional de los niños y niñas que acuden a consulta externa de pediatría en el Hospital del IESS de Latacunga en el período Junio-Septiembre del 2013.

[Tesis]. Ecuador: Pontificia Universidad Católica de Quito. Facultad de Enfermería; 2013.

18. García de León, Cecilia. Prácticas de alimentación complementaria en niños menores de 1 año de edad, de la comunidad el tablón del municipio de Sololá. [Tesis].

Guatemala: Universidad Rafael Landívar Facultad de Ciencias de la Salud Campus de Quetzaltenango; 2011.

19. Farfán, Raisa. Prácticas de destete y ablactación que tiene las madres del Centro de Salud Primero de Mayo de la ciudad de Portoviejo, provincia de Manabí y su relación con el estado nutricional del infante”.

[Tesis]. Ecuador: Universidad Rafael Landívar Facultad de Ciencias de la Salud Campus de Quetzaltenango; 2011.



ANEXOS

ENCUESTA DIRIGIDA A LA MADRE DEL NIÑO

I.-Introducción

Sra. buenos días, soy la señorita Kelly Katherine Centeno Gallegos, Bachiller de enfermería de la U.A.P. filial Arequipa. Estoy realizando un trabajo de investigación en coordinación con el área de Enfermería del Programa de CRED del niño sano de este Puesto de Salud a fin de obtener información para un estudio acerca del nivel de conocimientos que tienen las madres sobre la alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño lactante de 6 a 12 meses, motivo por el cual se solicita su colaboración respondiendo con la mayor sinceridad posible, se trata de una encuesta anónima.

ENCUESTA

a) De la madre:

1. Edad de la madre:
2. Lugar de procedencia: Costa () Sierra () Selva ()
3. Grado de instrucción: Primaria () Secundaria () Superior ()
4. Ocupación: Empleada () Ama de casa () Independiente ()
otros
5. Estado civil: Soltera () Casada () Conviviente ()

b) Datos relacionados con el niño:

1. Fecha de nacimiento:
2. Sexo: M () F ()
3. Peso:
4. Talla:
5. Diagnóstico del estado nutricional (carné):

INSTRUCCIONES:

A continuación lea cuidadosamente cada pregunta y luego marque con una (X), la respuesta que usted crea la más adecuada.

1. ¿Qué es la alimentación complementaria?

- a) Es darle al niño solamente leche materna.
- b) Es incluir otros alimentos aparte de la leche materna
- c) Es darle solamente alimentos sólidos.
- d) Es darle leche en polvo.
- e) No sabe

2. ¿Qué alimentos se deben dar al niño al inicio de la alimentación complementaria aparte de la leche materna?

- a) sopas y mates
- b) purés y mazamorras
- c) sopas y jugos
- d) comida de la olla familiar y dulces.
- e) No sabe

3. ¿Qué consistencia deben tener los alimentos que se le brinda al niño de 6 meses de edad?

- a) aplastados
- b) licuados
- c) líquidos
- d) en trozos
- e) No sabe

4. ¿Cuántas veces al día se debe alimentar al niño de 6 meses?

- a) 2 veces
- b) 3 veces
- c) 4 veces
- d) 5 veces
- e) No sabe

5. ¿Qué cantidad debe comer el niño de 6 meses cada vez que lo alimenta?

- a) 3 a 4 cucharas
- b) 1 a 2 cucharas
- c) 5 a 8 cucharas
- d) 10 a 12 cucharas
- e) No sabe

6. ¿Qué consistencia deben tener los alimentos que se le brinda al niño de 1 año de edad?

- 0a) aplastados
- b) licuados
- c) líquida
- d) en trozos
- e) No sabe

7. ¿Cuántas veces al día se debe alimentar al niño de 1 año?

- a) 2 veces
- b) 3 veces
- c) 4 veces
- d) 5 veces
- e) No sabe

8. ¿Qué cantidad debe comer el niño de 1 año cada vez que lo alimenta? a) 2 tazas.

- b) 1/2taza
- c) 3/4 de taza
- d) 1 taza
- e) No sabe

9. ¿Cuál es la mejor combinación de alimentos para el niño de 18 meses?

- a) Mazamorras, sopas y leche materna
- b) Leche, mazamorras y sopa de res.
- c) Comida de la olla familiar y leche materna
- d) Alimentos aplastados, purés y sopa de pollo.
- e) Otros:

10. ¿Qué combinación es la más adecuada para el almuerzo del niño de 6 meses?

- a) Puré + hígado + fruta o jugo de fruta
- b) Arroz + hígado + mate de hierba
- c) Puré de papa +sopa+ jugo de fruta
- d) Caldo de hueso de res + arroz +jugo de frutas
- e) Otros:

11. ¿A qué edad se debe empezar la alimentación complementaria en el niño?

- a) 4 meses
- b) 5 meses
- c) 6 meses
- d) 7 meses
- e) No sabe

12. ¿A qué edad el niño debe comer todos los alimentos de la olla familiar?

- a) Menos de seis meses
- b) Seis meses
- c) Al año
- d) 9 meses
- e) A los 2 años

13. ¿Cuál de los siguientes alimentos no debe comer el niño antes de cumplir el 1er año?

- a) carne de pollo
- b) clara del huevo
- c) dulces
- d) arroz
- e) pescado
- f) naranjas
- g) chocolates
- h) leche evaporada
- i) yema de huevo
- j) mandarinas

14. ¿Qué es la sopa?

- a) Un alimento muy rico en vitaminas.
- b) Muy importante en la alimentación del niño.
- c) Innecesaria, no alimenta y solo llena al niño.
- d) Necesario para que el niño crezca fuerte y sano.

15. Los alimentos que dan más fuerza y energía al niño son:

- a) Camotes
- b) Pescado
- c) papas
- d) arroz
- e) vainitas
- f) lechugas
- g) fideos
- h) pollo
- i) yucas
- j) tomates

16. Los alimentos que ayudan a crecer más al niño son:

- a) Pollo
- b) Pescado
- c) Arroz
- d) Carne de res
- e) zanahorias
- f) apio
- g) lentejas
- h) camotes
- i) hígado
- j) papas

17. ¿Cuál de los siguientes alimentos nutren más al niño?

- a) Sopa y jugo de frutas
- b) Segundo y leche
- c) Puré y sopa
- d) Sopa y jugo de frutas.
- e) No sabe

18. Los alimentos ricos en hierro son:

- a) Caldo de hueso de res
- b) Sangrecita
- c) Lentejas
- d) Beterragas
- e) Frejoles.
- f) hígado
- g) carnes
- h) fideos
- i) ollucos
- J) arroz

19. ¿Con qué bebida debe acompañar un plato de lentejitas para que el niño de 1 año y medio aproveche al máximo los nutrientes?

- a) Gaseosas y mates.
- b) Limonada y cítricos (limón y naranja).
- c) Te y café
- d) Café y frugos.
- e) Otros:

20. El inicio de una alimentación complementaria después de los 6 meses puede ocasionar:

- a) Mayor crecimiento en el niño y desnutrición.
- b) Aumentar el riesgo de desnutrición y deficiencia de hierro.
- c) Problemas en el habla y para caminar.
- d) Solo riesgo de desnutrición.
- e) No sabe

21. ¿Cómo debe ser la manera en que la madre debe dar de comer al niño?

- a) Integrándolo a la familia con paciencia y mucha dedicación
- b) Integrándolo a la familia pero gritándole cuando es necesario.
- c) Sin integrarlo a la familia porque aún es muy pequeño.
- d) Con paciencia pero sin integrarlo a la familia.
- e) No sabe

22. ¿Cuál debe ser el entorno del niño a la hora de comer?

- a) En la cocina con muchos colores y juguetes,
- b) En la cama con juguetes y televisión prendida.
- c) En el comedor junto con la familia.
- d) En el comedor con los juegos y televisor prendido.
- e) No sabe

23. ¿Cuáles son las medidas de higiene más importantes que debemos de usar para que el niño no se enferme?

- a) Higiene de utensilios e higiene del niño.
- b) Higiene de los alimentos y utensilios
- c) Higiene del niño solamente.
- d) Solamente higiene de alimentos.
- e) No sabe

24. La alimentación complementaria es beneficiosa para el niño porque:

- a) Favorece el desarrollo físico pero no aporta vitaminas ni minerales.
- b) Solamente lo ayuda a crecer, a ser más sociable y desarrollar físicamente.
- c) Brinda vitaminas y minerales pero no disminuye la probabilidad de contraer enfermedades.
- d) Favorece el desarrollo físico, psicológico y disminuye la probabilidad de contraer enfermedades.
- e) No sabe.

25. Los beneficios de una buena alimentación complementaria del niño menor de 2 años se evidencian por:

- a) Mayor crecimiento y desarrollo
- b) Solo mayor desarrollo.
- c) Talla baja para la edad.
- d) Solo mayor crecimiento.
- e) No sabe

Gracias por su gentil colaboración.

ANEXO B

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

FORMULACION DEL PROBLEMA:

- **¿Cuál es la** Determinar la asociación entre nivel de conocimiento de la madre y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses de edad atendido en consultorio de CRED, del puesto de salud. José santos Atahualpa- Arequipa 2016.?

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	INDICADORES	VALOR FINAL
Conocimientos sobre alimentación complementaria	La alimentación complementaria se da en el niño cuando este ha alcanzado un cierto grado de maduración tanto a nivel neurológico como gastrointestinal y cuando la leche materna ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales del niño a partir de los 6 meses de edad. Consiste en agregar alimentos semisólidos y nutritivos en la dieta del niño lo que favorecerá su desarrollo y crecimiento adecuado y que a su vez consiste en la base para una nutrición correcta. Este proceso de transición entre la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria propiamente dicha propicia a una gran	Definición conceptual de alimentación complementaria -Concepto de alimentación complementaria. Características de la alimentación complementaria -Consistencia de los alimentos. -Frecuencia de los alimentos. -Cantidad de los alimentos. -Tipos de alimentos. - Combinación de alimentos. -Alimentos no recomendados. Factores que influyen en la	Alto Medio Bajo

	<p>vulnerabilidad en el lactante, lo cual puede traer como consecuencia desnutrición si la alimentación complementaria no se da de manera adecuada.</p>	<p>alimentación complementaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Entorno del niño -Edad de inicio de la alimentación complementaria. <p>Beneficios de la alimentación complementaria</p> <ul style="list-style-type: none"> -Beneficios para el crecimiento del niño. -Beneficios para el desarrollo del niño. <p>Medidas para una alimentación complementaria adecuada. -Medidas de higiene en la preparación de alimentos. -Medidas de higiene en los utensilios a usar.</p>	
<p>Estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses.</p>	<p>Es el estado nutricional que presenta el niño desde os 6 meses hasta los 36 meses de vida. Es el estado de salud obtenido de la utilización de nutrientes que va desde la normalidad o desequilibrio por defecto o exceso. Se clasifica en desnutrición crónica,</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Peso/edad -Talla/edad -Peso/talla 	<p>Estado nutricional</p> <ul style="list-style-type: none"> -Normal -Obesidad -Desnutrición

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES:

Conocimientos maternos sobre alimentación complementaria:

Es toda la información o idea que refiere la madre acerca de lo que conoce y entiende sobre alimentación complementaria como definición, características, tiempo de inicio y medidas de higiene, dichos conocimientos serán medidos en conocimiento alto, medio y bajo.

Estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses de edad.

Es el resultado que se obtiene de evaluar al niño de 6 a 12 meses haciendo uso de los indicadores antropométricos y es medido en normal, desnutrición y sobrepeso.

ANEXO C

MATRIZ DEL INSTRUMENTO

Variable: Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria

DIMENSION	INDICADOR	CUESTIONARIO
Definición conceptual de alimentación complementaria.	Concepto de alimentación complementaria.	¿Qué es la alimentación complementaria?
Características de la alimentación complementaria	<ul style="list-style-type: none">-Consistencia de los alimentos.-Frecuencia de los alimentos.-Cantidad de los alimentos.-Tipos de alimentos.- Combinación de alimentos.-Alimentos no recomendados. - Edad de inicio de la alimentación complementaria-Micronutrientes	¿Cuál es la consistencia de los alimentos que consumirá el niño? ¿Cuántas veces al día debe comer el niño de acuerdo a su edad? ¿Cuál es la cantidad de alimentos que debe consumir su niño diariamente de acuerdo a edad? ¿Qué alimentos debe incluir en la dieta del niño de acuerdo a edad? ¿Cuál de los siguientes alimentos no debería darle a su niño antes de cumplir el 1er año de edad? ¿Cuáles son los alimentos ricos en hierro?

Factores que influyen en la alimentación complementaria.	<ul style="list-style-type: none"> -Entorno del niño -Edad de inicio de la alimentación complementaria. 	<p>¿Cómo debe ser el entorno del niño a la hora de comer?</p> <p>¿A qué edad debe recibir alimentos por primera vez su niño? ¿Qué sucede si la alimentación complementaria inicia tarde?</p>
Beneficios de la alimentación complementaria	<ul style="list-style-type: none"> -Beneficios para el crecimiento del niño. -Beneficios para el desarrollo del niño. 	<p>¿Cuáles son los beneficios de una buena alimentación complementaria?</p> <p>¿Cuáles son los alimentos que harán que su niño crezca fuerte y sano?</p>
Medidas para una alimentación complementaria adecuada.	<p>Medidas de higiene en la preparación de alimentos.</p> <p>Medidas de higiene en los utensilios a usar.</p>	<p>¿Qué debe hacerse antes de preparar los alimentos del niño??</p>

ANEXO D

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO “.....”.. Identificada con DNI“.....”..

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación que lleva como título: **Nivel de conocimientos materno sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses de edad que asisten al Consultorio de CRED, en el P.S. Jose Santos Atahualpa, diciembre 2016.**

Asimismo expreso que he sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que la información vertida en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

FIRMA

ANEXO E
MEDICIÓN DE LA VARIABLE NIVEL DE CONOCIMIENTO ESCALA DE
STANONES

Bajo **Medio**

a

Alto
b

Según la fórmula de Stanones

$$a = X - 0,75 \text{ (DS)}$$
$$b = X + 0,75 \text{ (DS)}$$

Desviación Estándar

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

Realizando cálculos:

Desviación Estándar: 8.6
Media: 28

Reemplazando:

$$a = 28 - 0,75 (8.6) \qquad a = 21.55 = 22$$
$$b = 28 + 0,75 (8.6)$$
$$b = 34.45 = 35$$

Dividiendo por categorías tenemos:

Conocimiento alto: >35
puntos

Conocimiento medio: 22-35 puntos

Conocimiento bajo: <22
puntos

ANEXO F

TABLA DE CONCORDANCIA

PRUEBA BINOMIAL-JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	N° JUEZ								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	1	1	1	1	0	1	1	1	0.035
3. La estructura del instrumento es adecuado.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de las variables.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6. Los ítems son claros y entendibles.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004

Si $p < 0.05$ la concordancia es significativa.

FAVORABLE = 1 (SI)

DESFAVORABLE = 2 (NO)

P= es menor a 0.05, por lo tanto es válido.

ANEXO G

LIBRO DE CODIGOS

1. Datos Generales:

De la madre

EDAD(1)	LUGAR DE PROCEDENCIA(2)	GRADO DE INSTRUCCIÓN(3)	OCUPACION (4)	ESTADO CIVIL(5)
12-16 (1) 17-21 (2) 22-25 (3) 26-30 (4) >30 (5)	Costa (1) Sierra (2) Selva (3)	Primaria (1) Secundaria (2) Superior (3)	Empleada (1) Ama de casa (2) Independiente (3) Profesional (4)	Soltera (1) Casada (2) Viuda (3) Conviviente(4)

Del niño

EDAD (1)	SEXO (2)	ESTADO NUTRICIONAL (3)
6-11 Meses (1) 12-17 Meses (2) 18-24 Meses (3)	Masculino (1) Femenino (2)	Normal (1) Desnutrición crónica (2) Desnutrición global (3) Desnutrición aguda (4) Sobrepeso (5)

2. Ítems:

N° ITEM	PUNTUACION
1	B = 3 Puntos
2	B = 2 punto
3	A = 2 punto
4	A = 1 punto
5	A = 1 punto
6	D = 2 punto
7	D = 1 punto
8	D = 1 punto
9	C = 1 punto
10	A = 1 punto
11	C = 3 puntos
12	C = 2 puntos
13	<p>Correctas: C E F } 3-5 = 1 punto G } <3 = 0 puntos J }</p> <p>Siempre que solo marque las respuestas correctas, tolerancia máxima de 1 error.</p>
14	D = 2 puntos
15	<p>Correctas: A C } 4-5 = 2 punto D } 3 = 1 puntos G } <3 = 0 puntos I }</p> <p>Siempre que solo marque las respuestas correctas, tolerancia máxima de 1 error.</p>
	Correctas: A
16	<p>B 4-5 = 2 puntos D 3 = 1 puntos G <3 = 0 puntos I</p> <p>Siempre que solo marque las respuestas correctas, tolerancia máxima de 1 error.</p>

17	B = 1 punto
18	<p>Correctas: B C 4-5 = 3 puntos E 3 = 1 puntos F <3 = 0 puntos G</p> <p>Siempre que solo marque las respuestas correctas, tolerancia máxima 0 errores.</p>
19	B = 2 puntos
20	B = 1 punto
21	A = 2 puntos
22	C = 2 puntos
23	B = 1 punto
24	D = 2 puntos
25	A = 2 puntos