



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

TESIS

**“NIVEL DE PRACTICAS DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 MESES A 12
MESES SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA QUE ACUDEN A
CRED DEL CENTRO MATERNO DE SALUD MARIANNE PREUSS DE
STARK PAMPLONA 2015”**

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

BACHILLER:

INES MARIBEL CACERES MOLINA

ASESORA

: MG. JENNY SANCHEZ DELGADO

LIMA - PERU, 2018

**NIVEL DE PRACTICAS DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES
SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA QUE ACUDEN A CRED
DEL CENTRO MATERNO DE SALUD MARIANNE PREUSS DE STARK
PAMPLONA 2015.**

RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar el nivel de prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria que acuden a CRED del centro materno Marianne Preuss de Stark Pamplona, 2015. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 60 madres, para el recojo de la información se utilizó un cuestionario tipo Likert, organizado por las dimensiones, inicio, tipos, cantidad, la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de 0,86; la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de 0,91, la prueba de hipótesis se realizó mediante el Chi-Cuadrado con un valor de 13,4 y con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

CONCLUSIONES:

El nivel de prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria que acuden a CRED del Centro Materno Marianne Preuss de Stark Pamplona, es Bajo. Este nivel se presenta de acuerdo a las respuestas donde señalan que: No saben en qué consiste la alimentación complementaria, también no saben cuántas veces al día debe alimentar a un niño de 6 meses, asimismo, desconocen la consistencia que deben tener los alimentos de un niño de 7 y 8 meses, No saben cuál de las dos partes se le debe dar a más temprana edad, también desconocen a qué edad le debe empezar a dar de comer la yema y la clara de huevo, asimismo desconocen que alimentos previenen de la anemia a los niños. Desconocen que puede ocasionar caries dental en los niños, no saben los efectos si los niños que reciben únicamente leche materna hasta los 8 meses se encuentran bien o mal alimentados. No saben cómo actuar cuando sus niños tienen diarreas frecuentes e infecciones,

PALABRAS CLAVES: *Prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria, Inicio, Tipos y cantidad de alimentos.*

ABSTRACT

The present investigation had like Objective: To determine the level of practices of the mothers of children of 6 to 12 months on complementary feeding that go to CRED of the maternal center Marianne Preuss of Stark Pamplona, 2015. It is a transversal descriptive investigation, it was worked with a sample of 60 mothers, for the collection of the information a Likert-type questionnaire was used, organized by the dimensions, beginning, types, quantity, the validity of the instrument was carried out by means of the test of concordance of the judgment of experts obtaining a value of 0, 86; The reliability was carried out using the Cronbach's alpha with a value of 0.91, the hypothesis test was performed using the Chi-square with a value of 13.4 and with a level of significance of $p < 0.05$.

CONCLUSIONS:

The level of practices of mothers of children from 6 to 12 months on complementary feeding who come to CRED of the Maternal Center Marianne Preuss of Stark Pamplona, is Low. This level is presented according to the answers where they state that: They do not know what complementary food is, they also do not know how many times a day a 6-month-old child should be fed, and they are unaware of the consistency that food should have. children of 7 and 8 months, do not know which of the two parts should be given at an earlier age, they also do not know at what age they should start to feed the yolk and the egg white, likewise they do not know what foods prevent from the anemia to children. They do not know that it can cause tooth decay in children, they do not know the effects if children who receive only breast milk until 8 months are well or poorly fed. They do not know how to act when their children have frequent diarrhea and infections,

KEYWORDS: *Practices of mothers of children from 6 to 12 months on complementary feeding, Start, Types and amount of food.*

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
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	2
1.3. Objetivos de la investigación	2
1.3.1. Objetivo general	2
1.3.2. Objetivos específicos	3
1.4. Justificación del estudio	3
1.5. Limitaciones de la investigación	3
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	4
2.2. Base teórica	7
2.3. Definición de términos	40
2.4. Hipótesis	41
2.5. Variables	42
2.5.1. Definición conceptual de la variable	42
2.5.2. Definición operacional de la variable	42
2.5.3. Operacionalización de la variable	43

CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	44
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	44
3.3. Población y muestra	45
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	46
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	46
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	46
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	48
CAPÍTULO V: DISCUSION	52
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCION

Los primeros meses de vida del niño son especialmente importantes, puesto que la nutrición óptima durante este periodo reduce la morbilidad y la mortalidad, así como el riesgo de enfermedades crónicas, y mejora el desarrollo general. De hecho, las prácticas óptimas de lactancia materna y alimentación complementaria pueden salvar cada año la vida de niños en sus primeros meses de vida. La OMS y el UNICEF dan ciertas recomendaciones sobre la alimentación óptima del lactante y niño pequeño que vendría hacer la introducción de alimentos complementarios seguros y nutricionalmente adecuados a partir de los 6 meses a 12 meses del niño.

El concepto de alimentación complementaria es relativamente reciente. Se dice de 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 lactante a partir de los seis meses de edad.

El presente estudio consta de las siguientes partes:

Capítulo I: El Problema de la Investigación, con la formulación del problema principal, secundario, como también la formulación de los Objetivos generales y específicos, la justificación del estudio y las limitaciones de la limitación.

Capítulo II: Marco teórico, donde mostraremos algunos antecedentes tanto Internacionales como Nacionales y bases teóricas que fundamenten la investigación, se tomara en cuenta las definición de términos básicos utilizados, sistema de hipótesis e igualmente de variables, dimensiones e indicadores.

Capítulo III: Trata de la metodología de la investigación tipo de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos para la recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento, y el plan de recolección y procesamiento de datos que nos servirá para sustentar los resultados que obtendremos en este proyecto

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estado nutricional del niño cobra prioridad debido a la existencia de una alta incidencia de malnutrición, por lo que se han tomado una serie de medidas para hacer frente a la mortalidad como consecuencia del mismo o el daño irreparable en el desarrollo humano.

Los estados miembros de la ONU han tomado en consideración como cuarto objetivo para el desarrollo del milenio, el de reducir la tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años pues se estima que la malnutrición es la causa de un 35% de todas las muertes de niños menores de cinco años. En Suecia se tiene 3 niños menores de cinco años por cada mil nacidos vivos que mueren de malnutrición, Bolivia que tiene 77 niños fallecidos por cada mil nacidos vivos, Cuba 9 niños fallecidos por cada mil nacidos vivos y Perú 22 muertes por cada mil nacidos vivos. Con respecto a América Latina, mueren de 12 millones a 7,6 millones de niños antes del año. (1)

Las principales causas de muerte entre los menores de cinco años son la neumonía, la diarrea, el paludismo y los problemas de salud durante el primer mes de vida. Más de un tercio de las muertes de niños están

asociadas a la malnutrición. En el 2010 había en el mundo alrededor de 20 millones de niños con malnutrición aguda grave, los cuales son más vulnerables a las enfermedades graves y a la muerte prematura. Así mismo a escala mundial, se estima que en el 2010: 40 mil niños menores de cinco años sufrían de obesidad.

En el Perú entre 1995 y 2005, las tasas de desnutrición se mantuvieron prácticamente estáticas, disminuyendo de 25,8% a sólo 22,9%. Según ENDES en el 2007, alrededor de 770 mil niños (28%) menores de cinco años de un total de 2,7 millones de niños, estuvieron expuestos a la desnutrición, donde la prevalencia de desnutrición en las áreas urbanas fue de 15,6% y 45,7% para los que habitan en el área rural. Pero en el periodo comprendido entre 2005 y 2010, estas tasas descendieron a 17,9%. (2).

Actualmente en el Perú, más de 600 mil niñas y niños menores de cinco años muestran en grado variable los efectos de la desnutrición crónica infantil. De no actuar rápida y oportunamente las secuelas de la desnutrición los marcará de por vida ya que se afecta su desarrollo físico, mental y cognitivo.

En la Sierra peruana se tiene un alto porcentaje de desnutrición crónica (27,6%), pero es menor con relación a la obesidad (5.7%). seguida de la región Selva con 21,7% de desnutrición y 3% de obesidad en niños menores de cinco años y la Costa la que tiene el porcentaje más bajo (10,3%) de desnutrición, pero es más alto en obesidad (9,3%).

A nivel de departamental, los mayores niveles de desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años se presentan en Huancavelica (44,7%), Cajamarca (32%), Huánuco (31%), Apurímac (30,9%) y Ayacucho (30,3%). En tanto los mayores niveles de obesidad se encuentran en: Moquegua (18,5%), Arequipa (16,5%), Lima (13,7%), Tacna (12%) y Junín con 10,4% (3)

La desnutrición infantil es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas. Detrás de estas causas inmediatas, hay otras subyacentes como son la falta de acceso a los alimentos, la falta de atención sanitaria, la utilización de sistemas de agua y saneamiento insalubres, y las prácticas deficientes de cuidado y alimentación, factores sociocultural, económico y político como la pobreza, la desigualdad o una escasa educación de las madres. La desnutrición causa un daño que se genera en el desarrollo cognitivo de los individuos afecta el desempeño escolar, y más adelante la capacidad productiva laboral.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Cuál es el nivel de prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria que acuden a CRED del centro materno Marianne Preuss de Stark Pamplona, 2015?

1.2.2. Problemas específicos

¿Cuál es el nivel de prácticas de las madres sobre alimentación complementaria en la dimensión inicio en niños de 6 a 12 meses que acuden al consultorio de CRED?

¿Cuál es el nivel de prácticas sobre alimentación complementaria en en la dimensión tipo de alimento en niños de 6 a 12 meses que acuden al consultorio de CRED?

¿cuál es el nivel de prácticas sobre la alimentación complementaria en la dimensión cantidad de alimento en niños de 6 a 12 meses que acuden al consultorio de CRED?

1.3. OBJETIVO DE LA INVESTIGACION

1.3.1. Objetivo general

Determinar el nivel de prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria que acuden a CRED del centro materno Marianne Preuss de Stark Pamplona, 2015

1.3.2 Objetivo específico

- Identificar el nivel de práctica de las madres sobre alimentación complementaria en la dimensión inicio en niños de 6 meses a 12 meses que acuden al consultorio de CRED
- Identificar el nivel de práctica sobre alimentación complementaria en la dimensión tipo de alimento en niños de 6 meses a 12 meses que acuden al consultorio de CRED
- Identificar el nivel de práctica sobre alimentación complementaria en la dimensión cantidad de alimento en niños de 6 meses a 12 meses que acuden al consultorio de CRED

1.4. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

En el Perú, una de las principales amenazas en los niños menores de cinco años es la desnutrición y sobre todo la desnutrición crónica o retraso en el crecimiento, cuyas consecuencias se presentan a lo largo de todo el ciclo de vida. Esta situación incrementa el riesgo de morbimortalidad e inhibe el desarrollo cognitivo y físico de las niñas y los niños, afectando su estado de salud de manera crónica y su potencial productivo futuro; comprometiendo la situación económica y social de la persona, la familia, la comunidad y el país.

Debido al incremento de peso y talla durante los primeros años de edad muestran patrones típicos de mayor velocidad, una desaceleración o detención en el crecimiento, dentro de los valores considerados como normales, requiere realizar una evaluación en base a los factores que podrían haber desencadenado ese proceso. En los últimos años el aumento de niños con problemas de crecimiento se manifiesta en las tasas de incidencia y prevalencia de niños con bajo peso y/o talla baja

que se detecta en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño de las madres muchas veces mantienen costumbres ancestrales en la crianza de sus hijos, la mayoría trabaja y además desconocen las características de la alimentación complementaria; esto trae consecuencias negativas para el crecimiento del niño como la desnutrición, enfermedades diarreicas y respiratorias entre otras, incrementando las tasas de morbimortalidad infantil.

Es necesario establecer cuanto y que saben las madres sobre alimentación complementaria para ayudar a dar solución a los problemas que están presentes durante este proceso de introducción de nuevos alimentos porque de no ser tratados oportunamente generaran otros problemas en el estado de salud del niño. Así mismo la enfermera encargada del primer nivel de atención debe ampliar y mejorar la consejería en Alimentación Complementaria que se le brinda a la madre en la consulta de CRED, incrementando sus conocimientos sobre causas y consecuencias de una inadecuada alimentación, ya que actualmente se evidencia un panorama de riesgo en este grupo poblacional vulnerable, por lo que es necesario implementar las estrategias preventivas promocionales en los Puestos de Salud

1.5. LIMITACION DE INVESTIGACION

La primera limitación es el tiempo ya que es escasos números de horas determinadas para la evaluación a cada madre, además los trabajos de la universidad, que se debe cumplir puntualmente, y al realizar ello, no alcanzaría el tiempo para continuar con la investigación.

La segunda limitación sería de economía, debido a la inversión que se haría en el transporte, fotocopia del cuestionario a realizar para la recolección de datos. La tercera limitación sería los recursos humanos, pedir el apoyo a las madres que puedan participar en las evaluaciones

CAPITULO II: EL MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. Antecedentes Internacionales

FUNDACIÓN FES Social; Colombia, 2009, realizó un estudio titulado: “Factores asociados a la iniciación inapropiada de alimentación complementaria en el primer año de vida de infantes de Cali y Manizales”, tuvo como objetivo identificar los factores asociados a la iniciación inapropiada de Alimentación Complementaria en el primer año de vida de infantes en mujeres primíparas de la zona urbana de Cali y Manizales. El estudio es cohorte prospectivo en una población de 197 mujeres en Manizales y 176 en Cali que habían tenido su primer hijo en las 24 horas anteriores, se aplicó la técnica de la entrevista primero en las salas de puerperio acerca de sus conocimientos, creencias e intenciones frente a la alimentación de los infantes y luego en sus viviendas con el fin de establecer el tipo de alimentos que estaba dando al recién nacido. Las conclusiones entre otras fueron:

“El inicio de AC inapropiada es alto en mujeres primíparas de Cali y Manizales. Los datos indican que existe un alto riesgo de que

las mujeres de Cali y Manizales alimenten inapropiadamente a los infantes menores de un año. Existen deficiencias en conocimientos, percepciones e intenciones y características a intervenir para mejorar la alimentación de los infantes de Cali y Manizales. Así, se observó que es preciso diseñar intervenciones orientadas a modificar los conocimientos frente a lactancia exclusiva, frente a los tiempos de iniciación de los diferentes tipos de alimentos. Así mismo, es importante tener en cuenta el efecto que las abuelas y el padre del bebé pueden tener sobre las creencias de las mujeres y por tanto sobre las prácticas alimentarias en los infantes. Factores modificables y no modificables se encontraron asociados a la iniciación inapropiada de alimentación complementaria. Entre los no modificables se encontró la edad y la ocupación de la mujer”. (3)

Betty Gómez Laureano, en el 2006, realizó una investigación titulada “Nivel de conocimiento que tienen las madres de lactantes hospitalizados en el servicio de pediatría sobre la alimentación complementaria para prevenir la anemia”, cuyo objetivo fue determinar el conocimiento que tienen las madres de lactante hospitalizados en el servicio de pediatría sobre la alimentación, para prevenir la anemia. La investigación fue cuantitativa, con un nivel aplicativo, se aplicó la metodología descriptiva. Con una población de 34 madres de lactantes hospitalizados.

Concluyendo entre otros:“El nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria es alto y el inicio se dio cuando el lactante tenía más de 6 meses. El nivel de conocimientos de la madres sobre alimentación complementaria para prevenir la anemia es alto en madres con un grado de instrucción superior 26.5% y regular en las madres que tienen un nivel superior técnico 32.4%”.(4)

2.2.2 Antecedentes Nacionales

Cesar Orlando Jiménez Huamaní; Lima, en 2008, realizó un estudio titulado “Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses de edad que acuden al centro de salud Fortaleza en el año 2008”.

Tuvo como objetivo: Identificar el inicio de la alimentación complementaria en lactantes menores de 12 meses de edad, Identificar el estado nutricional de los lactantes al inicio de la alimentación complementaria, Identificar el estado nutricional de los lactantes en la evaluación posterior a la alimentación complementaria. El método que se utilizó fue correlacional de corte transversal, contando con 45 madres y 45 lactantes como muestra, para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista encuesta, y el instrumento fue un cuestionario semiestructurado aplicados a las madres y una lista de chequeo aplicado a los lactantes durante la atención de CRED. Dentro de las conclusiones se tiene:

“La mayoría de los lactantes del centro de salud Fortaleza inicio 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 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 que los lactantes que iniciaron una alimentación precoz (antes de los 6 meses)”. (5)

Lourdes Noemí Cárdenas Alfaro, en Lima, en el año 2009, realizó un estudio sobre “Relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 meses a 24 meses que acuden al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita”. Con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 meses a 24 meses que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del niño en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita. El método que se utilizó es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, según el análisis y alcance de los resultados es descriptivo y de corte transversal. La población de estudio está conformada por 55 madres primíparas, por ser esta una población pequeña se trabajará con el 100 % de la población. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento el cuestionario.

Concluyendo entre otros que: “Existe relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria; el mayor porcentaje se relaciona con la consistencia de los alimentos y la higiene; en menor porcentaje con la edad de inicio, el entorno durante la alimentación y la combinación de alimentos. El nivel de conocimientos sobre las características de la Alimentación Complementaria, tiene un nivel alto de conocimientos respecto a la edad de inicio, duración, el entorno, combinación de alimentos, consistencia e higiene; un nivel medio según los tipos de alimentos y un nivel bajo relacionado a la cantidad y frecuencia de los alimentos (6)

2.2. BASES TEORICAS

2.2.1. Alimentación Complementaria

Concepto: Se define como un proceso natural del hombre pero no es algo sencillo, hay muchos factores sociales, culturales personales, familiares que obstaculizan la buena práctica de este proceso natural y a través del tiempo hacen que los conocimientos se modifiquen positiva y negativamente y si la mujer está involucrada en la sociedad y sus cambios, no se le da a conocer o se le educa sobre conocimiento de la alimentación complementaria sean más difíciles de manejar.

La alimentación complementaria es aquella que complementa como una unidad de la lactancia materna sin desplazarla como cualquier alimento líquido o sólido provisto al niño pequeño junto con la lactancia materna a partir de los seis meses, el niño o la niña además de continuar con la lactancia materna necesita iniciar con la alimentación complementaria, cuando el niño empieza a comer otros alimentos diferentes a la leche materna es necesario tener mucha paciencia, no forzarlo, ni causarlo el momento debe ser tranquilo y lleno de cariño.

La práctica de alimentación interactiva, actualmente se reconoce que la alimentación complementaria optima no solo depende de que alimentos se les ofrece al niño en sus comidas si no que la madre da de comer, sino también es importante la manera de cómo cuando, donde y quien le de comer la lactante menor. Algunos autores clasifican los alimentos complementarios en dos categorías, llamados alimentos transicionales hasta el año de edad, mientras que son dominados alimentos familiares cuando el niño consume de la misma dieta familiar (15)

2.2.2. Inicio de la Alimentación Complementaria

El rango de edad óptimo para dar alimentación complementaria está habitualmente es entre los 6 y 24 meses de edad. Tiempo que a veces no se cumple pues nuestra realidad es otra la mayoría de las madres empieza en forma tardía la alimentación complementaria.

Tiempo que dura la Alimentación Complementaria

Este proceso se lleva a cabo hasta los veinticuatro (24) meses de edad, es decir hasta los dos años

Importancia

Conforme los niños(as) crecen, se vuelven más activos y la lactancia materna resulta insuficiente para cubrir sus necesidades nutricionales. En este momento resulta necesario introducir alimentos adicionales a la leche materna.

A este proceso se le denomina alimentación complementaria, el cual se inicia a los 6 meses y finaliza alrededor de los dos años de edad, que es cuando la alimentación con leche materna es reemplazada totalmente por los alimentos de la olla familiar.

La diferencia entre la cantidad de energía y nutrientes que una niña o niño necesita y la cantidad que proviene de la leche materna se denomina brecha de energía y nutrientes.

Esta se hace más grande conforme la niña o niño va teniendo más edad, por lo que es importante que, además de la leche materna, el niño(a) tenga una alimentación complementaria. La cantidad de alimentos requeridos se incrementará conforme el niño(a) vaya aumentando en edad. Si la brecha no es cubierta, el niño(a) puede detener su crecimiento o crecer lentamente, debido a la falta de energía y nutrientes.

2.2.3. Beneficios de la Alimentación Complementaria

Los beneficios físicos para el niño son un mejor desarrollo y crecimiento en sus valores ponderales principalmente de peso y talla, además de un buen desarrollo

Cerebral, para evitar retrasos en el desarrollo psicomotor.

En el aspecto Psicológico se genera un vínculo madre - niño de mayor seguridad y confianza para el niño. El beneficio económico de la promoción de la alimentación complementaria es la disminución de la posibilidad de presentar enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias.

2.2.4. Necesidades

➤ Necesidades de Proteínas

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

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

Los aminoácidos son utilizados para sintetizar las proteínas corporales. La síntesis de cada una de estas proteínas se realiza a partir de la ingesta adecuada de aminoácidos esenciales y no esenciales. Algunos aminoácidos son considerados como esenciales en la primera infancia, porque las necesidades en esta etapa son mayores que la capacidad de síntesis, debido a la ausencia o bajo rendimiento de las enzimas que intervienen en su interconversión. Esto es lo que ocurre con la histidina hasta los seis meses y con la cistina en el recién nacido, sobre todo en el pre término, dado su papel precursor de la taurina, que juega un papel fundamental en el desarrollo cerebral. Los requerimientos

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

➤ **Necesidades de Grasas**

Las grasas son sustancias orgánicas de bajo peso molecular que se caracterizan por ser solubles en disolventes orgánicos e insolubles en agua. Los lípidos de la dieta son fundamentales para un adecuado crecimiento y sobretodo desarrollo cerebral; están constituidos en su mayor parte por triglicéridos, ésteres de colesterol y fosfolípidos, los cuales contienen ácidos grasos. Los lípidos como los fosfolípidos y glicolípidos forman parte de la estructura de la membrana celular de la mielina y de los órganos intracelulares, así como de importantes sistemas enzimáticos.

El colesterol forma parte de la membrana celular, siendo además precursor de hormonas gonadales y adrenales y de ácidos biliares. Aportan ácidos grasos esenciales: ácido linoléico y ácido araquidónico. Favorece la absorción de vitaminas liposolubles (A, D, E, K)

➤ **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.

2.2.5. Grupos de alimentos

- a) **Grupos básicos:** Los alimentos básicos proveen energía, principalmente del almidón; son usualmente el primer tipo de complemento en ser introducido. Alrededor de estos alimentos se agregan los restantes para cumplir con los fines de la alimentación complementaria. Cada comunidad tiene uno o varios representantes de este tipo de alimentos; hacen parte de ellos los

cereales como el arroz, avena, maíz; raíces como la yuca, zanahoria, papas y frutas como plátano. Estos alimentos pueden prepararse en forma de papillas o purés cocinados y son una buena fuente de energía; algunos de ellos, como el arroz, también lo son de proteínas.

Este grupo de alimentos es muy pobre en hierro, y algunos de ellos, como los cereales son ricos en fitatos que pueden interferir con la absorción del hierro por lo que necesitan ser acompañados de otros complementos, pues no contienen todos los nutrientes necesarios para llenar las brechas de nutrientes.

- b) Grupo energéticos:** En este grupo de alimentos se incluyen los que son ricos en carbohidratos y en grasas. Es necesario recalcar que la brecha energética y la de hierro son las más difíciles de llenar, los otros productos energéticos son los que tienen grasas. Hay grasas de origen animal y de origen vegetal siendo las más recomendables las últimas por su menor relación con las complicaciones de elevación del colesterol. Igual que sucede con los alimentos principales, los alimentos energéticos deben acompañarse de otros alimentos de los otros grupos.
- c) Grupo proteínas:** Los principales representantes son los productos de origen animal. Las carnes, además de ser ricas en proteínas, son muy buena fuente de hierro. Las leguminosas son vegetales con un buen contenido de proteínas, aunque con menor rendimiento biológico que las proteínas de origen animal, se debe enfatizar que las leguminosas son una fuente más económica de proteínas que los productos de origen animal.
- d) Grupo vitaminas y minerales:** En este grupo se encuentran las frutas y las hortalizas. Es necesario mencionar que la vitamina C, ayuda a la absorción del hierro de los otros alimentos. ⁽¹⁹⁾

2.2.6. Combinación de Alimentos

Las preparaciones deben realizarse a base de combinaciones de alimentos principales como: cereales, leguminosas (menestras), alimentos de origen animal, tubérculos, verduras, lácteos, (derivados) y frutas, teniendo en cuenta la disponibilidad en la zona de residencia.

Debido al crecimiento desarrollo rápido durante los primeros 2 años de vida, las necesidades de nutrientes por unidad de peso de los niños(as) son muy altas. La leche materna puede contribuir sustancialmente al consumo de nutrientes entre 6 y 24 meses, sobretodo en proteínas y vitaminas. Sin embargo, su aporte es relativamente bajo en algunos minerales como el hierro y el zinc aun teniendo en cuenta su biodisponibilidad.

A partir de los seis meses de edad las necesidades de hierro así como del zinc y calcio deben ser cubiertas con la alimentación complementaria, porque a los 6 meses de edad se produce un balance negativo especialmente del hierro.

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

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

El zinc es importante para el crecimiento y desarrollo normal, favorece la cicatrización de heridas y aumenta la inmunidad

natural contra infecciones. Las mejores fuentes del zinc, por su contenido y alta biodisponibilidad, son las carnes, hígado, huevos y mariscos.

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

El calcio es un mineral, que participa en la construcción de los huesos, así como a 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, 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. 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.

Se recomienda realizar las siguientes combinaciones para lograr una alimentación balanceada en el hogar:

➤ **Mezclas Dobles:**

Existen tres formas de mezclas dobles:

- * Alimento base (Papa) + Leguminosas.
- * Alimento base (Arroz) + alimentos de origen animal (pescado)
- * Alimento base (Garbanzo) + vegetales de hoja verde o vegetales amarillos.

Mezclas Triple:

- * Alimento base (Papa) + Leguminosas (Quinoa) + Alimentos de origen animal (pollo).
- * Alimento base (Arroz) + leguminosas (Habas) + vegetales de hoja verde o vegetales amarillos (Zanahoria)
- * Alimento base (Trigo) + alimentos de origen animal (Hígado) + vegetales de hoja verde o vegetales amarillos (Zapallo).

➤ **Mezcla cuádruple:**

La mejor de todas es la mezcla cuádruple que combina los cuatro principales tipos de alimentos:

Alimento base (Papa) + leguminosas (Arveja) + alimentos de origen animal (pescado) + vegetales de hoja verde oscuro o vegetales amarillo (Acelga).

Para la combinación de alimentos se realiza según el siguiente cuadro por edades:

Cuadro N° 1

Combinación de alimentos por edades en la Alimentación Complementaria

Edades	Alimentos
0- 6 meses	Lactancia Materna
6 meses	Lactancia Materna, cereales, frutas, papillas, mazamorra(una cucharita de aceite)
6 - 8 meses	Lactancia Materna, cereales, frutas, verduras, pollo sancochado, hígado
7 - 9 meses	Lactancia Materna, cereales, frutas, carne, pescado
9 - 12 meses	Lactancia Materna, cereales, frutas, carne de pescado, huevo, comida de la olla familia

➤ **Características de las combinaciones de alimentos**

Las mezclas a ofrecer a los lactantes y niños deberían tener entre otras las siguientes características:

- Ser nutricionalmente balanceadas.
- Fácil disponibilidad y digestibilidad
- Costo razonable.

2.2.6. Características de algunos 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 naranja, manzana, pera, uva, ciruela, y se debe evitar las más alergénicas como fresa, frambuesa, kiwi 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, espinacas, acelga, nabos.) y

también las flatulentas o muy aromáticas (col, coliflor, nabo, espárragos).

Carnes:

Se empieza con pollo, a partir del 6º mes, ya que es la menos grasa, posteriormente se introduce ternera, cordero y otras.

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.

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.

Legumbres:

A partir de los 18 meses se pueden añadir al puré de verduras. Mezclados con arroz u otros cereales, sustituyen a las carnes. Se puede dar un par de veces a la semana.

Yogures:

A partir del 8º mes puede ofrecerse yogur natural, sin azúcar, sólo o mezclado con la papilla de frutas.

2.2.7. Cantidad de alimentos

En niños(as) amamantados de países en 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.

2.2.7. Frecuencia de los Alimentos

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 local mente 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 son 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.

La alimentación complementaria deberá distribuirse en varios tiempos de comida, que se irán incrementando gradualmente conforme crece y desarrolla la niña o niño según su edad, sin descuidar la lactancia materna. De esta manera también se logrará que poco a poco se vaya integrando y participando del horario de comidas tradicional de su entorno familiar.

A los 6 meses, se empezará con dos comidas al día y lactancia materna frecuente; entre los 7 y 8 meses, se aumentará a tres comidas diarias y lactancia materna frecuente; entre los 9 y 11 meses, además de las tres comidas principales deberán recibir una entre comida adicional y su leche materna; y finalmente entre los 12 y

24 meses, la alimentación quedará establecida en tres comidas principales y dos entre comidas adicionales, además de lactar, a fin de fomentar la lactancia materna hasta los 2 años o más.

En las comidas adicionales de media mañana o media tarde, se ofrecerán de preferencia alimentos de fácil preparación y consistencia espesa (mazamorra, papa sancochada, entre otros)

o ya listos para consumir (pan, fruta u otros alimentos sólidos), de modo que la niña o niño los pueda comer por sí solo.

Para iniciar la alimentación con preparaciones semisólidas, se recomienda elegir una hora cercana al mediodía, antes de la siguiente lactada.

2.2.8. Consistencia de los alimentos

Alrededor del 6o mes los músculos y nervios de la boca se desarrollan suficientemente para masticar. Los niños(as) a esta edad controlan mejor la lengua, pueden mover la mandíbula hacia arriba y hacia abajo, empiezan a salir los dientes, llevan cosas a su boca y están interesados en conocer nuevos sabores.

Todo ello les da la madurez para recibir alimentos de consistencia más densa, proporcionados en una cucharita. Alrededor de los 8 meses la niña o niño intenta tomar los alimentos con sus manos y también con la cuchara, iniciándose la autonomía de su alimentación, por lo que hay que estimularla. Alrededor del año está capacitado para comer por sí solo, los mismos alimentos que consumen el resto de la familia, evitando aquellos que puedan causar atragantamientos, ya sea por su forma y/o consistencia (uvas, zanahoria cruda, entre otros).

A partir del sexto mes de edad el niño deberá iniciar la alimentación complementaria con preparaciones semi-sólidas como papillas, mazamoras o purés con una densidad energética no menor a 0,8 kcal/g. Gradualmente se incrementará la consistencia y variedad de los alimentos que se le ofrezcan, adaptándolos a sus requerimientos y habilidades desarrolladas según su edad.

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

nutricional en una pequeña porción para satisfacer las necesidades nutricionales de la niña o niño.

La alimentación complementaria se preparará con alimentos disponibles en la olla familiar apropiados para su edad. A los 6 meses, se iniciará con alimentos aplastados en forma de papillas, mazamorras o purés; entre los 7 y 8 meses, se dará principalmente alimentos triturados en las mismas formas de preparación; entre los 9 y 11 meses, se introducirán los alimentos picados; y finalmente, entre los 12 y 24 meses deberá integrarse a la alimentación de su entorno familiar.

2.2.9. Alimentación de acuerdo a edades

- a) **Seis meses:** Generalmente en el mundo la introducción de alimentos se inicia con las frutas, ya que aportan energía por ser fuentes de carbohidratos, vitaminas como la A y la C necesarias para satisfacer los requerimientos del bebé a esta edad, minerales, antioxidantes y fibras que garantizan la adecuada digestión y asimilación. Las frutas generalmente son dulces, lo que favorece que sean aceptadas por el lactante. La incorporación de alimentos con fibra dietética está dada por su capacidad de atraer agua, intercambiar iones y absorber la bilis.

Ella le confiere saciedad a la dieta, pues demora el vaciamiento gástrico, evita la constipación por el aumento del volumen del bolo fecal y mejora el metabolismo de los carbohidratos a través de su acción sobre la digestión de los almidones y la absorción de la glucosa. Estos aspectos favorecen una adecuada digestibilidad y asimilación de nutrientes.

Los purés de frutas y vegetales tienen la particularidad no solo de aportar los nutrientes propios y necesarios en esta etapa de la vida del bebé, sino que pueden ser fortificados con otros como el hierro, fundamental a los seis meses por agotarse las reservas del lactante y no ser suficientes las de la leche materna. Los

vegetales aportan vitaminas y minerales necesarios para complementar los requerimientos del niño, de ahí que se sugiera su introducción con vegetales amarillos, rojos y verdes, ricos en intermediarios naturales del metabolismo de las vitaminas y en particular de la A, como es el caso de los carotenos. ⁽¹⁹⁾

b) Siete meses: Se introducen los cereales sin trigo, fundamentalmente arroz, avena y maíz. Los cereales contienen almidón, tolerado y digerido perfectamente por el niño desde los cuatro meses gracias a la acción de la amilasa pancreática y las disacaridasas intestinales. Los cereales aportan proteínas, minerales, vitaminas del complejo B, particularmente tiamina y ácidos grasos esenciales.

Tienen alto valor energético y pueden ser utilizados como soporte para alimentos fortificados. Se recomienda retrasar la introducción de cereales con trigo en esta etapa por su composición. El trigo contiene una proteína (gluten) que puede originar problemas inmunológicos de intolerancia a nivel intestinal (intolerancia al gluten) con afectaciones en la absorción de muchos nutrientes y con posibilidades de provocar retardo en el crecimiento, bajo peso, constipación o diarrea. Con los cereales y las leguminosas se incorporan las grasas, elemento fundamental en la nutrición humana por su aporte energético, y ser ellas o sus intermediarios transportadores de vitaminas liposolubles como la A, la D, la E y la K, y estar relacionadas directamente con la formación de estructuras fundamentales como las membranas celulares.

El organismo necesita de fuentes exógenas de aceites esenciales debido a su incapacidad para sintetizarlas, por lo que necesariamente tienen que ser incorporadas en la dieta. Estos aceites se encuentran relacionados con procesos vitales para el bebé como el desarrollo de su sistema nervioso central. Por ello en el séptimo mes de vida se incorporan aceites de origen

vegetal, sanos y ricos en estos componentes. Se recomienda el uso de aceite de maní, soya y girasol.

- c) Ocho meses:** Se inicia la incorporación de proteínas de origen animal como las carnes. En este momento el bebé ya es capaz de asimilar proteínas más complejas que las de los vegetales. Las carnes aportan -además de proteínas de calidad por contener todos los aminoácidos esenciales y por su digestibilidad- lípidos, minerales como hierro y zinc, y vitaminas, entre ellas las del complejo B. Las carnes blancas como la del pollo (sin piel) es la recomendada para comenzar por su reconocida facilidad para digerirse.

Se incorporan de forma paulatina la carne de res, otras aves, conejo, caballo, pescado y vísceras como el hígado. Se puede añadir en este mes a la dieta del niño la yema del huevo, siempre cocida, rica en proteínas, grasas, ácidos grasos esenciales, minerales como hierro y vitaminas, especialmente del complejo B. Se incorporan además los cereales con gluten (trigo, cebada) en forma de pan o galletas; pastas alimenticias (coditos, espaguetis, fideos) y los jugos de frutas cítricas, retrasados en el esquema de ablactación por ser fuente de alérgenos en etapas tempranas.

- d) Nueve meses.** En este mes el lactante ya mastica, por lo que pueden administrarse frutas y vegetales en trocitos. Se incorpora la carne de cerdo magra, más derivados de la leche como helados, o dulces caseros como flan, natilla, arroz con leche o pudín, pero sin la clara del huevo, no asimilada aún por el sistema enzimático del bebé y considerada además alergénica.

Estos derivados lácteos son ricos en proteínas, fósforo y especialmente calcio, nutriente de suma importancia en el crecimiento y desarrollo del bebé por su estrecha relación con el

metabolismo del sistema óseo y su papel en la formación de membranas celulares y contracción muscular. Está reconocido que la leche y sus derivados constituyen la principal fuente de calcio.

- e) **Diez meses:** Se adicionan otras leguminosas como judías y garbanzos, menos digeribles que los incorporados en los primeros meses de ablactación. En este tiempo puede añadirse a la dieta grasas de origen animal, en particular la mantequilla.

- f) **Once meses:** Puede ofrecérsele al bebé en este mes gelatinas y queso crema, alimentos que por su contenido han necesitado de una mayor madurez digestiva del bebé para ser procesados adecuadamente.

- g) **Doce meses:** Alcanzado el año de edad, el lactante puede ya complementar su dieta con alimentos como chocolate, jamón, huevo completo (se incorpora la clara, rica en proteína como la ovoalbúmina, de elevada calidad), otros quesos, alimentos fritos y carnes enlatadas. Se recomienda incorporar verduras del tipo col, coliflor y nabo, no introducidas anteriormente por ser flatulentas, y la espinaca y la remolacha por producir trastornos con el metabolismo del hierro como la metahemoglobinemia.

La meta hemoglobinemia no es más que la incapacidad que adquiere el hierro de la hemoglobina para transportar el oxígeno necesario en la hematosi. Este riesgo es mayor en edades tempranas porque el bebé en los primeros meses de vida posee una menor acidez gástrica, mayor desarrollo de la flora intestinal nitrificante y menor actividad de la reductasa eritrocitaria. Por estas razones, el asentamiento de bacterias en el tramo superior del intestino delgado favorece la transformación directa de nitratos ingeridos en nitritos. Es por ello que la espinaca se recomienda

que sea incorporada al año de edad del lactante, cuando su sistema digestivo ha alcanzado una madurez superior. Por estas mismas razones se retrasa la remolacha en su esquema de ablactación para el duodécimo mes.

El desarrollo de la alimentación evoluciona desde la succión del pulgar, la alimentación con cucharilla hasta la ingestión de alimentos sólidos, de ahí que debe ser gradual y adecuada desde su nacimiento y durante los primeros años de la vida a fin de garantizar un desarrollo feliz. La atención a los requerimientos nutricionales diarios es indispensable para alcanzar un pleno crecimiento y desarrollo. Los primeros meses de vida permiten un primer contacto para identificar sabores, conocer los alimentos, sus texturas, se marcan gustos y preferencias y se adquieren los hábitos de alimentación que serán los responsables de garantizar o no en el futuro una buena salud.

2.2.10. Higiene en la preparación de los alimentos

Para evitar enfermedades diarreicas contraídas por agua y alimentos contaminados se recomienda:

- Lavado de manos con agua y jabón de la madre o cuidadora, 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. Igualmente mantener limpia las manos y la cara del niño(a).
- Mantener los alimentos tapados y servirlos inmediatamente después de prepararlos.
- Utilizar utensilios limpios (tazas, vasos, platos, cucharas, etc.) para preparar y servir los alimentos.
- Evitar el uso de biberones y chupones debido a la dificultad para mantenerlos limpios, además de otros efectos negativos.
- Utilizar agua segura (potable, clorada o hervida) y mantenerla en recipientes limpios, tapados y en lugares frescos.

- Conservar los alimentos en lugares seguros (libres de polvo, insectos, roedores y otros animales), para evitar la contaminación de los mismos.
- Colocar la basura o restos de comida en recipientes tapados y fuera de la vivienda.
- Los restos de la comida que la niña o niño pequeño dejan en el plato no se deben guardar para consumirlo posteriormente, pues se descomponen fácilmente, por ello deben ser consumidos al momento.

2.2.11. Teorías de enfermería

- **Teoría de Ramona Mercer “ Adopción del Rol Maternal”:** Para sustentar todo lo antes mencionado se abordó La teoría de Ramona Mercer: Adopción del Rol Maternal esta se basa en estudios de la maternidad no tradicional ya que ella se centró en estudiar a las madres adolescentes, madres jóvenes, madres enfermas y madres con niños portadores de defectos, familias que experimentan estrés ante parto, madres que inician la alimentación complementaria y adoptan un rol maternal y muchas veces se frustran ante la inseguridad si es que realmente están haciendo bien las cosas surgiendo varias interrogantes entre ellas, sobre todo si realmente sus niños estarán bien nutridos..

La autora habla de que la adopción del rol maternal es un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante el embarazo y proceso del parto, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de sus cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro de dicho rol. Para establecer esta teoría Mercer realizó los siguientes supuestos:

- **Teoría de Virginia Henderson:** Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que componen todos los

seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales. Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente).⁽²⁹⁾

Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

Henderson señalaba que “se puede sacar mayor partido de ayudar a una persona a aprender cómo mantener su salud que preparando a los terapeutas más especializados para que la ayuden en los momentos de crisis”.⁽²⁹⁾ Ya desde aquí Henderson enfatiza la educación para la salud, y lo que actualmente conocemos como promoción de la salud.

Virginia Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello. Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

- **Permanentes:** Edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.

- **Variables:** estados patológicos.

Por lo expuesto anteriormente se tiene en cuenta que las necesidades humanas son fundamentales para todas las personas en cualquier etapa de la vida como lo es con el niño que no puede cubrir sus necesidades por propia cuenta a la edad de 6 meses a 1 año y que necesita otra persona para su apoyo ya que en esta edad es dependiente, por lo cual necesita el apoyo de la madre para satisfacer una de las necesidades básicas importante que expone V. Henderson que es la alimentación por lo cual también las madres también podrían necesitar de una consejería para la alimentación de su niño, por lo que esta completamente relacionado con el papel de la enfermera para ayudar a esta necesidad básica. ⁽²⁹⁾

- **Teoría de Madeleine Leininger:** procede de la antropología y de la enfermería, ha definido la enfermería transcultural como una de las grandes áreas de la enfermería, que se centra en el estudio y el análisis comparado de las diferentes culturas y subculturas del mundo, desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta, siempre con el propósito de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una práctica de la atención sanitaria específica de la cultura y / o universal.

Leininger afirma que con el tiempo esta área se convertirá en un nuevo dominio del ejercicio de la enfermería, que se reflejará en un ejercicio profesional diferente, definido y fundamentado en principios culturales y diseñado específicamente para orientar los cuidados de la enfermería a los individuos, las familias, los grupos y las instituciones, sostiene que como la cultura y la asistencia son los medios más generales y holísticos que permite conceptualizar y comprender a las personas. ⁽³⁰⁾

Establece la diferencia entre enfermería transcultural e intercultural, en donde la primera se refiere a los profesionales de enfermería preparados y comprometidos en adquirir un conocimiento y un método práctico de actuación de la enfermería transcultural. La enfermería intercultural la integran los profesionales que utilizan los conceptos antropológicos médicos o aplicados, sin comprometerse en el desarrollo de teorías o prácticas basadas en la investigación, dentro del campo de la enfermería transcultural, otra diferencia es que la enfermería transcultural utiliza una base teórica y práctica comparadas entre varias culturas, mientras que la intercultural es la que aplican los profesionales que trabajan con dos culturas.

Los cuidados culturales conforman la teoría integral de enfermería más amplia que existe, ya que tiene en cuenta la totalidad y la perspectiva holística de la vida humana y la existencia a lo largo del tiempo, incluyendo factores culturales sociales, la visión del mundo, la historia y los valores culturales, el contexto ambiental, las expresiones del lenguaje y los modelos populares (genéricos) y profesionales.⁽³⁰⁾

Luego de conocer a la persona, es decir, las madres de los niños menores de 2 años, así como su familia de un aspecto integral y dentro del contexto en que se vive, es indispensable considerar que se debe enfocar dentro de ello, cual es el autocuidado que tiene este sector de la población respecto a su salud, y cuidado que brinda cada madre de familia a sus niños.

Teoría de Maslow

Abraham Maslow fue abogado y doctor en psicología, en 1934 propone la teoría psicológica llama la jerarquía de necesidades de Maslow; la cual es una teoría sobre la motivación humana. Las necesidades que abarca son fisiológicas, de protección y seguridad, de amor y pertenencia o afiliación, de estima o reconocimiento y de autorrealización.

a) Necesidades Fisiológicas: Son fundamentales para la supervivencia, dentro de esta se encuentran la necesidad de agua, sueño, eliminación, alimentación, etc. Estas incluyen las necesidades que tenemos de oxígeno, agua, proteínas, sal, azúcar, calcio y otros minerales y vitaminas.

También se incluye aquí la necesidad de mantener el equilibrio del PH (volverse demasiado ácido o básico nos mataría) y de la temperatura (36.7 °C o cercano a él). Maslow creía, y así lo apoyaba sus investigaciones, que éstas eran de hecho necesidades individuales y que, por ejemplo, una falta de vitamina C, conduciría a esta persona a buscar específicamente aquellas cosas que en el pasado proveían de vitamina C, por ejemplo el zumo de naranja. Creo que las contracciones que tienen algunas embarazadas y la forma en que los bebés comen la mayoría de los potitos, apoyan la idea anecdóticamente.

Por lo expuesto anteriormente sobre la teoría de las jerarquías de las necesidades de Maslow, se tiene en cuenta que las necesidades humanas son fundamentales para todas las personas en cualquier etapa de la vida, así como es importante que los alimentos contengan ciertas vitaminas fundamentales en la alimentación por lo que es necesario la consejería en madres para que ellas puedan brindar mejor la alimentación a sus niños para su mejor desarrollo

2.3. DEFINICION DE TERMINOS

Prácticas: Las prácticas son las realizaciones de una actividad de una forma continuada y conforme a sus reglas, es la habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad, donde se aplica una idea, teoría o doctrina y es la ciencia la que debe aunar la teoría, donde su uso se hace continuado o habitual, de manera general es la aplicación de una idea, conocimiento, enseñanza o pensamiento.

Alimentación complementaria: es relativamente reciente. Se dice de 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.

Madre. Mujer que ha tenido un hijo. Mujer casada o viuda cabeza de su casa. En el contexto biológico es aquel ser vivo de sexo femenino que ha tenido descendencia directa. El enlace maternal describe los sentimientos que una madre tiene por sus hijos. Mujer que ha tenido un hijo. Mujer casada o viuda cabeza de su casa. Madre símbolo de influencia en su posterior para su vida emocional del primer vínculo del niño y de la importancia o bien la escasa trascendencia del frecuente llamado vínculo de sangre o instinto materno.

2.5. VARIABLES

Independiente: Prácticas de alimentación complementaria

2.5.1. Definición conceptual de la variable

Prácticas: Las prácticas son las realizaciones de una actividad de una forma continuada y conforme a sus reglas, es la habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad, donde se aplica una idea, teoría o doctrina y es la ciencia la que debe aunar la teoría, donde su uso se hace continuado o habitual, de manera general es la aplicación de una idea, conocimiento, enseñanza o pensamiento.

2.5.3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLE

VARIABLE	DIEMENSIONES	INDICADORES
<p>Prácticas sobre la alimentación complementaria que tienen las madres de niños de 06 a 12 meses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Inicio ✓ Tipo de Alimentación ✓ cantidad 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ tiempo de inicio ✓ frecuencia ✓ carbohidrato ✓ proteínas ✓ grasa ✓ vitamina ✓ Mañana ✓ Tarde ✓ Noche

CAPITULO III: MÉTODOLÓGÍA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION

El presente estudio es enfoque:

Cuantitativo

Son las investigaciones de tesis cuyo planteamiento obedece a un enfoque objetivo de una realidad externa que se pretende describir, explicar y predecir en cuanto a la causalidad de sus hechos y fenómenos. Para ello, se requiere de un método formal de investigación de carácter cuantitativo, en el que la recolección de datos es de tipo numérico, estandarizado y cuantificable mediante los procedimientos estadísticos que usa. De esta forma, el análisis de información y la interpretación de sus resultados permiten fundamentar la comprobación o refutación de una hipótesis previa, lo que ayudará a fundamentar los patrones de comportamiento predecibles de la investigación. Dicha interpretación ofrece la posibilidad de generalizar los resultados, en el marco de las teorías que fundamentan su estudio. El trabajo con este tipo de investigación requiere de un método formal (método científico de investigación) que se inicia con el planteamiento de un problema de estudio delimitado y concreto, apoyado en un marco teórico que sirve de referencia para plantear una hipótesis (el supuesto a demostrar). Ese

método formal incluye técnicas específicas que permiten recolectar los datos cuantificables que demanda la investigación, los cuales se analizan mediante procedimientos estadísticos. Al interpretar los resultados, es posible comprobar (o refutar) la hipótesis de trabajo del estudio; de esta forma, se puede generalizar el resultado obtenido

de este análisis. Entre las tesis que se pueden desarrollar con este enfoque cuantitativo se encuentran las derivadas del método científico de investigación, que en algunos círculos intelectuales se ubican en el marco del positivismo, el neopositivismo y el pos positivismo. Ejemplos de investigación con enfoque cuantitativo se encuentran con frecuencia en disciplinas como física, matemáticas, química, estadística descriptiva, entre otras.(16)

Nivel aplicativo

Este tipo de investigación también recibe el nombre de investigación aplicada fundamental, investigación aplicada tecnológica, investigación práctica o investigación empírica. Se caracteriza por aplicar los conocimientos que surgen de la investigación pura para resolver problemas de carácter práctico, empírico y tecnológico para el avance y beneficio de los sectores productivos de bienes y servicios de la sociedad.(16)

Corte transversal

Son estudios diseñados para medir la prevalencia de una exposición y/o resultado en una población definida y en un punto específico de tiempo. Los estudios transversales pueden ser descriptivos o analíticos: Descriptivos: simplemente describen la frecuencia de una exposición(s) o resultado(s) en una población definida.(17)

Descriptiva

En esta clasificación podemos ubicar a las tesis cuyo objetivo de estudio es representar algún hecho, acontecimiento o fenómeno por medio del lenguaje, gráficas o imágenes de tal manera que se pueda tener una idea

cabal del fenómeno en particular, incluyendo sus características, sus elementos o propiedades, comportamientos y particularidades.(16)

3.2 DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACION

El Centro Materno Marianne Preuss de Strark de Pamplona tiene 6 años de creación con la finalidad de brindar servicios de salud servicios de atención a toda la población de niños menores de 5 años y madres, lo cual brinda los siguientes servicios de medicina, inmunizaciones, dental, farmacia, laboratorio, obstetras.

El centro materno se encuentra en un solo piso cuenta con un equipo disciplinario como un doctor, una obstetras, un odontólogo, un laboratorista, un farmacéutico, 2 enfermeras.

Se encuentra ubicado en el distrito de Pamplona, Perú. dicho distrito cuenta con más de 500.00 habitantes.

3.3 POBLACION Y MUESTRA

En esta investigación, la población es de un total de 50 madres con niños en edades entre los 6 a 12 meses

Criterio de Inclusión:

6 – 12 meses de edad.

Menores de ambos sexos.

Criterio de Exclusión:

Menores de 8 meses y mayores de 2 años.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

La técnica que se utilizó fue la entrevista y el instrumento el cuestionario, el mismo que consta de presentación, datos generales, instrucciones y datos específicos, el cual fue sometido a juicio de expertos, procesándose la información en la Tabla de Concordancia y Prueba Binomial.

Luego se realizaron las correcciones del instrumento de acuerdo a las sugerencias de los expertos, se llevó a cabo la prueba piloto a fin de determinar la validez estadística mediante la prueba ítem test correlación.

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

3.5.1 Validez

Se refiere al grado en que se logra medir. La validez es requisito para lograr confiabilidad de los datos.

3.5.2. Confiabilidad

Hace referencia a la consistencia, estabilidad o coherencia de la información recolectada. Los datos son confiables cuando al ser medidos en diferentes momentos, por diferentes personas o por distintos instrumentos producen similares resultados.

3.6. PLAN DE RECOLECCION Y PREOCESAMIENTO DE DATOS

Se solicitará permiso del Directo del centro de salud para proceder con la investigación.

Las preguntas de las encuestas serán con apoyo de la licenciada del área de CRED, con una duración de 10 a 15 minutos, de manera didáctica.

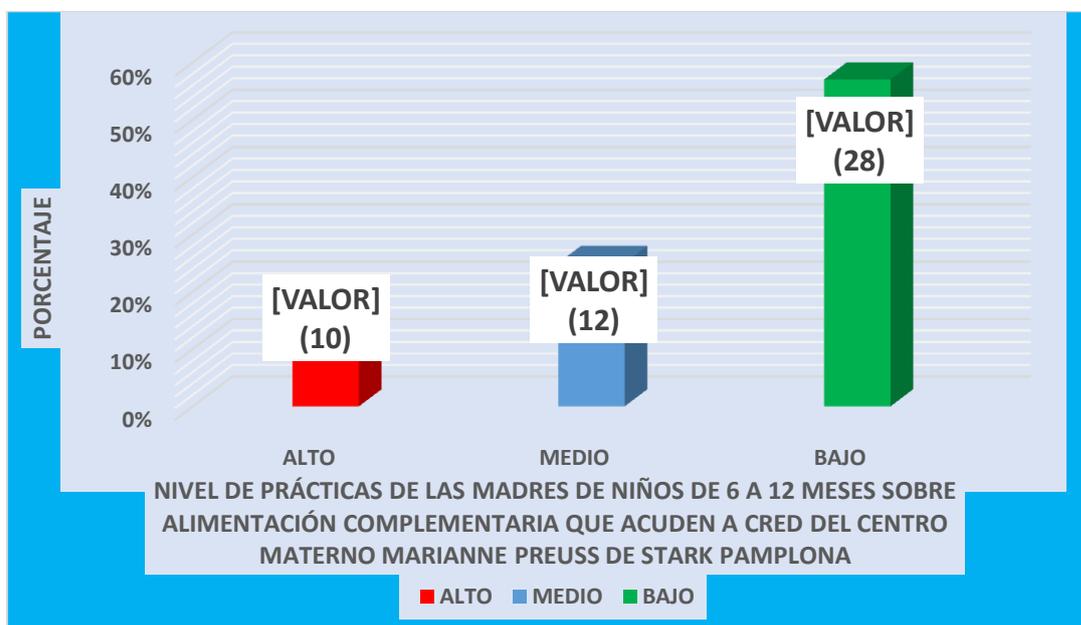
Los resultados serán presentados en tablas de acuerdo a las respuestas que brinden en las encuestas.

Se vaciaron los puntajes obtenidos, en la hoja codificada de Microsoft Excel.

CAPITULO IV. RESULTADOS

GRAFICA 1

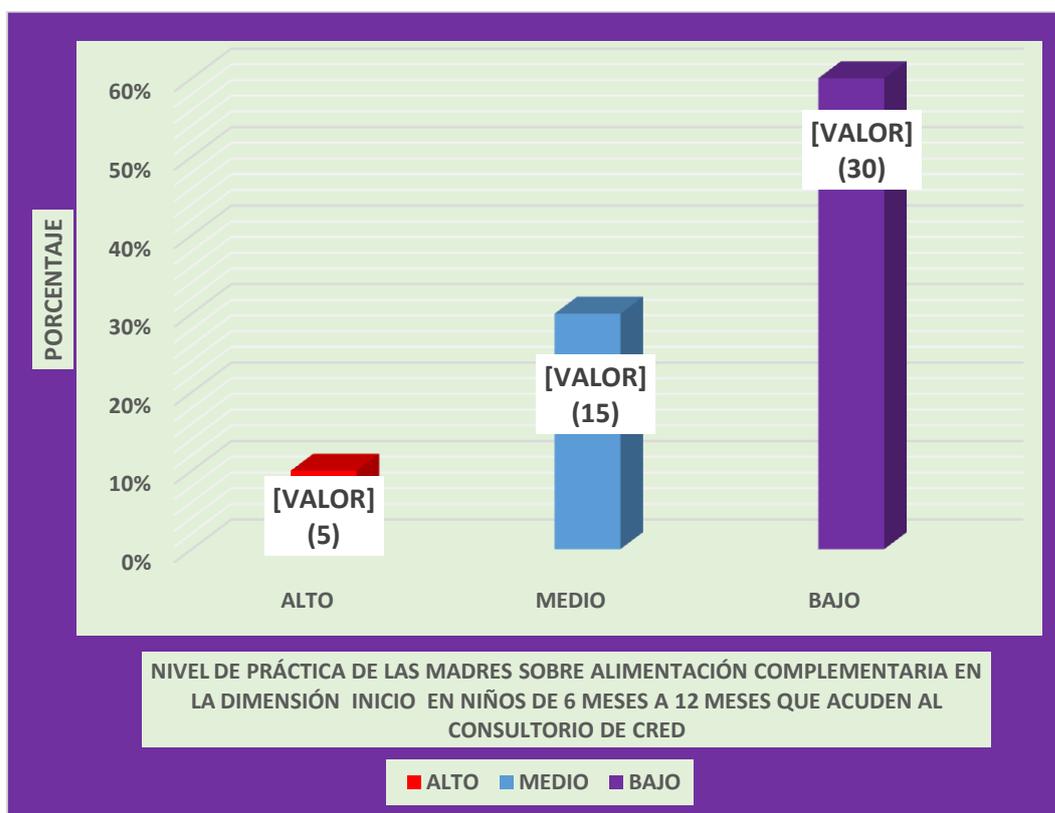
NIVEL DE PRÁCTICAS DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA QUE ACUDEN A CRED DEL CENTRO MATERNO MARIANNE PREUSS DE STARK PAMPLONA, 2015



INTERPRETACIÓN DE LA GRAFICA 1: El nivel de prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria que acuden a CRED del Centro Materno Marianne Preuss de Stark Pamplona, es Bajo en un 57%(28), Medio en un 25%(12) y Alto en un 18%(10). Estos niveles se presentan de acuerdo a las respuestas donde señalan que: No saben en qué consiste la alimentación complementaria, también no saben cuantas veces al día debe alimentar a un niño de 6 meses, asimismo, desconocen la consistencia que deben tener los alimentos de un niño de 7 y 8 meses, No saben cuál de las dos partes se le debe dar a más temprana edad, también desconocen a qué edad le debe empezar a dar de comer la yema y la clara de huevo, asimismo desconocen que alimentos previenen de la anemia a los niños. Desconocen que puede ocasionar caries dental en los niños, no saben los efectos si los niños que reciben únicamente leche materna hasta los 8 meses se encuentran bien o mal alimentados. No saben cómo actuar cuando sus niños tienen diarreas frecuentes e infecciones,

GRAFICA 2

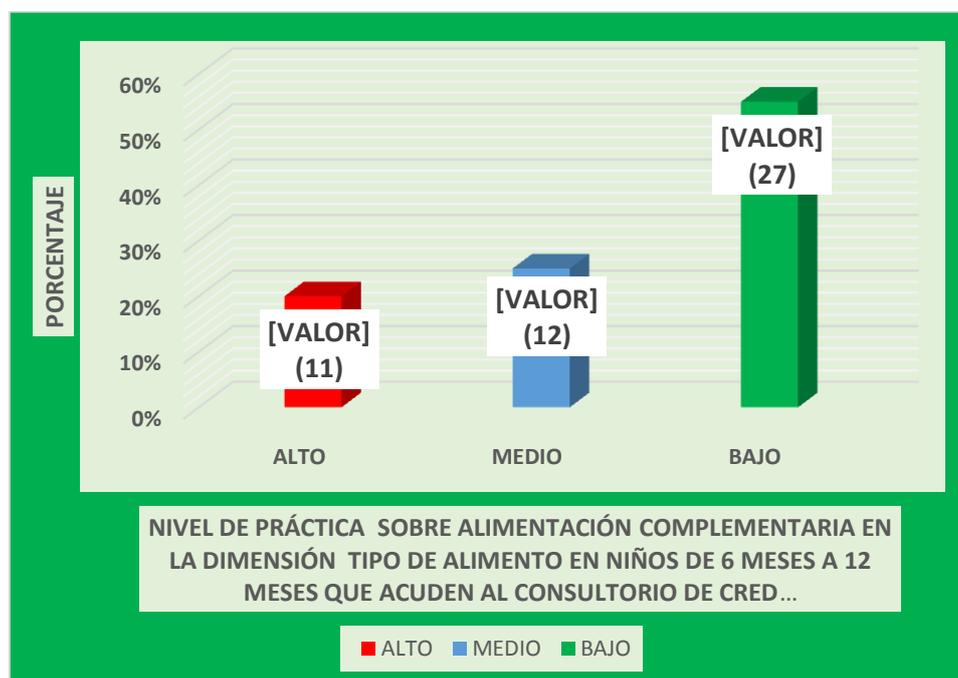
NIVEL DE PRÁCTICA DE LAS MADRES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN LA DIMENSIÓN INICIO EN NIÑOS DE 6 MESES A 12 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED



INTERPRETACIÓN DE LA GRAFICA 2: El nivel de prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en la dimensión Inicio, que acuden a CRED del Centro Materno Marianne Preuss de Stark Pamplona, es Bajo en un 60%(30), Medio en un 30%(15) y Alto en un 10%(5). Estos niveles se presentan de acuerdo a las respuestas donde señalan que: No saben en qué consiste la alimentación complementaria, también no saben cuantas veces al día debe alimentar a un niño de 6 meses, asimismo, desconocen la consistencia que deben tener los alimentos de un niño de 7 y 8 meses, además, desconocen la edad en la que su niño debe comer los mismos alimentos de la misma olla familiar, prefieren prepara solo segundo para sus niños, agregando algún tipo de grasa y 1 cucharadita de aceite a la comida de su hijo, desconociendo además a qué edad se puede dar de comer pescado a los niños

GRAFICA 3

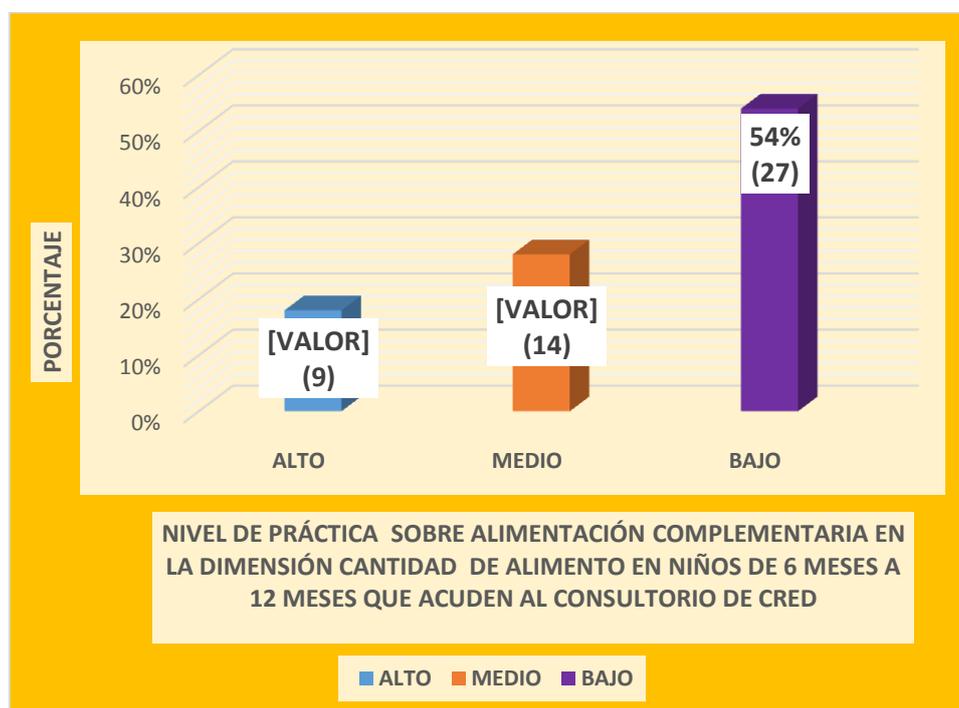
NIVEL DE PRÁCTICA SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN LA DIMENSIÓN TIPO DE ALIMENTO EN NIÑOS DE 6 MESES A 12 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED



INTERPRETACIÓN DE LA GRAFICA 3: El nivel de prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en la dimensión tipo de alimento, que acuden a CRED del Centro Materno Marianne Preuss de Stark Pamplona, es Bajo en un 55%(27), Medio en un 25%(12) y Alto en un 20%(11). Estos niveles se presentan de acuerdo a las respuestas donde señalan que: No saben cuál de las dos partes se le debe dar a más temprana edad, también desconocen a qué edad le debe empezar a dar de comer la yema y la clara de huevo, asimismo desconocen que alimentos previenen de la anemia a los niños. Además desconocen los alimentos que son amigos del hierro (favorecen la absorción del hierro) y de los alimentos que son enemigos del hierro (disminuyen la absorción del hierro).

GRAFICA 4

NIVEL DE PRÁCTICA SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN LA DIMENSIÓN CANTIDAD DE ALIMENTO EN NIÑOS DE 6 MESES A 12 MESES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRED



INTERPRETACIÓN DE LA GRAFICA 4: El nivel de prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en la dimensión cantidad de alimento, que acuden a CRED del Centro Materno Marianne Preuss de Stark Pamplona, es Bajo en un 54%(27), Medio en un 28%(14) y Alto en un 18%(9). Estos niveles se presentan de acuerdo a las respuestas donde señalan que: Desconocen que puede ocasionar caries dental en los niños, no saben los efectos si los niños que reciben únicamente leche materna hasta los 8 meses se encuentran bien o mal alimentados. No saben cómo actuar cuando sus niños tienen diarreas frecuentes e infecciones, a veces se olvida de lavar las manos cuando prepara alimentos, utiliza agua hervida para preparar jugos y enjuaga los utensilios (plato y cubiertos del niño) de cocina.

PRUEBA DE HIPOTESIS

Prueba de la Hipótesis General:

Ha: El nivel de prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria que acuden a CRED del Centro Materno Marianne Preuss de Stark Pamplona, 2015, es Bajo.

Ho: El nivel de prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria que acuden a CRED del centro materno Marianne Preuss de Stark Pamplona, 2015, no es Bajo.

Ha \neq Ho

$\alpha=0,05$ (5%)

Tabla 1: Prueba de la Hipótesis General mediante el Chi Cuadrado (X^2)

	ALTO	MEDIO	BAJO	TOTAL
Observadas	10	12	28	50
Esperadas	17	17	16	
(O-E) ²	49	25	144	
(O-E) ² /E	2,9	1,5	9,0	

De acuerdo a los resultados presentados en la Tabla 1, el valor obtenido del Chi Cuadrado Calculado (X_C^2) es de 13,4; siendo el valor obtenido del Chi Cuadrado de Tabla (X_T^2) de 5,53; como el Chi Cuadrado de Tabla es menor que el Chi Cuadrado Calculado ($X_T^2 < X_C^2$), entonces se rechaza la Hipótesis Nula (Ho) y se acepta la Hipótesis Alterna (Ha), con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

Siendo cierto que: El nivel de prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria que acuden a CRED del centro materno Marianne Preuss de Stark Pamplona, 2015, es Bajo.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

OBJETIVO GENERAL

El nivel de prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria que acuden a CRED del Centro Materno Marianne Preuss de Stark Pamplona, es Bajo en un 57%(28), Medio en un 25%(12) y Alto en un 18%(10). Estos niveles se presentan de acuerdo a las respuestas donde señalan que: No saben en qué consiste la alimentación complementaria, también no saben cuantas veces al día debe alimentar a un niño de 6 meses, asimismo, desconocen la consistencia que deben tener los alimentos de un niño de 7 y 8 meses, No saben cuál de las dos partes se le debe dar a más temprana edad, también desconocen a qué edad le debe empezar a dar de comer la yema y la clara de huevo, asimismo desconocen que alimentos previenen de la anemia a los niños. Desconocen que puede ocasionar caries dental en los niños, no saben los efectos si los niños que reciben únicamente leche materna hasta los 8 meses se encuentran bien o mal alimentados. No saben cómo actuar cuando sus niños tienen diarreas frecuentes e infecciones. Coincidiendo con FUNDACIÓN FES Social; (2009) Las conclusiones entre otras fueron: “El inicio de AC inapropiada es alto en mujeres primíparas de Cali y Manizales. Los datos indican que existe un alto riesgo de que las mujeres de Cali y Manizales alimenten inapropiadamente a los infantes menores de un año. Existen deficiencias en conocimientos, percepciones e intenciones y características a intervenir para mejorar la alimentación de los infantes de Cali y Manizales. Así, se observó que es preciso diseñar intervenciones orientadas a modificar los conocimientos frente a lactancia exclusiva, frente a los tiempos de iniciación de los diferentes tipos de alimentos. Así mismo, es importante tener en cuenta el efecto que las abuelas y el padre del bebé pueden tener sobre las creencias de las mujeres y por tanto sobre las prácticas alimentarias en los infantes. Factores modificables y no modificables se encontraron asociados a la iniciación inapropiada de alimentación complementaria. Entre los no modificables se encontró la edad y la ocupación de la mujer”.

OBJETIVO ESPECIFICO 1

El nivel de prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en la dimensión Inicio, que acuden a CRED del Centro Materno Marianne Preuss de Stark Pamplona, es Bajo en un 60%(30), Medio en un 30%(15) y Alto en un 10%(5). Estos niveles se presentan de acuerdo a las respuestas donde señalan que: No saben en qué consiste la alimentación complementaria, también no saben cuantas veces al día debe alimentar a un niño de 6 meses, asimismo, desconocen la consistencia que deben tener los alimentos de un niño de 7 y 8 meses, además, desconocen la edad en la que su niño debe comer los mismos alimentos de la misma olla familiar, prefieren prepara solo segundo para sus niños, agregando algún tipo de grasa y 1 cucharadita de aceite a la comida de su hijo, desconociendo además a qué edad se puede dar de comer pescado a los niños. Coincidiendo con Gómez (2006) Concluyendo entre otros: “El nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria es alto y el inicio se dio cuando el lactante tenía más de 6 meses. El nivel de conocimientos de la madres sobre alimentación complementaria para prevenir la anemia es alto en madres con un grado de instrucción superior 26.5% y regular en las madres que tienen un nivel superior técnico 32.4%”.

OBJETIVO ESPECIFICO 2

El nivel de prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en la dimensión tipo de alimento, que acuden a CRED del Centro Materno Marianne Preuss de Stark Pamplona, es Bajo en un 55%(27), Medio en un 25%(12) y Alto en un 20%(11). Estos niveles se presentan de acuerdo a las respuestas donde señalan que: No saben cuál de las dos partes se le debe dar a más temprana edad, también desconocen a qué edad le debe empezar a dar de comer la yema y la clara de huevo, asimismo desconocen que alimentos previenen de la anemia a los niños. Además desconocen los alimentos que son amigos del hierro (favorecen la absorción del hierro) y de los alimentos que son enemigos del hierro (disminuyen la absorción del hierro). Coincidiendo con Jiménez (2008) Dentro de las conclusiones se tiene: “La mayoría de los lactantes del centro de salud Fortaleza inicio 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 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 que los lactantes que iniciaron una alimentación precoz (antes de los 6 meses)".

OBJETIVO ESPECIFICO 3

El nivel de prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en la dimensión cantidad de alimento, que acuden a CRED del Centro Materno Marianne Preuss de Stark Pamplona, Bajo en un 54%(27), Medio en un 28%(14) y Alto en un 18%(9). Estos niveles se presentan de acuerdo a las respuestas donde señalan que: Desconocen que puede ocasionar caries dental en los niños, no saben los efectos si los niños que reciben únicamente leche materna hasta los 8 meses se encuentran bien o mal alimentados. No saben cómo actuar cuando sus niños tienen diarreas frecuentes e infecciones, a veces se olvida de lavar las manos cuando prepara alimentos, utiliza agua hervida para preparar jugos y enjuaga los utensilios (plato y cubiertos del niño) de cocina. Coincidiendo con Cárdenas (2009) Concluyendo entre otros que: "Existe relación entre el nivel de conocimientos y practicas sobre alimentación complementaria; el mayor porcentaje se relaciona con la consistencia de los alimentos y la higiene; en menor porcentaje con la edad de inicio, el entorno durante la alimentación y la combinación de alimentos. El nivel de conocimientos sobre las características de la Alimentación Complementaria, tiene un nivel alto de conocimientos respecto a la edad de inicio, duración, el entorno, combinación de alimentos, consistencia e higiene; un nivel medio según los tipos de alimentos y un nivel bajo relacionado a la cantidad y frecuencia de los alimentos

CONCLUSIONES

PRIMERO

El nivel de prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria que acuden a CRED del Centro Materno Marianne Preuss de Stark Pamplona, es Bajo. Este nivel se presenta de acuerdo a las respuestas donde señalan que: No saben en qué consiste la alimentación complementaria, también no saben cuántas veces al día debe alimentar a un niño de 6 meses, asimismo, desconocen la consistencia que deben tener los alimentos de un niño de 7 y 8 meses, No saben cuál de las dos partes se le debe dar a más temprana edad, también desconocen a qué edad le debe empezar a dar de comer la yema y la clara de huevo, asimismo desconocen que alimentos previenen de la anemia a los niños. Desconocen que puede ocasionar caries dental en los niños, no saben los efectos si los niños que reciben únicamente leche materna hasta los 8 meses se encuentran bien o mal alimentados. No saben cómo actuar cuando sus niños tienen diarreas frecuentes e infecciones, Se comprobó estadísticamente mediante el Chi Cuadrado con un valor de 13,4 y con un nivel de significancia de valor $p < 0,05$.

SEGUNDO

El nivel de prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en la dimensión Inicio, que acuden a CRED del Centro Materno Marianne Preuss de Stark Pamplona, es Bajo. Este nivel se presenta de acuerdo a las respuestas donde señalan que: No saben en qué consiste la alimentación complementaria, también no saben cuantas veces al día debe alimentar a un niño de 6 meses, asimismo, desconocen la consistencia que deben tener los alimentos de un niño de 7 y 8 meses, además, desconocen la edad en la que su niño debe comer los mismos alimentos de la misma olla familiar, prefieren prepara solo segundo para sus niños, agregando algún tipo de grasa y 1 cucharadita de aceite a la comida de su hijo, desconociendo además a qué edad se puede dar de comer pescado a los niños.

TERCERO

El nivel de prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en la dimensión tipo de alimento, que acuden a CRED del Centro Materno Marianne Preuss de Stark Pamplona, es Bajo. Este nivel se presenta de acuerdo con las respuestas donde señalan que: No saben cuál de las dos partes se le debe dar a más temprana edad, también desconocen a qué edad le debe empezar a dar de comer la yema y la clara de huevo, asimismo desconocen que alimentos previenen de la anemia a los niños. Además desconocen los alimentos que son amigos del hierro (favorecen la absorción del hierro) y de los alimentos que son enemigos del hierro (disminuyen la absorción del hierro).

CUARTO

El nivel de prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en la dimensión cantidad de alimento, que acuden a CRED del Centro Materno Marianne Preuss de Stark Pamplona, es Bajo. Este nivel se presenta de acuerdo a las respuestas donde señalan que: Desconocen que puede ocasionar caries dental en los niños, no saben los efectos si los niños que reciben únicamente leche materna hasta los 8 meses se encuentran bien o mal alimentados. No saben cómo actuar cuando sus niños tienen diarreas frecuentes e infecciones, a veces se olvida de lavar las manos cuando prepara alimentos, utiliza agua hervida para preparar jugos y enjuaga los utensilios (plato y cubiertos del niño) de cocina.

RECOMENDACIONES

Implementar sesiones educativas dirigidas exclusivamente a las madres de niños 6 a 12 meses de edad que acuden al servicio CRED del Centro Materno Marianne Preuss de Stark Pamplona, sobre la alimentación complementaria, con la finalidad de garantizar una alimentación de calidad y evitar problemas nutricionales en el niño.

Promover la comunicación y difusión sobre la importancia de la alimentación complementaria, mediante paneles, afiches, gigantografías, volantes y conjuntamente elaborar un folleto sobre lactancia materna y alimentos nutritivos, para elevar el nivel de conocimientos y prácticas sobre los tipos y cantidad de alimentos, a las madres de niños de 6 a 12 meses de edad.

Los seminarios , capacitaciones y talleres orientadas a las madres de niños de 6 a 12 meses de edad, debe ser en forma vivencial, con productos y alimentos para preparar en forma directa y práctica que les permita a las madres ejecutar de mejor forma la alimentación complementaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BAIOCCHI URETA, Nelly. "Evaluación de la Lactancia Materna y Ablactancia", 2º ed. Perú: Ed. Wellstart; 1993.
2. CEPREN, "Evaluación de la Situación de la Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en el Perú", Lima. 2001.
3. INS, "Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú", Perú, 2004.
4. Posada A., Gómez J., Ramírez H. El niño sano. 3ra. ed. Bogotá: Editorial Médica Internacional Panamericana; 2005.
5. MINSA, "Guía de Consejería Nutricional", Perú: 2008.
6. María L. Sáenz-Lozada y Ángela E. Camacho-Lindo. Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Bogotá;
7. MINSA, "Reglamento de Alimentación Infantil", 1º ed, Ed. Ebra Perú: 2006
8. MINSA, "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño" Perú: 2006
9. MINSA, "Guías de Prácticas Clínica para la Atención de la Patologías más frecuentes y Cuidados Esenciales en la Niña y el Niño", Perú: 2006
10. MINSA, "Modelo de Atención Integral de salud", Perú: 2003
11. HERNANDEZ RODRÍGUEZ, Manuel, "Alimentación Infantil", 3º ed. España: Ed. Edigrafos S.A; 2001
12. MINSA, "Indicadores Básicos de Salud 2006", Lima: 2006
13. MINSA-INS, "Manual de Alimentación Infantil", Lima: Ed. P&S Asociados; 1993.
14. PRISMA, "Alimentación y Nutrición Infantil", Ed. Prisma; 2003
15. PRISMA, "Niños", Perú: Ed. Prisma; 1994

- 16 Razo CM. Como elaborar y asesorar una investigacion de tesis. segunda . ed. Figueroa LG, editor. Mexico: Parson; 2011.
- 17 gfmer. Educacion_medica. [Online].; 2013. Available from: . https://www.gfmer.ch/Educacion_medica_Es/Pdf/Estudios_transversales_2005.pdf.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

NIVEL DE PRACTICAS DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 MESES A 12 MESES SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA QUE ACUDEN A CRED DEL CENTRO MATERNO DE SALUD MARIANNE PREUSS DE STARK PAMPLONA 2015

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE
<p><u>PROBLEMA G.</u></p> <p>¿Cuál es el nivel de prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria que acuden al consultorio de CRED del centro materno de salud Marianne Preuss de Stark Pamplona, Lima - Perú, ¿2015?</p> <p><u>PROBLEMA ESPECIFICO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cuál es el nivel de prácticas de las madres sobre alimentación complementaria en relación a su inicio en niños de 6 a 12 meses que acuden al consultorio de CRED? - ¿Cuál es el nivel de prácticas sobre alimentación complementaria en relación a su tipo de alimento en niños de 6 a 12 meses que acuden al consultorio de CRED? - ¿cuál es el nivel de prácticas sobre la 	<p><u>OBJETIVO GENERAL</u></p> <p>Determinar el nivel de prácticas de las madres sobre alimentación complementaria de niños de 6 a 12 meses que acuden al consultorio de CRED del centro materno de salud Marianne Preuss de Stark Pamplona, Lima - Perú, 2015</p> <p><u>OBJETIVO ESPECIFICO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar el nivel de prácticas de las madres sobre alimentación complementaria en relación a su inicio en niños de 6 a 12 meses que acuden al consultorio de CRED - el nivel de prácticas sobre alimentación complementaria en relación a su tipo de alimento en niños de 6 a 12 meses que acuden al consultorio de CRED? - el nivel de prácticas sobre la alimentación complementaria en relación a la cantidad de 	<p><u>VARIABLE INDEPENDIENTE</u></p> <p>Prácticas sobre la alimentación complementaria que tienen las madres de niños de 06 a 12 meses.</p>

<p>alimentación complementaria en relación a la cantidad de alimento en niños de 6 a 12 meses que acuden al consultorio de CRED?</p>	<p>alimento en niños de 6 a 12 meses que acuden al consultorio de CRED</p>	
--	--	--

TIPO Y NIVEL	POBLACION Y MUESTRA	TECNICA INSTRUMENTO	VALIDES Y CONFIABILIDAD
<p>Tipo:</p> <p>Cuantitativa</p> <p>Nivel:</p> <p>Aplicativo de corte transversal</p>	<p>Población:</p> <p>50 madres de niños de 6 a 12 meses de edad</p> <p>Muestra:</p> <p>No probabilístico</p>	<p>El cuestionario (encuesta) consta de 20 pregunta con respuesta de alternativas en relación a prácticas de alimentación complementaria</p>	<p>Validez</p> <p>Se refiere al grado en que se logra medir. La validez es requisito para lograr confiabilidad de los datos.</p> <p>Fiabilidad:</p> <p>En la validación española la fiabilidad test-retest es superior a < 0.05.</p> <p>Confiabilidad</p> <p>Hace referencia a la consistencia, estabilidad o coherencia de la información recolectada. Los datos son confiables cuando al ser medidos en diferentes momentos, por diferentes personas o por distintos instrumentos producen similares resultados.</p>



ENCUESTA

DATOS GENERALES

De la madre:

- Edad:
- Grado de instrucción:
- Ocupación:
- Estado civil:
- Procedencia: Costa Sierra Selva

Del niño:

- Número de hijos:
- Edad del niño:

INSTRUCCIONES

A continuación, se le presenta una serie de preguntas a fin de que usted responda marcando con un aspa X la respuesta que considera correcta.

1. La alimentación complementaria consiste en:
 - a) Dar otros tipos de leches (evaporada y/o fórmula) más leche materna
 - b) Dar alimentos semisólidos y blandos en la dieta del niño más leche materna
 - c) Dar alimentos sólidos a la dieta del niño sin leche materna
 - d) No sabe
2. La edad en la que empezó a dar alimentos (sólidos o líquidos) aparte de la leche materna a su niño es:
 - a) A los 5 meses o antes
 - b) A los 6 meses
 - c) A los 7 meses u 8 meses
 - d) No sabe
3. Cuántas veces al día debe alimentar a un niño de 6 meses.
 - a) 2 comidas más lactancia materna frecuente
 - b) 3 comidas más lactancia materna frecuente
 - c) 4 comidas más lactancia materna frecuente
 - d) 5 comidas más lactancia materna frecuente

4. La consistencia que deben tener los alimentos de un niño de 7 y 8 meses es:
 - a) Papillas
 - b) Triturados
 - c) Picados
 - d) Solidos

5. La edad en la que su niño debe comer los mismos alimentos de la misma olla familiar es:
 - a) A los 5 meses
 - b) A los 6 meses
 - c) A los 7 a 8 meses
 - d) No se sabe

6. Que prefiere darle al niño en el almuerzo
 - a) Solo sopa o caldo
 - b) Solo segundo
 - c) Primero segundo y luego la sopa
 - d) Primero la sopa y luego segundo

7. Le agrega Ud. Algún tipo de grasa a la comida de su hijo
 - a) Si
 - b) No
 - c) A veces
 - d) nunca

8. Se debe enriquecer una de las comidas principales del niño con:
 - a) Menos de 1 cucharadita de aceite, mantequilla o margarina
 - b) 1 cucharadita de aceite, mantequilla o margarina
 - c) 1 cucharadita de aceite, mantequilla o margarina
 - d) Más de 1 cucharadita de aceite, mantequilla o margarina

9. A partir de qué edad se puede dar de comer pescado a los niños
 - a) A los 5 meses
 - b) A los 6 meses
 - c) A los 7 a 8 meses
 - d) No sabe

10. Del huevo; cuál de las dos partes la da a más temprana edad
 - a) Yema
 - b) Clara
 - c) Ambos
 - d) No sabe

11. A qué edad le empieza a dar comer la yema de huevo
 - a) A los 5 meses
 - b) A los 6 meses
 - c) A los 7 a 8 meses
 - d) No sabe

12. A qué edad le empieza a dar de comer la clara del huevo
 - a) A los 5 meses
 - b) A los 6 meses
 - c) A los 7 a 8 meses
 - d) No sabe

13. Los alimentos hacen que tu hijo no tenga anemia
 - a) Leche y queso
 - b) Verdura y frutas
 - c) Caldos y aguas
14. Los alimentos que son amigos del hierro (favorecen la absorción del hierro) son:
 - a) Los cítricos, rico en vitamina C (naranja, mandarina, limón)
 - b) Los lácteos, ricos en calcio (leche, queso)
 - c) Las infusiones (te, hierbaluisa, anís)
 - d) Los dulces y postre (arroz con leche, mazamorra morada)
15. Los alimentos que son enemigos del hierro (disminuyen la absorción del hierro) son:
 - a) La sangrecita, el café y la azúcar
 - b) Los lácteos, las infusiones y el café
 - c) Los dulces, las gaseosas y las naranjas
 - d) Los tubérculos, cereales y menestras
16. Que puede ocasionar caries dental en los niños
 - a) Darle de comer muchas carnes
 - b) Darle de comer alimentos antes de los 5 meses
 - c) Darle de tomar muchos jugos
 - d) Darle de comer después de los 7 meses
17. Los niños que reciben únicamente leche materna hasta los 8 meses se encuentran:
 - a) Bien alimentados y grandes
 - b) Gorditos y sanos
 - c) Con bajo de peso y una posible anemia
 - d) Con diarreas frecuentes e infecciones
18. Ud. se lava las manos cuando:
 - a) Prepara los alimentos y se peina
 - b) De la de comer su niño
 - c) Antes y después e cocinar y de alimentar a su niño
 - d) A veces se olvida
19. Para la preparación de jugo Ud. Utiliza:
 - a) Agua del caño
 - b) Agua de las cisternas
 - c) Agua hervida
 - d) Agua clorada
20. Los utensilios (plato y cubiertos del niño) de cocina, Ud.
 - a) Las lavas y los deja escurrir
 - b) Los lava, seca y guarda
 - c) La lava solo en la noche
 - d) Solo los enjuaga

Gracias por su colaboración

TABLA DE CONCORDANCIA
PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

Nº DE PREGUNTAS	Nº DE JUECES EXPERTOS								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1. El instrumento propuesto responde al problema de investigación.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2. Las instrucciones son claras y orientadas para el desarrollo o aplicación del instrumento.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3. Los ítems permitirán lograr el objetivo del estudio.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4. Los ítems del estudio responden a la operacionalización de la variable.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5. El número de ítems es adecuado.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6. Los ítems están redactados en forma clara, concisa y entendible a la población en estudio.	0	1	1	1	1	1	1	1	0.035
7. La redacción de los ítems evita redundancias o repeticiones innecesarias entre ítems.	1	1	1	0	1	1	1	1	0.035

Si $P < 0.05$ la concordancia es significativa

Favorable = 1 (SI)

Desfavorable = 0 (NO)