



**UNIVERSIDAD “ALAS PERUANAS” – FILIAL ICA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**TESIS**

**“PRÁCTICAS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y SU RELACIÓN  
CON EL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS DE 6 MESES A 3 AÑOS DEL  
PROGRAMA CUNA MÁS EN EL DISTRITO DE SANTIAGO - 2017”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORA  
MUÑANTE FONTTIS YAHAIRA YOSHELYM**

**ICA – PERÚ**

**2017**

DEDICADO A:

Dios por darme la vida, salud, fortaleza y la esperanza para terminar esta investigación.

A mis padres, por su apoyo y ejemplos dignos de superación y entrega, en especial a mi madre por su ayuda y constante cooperación en los momentos difíciles. Hoy puedo haber alcanzado mi meta.

AGRADEZCO A:

Mi Dios quien me llena de bendiciones cada día de mi vida, a mis padres por todo su esfuerzo que realizan diariamente y hacen de nosotros personas de bien.

Gracias a todas aquellas personas que de una u otra forma me apoyaron a crecer como persona y profesional.

## RESUMEN

El problema: A nivel mundial, La ablactancia es una fase de gran vulnerabilidad, ya que para muchos niños empieza la malnutrición, ya que una mala alimentación complementaria contribuye a la alta prevalencia de la malnutrición en los menores de 5 años de todo el mundo. La OMS calcula que en los países de ingresos bajos dos de cada cinco niños tienen retraso del crecimiento. En el Perú, aún prevalece la desnutrición crónica en niños, siendo uno de los problemas que más afecta a la población, en particular, a aquellos de condiciones económicamente bajas.

Objetivo: Determinar la relación entre las prácticas de alimentación complementaria de las madres y el estado nutricional de los niños de 6 meses a 3 años del programa Cuna MÁS en el distrito de Santiago - 2017

Metodología: Estudio observacional, analítico, transversal, en 40 niños de la Cuna Más del distrito de Santiago Región Ica 2017.

Resultados: El 15% de los niños presentan desnutrición crónica, el 7.5% desnutrición aguda, el 12.5% desnutrición global, el 52.5% son normales, el 12.5% presentan obesidad. El 40% de las madres tienen prácticas inadecuadas de alimentación complementaria, y el 60% tienen prácticas adecuadas de alimentación complementaria. Existe relación significativa entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional de los niños, a prácticas de alimentación inadecuadas mayor posibilidad de niños que muestran estados nutricionales disminuidos, incluso en los niños obesos, y, a prácticas de alimentación adecuada mayor posibilidad de niños con estado nutricional normal. Conclusión: Existe relación entre las prácticas inadecuadas de alimentación complementaria con un mayor porcentaje de niños con disminución de peso.

Palabras Clave: Prácticas alimentación complementaria, estado nutricional, niños 6 meses a 3 años

## ABSTRACT

The problem: At the global level, malnutrition is a phase of great vulnerability, as malnutrition is on the rise for many children and contributes most to the high prevalence of malnutrition among children under 5 years of age worldwide. The WHO estimates that in low-income countries, two out of five children are stunted. In Peru, chronic malnutrition still prevails in children, being one of the problems that affects the population, in particular, those of economically low conditions.

Objective: To determine the relationship between the complementary feeding practices of the mothers and the nutritional status of children from 6 months to 3 years of the Cuna PLUS program in the district of Santiago - 2017

Methodology: Observational, analytical, cross - sectional study in 40 children of the Cuna More of the district of Santiago Región Ica 2017.

Results: 15% of the children present chronic malnutrition, 7.5% acute malnutrition, 12.5% global malnutrition, 52.5% are normal, 12.5% are obese. 40% of mothers have inadequate complementary feeding practices, and 60% have adequate complementary feeding practices. There is a significant relationship between dietary practices and nutritional status of children, inadequate feeding practices, increased chances of children exhibiting decreased nutritional status, even in obese children, and adequate feeding practices in children with nutritional status normal. Conclusion: There is a relationship between inadequate complementary feeding practices with a higher percentage of children with weight loss.

Palabras Clave: Practices complementary feeding, nutritional status, children 6 months to 3 years

## ÍNDICE

	Pág.
<b>DEDICATORIA</b>	ii
<b>AGRADECIMIENTO</b>	iii
<b>RESUMEN</b>	iv
<b>ABSTRACT</b>	v
<b>INDICE</b>	vi
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	viii
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b>	ix
<b>INTRODUCCIÓN</b>	x
<b>CAPÍTULO: I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1. Descripción de la realidad problemática	11
1.2. Formulación del problema	11
1.2.1. Problema principal	13
1.3. Objetivos	13
1.3.1. Objetivo general	14
1.3.2. Objetivo específico	14
1.4. Justificación e importancia de la investigación	14
1.5. Limitaciones	15
<b>CAPÍTULO: II MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes de la investigación	16
2.2. Bases teóricas	21
2.3. Definición de términos básicos	50
2.4. Hipótesis de la investigación	52
2.4.1. Hipótesis General	52
2.5. Variables	52
Variable dependiente	52

Variable independiente	52
2.5.1. Operacionalización de la variable	53
<b>CAPÍTULO: III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
3.1. Diseño de la investigación	55
3.1.1. Tipo de investigación	55
3.1.2. Nivel de investigación	55
3.1. 3. Método	55
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	56
3.3. Población y muestra	56
3.3.1. Población	56
3.3.2. Muestra	56
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	56
3.4.1. Técnica	56
3.4.2. Instrumento	57
3.5. Plan de procesamiento de datos	57
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	58
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN</b>	63
CONCLUSIONES	65
RECOMENDACIONES	66
Referencias Bibliográficas	67
Anexos	70
-Matriz de consistencia	71
-Consentimiento informado	72
-Modelo de instrumento	73

## ÍNDICE DE TABLAS

N°	TÍTULO	Pág.
1	ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 6 MESES A 3 AÑOS DEL PROGRAMA CUNA MÁS EN EL DISTRITO DE SANTIAGO – ICA 2017, SEGÚN INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS.	49
2	PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE LAS MADRES QUE ACUDEN AL PROGRAMA CUNA MÁS EN EL DISTRITO DE SANTIAGO - ICA 2017 SEGÚN: DIMENSIONES DE CANTIDAD Y FRECUENCIA	50
3	RELACIÓN ENTRE LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE LAS MADRES Y EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 6 MESES A 3 AÑOS DEL PROGRAMA CUNA MÁS EN EL DISTRITO DE SANTIAGO – ICA 2017	51

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

N°	TÍTULO	Pág.
1	Estado nutricional de los niños de la Cuna MÁS distrito Santiago - Ica	49
2	Prácticas alimentarias de las madres de los niños de la Cuna MÁS distrito Santiago - Ica	50
3	Relación entre prácticas alimentarias y estado nutricional de las madres de niños de la Cuna MÁS distrito Santiago - Ica	52

## INTRODUCCIÓN

La promoción de la alimentación complementaria y el estado nutricional del niño en las etapas tempranas de la vida son clave para alcanzar prácticamente todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMs). La lactancia materna y la alimentación complementaria son dos de las tres mejores intervenciones para reducir la mortalidad del niño y hay muchos datos de costo-efectividad de estas medidas obtenidos de los programas que las han promovido.

De acuerdo a los Lineamientos de Nutrición Materno – Infantil, la alimentación complementaria es la fase de introducción de nuevos alimentos además de la leche materna, la misma da inicio a partir de los seis meses, porque es cuando se deben cubrir los requerimientos nutricionales y se ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renal y la maduración neurológica. En esta etapa el niño debe aprender a consumir alimentos variados que lo ayudaran a crecer y desarrollarse saludablemente; la edad de inicio de la alimentación complementaria es un factor importante que ayudara a la protección frente a riesgos y complicaciones como son las enfermedades gastrointestinales (diarreas) y malnutrición (desnutrición, obesidad), que luego se reflejan en una alta tasa de morbilidad y mortalidad infantil.

El estado nutricional que presenta el niño está relacionada con los conocimientos y prácticas que la madre o las personas encargadas de la alimentación tengan, lo cual se vincula con los hábitos y costumbres que tienen sobre la administración de los alimentos como la frecuencia, la consistencia, la cantidad y la inclusión oportuna de los alimentos según la edad.

Si los niños reciben una alimentación adecuada, se logra cubrir su requerimiento calórico proteico, evitar alteraciones nutricionales por defecto o por exceso y trastornos en su crecimiento desarrollo.

La investigación se diseñó en cinco capítulos según las normas de la Escuela de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas filial Ica.

## **CAPÍTULO: I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA**

A nivel mundial, La ablactancia es una fase de gran vulnerabilidad, ya que para muchos niños empieza la malnutrición, por una mala alimentación que contribuye a la alta prevalencia de la malnutrición en los menores de 5 años de todo el mundo. La OMS calcula que en los países de ingresos bajos dos de cada cinco niños tienen retraso del crecimiento.

Según la recomendación de la OPS/OMS la alimentación complementaria debe ser a partir de los 6 meses de edad, estudios refieren que esta práctica muchas veces inicia precoz o bien tardíamente y como resultado se obtienen inadecuadas prácticas de alimentación, afectando principalmente a los niños entre 0 y 24 meses de edad ya que si no se tiene la alimentación ideal en esta etapa, se pueden dar problemas en la curva de crecimiento, deficiencias de micronutrientes y enfermedades comunes de la infancia como diarrea y enfermedades respiratorias, determinando el desarrollo, crecimiento y potencial humano. (1)

En el Perú, según la norma vigente del Ministerio de Salud el protocolo se basa en la información disponible y propone la realización de estudios

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

Según datos estadísticos del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición / Instituto Nacional de Salud, la proporción de alimentación complementaria fue 22.2% (IC95%: 19.0; 25.4%), es decir uno de cada cinco niños menores de 36 meses recibió alimentación adecuada según esquema nutricional. <sup>(2)</sup>

En cuanto al estado nutricional el retardo en talla o la desnutrición crónica y la anemia son los dos grandes problemas de nutrición del niño pequeño en la Región. La prevalencia de desnutrición crónica fluctúa entre 10 a 50%, superando esta cifra en algunos países. Con relación a la anemia, entre 30 y 50% de los niños menores de cinco años de la Región están afectados; en los niños menores de dos años la situación es aún más seria, sobrepasando el 80% en ciertos países. Las prevalencias nacionales no reflejan las enormes diferencias e inequidades existentes entre los países y al interior de los mismos.

En el Perú, aún prevalece la desnutrición crónica en niños, siendo uno de los problema que más afecta a la población, en particular, a aquellos de condiciones económicamente bajas, según el INEI en el 2012 a nivel nacional la población menor de 5 años que sufrieron la desnutrición crónica es de 22,6%, llegando a descender 4.7 puntos porcentuales en el 2013 o sea quedando un 17.9% es decir, por cada 100 niñas y niños, cinco de ellos dejaron la condición de desnutrición sin embargo a nivel de departamentos los mayores niveles de desnutrición crónica en niñas y niños menores de cinco años se presentan en Huancavelica (44,7%), Cajamarca (32,0%), Huánuco (31,0%), Apurímac (30,9%) y Ayacucho

(30,3%). Contrariamente, Tacna, Moquegua y Lima presentan menores niveles de desnutrición crónica (2,4, 4,8 y 6,2%).<sup>(3)</sup>

El presente proyecto se realiza a raíz de las experiencias vividas en los establecimientos de Salud donde se evidencia que hoy en día hay un alto índice de desnutrición debido a la mala alimentación de los niños porque las madres no tienen el conocimiento necesario para una alimentación complementaria adecuada y por tal motivo no tienen prácticas convenientes en cuanto a alimentación para así lograr una eficiente atención y cuidado en la alimentación de las niñas y niños, mediante acciones de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna y orientando las prácticas idóneas de alimentación complementaria.

En la Región Ica según ENDES 2014 el 71,5% de niñas y niños que tenían entre seis a ocho meses de edad y que recibieron lactancia materna, consumió alimentos por lo menos dos veces al día. El 71,7% recibió tres y más grupos de alimentos y, el 64,9% cumplió con ambos criterios. El 94,3% de niñas y niños lactantes de 9 a 11 meses de edad recibió tres y más grupos de alimentos, el 85,0% recibió tres o más veces al día y el 81,8% cumplió con ambos criterios. El 70,7% de niñas y niños de seis a ocho meses de edad fueron alimentados con el mínimo estándar de dos veces. El 72,6% recibió tres o más tipos de alimentos.<sup>(4)</sup>

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. PROBLEMA PRINCIPAL**

¿Cuál es la relación entre las prácticas de alimentación complementaria de las madres y el estado nutricional de los niños de 6 meses a 3 años del programa Cuna MÁS en el distrito de Santiago - 2017?

### **1.3. OBJETIVOS**

#### **1.3.1. OBJETIVOS GENERAL**

Determinar la relación entre las prácticas de alimentación complementaria de las madres y el estado nutricional de los niños de 6 meses a 3 años del programa Cuna MÁS en el distrito de Santiago - 2017

#### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Determinar el estado nutricional del niño de 6 meses a 3 años del programa Cuna MÁS en el distrito de Santiago – 2017, según indicadores antropométricos.
- Identificar las prácticas de alimentación complementaria de las madres que acuden al programa Cuna MÁS en el distrito de Santiago – 2017 según: dimensiones de cantidad y frecuencia

### **1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.**

#### **JUSTIFICACIÓN**

La alimentación y nutrición en los niños de 6 a 12 meses es importante, ya que en esta etapa desarrollan en un 85% su cerebro, lo cual está relacionado a la capacidad de asimilar conocimientos, interactuar con su entorno, su capacidad motora y de adaptación a nuevos ambientes y personas, así mismo necesitan el aporte de otros micronutrientes que la leche materna no les otorga en la cantidad necesaria según los requerimientos nutricionales.

Una adecuada alimentación complementaria va a depender en primera instancia de la madre, si esta no tiene los conocimientos necesarios, se podría originar serias repercusiones en el niño, alguna de las cuales son la desnutrición crónica y el retardo en el crecimiento. 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 donde 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.

#### **IMPORTANCIA**

Determinando la calidad y cantidad de los alimentos brindados al niño se puede intervenir en mejorar dichas condiciones que tendrá efecto directo en el bienestar físico y mental del niño.

### **1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación está diseñada para conocer las prácticas de alimentación complementaria para los niños de 6 meses a 3 años de la Cuna MÁS en el distrito de Santiago – 2017

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **Antecedentes Internacionales**

García I. (2014) Guatemala. “caracterización de prácticas de alimentación complementaria a la lactancia materna que realiza la madre del niño (a) de 6 meses a un año de edad” Objetivo : caracterizar las prácticas de alimentación complementaria a la lactancia materna que realizan las madres de niño de 6 meses a un año edad, de la etnia mamá en la jurisdicción 2, Ixtahuacan, Huehuetenango. Método: El estudio fue descriptivo y tuvo una muestra de 95 madres. Conclusiones: El nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria es baja solo 36.36% tienen conocimiento respecto a la edad de inicio de alimentación complementaria y el 63.63% de las madres desconocen la edad que se inicia la introducción de otros alimentos aparte de la lactancia materna” (5)

Benites J. (2012). Chile. Relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que asisten al consultorio de CRED en el c.s. Conde de la Vega Baja. Objetivo: determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos de las madres y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que asisten al consultorio de CRED del centro de salud Conde la Vega Método: El presente estudio de investigación, es de nivel aplicativo,

tipo cuantitativo, método descriptivo correlacional de corte transversal, La población estuvo conformada por 50 madres. La técnica que se utilizó fue la entrevista. El instrumento fue un formulario y la ficha de evaluación del estado nutricional del lactante. Conclusiones: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses de edad. El nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria mayoritariamente fluctúa entre medio y alto, siendo el nivel bajo el de menor porcentaje. Los conocimientos que en mayor porcentaje tiene la madre son definición, edad inicio, consistencia, combinación y medidas higiénicas de la alimentación complementaria La mayoría de las madres desconoce la frecuencia, alimento de inicio, cantidad e inclusión de los alimentos en 9 la alimentación complementaria. Con respecto al estado nutricional de los niños predomina la normalidad y es mayor la malnutrición por defecto que por exceso. (7)

García C. (2011) Guatemala. “Prácticas de alimentación complementaria en niños menores de 1 año de edad, de la comunidad el Tablón del municipio de Sololá” Objetivo: Determinar las prácticas de alimentación complementaria en niños menores de un año de edad, habitantes de la comunidad El Tablón del municipio de Sololá. Método: El estudio es tipo descriptivo, desarrollado mediante la aplicación de 3 boletas a 45 madres de niños menores de un año que ya habían iniciado la alimentación complementaria. El presente estudio de investigación, es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo correlacional de corte transversal, Conclusiones: Se determinó que el 100% de las madres le brindaba lactancia materna a su hijo desde el nacimiento hasta el día del estudio. El 64% indicó que antes de iniciar la alimentación complementaria le había brindado atoles y agüitas de hierbas. El 38% inició la alimentación complementaria a los 6 meses y el 40% después de los 6 meses. La alimentación de la población en general está basada en el consumo de cereales, seguidos de: Frijol, hierbas y una bebida a base de harina de maíz y

harina de soya (Incaparina). Se determinó que el tipo de alimentos ofrecidos va aumentando conforme la edad, aunque la consistencia y la preparación se realizan de manera uniforme. Las prácticas de higiene durante la preparación de alimentos fueron adecuadas. Algunos resultados concordaron con la teoría y experiencias de otros países, aportando datos importantes como lo fundamental del apoyo institucional en educación y salud para mejorar las prácticas de alimentación en las comunidades <sup>(8)</sup>

### **Antecedentes Nacionales**

Cisneros P.(2015) Chiclayo. “Efectividad del programa educativo en conocimientos, prácticas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6 - 24 meses, Reque” Objetivo: Se determinó la efectividad del programa educativo en los conocimientos, prácticas y actitudes sobre alimentación complementaria en las madres. Método: La muestra fue constituida por 30 madres del servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud de Reque, teniendo en cuenta los criterios de exclusión; la recolección de datos se aplicaron 3 instrumentos: un cuestionario de 15 ítems, una escala de Likert con 11 ítems y una lista de cotejo, para el procesamiento de datos estadísticos se utilizó el programa SPSS versión 15, y la prueba de la T de student de muestras relacionadas. La presente investigación es de tipo cuantitativo–cuasi experimental. Se mostraron que con un 95% de confianza se estima que el programa de alimentación complementaria, tiene efecto significativo en el conocimiento en las madres de los niños de 6 a 24 meses en cuanto al valor T. Conclusiones: muestran que el Pos Test 96.7% de madres alcanzaron un nivel de conocimientos alto, luego en prácticas se muestra el 76 % de las madres tenían una práctica adecuada, y el 24 % practicas inadecuadas, finalmente 6.7 % de madres tienen actitudes inadecuadas, asimismo el 93.3 % de las madres tienen actitudes adecuadas. <sup>(9)</sup>

Dany Díaz, (2013) Lima. Prácticas de ablactancia, estado nutricional y desarrollo psicomotor en lactantes de 6 - 12 meses de edad. Comunidad de Manchay - lima 2013.

Objetivo: Determinar la relación que existe entre las prácticas de ablactancia, estado nutricional y desarrollo psicomotor en lactantes de 6 – 12 meses de edad en la Comunidad - Manchay 2012. Método: Estudio cuantitativo, descriptivo y correlacional, de corte transversal. La población de estudio fue de 95 lactantes de ambos sexos elegidos por muestreo probabilístico que asisten al control de CRED del Centro de Salud de Manchay, Los datos se obtendrán a través de la entrevista utilizando un cuestionario de 30 preguntas, las primeras 20 relacionadas con la práctica de ablactancia y las últimas 10 relacionadas con las prácticas de higiene, el segundo instrumento fue el (EEDP) para evaluar el desarrollo psicomotor del lactante. En cuanto al estado nutricional, fue evaluado a través de las medidas antropométricas y examen bioquímicos: el primero con los indicadores: T/E<-2D.E desnutrición crónica, P/T<-2D.E desnutrición aguda, P/E<-2D.E desnutrición global calificándolos según las Tabla de la OMS 2006, el segundo con el dosaje de hemoglobina. Para su análisis usaremos el test estadístico de Chi<sup>2</sup>. Resultado: 37.7% de las madres tuvieron adecuadas prácticas de ablactancia 32.6% medianamente adecuadas e inadecuadas 33.7%, con respecto al estado nutricional se encontró 34.7% desnutrición crónica, 30.6% riesgo nutricional y 34.7%. Estado nutricional normal y según el dosaje de hemoglobina hubieron con anemia leve el 56.8%, anemia moderada 6.4% y 36.8% normales, de acuerdo al EEDP en riesgo 57.9% y normal 42.1%. Conclusiones: Las inadecuadas prácticas de ablactancia si se relacionan de modo significativo con el estado nutricional y desarrollo psicomotor de los niños y niñas lactantes de la comunidad de Manchay <sup>(10)</sup>

Zamora M. (2012) La Libertad “Nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación infantil y las prácticas alimentarias en niños de 1 a 2 años. Centro

de salud materno infantil Santa Catalina, San Pedro de Lloc, objetivo: fue Determinar el conocimiento y prácticas alimentarias sobre alimentación infantil y la relación entre ambas variables. Estudio descriptivo-correlacional de corte transversal. El nivel de conocimiento y prácticas alimentarias de las madres es deficiente en mayor porcentaje, y existe relación altamente significativa entre conocimiento y prácticas alimentarias de las madres en estudio <sup>(11)</sup>.

Jiménez C. (2012) Lima. 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 2012. 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. Método: el método fue descriptivo de corte transversal. Conclusiones: que La mayoría de los lactantes del centro de salud Fortaleza inicio la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad y 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 una alimentación precoz y normal. Los lactantes que iniciaron una alimentación complementaria normal, en una evaluación posterior al inicio de la alimentación, tienen un mayor índice de Desnutrición que los lactantes que iniciaron una alimentación precoz <sup>(12)</sup>

Galindo A. (2012) Lima. "Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de salud "Nueva Esperanza". Objetivo: fue identificar los conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria. Material y Método. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 40

madres. Método: La técnica fue la entrevista y el instrumento, el cuestionario, aplicado previo consentimiento informado. Resultados. Del 100% (40), 55% (22) de las madres encuestadas conocen sobre la alimentación complementaria; 45% (18) desconocen. En cuanto a las prácticas 61 % (25) tienen prácticas adecuadas; mientras que 39% (15) tienen prácticas inadecuadas. Conclusiones. La mayoría de las madres que acuden al centro de salud Nueva Esperanza conocen y tienen prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria.<sup>(13)</sup>

### **Antecedentes Locales o Regionales**

Eugenio F. 2012 “Nivel de conocimiento que tienen las madres sobre la alimentación en los niños preescolares y su relación con el estado nutricional en la institución Educativa n° 74 – Fonavi La Angostura, Ica 2012”, Ica – Perú. Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento que tienen las madres sobre la alimentación en niños preescolares y su relación con el estado nutricional. Método: El tipo de estudio es descriptivo correlacional de corte transversal. Conclusiones: que el 26.75% con respecto al nivel de conocimiento que tienen las madres sobre la alimentación en niños preescolares está en relación con el estado nutricional. <sup>(14)</sup>

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **GENERALIDADES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA**

El concepto de alimentación complementaria es relativamente reciente, se dice que es aquella que refuerza a la lactancia materna, pero sin estimularla. Revaloriza a la lactancia materna como un alimento óptimo para los primeros tiempos de vida y establece la necesidad de estudiar científicamente la alimentación con objeto de cubrir las necesidades del niño a partir de seis meses de edad.

El momento oportuno para introducir alimentación complementaria es a los seis meses de edad, cuando se deben cubrir los requerimientos nutricionales y se ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renal y la maduración neurológica. De modo que con la nutrición los niños pueden mantener un peso normal y evite contraer al mismo tiempo un déficit en vitaminas y minerales, sin manifestación clínica. Por ello, es importante que la introducción de otros alimentos aporte aquellos nutrientes que la lactancia suministra en poca cantidad.<sup>(15)</sup>

### **Prácticas de ablactancia**

**Prácticas.-** Es el ejercicio que se realiza a través de ciertas reglas bajo la dirección de un maestro.Habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad.

“buenas prácticas” se refiere a toda experiencia que se guía por principios, objetivos y procedimientos aconsejables que dan resultados positivos, demostrando su eficacia y utilidad en un contexto concreto.

**Práctica alimentaria.-** Se define como conjunto de costumbres que determinan el comportamiento del hombre en relación con los alimentos y la alimentación. Incluye desde la manera como se seleccionan los alimentos, hasta la forma en que los consumen o los sirven a las personas cuya alimentación está en sus manos.

**Ablactancia.-** La OMS y UNICEF, la define como la introducción de alimentos diferentes a la leche materna,Proceso que comienza cuando la leche maternal sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y por ende, son necesarios otros alimentos sólidos y líquidos, además de la leche materna.

La leche materna contiene todos los nutrientes que necesita un lactante durante los primeros seis meses de vida, incluyendo grasa, carbohidratos, proteínas, vitaminas, minerales y agua. Se digiere fácilmente y se utiliza de

manera eficiente. La leche materna también contiene factores bioactivos que fortalecen el sistema inmunológico inmaduro del lactante, brindándole protección contra las infecciones respiratorias y gastrointestinales; además posee otros factores que favorecen la digestión y absorción de los nutrientes, por lo cual el rango de edad óptimo para la ablactancia es entre los 6 meses de edad.

La alimentación complementaria debe ser suficiente, lo cual significa que los alimentos deben tener una consistencia y variedad adecuadas, y administrarse en cantidades y frecuencia apropiadas, que permita cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento, sin abandonar la lactancia materna que puede continuarse hasta los dos años, dichos alimentos deben cumplir con complementar las necesidades de energía no cubiertas por la leche materna. El cuerpo humano le da prioridad a la sobrevivencia frente al crecimiento y desarrollo cognitivo, destinándole más recursos energéticos a la primera cuando las sustancias alimenticias que recibe no son suficientes. <sup>(16)</sup>

### **Lineamientos específicos de nutrición de la niña o niño de 6 a 24 meses.**

- Continuar con la lactancia materna hasta los dos años de edad o más.
- A partir de los 6 meses de edad iniciar la alimentación complementaria
- Practicar la alimentación interactiva estando atento a las señales de la niña o niño, respondiendo con paciencia y amor.
- Promover buenas prácticas de higiene en la manipulación de alimentos, para evitar infecciones.
- Iniciar con alimentos semisólidos (papillas, mazamorras, purés) evitando el uso de bebidas azucaradas de bajo valor nutritivo. Modificar gradualmente la consistencia conforme la niña o niño crece y se desarrolla, de acuerdo a su edad, ofreciendo los alimentos aplastados, triturados y luego picados, hasta que la niña o niño se incorpore en la alimentación familiar.

- Alimentar al niño o niña durante el día con tres comidas principales y dos entre comidas adicionales conforme crece y se desarrolla según su edad.
- Incrementar la cantidad de alimentos que se ofrece a la niña o niño en cada comida, conforme crece y se desarrolla según su edad.
- Incluir diariamente alimentos de origen animal como carnes hígado, pescado, sangrecita y huevo. Incorporar leche o productos lácteos en las comidas de la niña o niño.
- Promover el consumo diario de frutas y verduras disponibles en la zona.
- Enriquecer una de las comidas principales de la niña o niño con una cucharadita de grasa (aceite, mantequilla, margarina)
- Suplementar con sulfato ferroso, vitamina A- necesidades de yodo.
- Durante los procesos infecciosos, fraccionar es decir repartir en pequeñas cantidades las comidas de la niña o niño, ofreciéndole con mayor frecuencia con la finalidad de mantener la ingesta adecuada. Ofrecer una comida extra hasta por dos semanas después de los procesos infecciosos. <sup>(17)</sup>

## **FISIOLOGÍA DEL NIÑO MAYOR DE 6 MESES**

Alrededor de los 6 meses, la leche materna puede no cubrir las necesidades de energía y de algunos nutrientes en su totalidad para la mayoría de los lactantes, quienes, por otra parte, han alcanzado a esta edad un grado de maduración suficiente y están preparados para la introducción de otros alimentos:

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

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

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

**-Maduración inmune:** la introducción de alimentación complementaria supone la exposición a nuevos antígenos y cambios en la flora digestiva con repercusión en el equilibrio inmunológico intestinal. Es un momento de gran influencia sobre el patrón de inmunorespuesta, y los factores específicos tolero génicos y protectores del intestino que aporta la leche humana pueden modular y prevenir la aparición de alergias y reacciones adversas. <sup>(18)</sup>

## **REQUISITOS DE UNA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA**

Los lactantes son particularmente vulnerables durante el periodo de transición en el que comienza la alimentación complementaria. Por lo tanto, para asegurarse de que se satisfacen sus necesidades nutricionales, los alimentos complementarios tienen que cumplir los requisitos siguientes:

**-Oportuno,** es decir, se deben introducir cuando las necesidades de energía y de nutrientes sobrepasan lo que puede proporcionarse mediante la lactancia natural exclusiva y frecuente.

**-Adecuado,** es decir, deben proporcionar energía, proteínas y micronutrientes suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales de un niño en crecimiento.

-**Inocuo**, es decir, se deben preparar y almacenar de forma higiénica y hay que darlos con las manos limpias, utilizando utensilios limpios, y no biberones y tetinas.

-**Darse de forma adecuada**, es decir, se deben dar atendiendo a las señales de apetito y de saciedad del niño, y la frecuencia de las comidas y el método de alimentación (alentar activamente al niño a que, incluso cuando está enfermo, consuma alimentos suficientes utilizando los dedos, una cuchara o alimentándose por sí mismo) deben ser adecuados para su edad. <sup>(19)</sup>

### **Inicio de la alimentación complementaria**

Conforme el niño o niña crece y se desarrolla se vuelven más activos y la lactancia materna resulta insuficiente para cubrir las necesidades nutricionales dado que la lactancia materna no cubre las necesidades energéticas y nutricionales del lactante, a partir de los 6 meses es oportuno introducir los alimentos, para cubrir la brecha de energía y nutrientes que la leche materna no cubre, también porque alrededor del cuarto - sexto mes la niña o niño desarrolla los mecanismos neuromusculares necesarios para deglutir alimentos sólidos, asimismo otro factor que facilita el suministro de alimentos semisólidos es el control del cuello o sostén de la cabeza, del tronco, y a los 6 meses empieza la erupción dentaria indicando mayor madurez neuro funcional, aumenta el uso de la musculatura masticatoria, se incrementa la percepción sensorio espacial de la lengua y los labios, se desarrolla la distinción de nuevas texturas, sabores, olor, temperatura y consistencia de alimentos, mostrando interés del mismo cuando se inclina hacia adelante abre la boca fácilmente al rozar sus labios con una cuchara, y puede desplazar el alimento hacia atrás y tragarlo.

Además hay otros factores que van a aconsejar la introducción de otros alimentos: el desarrollo de la función renal a los seis meses de edad, adquiere mayor idoneidad funcional, en términos de filtración y madurez, suficiente para

manejar una carga de solutos más elevada, alcanzando cerca del 75-80% de la función del adulto hacia los 12 meses, de igual manera el sistema gastrointestinal, el intestino adquiere alrededor de los 4-6 meses de edad un desarrollo suficiente para evitar la entrada de alérgenos alimentarios. A su vez, cantidad y calidad de enzimas resultan suficientes; este aspecto, sumado al anterior, facilita la digestión y la absorción, protegiendo de intolerancias alimentarias manifestadas, en vómitos y diarreas. <sup>(20)</sup>

### **Pilares de la alimentación complementaria**

#### **Calidad de los alimentos**

Conjunto de características que hace del alimento aceptable al consumidor, y el valor nutritivo que este aporta para satisfacer las necesidades del organismo.

Para decir que el niño o la niña recibe una alimentación de calidad debemos evitar de darle bebidas azucaradas de bajo valor nutritivo, caldos, agüitas o mates, ya que su densidad energética es mínima. El agua tiene una densidad energética de 0kcal/gr y el caldo 0.2 Kcal/gr.

Se sabe que una buena nutrición es básica para que el cerebro se forme en buenas condiciones, funcione correctamente y asimile todas las vivencias que el medio le pueda brindar. Esto es así, sobre todo durante las etapas iniciales, que comprenden la gestación y los primeros años de vida. Numerosos nutrientes intervienen en este proceso.

#### **Macronutrientes y micronutrientes**

El primero está conformado por los hidratos de carbono, proteínas y grasas, el segundo por vitaminas y minerales

El cerebro, es un órgano funcional y complejo como cualquier otro órgano, está elaborado por sustancias presentes en la dieta, entre ellas micronutrientes y macronutrientes.

## Macronutrientes

Proteínas: Llamados también constructores, porque ellos son las que van a servir de materia prima para la formación y construcción de todos los tejidos y estructuras que forman nuestro cuerpo. También son importantes en el desarrollo del cerebro y de las funciones cognitivas.

Las carnes, pescados, y huevos, vísceras, etc. Contienen un elevado porcentaje de proteínas en su composición.

A su vez, las proteínas están conformadas por elementos aún más pequeños, llamados aminoácidos. Cuando comemos alimentos que contienen proteínas, éstas se descomponen en aminoácidos por la digestión y una vez que llegan a las células, permiten formar nuevas proteínas.

Carbohidratos: Fuente principal de energía, compuesto que contiene un carbono C6, hidrogeno H12 y oxigeno O6, durante el metabolismo se queman para producir energía y liberan CO2, cada gramo de carbohidrato proporciona 4 calorías.

Grasas: Durante los primeros seis meses de vida las grasas son la principal fuente de energía proporcionan aproximadamente el 50% de la energía consumida y son además fuente de ácidos grasos esenciales indispensables para un buen crecimiento físico y para el desarrollo del sistema nervioso. La alimentación al seno materno. Al introducir alimentos sólidos, el aporte de energía de las grasas disminuye del 40% hasta el 20% de acuerdo con el tipo de dieta que reciba el niño.

En los primeros dos años de vida la grasa es esencial para el niño porque le provee de ácidos grasos y colesterol necesario para formar membranas celulares en todos los órganos y en particular órganos importantes como son la retina del ojo y el sistema nervioso central están constituidos predominantemente por grasas, gran parte de las grasas necesarias para la formación de estos tejidos está constituida por ácidos grasos esenciales, que

no pueden ser sintetizados por el organismo y deben ser aportados por la dieta.

Después del tejido adiposo, el cerebro es el órgano que contiene mayor cantidad de grasa, participando principalmente en la arquitectura de las membranas celulares. Todas las células y orgánulos en el cerebro son muy ricas en ácidos poliinsaturados omega 3, omega 6. En el sistema nervioso, en promedio, un ácido graso de tres es poliinsaturados, por lo que se debe adquirir a través de la alimentación. El ácido graso esencial omega 3 influye también directamente en la producción y la liberación de algunos neurotransmisores como la serotonina y la dopamina.

La disminución del omega 3 docosahexaenóico (DHA) en el cerebro, conduce a Déficit en la formación de neuronas, fallo en el metabolismo de los neurotransmisores cerebrales. Alteración de la capacidad visual y el aprendizaje. <sup>(21)</sup>

### Micronutrientes

Vitaminas: Son compuestos orgánicos indispensables para el organismo ya que el cuerpo no puede producir sus propias vitaminas excepto la vitamina D, las vitaminas se clasifican en liposolubles (A, D, E, K), e hidrosolubles, Vitamina C, Vitamina B1 (Tiamina) Vitamina B2 (Riboflavina) Vitamina B3 (Niacina) Vitamina B5 (Acido Pantoténico) Vitamina B6 (Piridoxal) Vitamina B8 (Biotina) Vit. B12

Cobalamina Acido Fólico. Hace algunas décadas el conocimiento de las mismas era limitado y la literatura solo hacía mención a los estados carenciales, enfermedades que produce su deficiencia. En cambio en la actualidad se sabe que es esencial para el buen funcionamiento del organismo, ya que tiene una influencia decisiva en el sistema

Inmune y evitar la aparición de enfermedades degenerativas, como en el caso de los elementos que tienen actividad antioxidante.

Se estima que más de 2 millones de personas en el mundo tienen deficiencias de vitaminas y minerales, en particular la vitamina A, yodo, hierro y zinc. La mayoría de estas personas viven en países pobres donde no tienen acceso a los micronutrientes, alimentos como la fruta las hortalizas, carnes y alimentos enriquecidos, porque son muy caros para comprar o no hay en el lugar, las deficiencias de dichos alimentos aumentan el riesgo de contraer enfermedades infecciosas. (Diarreas, enfermedades respiratorias, sarampión, malaria, neumonía).

Vitamina A: Es uno de los nutrientes esencial para un crecimiento y desarrollo normal del niño. La misma es necesaria para mantener la integridad del epitelio y por ello, tiene una acción anti infecciosa. También es indispensable para una correcta función visual, ya que su deficiencia dificulta la visión nocturna, conjuntivitis. La vitamina A se encuentra en Zanahorias, hortalizas y legumbres amarillas y verdes, pescado, hígado, leche y huevos. Según la UNICEF los niños y niñas de 6m - 59 m deben consumir un promedio de 400.0ug al día de vitamina A.

Vitamina D: Es indispensable para la absorción del calcio y del fósforo y la mineralización de los huesos. Muy importante durante el crecimiento. Se encuentra en la leche, pescados grasos, aceite de hígado de bacalao, yema de huevo. Se forma en la piel por la exposición al sol. Su deficiencia provoca raquitismo, alteraciones musculares.

Según la UNICEF los niños y niñas de 6m - 59 m deben consumir un promedio de 5.0ug al día de vitamina D.43

Vitamina E: Tiene acción antioxidante. Actúa en la síntesis del pigmento hemo que hay en la hemoglobina de los glóbulos rojos. La carencia de vitamina E afecta también al metabolismo de las grasas y perjudica la conducción de los impulsos nerviosos, causando trastornos neurológicos.

Según la UNICEF los niños y niñas de 6m - 59 m deben consumir un promedio de 5.0ug al día de vitamina E.

Vitamina K: También llamada vitamina antihemorrágica, tiene la propiedad de hacer que el hígado forme protrombina, participan en la regulación de la coagulación sanguínea. Su carencia provoca hemorragias, aunque el cuerpo almacena vitamina K su escasez es rara, solo falta en casos de alteraciones en la absorción intestinal. Se encuentra en las hojas verdes, brócoli, col, hojas de nabo, lechuga.

En estudios realizados, han examinado la relación entre la desnutrición infantil y tres áreas generales de actuación: la actividad física cognición y la conducta. Han demostrado que los niños desnutridos han disminuido la actividad física, la resistencia, y una mala función cognitiva y rendimiento escolar.

Y se ha asociado a la deficiencia de micronutrientes, como la vitamina B12, tiamina, niacina, hierro y zinc, con un peor rendimiento cognitivo. Los problemas de conducta, como déficit de atención, también se han asociado con la insuficiencia alimentaria y la malnutrición.

Los efectos del deterioro de la situación nutricional en la infancia pueden tener consecuencias duraderas para la salud y el rendimiento de los niños durante sus años adultos.

Minerales: Los minerales son elementos inorgánicos que tienen funciones estructurales y reguladoras del organismo. Constituyen tejidos de huesos y dientes y regulan el equilibrio de los líquidos corporales en los tejidos, la contracción muscular, la función nerviosa, la secreción enzimática y la formación de eritrocitos.

En América latina casi 9 millones de de niños menores de 5 años padecen desnutrición, así como deficiencia de vitaminas y minerales, y casi el 50% de los niños tienen anemia, teniendo como consecuencias un desarrollo físico y cognitivo disminuido, mal rendimiento escolar, sistema inmunológico bajo,

propensos a contraer con frecuencia enfermedades prevenibles como diarreas e infecciones respiratorias, lo cual contribuye a enfermedades crónicas, encerrándolos en un círculo vicioso de enfermedades recurrentes, no pudiendo alcanzar su máximo potencial en su vida.

Hierro: Constituyente de la hemoglobina, transporta el oxígeno y nutrientes a todo el organismo, su deficiencia provoca anemia, además el hierro es otro nutriente esencial para la mielinización adecuada de la médula espinal y la materia blanca de los pliegues cerebelosos.

Garantizar una adecuada cantidad y calidad de hierro en la alimentación durante los períodos de más rápido crecimiento neuronal es fundamental para el funcionamiento del cerebro, aun en etapas posteriores.

La anemia sufrida antes de los dos años de vida puede tener consecuencias sobre el rendimiento escolar y la calidad de aprendizaje.

Zinc: Es un mineral importante para las diversas funciones del organismo, como: crecimiento y división celular, se requiere para sintetizar proteína y ADN, metabolismo de los ovarios y testículos y función renal, también se encuentra presente en el metabolismo de proteínas, carbohidratos, lípidos y energía.

Se encuentra en productos lácteos, legumbres, levadura, frutos secos y cereales integrales.

Calcio: El calcio es fundamental para el crecimiento y fortalecimiento de los huesos y es de vital importancia para los niños. Se encuentra en la leche y otros productos lácteos, la vitamina D, es necesaria para que el cuerpo absorba el calcio.

A partir de los 6 meses de edad las necesidades de hierro así como el de zinc y calcio deben ser cubiertas con la alimentación complementaria, porque a los 6 meses se produce un balance negativo en particular del hierro. <sup>(22)</sup>

## **Características de la alimentación complementaria.**

### **Consistencia de los alimentos**

A partir de los 6 meses el niño o la niña deben iniciar la alimentación complementaria con preparaciones semisólidas, o sea con papillas, mazamorras o purés con una densidad energética no menor a 0.8kcal/g, gradualmente se irá incrementando la consistencia y variedad de los alimentos adaptándose a los requerimientos y habilidades desarrolladas del niño o niña según su edad.

A los 6 meses se iniciara con alimentos aplastados en forma de papillas, mazamorras o purés; entre los 7 – 8 meses se le dará alimentos triturados, entre los 9 - 11 meses se le dará los alimentos picados y finalmente entre los 12 – 24 meses deberá comer de la olla familiar.

### **Frecuencia de los alimentos**

El número de comidas para la niña o niño, va aumentando conforme va creciendo, la frecuencia diaria de comidas depende de 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 cantidad de comida es poca y la densidad energética es baja, o si se suspende a la niña o niño la lactancia materna, es posible que se requiera de comidas más frecuentes para satisfacer sus necesidades nutricionales.

A los 6 meses empezara con dos comidas al día y lactancia frecuente, entre los 7-8 meses se aumenta a tres comidas diarias y leche materna continua, entre los 9-11 meses tres comidas principales una entre comida adicional y pecho, a los 12-24 meses la alimentación quedará establecida en tres comidas principales y dos entre comidas adicionales, pero si el niño o la niña consumen

cantidades menores a su capacidad gástrica en cada comida, la frecuencia de comidas deberá ser mayor que los valores mencionados anteriormente.

### **Cantidad de los alimentos**

Comenzar a los seis meses de edad con cantidades pequeñas de alimentos y aumentar la cantidad conforme crece el niño, mientras se mantiene la lactancia materna, por otro lado tenemos que la capacidad gástrica de la niña o niño guarda relación con su peso (30g/kg de peso corporal) estimándose así el volumen que puede tolerar en cada comida.

Por lo tanto asegurar que las necesidades energéticas sean satisfechas. Estas necesidades son de aproximadamente 600 kcal al día a los 6 a 8 meses de edad, 700 kcal al día a los 9 a 11 meses de edad y 900 kcal al día a los 12 a 23 meses de edad.

La niña o el niño van aceptando gradualmente los alimentos nuevos mediante un incremento lento de la cantidad que acepta, los lactantes amamantados aceptan mayores cantidades de alimento que los lactantes que toman formulas.

A partir de los 6 meses se le dará a la niña o niño 2 a 3 cucharadas de comida dos veces al día, entre los 7-8 meses  $\frac{1}{2}$  taza (100g ó 3 a 5 cucharadas aproximadamente) tres veces al día, entre los 9-11 meses se incrementara a  $\frac{3}{4}$  de taza (150g ó 5 – 7 cucharadas aproximadamente) tres veces al día más una entre comida, entre los 12-24 meses 1 taza (200g ó 7 a 10 cucharadas aproximadamente), tres veces al día más dos entre comidas adicionales.

En los procesos infecciosos es un periodo donde la niña o niño pierden el apetito y por ende bajan de peso, por eso se recomienda ofrecer alimentos con más frecuencia en pequeñas cantidades (entre 6-8 veces) para evitar la desnutrición. <sup>(23)</sup>

## **ETAPAS DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA**

- **Inicial:** Donde los nuevos alimentos deben comportarse como complemento del régimen lácteo, ya que el mayor aporte de energía y nutrientes proviene de la leche.
- **Intermedia:** Llamada también de mantenimiento; donde los alimentos progresivamente se convierten en suplementos de alimentación láctea, pasando la leche de ser complementos de nuevos alimentos.
- **Final:** Que consiste en el empalme con la alimentación habitual del hogar o la familia. <sup>(24)</sup>

## **RIESGOS DE UNA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA INADECUADA**

Riesgos de un inicio temprano de la alimentación complementaria (Antes de los 6 meses):

La alimentación complementaria o la introducción de otros alimentos diferentes a la leche materna antes de los 6 meses es innecesaria y podría representar grandes riesgos para el estado nutricional y la salud del lactante (OMS.1998), como:

- Disminución de la ingestión de leche materna y desplazamiento de la alimentación al pecho por alimentos menos nutritivos que aún no requiere el lactante, lo cual puede ocasionar desnutrición.
- Disminución de producción de leche materna en la madre.
- Deficiente digestión y absorción de nutrientes y diarrea.
- "Alimentación forzada" debido a que el lactante, por su inmadurez neuromuscular, es incapaz de demostrar saciedad, llevando a la obesidad. (Sobrealimentación).
- Alergias alimentarias y diabetes mellitus insulina - dependiente (Tipo 1) en lactantes susceptibles.
- Inmadurez neuromuscular: conllevando a problemas de deglución, aspiración con tos y ahogamiento.

- Deshidratación.
- Mayor riesgo de caries dental.
- A largo plazo hábitos alimentarios indeseables.
- Contaminación de los alimentos complementarios, que aumenta el riesgo de diarrea y otras enfermedades infecciosas.

Riesgos de un inicio tardío de la alimentación complementario (Después de los 6 meses):

- Si la alimentación complementaria empieza después de los 6 meses de edad, el niño no recibirá suficiente nutrientes y alimentos de acuerdo a su requerimiento, el cual puede ser más difícil el periodo de adaptación a nuevas consistencias, texturas y sabores de los alimentos.
- Insuficiente energía para apoyar un óptimo crecimiento y desarrollo.
- Dificultad para la aceptación de otros alimentos.
- Aumenta el riesgo de malnutrición.
- Aumenta la deficiencia de micronutrientes, principalmente el hierro. <sup>(25)</sup>

## **INCORPORACIÓN DE ALIMENTOS RICOS EN HIERRO EN LA DIETA DEL NIÑO:**

Los niños nacen con reservas de hierro suficientes para cubrir sus demandas nutricionales entre los 4 a 6 meses. Por otro lado, la leche materna, aunque tiene pocas cantidades de hierro su absorción es muy eficiente comparada con otras leches. El inicio de la alimentación complementaria es de suma importancia porque las reservas de hierro están agotándose y el crecimiento del niño continúa.

El hierro es un componente fundamental en muchas proteínas y enzimas que nos mantienen en un buen estado de salud. Alrededor de dos tercios de hierro de nuestro organismo se encuentra en la hemoglobina, proteína de la sangre que lleva el oxígeno a los tejidos y le da la coloración característica. El resto se encuentra en pequeñas cantidades en la mioglobina, proteína que

suministra oxígeno al músculo, y en enzimas que participan de reacciones bioquímicas (oxidación intracelular).

Clasificación:

- El hémico es de origen animal y se absorbe en un 20 a 30%. Su fuente son las carnes (especialmente las rojas). Este hierro no es significativamente afectada por la dieta.
- El no hémico, proviene del reino vegetal, es absorbido entre un 3% y un 8% y se encuentra en las legumbres, hortalizas de hojas verdes, salvado de trigo, los frutos secos, las vísceras y la yema del huevo. Su absorción tiene gran influencia de otros componentes de la dieta.

**Alimentos que favorecen la absorción:**

- Vitamina C (ácido ascórbico): mejora la absorción del hierro no hémico ya que convierte el hierro férrico de la dieta en hierro ferroso, el cual es más soluble y puede atravesar la mucosa intestinal.
- Otros ácidos orgánicos: ácido cítrico, ácido láctico y ácido málico también benefician la absorción de hierro no hémico.
- Proteínas de la carne: además de proveer hierro hémico (altamente absorbible) favorecen la absorción de hierro no hémico promoviendo la solubilidad del hierro ferroso.
- Vitamina A: mantiene al hierro soluble y disponible para que pueda ser absorbido. La combinación de vitamina A con hierro se usa para mejorar la anemia ferropénica (por deficiencia de hierro).

**Reducen la absorción:**

- Ácido fítico (fitatos): se encuentra en arroz, legumbres y granos enteros.
- Taninos: se encuentran en algunas frutas, vegetales, café, té (negro, verde) vinos, chocolate, frutos secos y especias (orégano). Pueden inhibir la absorción ya que se combinan con el hierro formando un compuesto insoluble.

- Proteínas vegetales: las proteínas de la soya tiene un efecto inhibitorio en la absorción del hierro no hémico que no depende del contenido de fitatos.
- Calcio: cuando el calcio se consume junto al hierro en una comida, el calcio disminuye la absorción de hierro hémico como el no hémico. El calcio tiene un efecto inhibitorio que depende de sus dosis. <sup>(26)</sup>

### **BENEFICIOS DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA**

Los beneficios físicos para el niño son un mejor desarrollo y crecimiento en sus valores ponderal es 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. <sup>(27)</sup>

### **BUENAS PRÁCTICAS DE HIGIENE EN LA MANIPULACION DE ALIMENTOS PARA EVITAR INFECCIONES:**

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 de comer al niño después de usar el baño o letrina y después de limpiar a un niño que ha defecado. Igualmente mantener limpias las manos y la cara del niño.
- 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 sus 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 comida que el niño pequeño deja en el plato no se deben guardar para un posterior consumo, pues se descomponen fácilmente, por ello deben ser consumidos al momento. <sup>(28)</sup>

## **INTERACCIÓN EN LA ALIMENTACIÓN**

Actualmente se reconoce que la alimentación complementaria óptima depende no solo de que alimentos se le ofrece al niño en sus comidas (que dar de comer), sino también es importante la manera de cómo, cuándo, dónde y quien da de comer a un niño.

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

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

Se aplican los principios de cuidado psico-social:

- Hablar con los niños durante las comidas, con contacto ojo a ojo, reconociendo que los momentos de comer son espacios de aprendizaje y amor.
- Alimentarlos despacio y con paciencia y animar a los niños a comer pero sin forzarlos.
- Dar de comer directamente a los niños pequeños y ayudar físicamente a los niños mayores cuando se alimentan solos, estando atentos y respondiendo sus señales de apetito y saciedad.
- Cuando los niños no quieren comer, experimentar con diferentes combinaciones de alimentos, sabores, texturas y maneras de animarlos a comer. <sup>(29)</sup>

### **REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES DEL NIÑO DURANTE LOS DOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA.**

El objeto de la nutrición infantil no es sólo conseguir un desarrollo ponderal adecuado, sino también evitar carencias nutricionales y prevenir enfermedades con alta morbilidad y mortalidad en el adulto, relacionadas con el tipo de alimentación.

El conocimiento de las necesidades nutricionales constituye la base teórica indispensable para determinar la alimentación ideal de un individuo en cualquier periodo de vida y en diferentes condiciones ambientales. Durante los primeros meses la nutrición del niño alimentado al pecho, que aumenta de peso a ritmo satisfactorio, ha sido y sigue siendo el patrón para establecer los requerimientos nutricionales en esta etapa. La capacidad que tiene el estómago de un niño es limitada, por lo tanto, la responsabilidad de priorizar y decidir que preparaciones le daremos de comer es vital para el futuro de los niños.

El estómago de un niño tiene una capacidad de 3% de su peso corporal, es decir, si un niño pesa 11.5 Kg. Su estómago podrá tener una capacidad de

345 g. éste volumen sólo puede ser llenado al 70%, pues hay que dejar espacio para los jugos gástricos necesarios para la digestión y para que los alimentos puedan amasarse con los movimientos del estómago. Esto significa que la capacidad del estómago de un niño será de 242 g. (casi una taza).

Cada vez que éste niño coma, sólo podrá ingerir 242g. de alimentos, ya sean líquidos, sólidos o semi sólidos.

Esta limitación generó que se recomendara consumir los alimentos sólidos antes que los líquidos para brindar un mayor aporte de energía y nutrientes al niño.

### **ESTADO NUTRICIONAL**

Es el resultado del balance entre la ingesta, absorción, utilización de los alimentos en concordancia con las necesidades para un adecuado mantenimiento y desarrollo de las funciones del organismo.

*Situación en que se encuentra una persona en relación con la ingesta de alimentos y adaptaciones fisiológicas tras el ingreso de nutrientes.*

**Nutrición.-** Es la ciencia que estudia el aprovechamiento de los nutrientes en nuestro organismo, y las necesidades del mismo, ya que el exceso o la deficiencia pueden conllevar a diferentes enfermedades. La ciencia de la nutrición es muy antigua ya en los años 2500ac el filósofo griego Alcmeón de Crotona afirmó que una nutrición deficiente o excesiva podría ser nociva para la salud, originando enfermedades.

La nutrición a su vez está sometida a factores condicionantes: como el potencial genético, factores sociales, económicos y culturales, que pueden actuar en forma favorable o desfavorable. Cuando se modifica el equilibrio de estos factores y se ve alterada la nutrición, se interrumpe el crecimiento y desarrollo del niño, dando lugar a la desnutrición infantil. El cerebro del niño de 0 a 3 años se encuentra en pleno desarrollo, formando conexiones intracelulares entre neuronas, las cuales se realizan a una velocidad y

eficiencia que no se repetirá el resto de su vida, definiendo las habilidades y potencialidades que logrará o desarrollara en su vida adulta.

Se estima que al nacer el ser humano tiene 100 mil millones de células en el cerebro, pero la mayor parte no están conectadas entre sí. En los primeros años de vida se producen billones de conexiones y sinapsis entre las células, en forma de redes. “Este proceso está influido poderosamente por factores medio ambientales, incluyendo entre ellos la nutrición, el cuidado, el afecto y la estimulación individual y en general, todos los estímulos sensoriales.

En los primeros años de vida el cerebro crece rápidamente alcanzando el 70% del peso del cerebro adulto y a los 5 años alcanzando un desarrollo potencial de 90%, por lo que los investigadores consideran que en este corto periodo de tiempo se puede presentar situaciones críticas o favorables que repercutirán en el futuro del niño, ya sea en la escuela y en el resto de toda su vida. <sup>(30)</sup>

### **Factores que afectan el estado nutricional.**

Educación:

- Conocimiento e importancia de los alimentos
- Hábitos alimentarios
- Distribución intrafamiliar de los alimentos
- Calidad alimentaria.
  - Prácticas de lactancia y alimentación complementaria.
  - Nivel económico.
- Saneamiento ambiental Inocuidad de los alimentos Disponibilidad de los alimentos.

### **Valoración del estado nutricional**

De acuerdo con la OMS puede definirse a la evaluación del estado nutricional como la interpretación de la información obtenida de estudios bioquímicos antropométricos y otros.

**La antropometría** Ciencia que estudia las medidas del cuerpo humano, la cual se utiliza para evaluar el estado nutricional del individuo. Esta ciencia

permite medir longitudes, anchos, grosores, circunferencias, volúmenes, centros de gravedad y masas de diversas partes del cuerpo, las cuales tienen diversas aplicaciones.

El término antropometría proviene del griego anthropos (hombre) y metrikos (Medida).

**Crecimiento:** El crecimiento es el aumento de células y por lo tanto aumento de la masa corporal hasta adquirir las características del adulto. Desde una célula (huevo fecundado) hasta un individuo adulto, con su tamaño, morfología, composición corporal y maduración de funciones, y se lleva a cabo gracias al consumo adecuado de nutrientes.

El niño se irá siendo adulto a través de lo que come, por lo que la nutrición en este periodo de la vida es de suma importancia, convirtiéndose en un factor determinante, no solo para el mantenimiento de la vida y las funciones orgánicas, producción de energía y reparación de las lesiones, sino también para tener un adecuado crecimiento.

En las últimas décadas se ha demostrado la importancia de la nutrición en relación al crecimiento y desarrollo. En las etapas iniciales el organismo multiplica sus células por hiperplasia y luego el proceso es simultáneo por hipertrofia, ello implica que puede haber periodos críticos en que, si el proceso nutricional no se lleva a cabo de una manera adecuada, se pierde definitivamente la oportunidad de alcanzar el número óptimo de células y las consecuencias sean irreparables.

El crecimiento en la primera infancia comprende los 2 primeros años de vida posnatal, en este periodo hay una desaceleración del crecimiento en cuanto a la estatura en el primer año aumenta 25cm.

**Peso:** Expresa el crecimiento de la masa corporal en su conjunto. El mayor aumento de peso del niño tiene lugar en el primer semestre de vida, en los 6 primeros meses el niño aumenta 650g mensuales y duplica su peso al nacer por lo que a esa edad suele pesar unos 7kg, en el segundo semestre la ganancia de peso es más lenta; al año el niño suele pesar entre 9.5 a 10kg.

**Talla:** Es la dimensión que mide la longitud de todo el cuerpo. La talla de los 6 meses aumenta a razón de 2.5 cm mensuales, por lo que la altura media de los 6 meses es de 67 cm y en el segundo semestre el crecimiento de la talla es menor así que al año de vida el niño mide aproximadamente 77cm.

**Perímetro cefálico** La medición del perímetro cefálico nos da a conocer el crecimiento y desarrollo cerebral, al nacimiento el perímetro es tres cuartas partes de la talla, en un niño a término el promedio es de 33 hasta 37 cm. Algunas de las suturas craneanas deben estar cerradas, en las separadas no debe haber una distancia mayor de 5cm y todas se osifican por completo después de la pubertad. El recién nacido presenta las fontanelas anterior y posterior abiertas, la primera mide de 1 - 3 cm y se debe cerrar a los 14 meses de vida y la fontanela posterior debe cerrarse a los 2 o 3 meses de edad.

**Desnutrición** Desequilibrio celular entre la oferta y la demanda de nutrientes y energía que necesita el organismo, la misma también se asocia al consumo de una dieta pobre de macro nutrientes y micronutrientes.

Según la OMS es la falta de alimentos que aportan calorías, nutrientes, vitaminas y minerales al organismo para mantener un estado de salud y peso acorde con la edad.

La desnutrición calórica proteica es un problema, pero no es la única en relación con la desnutrición, también hay desnutrición “escondida” por un déficit de vitaminas y minerales como: Hierro, Vitamina A, Vitamina B, Zinc y Yodo. El más importante de estos problemas es la anemia por déficit de hierro, que genera mucho cansancio físico e intelectual.

Dentro de la desnutrición calórica proteica se reconocen 3 tipos: Desnutrición crónica, aguda y global.

**Desnutrición crónica.-** Estado en que las niñas o niños tienen una talla menor a lo esperado para su edad, que puede ser por la Ingesta inadecuada de alimentos y nutrientes y episodios repetidos de enfermedades, y se mide como una deficiencia de (T/E).

Según ENDES, en el periodo de 2011, 2012, la desnutrición crónica en el Perú, en la zona Rural (44,7%) y Urbana (16,0%) Sierra (40,6%) y Lima (9,1%), en Huancavelica, hay mayor desnutrición crónica infantil con (56,6%) y según el grupo de edad 18-23 meses (36,7%), 48-59 m (26,5%) < 6 meses (12,6%)

Los hijos de las madres sin ningún nivel de educación presentan mayores proporciones de desnutrición crónica.

**Desnutrición aguda.-** Refleja el estado nutricional actual, se presenta con una delgadez extrema, masa muscular y grasa corporal se encuentran disminuidos, producto de una pérdida de peso asociada con períodos recientes de hambruna o enfermedad que se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo; se mide como una deficiencia de (P/T).

Los países africanos son los que más sufren desnutrición aguda por tener un elevado nivel de subnutrición y un nivel alto de desnutrición aguda (peso inadecuado para la talla) La desnutrición aguda mata, es culpable de un tercio de los 8,8 millones de muertes infantiles anuales en todo el mundo.

La emaciación es un indicador de desnutrición aguda que refleja un grave y reciente proceso que ha conducido a una pérdida de peso sustancial. Usualmente esto suele ser el resultado del hambre a largo plazo o enfermedad degenerativa.

**Desnutrición global** Llamada también desnutrición general, es la combinación de las dos primeras, se mide como deficiencia de (P/E).

**Indicadores bioquímicos.-** Son muy útiles para evaluar el estado nutricional de un individuo, que a veces puede presentarse por una inadecuada nutrición, puede ser a través de la medición de un nutriente o sus metabolitos en sangre, heces u orina, entre otros, o la medición de una variedad de compuestos en sangre y otros tejidos que tengan relación con el estado nutricional.

**Dosaje de hemoglobina.-** Constituye uno de los exámenes de laboratorio para indicar los valores de hemoglobina en sangre. Un descenso en los

valores de hemoglobina por debajo de los normales nos indica anemia. La OMS considera que los niños tienen anemia cuando sus valores de hemoglobina es  $< 11\text{gr/dl}$ .

**Anemia.-** Es la disminución de glóbulos rojos o hemoglobina en la sangre, la cual es la encargada de transportar el oxígeno y los nutrientes a todo el cuerpo, y por ende la persona o niño que no tiene suficiente hemoglobina se sentirá cansancio físico e intelectual, debilidad, mareos y dolores de cabeza. Los mismos se producen en la medula ósea y los componentes de la sangre son, los glóbulos rojos, los glóbulos blancos, las plaquetas y el plasma. La carencia de hierro es la causa más común de la anemia dando como resultado el 50% de las anemias del mundo, también la falta de ácido fólico, vitamina B12, vitamina C, vitamina E, vitamina B6, vitamina B2, son necesarios para mantener la estabilidad de los glóbulos rojos.

ENDES. La deficiencia nutricional debido a la falta de hierro en la alimentación diaria de los niños constituye alrededor del 50% de casos de anemia. El 46% de los niños menores de cinco padecen de anemia frente a 50% en el año 2014.

Según ENDES entre los años 2011 – 2013 primer semestre la prevalencia de anemia en menores de tres años disminuyó en 3.8% a nivel nacional, ósea que de 50.4% paso a 46.6%. En cambio la prevalencia de la anemia es mayor en la Sierra (54,9%) y en la Selva (50,9%), que contrastan con la Costa (38,9%); mientras que en la Sierra y la Selva la anemia afecta a cerca de seis y cinco de cada diez niños respectivamente; en la Costa solo afecta a cuatro de ellos, cerca de dos y alrededor de un niño menos que en la Sierra y la Selva.

### **Patrones de crecimiento del niño y la niña. OMS**

En el año 2012 la Organización Mundial de la Salud presentó el Nuevo Patrón Internacional de Crecimiento Infantil. Este nuevo instrumento es producto de un minucioso trabajo científico liderado y coordinado por la OMS y la

Universidad de las Naciones Unidas. Este trabajo consistió en la realización de un estudio multicéntrico en la que participaron ocho mil quinientos niñas y niños de Brasil, Estados Unidos, Ghana, India, Noruega y Omán. Estas niñas y niños fueron alimentados con leche materna como norma esencial para el crecimiento y desarrollo. Así, el estudio muestra de manera contundente que todas las niñas y niños, nacidos en cualquier parte del mundo, tienen el mismo potencial de crecimiento.

De acuerdo con este patrón todos los niños del mundo tienen el mismo potencial de crecimiento en talla, peso y coeficiente intelectual, por lo que más que factores genéticos o étnicos, lo que determina el desarrollo sano de un niño hasta los cinco años es la nutrición, las prácticas de alimentación, el medio ambiente y la atención sanitaria. Con este ambiente favorable que resulta en un buen estado de salud, acompañado de una actividad física adecuada, el potencial del factor genético de crecimiento se revela en su máxima expresión.

La OMS define como desnutrido a aquel niño que se encuentra por debajo de dos desviaciones estándar de la mediana de las curvas de referencia NCHS. Así tenemos:

Las zonas entre -1 y -2 DE nos indican zona de riesgo.

Las zonas < - 2 DE nos indica desnutrición crónica, aguda, global.

Las zonas – 1 y 2 DE nos indica talla y peso adecuados.

## **ROL DE LOS PADRES EN LA CRIANZA DEL NIÑO**

El ser padres responde a ser responsables prioritariamente de la nutrición, educación, afecto, estimulación y desarrollo del niño, por lo mismo el cuidar a los niños es una ardua responsabilidad lo cual ha repercutido frecuentemente en el rol de las mujeres y más aún si se trata de una madre sola.

Muchos teóricos relacionan esta responsabilidad con el apego del niño hacia la madre y el tiempo permanente de ella con el niño. Es por eso que

dependerá de la madre y sus cuidados el desarrollo saludable de su hijo teniendo como eje primordial la alimentación y el afecto que le brinda aun antes del nacimiento lo cual repercutirá a nivel cognitivo, social, y lenguaje, de esta manera la mujer en su rol de madre poseen objetivos primordiales dentro de la sociedad.

Estas son algunas características que debe tener la madre como cuidadora:

El cuidado que debe brindar la madre debe ser afectivo ya que es importante no sólo para la supervivencia del niño sino también para su óptimo desarrollo físico, mental, y para una buena adaptación, contribuyendo al bienestar general y felicidad del niño, que en otras palabras es una buena calidad de vida. La madre que realiza el cuidado de su niño debe contar con una buena salud física, emocional y social. No debe mostrarse ante él con preocupaciones, irritabilidad, o tristeza. Debe presentarse ante él con alegría y cariño. Debe brindarle seguridad, protección al niño, pero a la vez estimulando la autonomía del niño

Las madres deben ser siempre precavidas, proteger a su niño de cualquier peligro y estar siempre alertas.

Con respecto a su alimentación la madre debe saber que es un factor central en las primeras relaciones de ella y el niño. La madre pronto descubre que alimentando al niño consigue que se tranquilice y retorne a una situación de bienestar. A la vez el niño descubre que algo sucede cuando siente un malestar importante (hambre) y llora. Lo cual es calmado cuando la madre le brinda alimentación al niño. En los primeros meses el niño, irá descubriendo esta respuesta y progresivamente el hambre será mejor tolerado, porque va percibiendo que su alimentación es regular y estable. La madre debe ser paciente hasta que el niño se acostumbre a la alimentación complementaria, tener conocimiento de cómo reaccionará su niño a la nueva introducción de alimentos le ayudará a realizar mejor su cuidado nutricional del niño.

Por ejemplo la madre debe saber que cuando se introducen alimentos semisólidos a un lactante que aún no es capaz de mantenerse sentado, es recomendable que ella se sienta frente a una mesa donde haya colocado el plato con el alimento y la cuchara, siente a su hijo sobre sus piernas y le permita recargarse contra su brazo izquierdo. Con la cuchara en la mano derecha puede golpear el borde del plato para llamar la atención de su hijo con este sonido. La cuchara, ya cargada con el alimento, se acerca a la boca del niño a una altura que pueda seguirla con los ojos. Se introduce el alimento suavemente, sin forzar al niño para que abra la boca. Se espera a que trague perfectamente y se inicia una nueva cucharada o se interrumpe si el niño muestra resistencia a continuar alimentándose.

Esta nueva experiencia es vivida por el niño en estrecho contacto físico con su madre y en una forma compleja en que se integran estímulos afectivos, táctiles, sonoros, visuales y gustativos. Hacia los siete u ocho meses, el niño intenta tomar los alimentos con su mano, y también con la cuchara.

Esta iniciativa representa el inicio de la autonomía en la alimentación y es conveniente que la madre respete y estimular esos intentos. A esta edad, puede ofrecérsele los líquidos en vaso o taza y permitirle que los tome él mismo, aunque derrame gran parte del contenido.

De este modo, alrededor del año de edad el niño es capaz de alimentarse adecuadamente por sí solo.

De este modo la madre con conocimiento de estas pautas permitirá que su niño obtenga un óptimo crecimiento y desarrollo a nivel cognitivo, emocional y social.

Para cumplir todo ello la madre debe de conocer y ser educada por el personal de enfermería sobre las “Prácticas Familiares claves para el crecimiento y desarrollo infantil saludable” propuestas por el AIEPI, en esta se establecen 16 claves de las cuales cuatro están relacionadas con el crecimiento del niño.

## TEORÍA DE ENFERMERÍA

Ramona Mercer Inicia su carrera de Enfermería en 1950 en la escuela de Enfermería St. Margaret en Montgomery (Alabama). Se graduó y recibió el premio L. L. Hill por su excelencia académica. Se licenció en Enfermería en 1962 Universidad de Nuevo México (Albuquerque). Es una Enfermera que se dedicó al estudio e investigación sobre la salud Materno Infantil y la Familia. Ramona Mercer, con su teoría Adopción del Rol Maternal (ARM), propone la necesidad de que los profesionales de la Enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción del rol maternal.

Ramona Mercer muy conocida por su trabajo en la definición de la identidad del rol maternal como proceso de unión al niño y a la identidad o verse a uno mismo en el rol o sentirse cómodo con él. Además utilizo las teorías de Rol y de Desarrollo y en gran medida un planteamiento interactivo con respecto a la teoría del rol, recurriendo a la teoría sobre la presentación del rol y a la teoría de Turner sobre el núcleo del Yo.

También refiere que Llega un momento en la vida del niño en que la leche materna no es suficiente para satisfacer todas sus necesidades nutricionales; ello no significa que la leche haya perdido sus propiedades sino que no basta. La leche debe ser el alimento fundamental, cualitativa y cuantitativamente durante el primer año de vida y sigue siendo una fuente importante de nutrientes durante el segundo año y después.

### **2.3 Definición de términos básicos.**

**PRÁCTICAS:** Es la respuesta expresada por la madre sobre todas aquellas actividades que realiza en la alimentación complementaria en torno a las medidas higiénicas en la manipulación y preparación de alimentos y la interacción en el momento de la alimentación del niño a partir de los seis hasta los 12 meses de edad.

**LACTANTE:** Son todos aquellos niños de ambos sexos de 6 a 12 meses, que son atendidos en la estrategia de CRED.

**MADRE:** Es la persona de sexo femenino encargada del cuidado del niño de 06 a 12 meses que asiste a la estrategia de CRED.

**ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA:** Es la incorporación de otros alimentos junto con la leche materna en los niños a partir de los seis meses de edad.

**ESTADO NUTRICIONAL:** Es el resultado del balance entre la ingesta, absorción, utilización de los alimentos en concordancia con las necesidades para un adecuado mantenimiento y desarrollo de las funciones del organismo.

**CRECIMIENTO.-**Desarrollo físico del lactante, el cual consiste en un aumento progresivo de la masa corporal, lográndose con una adecuada alimentación, en conjunto con el apoyo de los padres. Será evaluado por medio de las variables antropométricas mediante el peso, talla y perímetro cefálico.

**DESARROLLO.-**Habilidades que va adquiriendo el bebé en el transcurso de su crecimiento, se incluye motricidad gruesa y fina, audición- lenguaje, personal-social.

**ALIMENTOS ESENCIALES (MACRO NUTRIENTES).-**Forman parte de los alimentos protectores, constructores y energéticos que son indispensables para el niño.

**CONSISTENCIA DE LOS ALIMENTOS.-**Características de los primeros alimentos que brindan las madres a sus bebés, de acuerdo como van creciendo que puede ser aplastados, triturados, picados, hasta comer de la olla familiar.

**FRECUENCIA DE LOS ALIMENTOS.-**Número de comidas que la madre ofrece a su bebé, el número apropiado depende de las demandas del bebé, de 6 – 9 meses son 3 comidas más 2 meriendas y de 9- 12 meses son 4 comidas más 2 meriendas.

**HIGIENE DE LOS ALIMENTOS.-**Medidas prácticas y apropiadas que realizan las madres con los alimentos antes de proporcionar a sus bebés, como lavado de manos, de alimentos crudos, entre otros.

## **2.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL**

Existe relación entre las prácticas de alimentación complementaria con el estado nutricional de los niños de 6 meses a 3 años que acuden al programa Cuna MÁS en el distrito de Santiago - 2017.

## **2.5. VARIABLES**

### **VARIABLE DEPENDIENTE**

Estado nutricional

### **VARIABLE INDEPENDIENTE**

Prácticas sobre alimentación complementaria

### 2.5.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA	INSTRUMENTO
ESTADO NUTRICIONAL	Resultado de una adecuada ingesta de alimentos nutritivos en concordancia con las necesidades para un adecuado mantenimiento y desarrollo de las funciones del organismo que pueden ser favorables o desfavorables.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso</li> <li>• Talla</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gramos</li> <li>• Centímetros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desnutrición crónica</li> <li>• Desnutrición aguda</li> <li>• Desnutrición global</li> <li>• Normal</li> <li>• obeso</li> </ul>	NIOSH

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	INSTRUMENTO
PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	Conjunto de medidas que se toman con el fin de brindar una adecuada alimentación al lactante de 6 meses de edad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prácticas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consistencia</li> <li>• Frecuencia</li> </ul>	ENCUESTA

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Tipo de estudio analítico, de corte transversal, porque se consideró dos variables. Transversal porque la medición de las variables se realizó en un solo momento; este tipo de investigación estudia los aspectos de desarrollo de los sujetos y el comportamiento de las variables en un periodo de tiempo.

##### **3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

Relacional

##### **3.1.3. MÉTODO**

Inductivo pues el análisis es por cada variable

**3.2. DELIMITACIÓN ESPACIAL:** La investigación se realizó en el programa Cuna MÁS en el distrito de Santiago

### **3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **3.3.1. POBLACIÓN**

40 niños de 6 meses a 3 años que acuden al programa Cuna más en el distrito de Santiago porque es la cantidad de niños que asisten a diario y 40 madres.

#### **3.3.2. MUESTRA**

La investigación se realizó en la población.

### **3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **3.4.1. TÉCNICA**

En la presente tesis se utilizó la técnica de encuesta y como instrumento se utilizó el Cuestionario, el cual fue aplicado en forma personal a cada Madre por parte de la investigadora; considerándose a estos como medios efectivos para recolectar datos reales sobre el presente estudio.

**1. Consentimiento informado:** Con el cual se solicitó el consentimiento de la madre para participar en la investigación.

**2. Recolección de datos:** Con la cual se obtuvo las características sociodemográficas de la madre e hijo.

**3. Encuesta:** Se aplicó a las madres para determinar las prácticas de las madres sobre alimentación complementaria.

### 3.4.2. INSTRUMENTOS

1. Ficha de recolección de datos: Es un instrumento que indagará los datos personales de la madre y del hijo y constará de varias premisas (ANEXO)

2. Cuestionario de encuesta: Consistirá en un cuestionario impreso, conformado por preguntas cerradas, las cuales tendrán una respuesta correcta. (ANEXO)

Para medir las prácticas de alimentación complementaria se utilizó:

LA ESCALA DE STAPEL:

PRACTICAS ADECUADAS                      4 - 6 puntos

PRACTICAS INADECUADAS                  0 - 3 puntos

### ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio no afectó en nada a la madre ni al niño ya que se respetó el derecho del consentimiento informado de participación de cada madre. La investigadora defendió, y respetó en su integridad a todas las normas, principios legales y éticos que garanticen el carácter reservado y se le garantizó el anonimato.

### 3.5. Plan de procesamiento de datos

Los datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS v23 de donde se obtuvieron las tablas para su respectivo análisis, y los gráficos fueron procesadas en el programa Excel. La estadística a emplear fue inferencial.

**CAPITULO IV**  
**RESULTADOS**

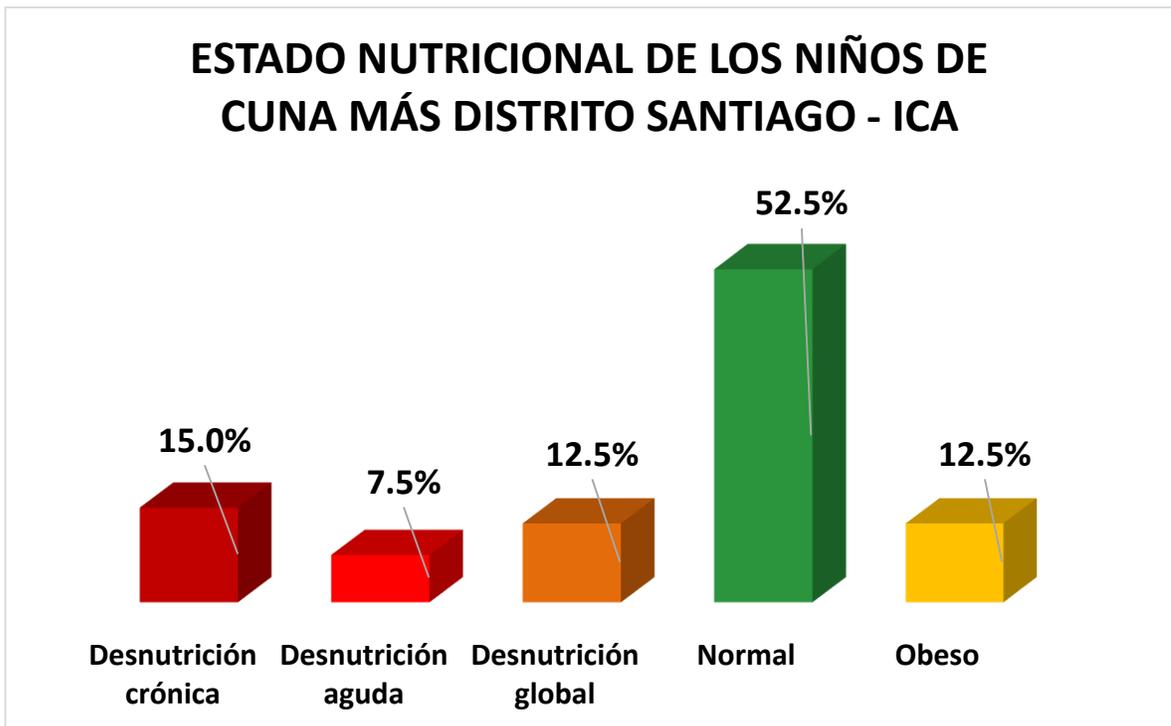
**TABLA N° 01**  
**ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 6 MESES A 3 AÑOS DEL PROGRAMA**  
**CUNA MÁS EN EL DISTRITO DE SANTIAGO – ICA 2017, SEGÚN**  
**INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS.**

Estado nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Desnutrición crónica	6	15.0%
Desnutrición aguda	3	7.5%
Desnutrición global	5	12.5%
Normal	21	52.5%
Obeso	5	12.5%
Total	40	100.0%

Fuente: Cuna MÁS distrito Santiago Ica

En la tabla se observa que el 15% de los niños presentan desnutrición crónica, el 7.5% desnutrición aguda, el 12.5% desnutrición global, el 52.5% son normales, el 12.5% presentan obesidad

**Gráfico N° 01**



**TABLA N° 02**

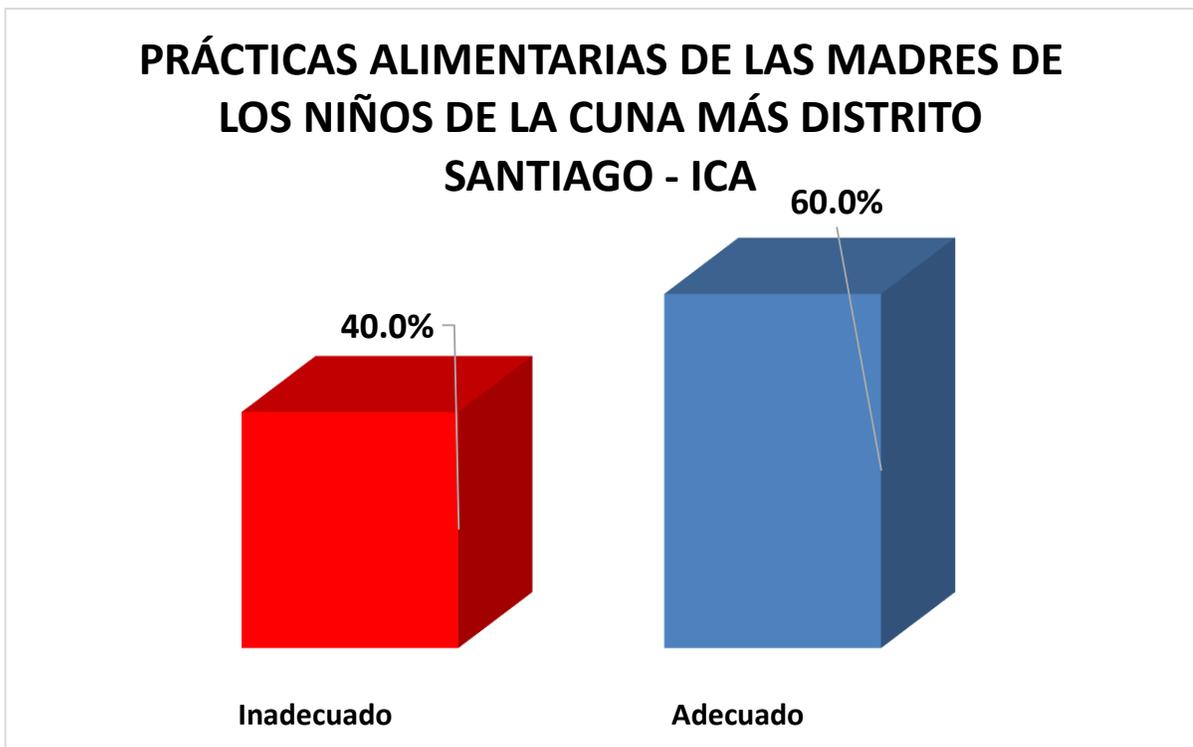
**PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE LAS MADRES QUE ACUDEN AL PROGRAMA CUNA MÁS EN EL DISTRITO DE SANTIAGO - ICA 2017 SEGÚN: DIMENSIONES DE CANTIDAD Y FRECUENCIA**

<b>Estado nutricional</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Inadecuado	16	40.0%
Adecuado	24	60.0%
Total	40	100.0%

Fuente: Cuna MÁS distrito Santiago Ica

En la tabla se observa que el 40% de las madres tienen prácticas inadecuadas de alimentación complementaria, y el 60% tienen prácticas adecuadas de alimentación complementaria.

**Gráfico N° 02**



**TABLA N° 03**  
**RELACIÓN ENTRE LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE LAS MADRES Y EL**  
**ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 6 MESES A 3 AÑOS DEL PROGRAMA CUNA MÁS EN EL**  
**DISTRITO DE SANTIAGO – ICA 2017**

Prácticas de alimentación	D. Crónica		D. Aguda		D. Global		Normal		Obeso		Total	
	Ni	%	Ni	%	Ni	%	Ni	%	Ni	%	Ni	%
Inadecuada	4	66.7%	2	66.7%	4	80.0%	3	14.3%	3	60.0%	16	40.0%
Adecuada	2	33.3%	1	33.3%	1	20.0%	18	85.7%	2	40.0%	24	60.0%
Total	6	100%	3	100%	5	100%	21	100%	5	100%	40	100%

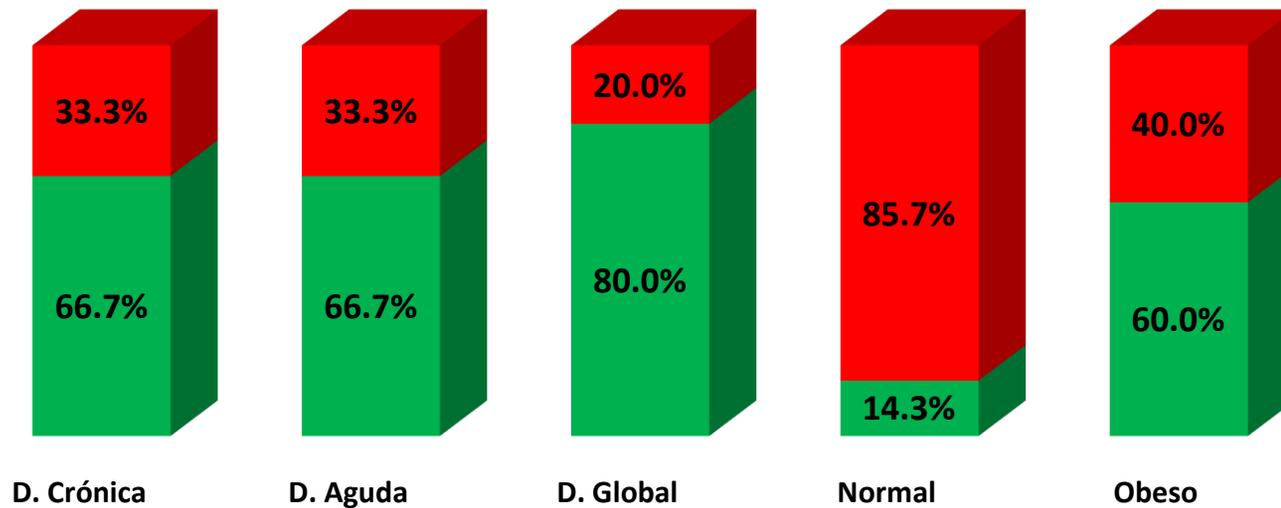
Fuente: Cuna Más distrito Santiago Ica.

La tabla muestra una relación significativa entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional de los niños, pues el porcentaje de prácticas de alimentación inadecuadas es mayor en los niños que muestran estados nutricionales disminuidos, incluso en los niños obesos, mientras que los niños normales en su mayoría proceden de madres con prácticas de alimentación adecuada.

GRÁFICO N° 03

**RELACIÓN ENTRE PRÁCTICAS ALIMENTARIAS Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE LA CUNA MÁS DISTRITO SANTIAGO - ICA 2017**

■ Inadecuada ■ Adecuada



## **CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN**

El presente determinó que los estados nutricionales de los niños de la Cuna Más del distrito de Santiago de la Región Ica presentan estados nutricionales disminuidos en alto porcentaje 35% distribuido de la siguiente manera:

La tabla N° 01 muestra que existe desnutridos crónicos 15%, desnutridos agudos 7.5% y desnutridos globales 12.5%, así mismo existe un 12.55 de niños en estado de obesidad, presentando estados nutricionales el 52.5%, ello revela las deficiencias alimentarias que brindan las madres a sus hijos por diversos motivos.

La tabla N° 02 evaluó las prácticas de alimentación complementaria que brindan las madres a sus hijos, revelándose que el 40% de ellas tienen prácticas inadecuadas de alimentación complementaria, las que se manifestarán en el estado de nutrición de sus hijos como lo mostrará el siguiente resultado. Al respecto Cisneros P. (2015) en Chiclayo concluye que en prácticas alimentarias se muestra el 76% de las madres tenían una práctica adecuada, y el 24% practicas inadecuadas, con diferencias con respecto a nuestros resultados.

La tabla N° 03, finalmente relacionó las prácticas alimentarias de las madres con estado nutricional de sus hijos encontrándose que los niños que proceden de madres con prácticas inadecuadas de alimentación complementaria están más propensos a ser desnutridos o de lo contrario, obesos pues este último caso

también es producto de una alimentación exagerada que finalmente es también práctica inadecuada, mientras que los niños que proceden de madres con prácticas adecuadas de alimentación complementaria gozan en su mayoría de un estado nutricional normal. Definiéndose pues que existe relación significativa entre las prácticas de alimentación complementaria con el estado nutricional de los niños en esta Cuna del distrito de Santiago en Ica. Así lo demostró también Dany Díaz, (2013) en Lima, concluye que las inadecuadas prácticas de ablactancia si se relacionan de modo significativo con el estado nutricional y desarrollo psicomotor de los niños y niñas lactantes de la comunidad de Manchay.

## **CONCLUSIONES**

El 15% de los niños presentan desnutrición crónica, el 7.5% desnutrición aguda, el 12.5% desnutrición global, el 52.5% son normales, el 12.5% presentan obesidad.

El 40% de las madres tienen prácticas inadecuadas de alimentación complementaria, y el 60% tienen prácticas adecuadas de alimentación complementaria.

Existe relación significativa entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional de los niños, a prácticas de alimentación inadecuadas mayor posibilidad de niños que muestran estados nutricionales disminuidos, incluso en los niños obesos, y, a prácticas de alimentación adecuada mayor posibilidad de niños con estado nutricional normal.

## **RECOMENDACIONES**

Realizar mayor intervención en el distrito de Santiago en madres que tienen niños menores de 3 años a fin de poder monitorizar la alimentación de los niños, así como sus condiciones de higiene de la vivienda y de sus alimentos.

Realizar charlas y concurso de alimentación complementaria, insistiendo en la frecuencia y calidad de los alimentos, la que se logra con campañas de difusión, actividades preventivo y promocionales.

Promover la lactancia materna exclusiva como paso previo a una buena alimentación complementaria según los estadios etéreos de los niños, buscando modos que no exista dificultades en la alimentación de los niños.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Unsihuay F. Conocimiento materno sobre Alimentación complementaria y Estado nutricional en el lactante Menor Huancayo, pág. 7 – 12. 2011
2. Crabtre U. Alimentación Complementaria. Ed. Minerva. pag 234. 2012.
3. Ministerio de Salud. Normas Técnicas de Salud “atención integral de salud de la niña y el niño” 2013.
4. Reducción de la mortalidad en la niñez (OMS) disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/index.html>. accesado el 23 de enero del 2017
5. García I. “caracterización de prácticas de alimentación complementaria a la lactancia materna que realiza la madre del niño (a) de 6 meses a un año de edad” Guatemala, 2014.
6. Jiménez C. Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses que acuden al centro de salud fortaleza, 2013.
7. Benites J. Relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que asisten al consultorio de cred, en el C.S. Conde De La Vega Baja, enero 2012.
8. García C. “Prácticas de alimentación complementaria en niños menores de 1 año de edad, de la comunidad el tablón del municipio de Sololá”, Guatemala, 2011.
9. Cisneros P. “Efectividad del programa educativo en conocimientos, prácticas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6 - 24 meses, Reque” Chiclayo. 2015.
10. Diaz D. Prácticas de ablactancia, estado nutricional y desarrollo psicomotor en lactantes de 6 - 12 meses de edad. comunidad de Manchay - lima 2013.
11. Zamora M. “Nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación infantil y las prácticas alimentarias en niños de 1 a 2 años. centro de salud materno infantil santa catalina, san pedro de Lloc, 2012”

12. Jiménez C. 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 2012.
13. Galindo A, Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el centro de salud "nueva esperanza", 2012
14. Eugenio F. "Nivel de conocimiento que tienen las madres sobre la alimentación en los niños preescolares y su relación con el estado nutricional en la institución educativa N° 74 – Fonavi La Angostura, ICA 2012"
15. Cifras de ENDES 2012 (Desnutrición crónica y anemia infantil bajaron menos de un punto porcentual en el 2012) disponible en: <http://www.inversionenlainfancia.net/web/blog/noticia/437>
16. Olivera V. Intervención de Enfermería; Conocimientos y prácticas de las Madres sobre Investigación en Centros de Salud de la Familia. Oeste Natal Brasil, Diciembre. -2013.
17. Grupo de Cuidado. El Arte y la Ciencia del Cuidado. Universidad Nacional de Colombia. Santa fe de Bogotá. UNIBIBLOS. 2012
18. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición / Instituto Nacional de Salud Resultados del Programa Articulado de Nutrición según el MONIN. 2011
19. Ministerio de salud -Reglamento Nacional de alimentación infantil de Perú - 2012.
20. Rueda E. Pediatría eficiente. Editorial Médica 6ta edición Panamericana. 2012.
21. Serra L. "Nutrición y Salud Pública". Ed. Elsevier. 2da edición España 2013.
22. Meza C, "Manual de educación alimentaria para una comunidad". Lima-Perú. 2014.
23. Dewey K. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington. Organización Panamericana de la Salud, 2013.
24. Wales J. Enciclopedia abierta 2012 disponible en: <http://wikipedia.org/wiki/conocimiento>. Accesado el 30 de enero del 2017.

25. Comisión Económica y Desnutrición para América latina y el Caribe Cepal y el UNICEF. documento de las actividades del proyecto conjunto sobre pobreza infantil, desnutrición desigualdad y ciudadanía. disponible en: [www.unicef.org/lac-libro-pobreza-infantil América latina- 2011](http://www.unicef.org/lac-libro-pobreza-infantil-América-latina-2011).
26. Hernández M. y Col. Metodología de la Investigación. México: McGraw – Hill Interamericana. 2012
27. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado Organización Panamericana de la Salud, Washington DC.2013.
28. Hernández T. Alimentación Complementaria. Curso de Actualización Pediatría. Madrid: AEPap. Pág. 250. 2013
29. Meneghello J. Pediatría. Editorial Panamericana. 5taed. España.2013.
30. Nuevo patrón de crecimiento O.M.S. Portal del MINSA. Internet disponible en: [http:// www.minsa.gob.pe/oei](http://www.minsa.gob.pe/oei)

# ANEXOS

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLES	DIMENSION	INDICADORES	INSTRUMENTO
¿Cuál es la relación entre las prácticas de la alimentación complementaria de las madres y el estado nutricional de los niños de 6 meses a 3 años del programa Cuna MÁS en el distrito de Santiago - 2017?	Determinar la relación entre las prácticas de alimentación complementaria de las madres y el estado nutricional de los niños de 6 meses a 3 años del programa Cuna MÁS en el distrito de Santiago – 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar el estado nutricional del niño de 6 meses a 3 años del programa Cuna más – 2017, según indicadores antropométricos.</li> <li>Identificar las prácticas de alimentación complementaria de las madres que acuden al programa Cuna más en el distrito de Santiago – 2017 según: dimensiones de cantidad y frecuencia</li> </ul>	<p><b>Variable 1</b> ESTADO NUTRICIONAL</p> <p><b>Variable 2</b> PRÁCTICAS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA</p>	<p>PESO</p> <p>TALLA</p> <p>PRÁCTICAS</p>	<p>- Gramos</p> <p>- Centímetros</p> <p>- Frecuencia</p> <p>- Consistencia</p>	<p>NIOSH</p> <p>ENCUESTA</p>



**Anexo N°1: Ficha de Consentimiento Informado**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

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

Por la presente yo, \_\_\_\_\_, Con  
Dirección

en \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_ autorizo y acepto participar en el proyecto  
titulado “PRÁCTICAS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y ESTADO  
NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 6 MESES A 3 AÑOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA  
CUNA MÁS EN EL DISTRITO DE SANTIAGO - 2017”

La investigadora me ha explicado que este proyecto que es fundamental para medir las  
prácticas sobre alimentación complementaria.

Estoy enterado y acepto que los datos demográficos y los resultados de la encuesta sean  
analizados, discutidos y autorizo sean utilizados para su publicación en revistas  
científicas internacionales y en textos especializados.

Con el conocimiento de que nunca seré identificado y siempre se mantendrá el anonimato  
y confidencialidad de mi identidad personal. Los resultados se analizarán como grupo y mi  
nombre no aparecerá en la publicación.

Estoy enterado(a) que este estudio es confidencial y libre de costo.

ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA



## Anexo N°2: Ficha de Recolección de Datos

### ENCUESTA DE PRÁCTICAS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y ESTADO NUTRICIONAL

#### DATOS DEL NIÑO:

1. EDAD .....meses
2. SEXO: MASCULINO ..... FEMENINO.....
3. PESO:.....
4. TALLA:.....

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL: P/E.....

T/E.....

P/T.....

#### Instrucciones

A continuación encontrarás una serie de enunciados con tres opciones de respuesta. Coloca un aspa (X) en la opción que considere correcta:

#### PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE 6 A 12 MESES

**1. Cuándo inició a brindar alimentos a su bebé, de qué manera los ofreció:**

**a) Aplastadas en forma de papilla.**

b) Licuadas.

c) Líquidas.

**2. Con qué frecuencia brinda frutas, verduras a su niño.**

a) Una vez a la semana

b) Dos veces a la semana

**c) Todos los días.**

**3. Cuántas comidas al día brinda a su niño de 6 a 8 meses ?**

a) 2 comidas

**b) 3 comidas**

c) 3 comidas más dos refrigerios

**4. Cuánto de aporte energético necesita su niño de 9 meses?**

a) 400 kcal

b) 200 kcal

**c) 300 kcal**

**5. Qué cantidad debe comer el niño de 9 a 11 meses cada vez que lo alimenta?**

a) 3 a 4 cucharas

**b) 5 a 7 cucharas**

c) 10 a 12 cucharas

**6. Qué alimentos le debe de dar a su niño de 12 meses?**

a) Semilíquidos

b) Triturados

**c) De la olla familiar**



ENCUESTA DE PRÁCTICAS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y  
ESTADO NUTRICIONAL

**PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE 1 a 2 AÑOS**

**DATOS DEL NIÑO:**

1. EDAD .....meses
2. SEXO: MASCULINO..... FEMENINO.....
3. PESO:.....
4. TALLA:.....

**DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL: P/E.....**

**T/E.....**

**P/T.....**

**Instrucciones**

A continuación encontrarás una serie de enunciados con tres opciones de respuesta. Coloca un aspa (X) en la opción que considere correcta:

**1. Qué consistencia deben tener los alimentos que se le brinda a su niño?**

- a) Aplastados
- b) En trozos**
- c) Liquida

**2. Cuántas veces al día se debe alimentar su niño?**

- a) 3 veces
- b) 4 veces
- c) 5 veces**

**3. Qué cantidad debe comer el niño de 1 año cada vez que lo alimenta?**

a) 5 a 7 cucharadas

**b) 7 a 10 cucharadas**

c) 10 a 12 cucharadas

**4.Cuál es la mejor combinación de alimentos para el niño de 18 meses?**

a) Mazamorra, sopas y leche materna

b) Leche, mazamorra y sopa de res.

**c) Comida de la olla familiar y leche materna**

**5. Cuánto de proteínas debe consumir su niño?**

a) 1.3 kcal

b) 1.5 kcal

**c) 1.7 kcal**

**6. Qué tipo de alimentos debe brindar a su niño?**

a) Lácteos: yogurt, leche, queso

b) Yema de huevo, pescado

**c) Todo lo que consume la familia**



ENCUESTA DE PRÁCTICAS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y  
ESTADO NUTRICIONAL

**PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE 2 A 3 AÑOS**

**DATOS DEL NIÑO:**

1. EDAD .....meses
  2. SEXO: MASCULINO..... FEMENINO.....
  3. PESO:.....
  4. TALLA:.....
- DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL: P/E.....

T/E.....

P/T.....

**Instrucciones:**

A continuación encontrarás una serie de enunciados con tres opciones de respuesta. Coloca un aspa (X) en la opción que considere correcta:

**1. Qué consistencia deben tener los alimentos que se le brinda a su niño?**

a) Picado

**b) De la olla familiar**

c) Liquida

**2. Cuántas comidas al día brinda a su niño?**

**a) 5 comidas**

b) 3 comidas

c) 6 comidas

**3. Qué cantidad le brinda de leche al día a su niño?**

- a) 300 ml
- b) 150 ml
- c) 500 ml**

**4. Qué cantidad de líquidos debe consumir el niño?**

- a) 1 Litro
- b) 1.3 a 1.7 Litros**
- c) 2 Litros

**5. Con qué frecuencia brinda al día frutas y verduras a su niño?**

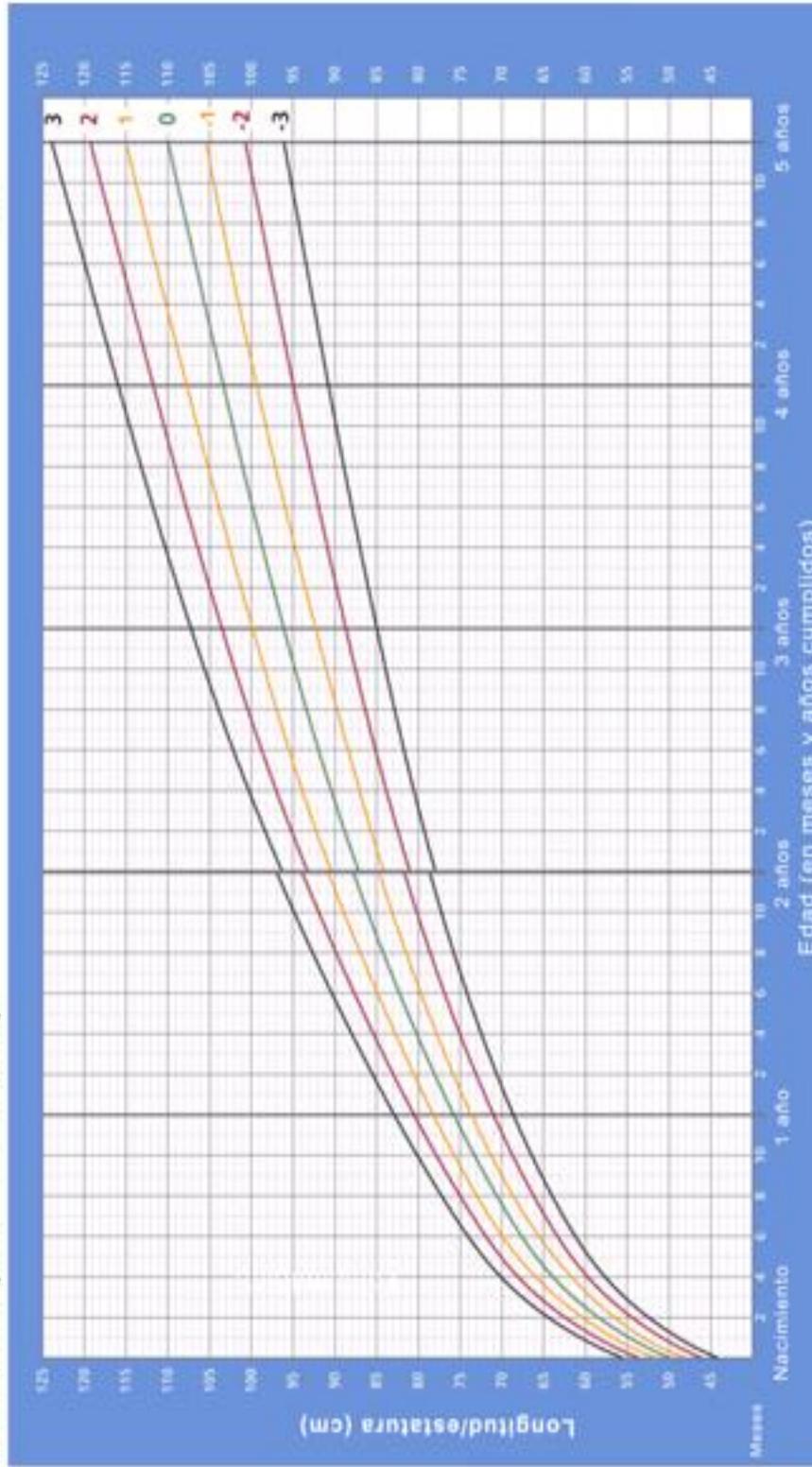
- a) 1 vez
- b) 5 veces
- c) 2 a 3 veces**

**6. Para la preparación de los jugos de su niño Ud. utiliza:**

- a) Agua de caño
- b) Agua hervida**
- c) Agua clorada

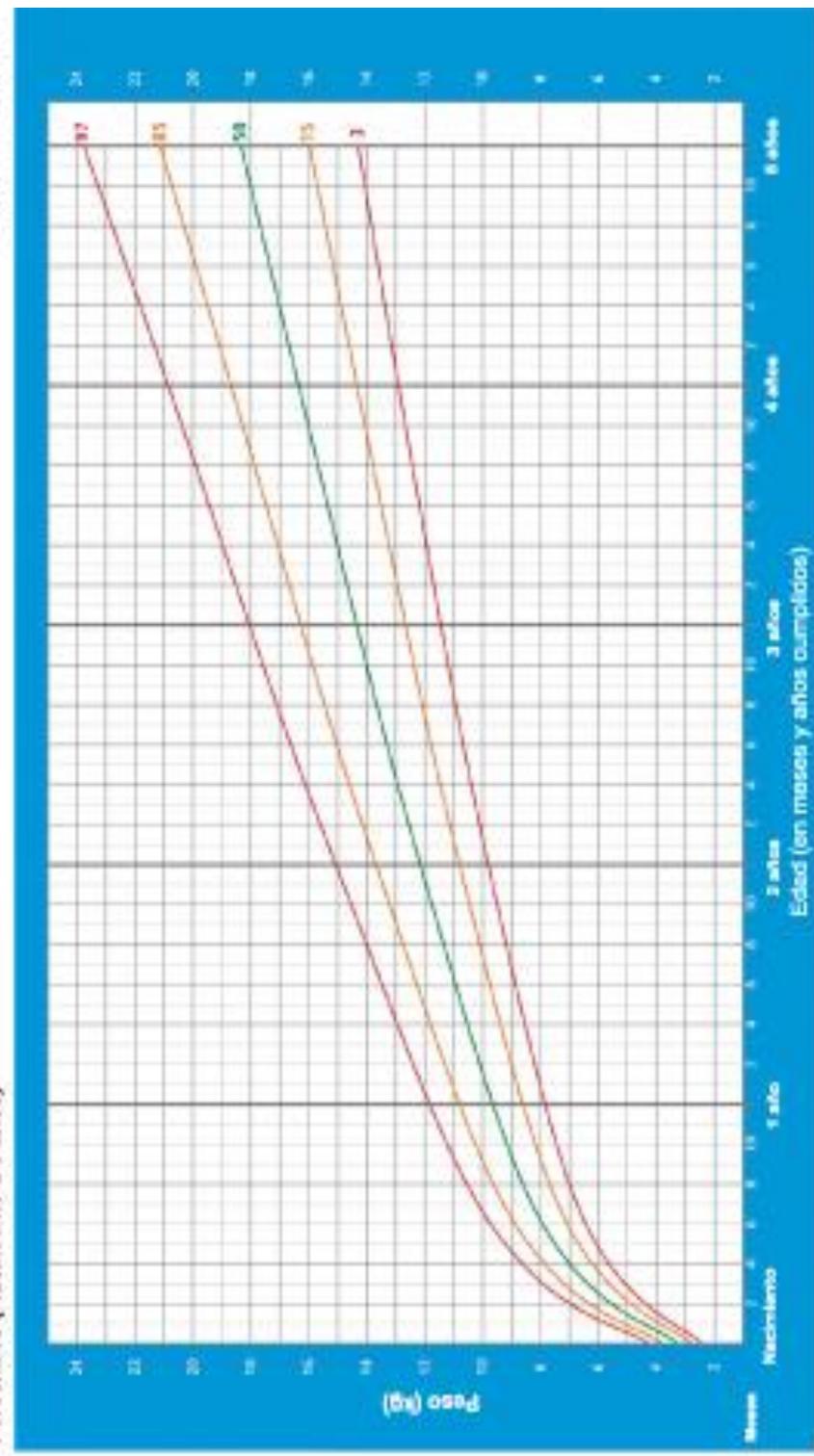
# Longitud/estatura para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



# Peso para la edad Niños

Percentiles (Nacimiento a 5 años)



# ANEXOS



