



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

TESIS

**CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES,
EN EL PUESTO DE SALUD VIRGEN DE BUEN PASO, SAN
JUAN DE MIRAFLORES, LIMA –2016**

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

**PRESENTADO POR:
BIMINCHUMO MERA DORIS MARILU**

**ASESORA:
MG. JENNY MILAGRO SANCHEZ DELGADO**

LIMA-PERÚ 2019

**CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA
EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES, EN EL PUESTO DE
SALUD VIRGEN DE BUEN PASO, SAN JUAN DE
MIRAFLORES,LIMA –2016**

RESUMEN

El objetivo principal del estudio fue Determinar el conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses, en el puesto de salud Virgen de Buen Paso, San Juan de Miraflores, Lima –2016. Fue un estudio es de tipo no experimental, descriptivo y transversal. Es no experimental porque no manipula la variable de estudio, descriptivo porque aquí se miden las características a estudiar con el objetivo de lograr una descripción de estas, y transversal porque se especializa en recolectar datos en un momento determinado. La muestra estuvo constituida por 30 madres. Entre sus principales conclusiones están: Se concluyó que el conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de lactantes del centro de salud es medio con un 48% seguida de un conocimiento bajo con el 41% y el 19 % tienen un conocimiento alto. Se concluyo que el conocimiento acerca de la calidad de alimentos que tiene las madres de lactantes del puesto de salud virgen de buen paso, san juan de Miraflores, lima –2016, es bajo con un 46% correspondiente a 13 madres, seguida de un conocimiento medio con el 31% en 10 de ellas y solamente 7 madres que constituyen el 23 % tienen un conocimiento alto El instrumento aplicado ha sido validados por 5 expertos; una Nutricionista, 3 Enfermeras Docente de teoría y finalmente una Enfermera Docente de Practica de la U.A.P. Quienes acreditaron experiencia en el tema para emitir los juicios y modificar la redacción del texto a fin que sea comprensible para el entrevistado.

Palabras claves: conocimientos sobre alimentación complementaria

SUMMARY

The main objective of the study was to determine the knowledge on complementary feeding in mothers of children from 6 to 24 months, in the health post Virgen de Buen Paso, San Juan de Miraflores, Lima -2016. It was a non-experimental, descriptive and transversal study. It is non-experimental because it does not manipulate the study variable, descriptive because here the characteristics to be studied are measured with the aim of achieving a description of these, and transversal because it specializes in collecting data at a given time. The sample consisted of 30 mothers. Among its main conclusions are: It was concluded that the knowledge about complementary feeding in mothers of infants of the health center is medium with 48% followed by low knowledge with 41% and 19% have a high knowledge. It was concluded that the knowledge about the quality of food that the mothers of infants have of the virgin health post of good step, San Juan de Miraflores, Lima -2016, is low with 46% corresponding to 13 mothers, followed by knowledge medium with 31% in 10 of them and only 7 mothers who constitute 23% have a high knowledge The applied instrument has been validated by 5 experts; a Nutritionist, 3 Nurses Professor of theory and finally a Nurse Practitioner of the U.A.P. Those who demonstrated experience in the subject to issue judgments and modify the wording of the text so that it is understandable to the interviewee.

Keywords: knowledge about complementary feeding

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	i
ABSTRACT	ii
INTRODUCCIÓN	iii
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del problema	4
1.3. Objetivos de la investigación	5
1.3.1. Objetivos generales	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
Justificación del estudio	6
1.4. Limitaciones y alcances de la investigación	7
CAPITULO II: EL MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes del estudio	8
2.2 Bases teóricas	12
2.3 Definición de términos	39
2.4 Hipótesis	40
2.5 Variables	41
2.5.1 Definición conceptual de la variable	41
2.5.2 Definición operacional de la variable	41
2.5.3 Operacionalización de variables	42

CAPITULO III: METODOLOGÍA	
3.1 Tipo y nivel de investigación	48
3.2 Descripción del ámbito de la investigación	48
3.3 Población y muestra	49
3.4 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	49
3.5 Validez y confiabilidad del instrumento	50
3.6 Plan de recolección y procesamiento de datos	51
CAPITULO IV: RESULTADOS	52
CAPITULO V: DISCUSIÓN	58
CONCLUSIONES	67
RECOMENDACIONES	69
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70

INTRODUCCIÓN

La desnutrición crónica y la anemia son los dos grandes problemas de nutrición del niño pequeño a nivel mundial y en la Región. Estos problemas de la niñez generan un mayor número y severidad de infecciones, riesgo aumentado de mortalidad infantil y materna. Los daños físicos y cognitivos, derivados de la desnutrición sufrida en los primeros dos años de vida son irreversibles, afectando la salud y bienestar a corto plazo y en el futuro progreso individual y colectivo

En este sentido y en el marco de la nueva Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo de las Naciones Unidas, desarrolló la reunión de los países de Sudamérica sobre Alimentación y Nutrición del Niño Pequeño, reiterando la importancia de la lactancia materna, la nutrición y el desarrollo en etapas tempranas de la vida.

De acuerdo con estos lineamientos de nutrición Materno –Infantil, a partir de los 6 meses el niño debe iniciar la alimentación complementaria, la cual debe ser adecuada en sus diferentes principios: cantidad, frecuencia, consistencia e inclusión de alimentos según la edad, para que pueda cubrir eficazmente los requerimientos nutricionales del niño evitando alteraciones nutricionales por defecto o exceso.

Por otro lado el proceso transición de la lactancia materna a la alimentación complementaria, está asociado al conocimiento y las prácticas que tienen las madres sobre el tema, lo cual se vincula a diversos factores culturales, económicos y sociales, que muchas veces ponen en riesgo la salud de los niños.

El presente trabajo de investigación se encuentra estructurado de la siguiente manera:

Capítulo I: el problema de la investigación con la formulación del problema principal, como también la formulación de los objetivos generales y específicos, la justificación del estudio y las limitaciones. Capítulo II: Marco teórico donde se encuentra antecedentes internacionales y nacionales y nuestra base teóricas

que fundamentan la investigación. Capítulo III: Trata de la metodología de la investigación; tipo de investigación, descripción del ámbito descripción población muestra, técnicas, instrumentó para la recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento y el plan de recolección y procesamiento de datos que nos servirá para sustentar los resultados que obtendremos en este proyecto, luego se presenta los Aspectos Administrativos, el cual contiene el Presupuesto de la Investigación y el Cronograma de Actividades. Capítulo IV: Resultados. Capítulo V: Discusión, conclusiones y recomendaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas, y anexos, donde se concluye la matriz de consistencia, el instrumento, consentimiento informado y se propone una sesión educativa.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La alimentación complementaria se inicia a partir de los 6 meses de edad cuando el niño ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas ,renal y la maduración neurológica a sí mismo en esta edad el niño necesita el aporte de micronutrientes que la leche materna no le puede otorgar en la cantidad necesaria según sus requerimientos nutricionales (1)

La transición de la lactancia materna exclusiva a la alimentación complementaria abarca el periodo desde los 6 meses hasta los 18 meses de edad, siendo una fase de gran vulnerabilidad y el comienzo de los problemas nutricionales para muchos niños. La OMS calcula que en los países de ingresos bajos dos de cada cinco niños tienen retraso del crecimiento que repercute en el futuro y en la calidad de vida, las causas a este retraso es atribuido a deficiencias respiratorias, prevalencia de infecciones y mala calidad de alimentación complementaria o la combinación de todos ellos.(1).

Un estudio al grupo de apoyo, muestra que la edad de 6-18 meses es la más frecuente para que una niña o niño se desnutra. Otros estudios señalan también como una causa importante de desnutrición a las

prácticas inadecuadas durante la introducción de alimentación complementaria, entre estas prácticas están la lactancia materna exclusiva corta o demasiado prolongada, las papillas complementarias bajas en nutrientes, la baja frecuencia de comidas al día y malas prácticas de higiene durante la alimentación.

Según la UNICEF (2006), La desnutrición infantil ha sido catalogada por la UNICEF como una emergencia silenciosa, que genera efectos muy dañinos que se manifiestan a lo largo de la vida de la persona, y que no se detectan de inmediato. La primera señal es bajo peso seguido de baja talla, sin embargo ellas son solo manifestaciones superficiales del problema. Hasta el 50% de la mortalidad infantil se origina, directa o inmediatamente por un pobre estado nutricional. (2)(4)

En América Latina hay más de 7 millones de niños en edad preescolar "crónicamente desnutridos", un problema que se concentra en las comunidades indígenas y afrodescendientes, señala el PMA. (3)

El Instituto de Economía y Desarrollo Empresarial de la Cámara de Comercio define Las principales causas de morbilidad y mortalidad en nuestro país las infecciones respiratorias agudas, enfermedades infecciosas gastrointestinales y en tercer lugar la deficiente nutrición y anemia.

En cuanto a la desnutrición crónica en niños menores de 5 años se redujo de 27% en el 2009, a 17.5% en el 2013, según encuesta de ENDES del INEI.

En Lima la desnutrición crónica es menor que en el resto del país. El año 2011, la tasa de desnutrición fue de 6,8%, mientras que en el área rural fue de 37% y en el área urbana en un 10%, sin embargo esta tasa de desnutrición relativamente baja implica un alto número de niños desnutridos. Según proyecciones del INEI este porcentaje representa un total de 71,000 niños con desnutrición crónica en Lima.(6)

En respuesta a esta situación infantil, la OMS se ha comprometido a apoyar a los países en la aplicación y seguimiento del Plan de aplicación integral sobre nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño, aprobado por los Estados Miembros en mayo de 2012. El plan tiene seis metas, una de las cuales consiste en aumentar por lo menos al 50%, para 2025, la tasa de lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida.

Por otra parte, la OMS y el UNICEF han desarrollado cursos de capacitación dirigidos a agentes sanitarios, a fin de que puedan prestar apoyo cualificado a las madres lactantes, ayudarlas a superar problemas y hacer un seguimiento del crecimiento del niño, con miras a identificar sin demora el

En el Perú, el Ministerio de Salud definió la conformación de una comisión sectorial de naturaleza temporal, encargada de elaborar un plan de alcance nacional, que contenga las acciones destinadas a promover la reducción de la desnutrición crónica infantil, denominado “Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País”, cuya finalidad es promover el desarrollo infantil como una inversión pública en el capital humano del país para permitir el progreso económico y social de todos los peruanos, con inclusión y equidad social.(¿)

En relación con lo anteriormente expuesto y la experiencia en la práctica del estudiante de enfermería en el área de CRED, donde observa a niños menores 3 años con un peso bajo para su edad seguido por la baja talla. Y ante la incertidumbre de las madres de ¿Cómo y cuándo iniciar la alimentación complementaria? Surge la siguiente interrogante

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿cuál es el conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses, en el puesto de salud Virgen de Buen Paso, San Juan de Miraflores, Lima –2016?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es el conocimiento que tienen las madres de lactantes, sobre la **calidad** de los alimentos durante la alimentación complementaria en el puesto de salud Virgen de Buen Paso, San Juan de Miraflores, Lima –2016?
- ¿Cuál es el conocimiento que tienen las madres de lactantes, sobre la **cantidad** de alimentos durante la alimentación complementaria en el puesto de salud Virgen de Buen Paso, San Juan de Miraflores, Lima –2016?
- ¿Cuál es el conocimiento que tienen las madres de lactantes, sobre la **consistencia** de los alimentos durante la alimentación complementaria en el puesto de salud Virgen de Buen Paso, San Juan de Miraflores, Lima –2016?
- ¿Cuál es el conocimiento que tienen las madres de lactantes, sobre la **frecuencia** de los alimentos durante la alimentación complementaria en el puesto de salud Virgen de Buen Paso, San Juan de Miraflores, ¿Lima –2016?
- ¿Cuál es el conocimiento que tienen las madres de lactantes, sobre la **higiene** de los alimentos durante la alimentación complementaria en el puesto de salud Virgen de Buen Paso, San Juan de Miraflores, Lima –2016?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivos generales

- Determinar el conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses, en el puesto de salud Virgen de Buen Paso, San Juan de Miraflores, Lima –2016.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar el conocimiento que tienen las madres de lactantes, sobre la **calidad** de los alimentos durante la alimentación complementaria en el puesto de salud Virgen de Buen Paso, San Juan de Miraflores, Lima –2016.
- Identificar el conocimiento que tienen las madres de lactantes, sobre la **cantidad** de alimentos durante la alimentación complementaria en el puesto de salud Virgen de Buen Paso, San Juan de Miraflores, Lima –2016.
- Identificar el conocimiento que tienen las madres de lactantes, sobre la **consistencia** de los alimentos durante la alimentación complementaria en el puesto de salud Virgen de Buen Paso, San Juan de Miraflores, Lima –2016.
- Identificar el conocimiento que tienen las madres de lactantes, sobre la **frecuencia** de los alimentos durante la alimentación complementaria en el puesto de salud Virgen de Buen Paso, San Juan de Miraflores, Lima –2016.
- Identificar el conocimiento que tienen las madres de lactantes, sobre la **higiene** de los alimentos durante la alimentación complementaria en el puesto de salud Virgen de Buen Paso, San Juan de Miraflores, Lima –2016.

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Se estima que al nacer el ser humano tiene 100,000 millones de células en el cerebro. En los primeros años de vida se producen billones de conexiones y sinapsis entre las células, proceso que se ve influenciado poderosamente por factores ambientales, entre ellos la nutrición, el cuidado, el afecto y la estimulación sensorial. Es así que a los 5 años de vida el cerebro ha alcanzado el 90% de su desarrollo potencial.

De 0 a 2 años el cerebro está formando conexiones con una velocidad y eficiencia que no se repetirá nunca más en la vida definiendo las habilidades y potencialidades que desarrollara en su etapa adulta.

Siendo la nutrición un factor poderosamente importante en el desarrollo integral del niño, es necesario que la Alimentación Complementaria sea iniciada en el momento adecuado y en forma apropiada (consistencia, variedad, cantidad y frecuencia), que permita cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento sin abandonar la lactancia materna.

En la ciudad de Lima, un reporte investigativo afirmó que de una población de 40 madres (100 %), el 55% (22) conocen sobre alimentación complementaria, el 45 % (18) desconocen. En cuanto a las prácticas 61 % (25) tiene practicas adecuadas, mientras que 39 % (15) tienen practicas inadecuadas

Así también la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2007-2008 revela que 64,3% de niños menores de 3 años consume granos y cereales, 39,3% no consume alimentos de origen animal y más de 70% no consume menestras , concluyendo que las madres brindan a sus niños una alimentación basada principalmente en alimentos energéticos y no balanceada. (4).

Esta situación se repite en cada uno de los distritos de nuestra ciudad y en los diferentes puestos o centros de salud; donde es común escuchar a las madres decir: “yo le doy sopita a mi niño desde los 4 meses”, “no le

doy papilla a mi niño porque estriñe mucho”, “señorita no cree que será malo darle aceite al niño”.

Esto es un claro ejemplo que la alimentación complementaria brindada por las madres es inadecuada porque desconocen los principios de dicha alimentación, los cuales son indispensables para cubrir adecuadamente los requerimientos nutricionales del niño a partir de los 6 meses.

1.5. LIMITACIÓN DEL ESTUDIO.

- Los resultados sólo se pueden concretar con la población de estudio que es la misma al inicio y término de la investigación.
- Falta de concurrencia a las sesiones educativas por parte de la población muestra.
- Poco interés de las madres para participar en dicha charla.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.

2.1.1 Antecedentes Internacionales.

Cecilia Mercedes García León. Prácticas de alimentación complementaria en niños menores de 1 año de edad, en la comunidad de Tablón, municipio de Solola, 2011, Colombia. El objetivo fue determinar las prácticas de alimentación complementaria en niños menores de 1 año en la comunidad de tablón. El estudio fue de tipo descriptivo con la aplicación de tres boletas a 45 madres determinándose que el 100% brindaba lactancia materna exclusiva. El 64% había brindado atoles y agüita de hierbas antes de iniciar alimentación complementaria; el 38% inicio la alimentación complementaria a los 6 meses y el 40% después de los seis meses. Conclusiones: “La alimentación de la población en general está basada en el consumo de cereales, seguido de: frijol, hierbas y una bebida a base de harina de maíz y harina de soya. Se determinó que el tipo de alimentos va aumentando conforme la edad, aunque la consistencia y preparación se realizan de forma uniforme. Las prácticas de higiene durante la preparación 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”. (8)

Gonzalo Román Mata. Alimentación Complementaria y presencia de obesidad en niños chihuahuenses menores de 7 años, 2010, México. El objetivo: Evaluar el patrón de alimentación complementaria y su relación con la presencia de obesidad en niños menores de 7 años de 4 zonas de Chihuahua. Métodos: Estudio transversal retrospectivo y observacional en población preescolar (n=977) adscrita a jardines de niños públicos y privados. Resultados. 67, 23, 6 y 4% de los participantes fueron de Ciudad Juárez, Chihuahua, Delicias y Cuauhtémoc, (masculinidad 49%) y la edad promedio fue 53 ± 16 meses de edad. 5.4% tuvieron Sp/Ob, siendo todas mujeres. 85% alimentación complementaria en los primeros seis meses de vida. 5.4% de los niños ablactados en forma temprana y 6.7% de los ablactados en el periodo correcto, tuvieron Sp/Ob ($p=0.70$). Frutas, verduras, papillas/sopas y cereales/galletas fueron los principales grupos de alimentos mencionados en casos y controles, sin embargo el número de grupos de alimentos fue mayor en los niños con peso normal que en aquellos con Sp/Ob. La frecuencia y posición de verduras en los niños sin obesidad se intercambia por el de papillas y sopas en aquellos con Sp/Ob. La recordación y frecuencia de mención de cereales en cada posición (1-6) fue más estable y mayor (8.3%) en los niños sin obesidad que en aquellos con obesidad (6.7%). La frecuencia de consumo de agua simple fue la única diferencia significativa entre casos y controles, siendo en este último mayor. Conclusión. “No hubo diferencia significativa de sobrepeso/obesidad entre los grupos de niños ablactados tempranamente y los no ablactados. Sin embargo, hubo un porcentaje alto de niños que recibieron alimentación complementaria antes de los 6 meses”. (7)

2.1.2 Antecedentes Nacionales.

Cisneros poma Evelin y Vallejos Esquives Yacarly. Efectividad del Programa Educativo en conocimientos, prácticas y actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños de 6 a 24 meses en Reque, 2014, Chiclayo. El objetivo, es determinar la efectividad del Programa Educativo en conocimientos, prácticas y actitudes sobre alimentación complementaria en las madres. El tipo de investigación aplicada es cuasi experimental. La muestra la muestra fue constituida por 30 madres del servicio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Reque. Para la recolección de datos se aplicaron 3 instrumentos: cuestionario con 5 preguntas, Escala de Licker con 11 ítems y una muestra de cotejo. En el procesamiento de datos se utilizó T-Student. Los resultados pos test fueron de 96.7% de madres alcanzaron un nivel de conocimiento alto, luego en la práctica el 76% de las madres tenían una práctica adecuada y el 24% con prácticas inadecuadas; finalmente el 6.7% de madres tienen actitudes inadecuadas de alimentación complementaria y el 93.3% tienen actitudes adecuadas. (10)

Diana Huamán Hidalgo Rossmery Mirella Vera Padilla. Representaciones sociales sobre la alimentación complementaria en madres de niños menores de 2 años, en el distrito de Yanacancha, 2012, Cerro de Pasco. El objetivo: Explorar las representaciones sociales sobre alimentación complementaria en madres de niños menores de 2 años, Yanacancha. El diseño de Estudio fue cualitativo, diseño de teoría fundamentada. Lugar: Distrito de Yanacancha, Provincia Cerro de Pasco, Departamento de Pasco. Participantes: 20 madres de familia con niños menores de 2 años que reciben alimentación complementaria, divididas según condición primípara y 10 de condición múltipara. Resultados: Algunos factores psicosociales y socioculturales

influenciaron en las decisiones que las madres tomaron para continuar o interrumpir la LM, iniciar la AC, otorgar AOA y otorgar algunas bebidas (remedios). Las experiencias positivas o negativas asociadas a procesos cognitivos y afectivos influyeron en las decisiones y actitudes de la madre frente a un alimento creando posiciones favorables frente a ellos, o prejuicios que retrasaron o no permitieron la introducción de determinados alimentos. En los periodos de enfermedad, las condiciones ambientales influyeron en la decisión de algunas madres para elegir y ofrecer ciertos tipos alimentos, además algunas madres consideraron más adecuado cambiar la consistencia de las preparaciones en este periodo pues percibieron que serían mejor aceptadas por los niños. Conclusiones: “Las representaciones sociales sobre la alimentación complementaria aún no han sido instauradas completamente por las madres, lo que conlleva a que se dé una mala interpretación de los conceptos entorno a la alimentación infantil, dificultando así la buena comprensión y comunicación de un mensaje adecuado, conllevando a una inadecuada práctica de alimentación, el cual puede verse reflejada en el estado nutricional del niño” (9)

Deny Amelia Galyndo Bazar. Conocimientos y prácticas de las madres de 6 a 12 meses sobre Alimentación Complementaria en el Centro de Salud Nueva Esperanza en el distrito de Villa María del Triunfo, 2011, Lima. El objetivo fue identificar los conocimientos y prácticas de las madres en niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple. La población muestra fue de 40 madres. La técnica utilizada fue la entrevista y el cuestionario. Se concluye que del 100% (40), 55% (22) de madres encuestadas conocen sobre alimentación complementaria; 45% (18) desconocen. En cuanto a las practicas 61%(25) tienen practicas adecuadas; mientras que el 39% (15)

tienen practicas inadecuadas. Conclusión: “la mayoría de las madres que acuden al centro de salud Nueva Esperanza conocen y tienen prácticas sobre alimentación complementaria”. (9)

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1 Generalidades sobre Alimentación Complementaria

Conceptos

Según la OMS (2000), la alimentación complementaria son todos aquellos alimentos diferentes de la leche materna que se ofrecen al lactante, cuando ésta no es suficiente como único alimento para cubrir sus requerimientos nutricionales. Esta no debe ser entendida como suspensión del amamantamiento, por el contrario, la alimentación al pecho debe continuarse hasta los 2 años de vida, porque sigue siendo un alimento de excelente calidad, debe ofrecerse antes de brindarle alimentos complementarios al niño, ya que así, no se desplaza este alimento tan importante para el niño y se asegura la permanencia de la lactancia materna a pesar de la alimentación complementaria. (11)

Para el MINSA El concepto de alimentación complementaria es relativamente reciente. Se dice de aquella que complementa a la lactancia materna, pero sin anularla. Revaloriza a la lactancia materna como un alimento óptimo para los primeros tiempos de la vida y establece la necesidad de estudiar científicamente la alimentación con objeto de cubrir las necesidades del niño a partir de los seis meses de edad. (12)

Importancia de la Alimentación Complementaria

El objetivo de la alimentación complementaria es cubrir las necesidades nutricionales y de calorías que tiene el niño, ya que

este es más activo y de más edad y la leche materna no es suficiente para aportar dichas necesidades nutricionales.

La introducción de otros comestibles a la alimentación del niño, se debe convertir en un gran evento familiar, porque además de evitar el retraso en el crecimiento, deficiencia de nutrientes y la aparición de enfermedades, se convierte en la alimentación definitiva para el resto de la existencia; además permite al niño el aprendizaje de nuevas consistencias, temperaturas, sabores y ofrece la posibilidad de conocer y disfrutar diversos alimentos y preparaciones que consume la familia, así como determinar gustos y rechazos y brindar a los padres la oportunidad de desarrollar en su hijo una correcta conducta alimentaria (hábitos alimentarios saludables), estableciendo cálidas relaciones humanas que contribuyen además, a su desarrollo psicológico y social.

El proceso de aprendizaje alimentario, es muy importante el acompañamiento inteligente, paciente y amoroso al niño y la vigilancia continua de su estado de salud, crecimiento y desarrollo por parte de sus padres, para que en forma oportuna, se fortalezcan aquellas prácticas de alimentación adecuadas y se definan las acciones necesarias que permitan la modificación o el mejoramiento de aquellas que representen un riesgo para su estado nutricional.

Inicio de Alimentación Complementaria

El momento oportuno para introducir la 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.
- En relación con la nutrición, porque los niños pueden mantener un aumento de peso normal, y tener al mismo tiempo un déficit en

vitaminas y minerales, sin manifestación clínica. Por ello se hace necesario la introducción de otros alimentos que aporten aquellos nutrientes que la lactancia suministra en poca cantidad.

- Como componente madurativo, porque desde los cuatro meses de edad el niño adquiere capacidades necesarias para asimilar una dieta más variada.(13)

Fases de Alimentación del Niño

La alimentación de un niño se clasifica en tres etapas:

- Lactancia
Edad: primeros seis meses de vida.
Alimentación: láctea exclusivamente.
- De Transición
Edad: entre los 6 y 8 meses de vida.
Alimentación: se introducen alimentos diferentes a la leche y el tamaño de la “porción” va en aumento.
- Modificada de adulto
Edad: entre los 8 y 24 meses de vida.
Alimentación: los niños manejan los mismos horarios de alimentación que los adultos. Pueden comer casi todos los alimentos. (14)

Fisiología del Niño de 6 meses

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

Sistema Neuromuscular

Al nacer, el bebé sano ya tiene reflejos de succión y deglución. Sin embargo, la capacidad para deglutir alimentos semisólidos ofrecidos con cuchara alcanza su madurez entre el cuarto a sexto mes de vida posnatal. Así mismo, los niños poseen el reflejo de extrusión, que consiste en que el niño expulsa hacia afuera con la lengua los objetos y alimentos que se acercan a sus labios, este reflejo desaparece alrededor del cuarto mes. Otro factor que facilita el suministro de alimentos semisólidos es el control del cuello (sostén de la cabeza) y del tronco (sentarse solo), que también aparece alrededor del cuarto mes.

El niño está listo para empezar a tomar otros alimentos cuando es capaz de mantenerse sentado con poco apoyo y se inclina hacia adelante al observar el alimento, mostrando interés, abre la boca fácilmente al rozar sus labios con una cuchara, no empuja con la lengua hacia afuera y puede desplazar el alimento hacia atrás y tragarlo. Además, para iniciar con alimentos sólidos, es necesario que existan movimientos rítmicos de masticación, que se despliegan hacia los 7-9 meses de edad. Este es un punto fundamental, no solo en términos de “alimentación”,

De promoción de la masticación y de la deglución, sino también para aspectos relacionados con la fonación y el lenguaje. Cuando se supera esta “ventana o etapa crítica”, aumenta la probabilidad de desarrollar dificultades para lograr que el niño adquiera estas habilidades.

Sistema Gastrointestinal

Alrededor de los 4-6 meses de edad, el intestino adquiere un desarrollo suficiente para oficiar como “barrera” y en buena proporción 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, por ejemplo, con vómitos y diarreas).

Por otro lado, al comenzar la alimentación complementaria, se promueven cambios en la microbiota intestinal, específicamente, en las especies protectoras (bifidobacterias y lactobacilos) con una posible repercusión sobre el “sistema de barrera” e “inmunológico” más grande del que dispone el ser humano, ubicado a nivel intestinal.

Sistema Renal

Cercano a los seis meses de edad, el riñón del lactante 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. (14)

Riesgos de un inicio temprano de la alimentación complementaria (Antes de los 4 meses)

La alimentación complementaria o la introducción de otros alimentos diferentes a la leche materna antes de los 4 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)

- Insuficiente energía para apoyar un óptimo crecimiento y desarrollo.
- Dificultad para la aceptación de otros alimentos.
- Aumenta el riesgo de malnutrición y deficiencia de micro nutrientes, principalmente el hierro.(11)

2.2.2 Principios de la alimentación complementaria.

Según la OMS la Alimentación Complementaria se basa en 10 principios de los cuales tomaremos los siguientes según nuestro interés de estudio

Cantidad necesaria de alimentos

La cantidad diaria de comida ha sido estimada en función a la energía requerida por el niño que debe ser cubierta por la lactancia materna y los alimentos complementarios, asumiendo una capacidad gástrica de 30g/Kg de peso corporal y una densidad energética mínima de 0.8Kcal/g de alimento

Los requisitos totales de energía del niño amamantado sano según la OMS (Dewey y Brown, 2003)

Son:

615 kcal/d a los 6 a 8 meses

686 kcal/d a los 9 a 11 meses

894 kcal/d a los 12 a 23 meses de edad.

La energía necesaria que debe proporcionar los alimentos complementarios según la OMS/UNICEF (1998) para niños con ingesta “promedio” de leche materna en países en vías de desarrollo es de:

- 200 Kcal al día para niños entre los 6 y 8 meses de edad.
- 300 Kcal al día para niños entre los 9 y 11 meses.
- 550 Kcal al día en niños entre los 12 y 23 meses de edad.

El aporte energético a partir de los alimentos complementarios se calcula restando el promedio de la ingesta de energía proveniente de la leche materna del requerimiento total de energía según la edad.

Entre niños amamantados en países en vías de desarrollo, el promedio de ingesta de energía proporcionado por la lactancia es de 413, 375 y 313 Kcal/d dependiendo de la edad.

Si un niño consume menos leche materna que el promedio, la cantidad de energía necesaria proveniente de los alimentos complementarios variara.

La cantidad de alimento proporcionado de acuerdo a la edad será de:

- los seis meses se empezara con 2 o 3 cucharadas (1/4 de taza) y lactancia materna frecuente
- Entre los 7 y 8 meses, se aumentara de 3 a 5 cucharadas (1/2 taza) y lactancia materna frecuente

- Entre los 9 y 11 meses, se incrementa de 5 a 7 cucharadas (3/4) de taza además de las tres comidas principales deberá recibir una entre comida adicional y su leche materna
- Entre los 12 y 24 meses, compartirá la comida familiar y deber consumir de 7 a 10 cucharadas (1 taza)

Frecuencia de comidas

Según la OMS, el número de comidas requeridas, está basado en estimados teóricos calculado a partir de:

- requerimiento de energía
- capacidad gástrica de 30 g/kg de peso corporal/comida (volumen de alimento capaz de tolerar).
- densidad energética de los alimentos locales
- las cantidades normalmente consumidas durante cada comida.

Al niño amamantado sano se le debe proporcionar:

- entre los 6 y 8 meses, dos a tres comidas al día
- entre los 9 y 11 meses, tres a cuatro comidas principales, además deberá recibir una entre comida adicional.
- entre los 12 y 24 meses de edad, la alimentación quedara establecida en 3 comidas principales y 2 entre comidas

Cuando hablamos de entre comidas (meriendas), nos referimos a los alimentos que pueden ser consumidos entre comidas, siendo generalmente alimentos que los niños consumen por sí mismos y que son convenientes, fácil de preparar (como una fruta, un pedazo de pan árabe con pasas de nueces).

Si la densidad energética y la cantidad de alimentos en cada comida es baja, o el niño ya no es amamantado, es posible que se requiera de comidas más frecuentes.

Cuando la densidad energética de los alimentos comunes es menor de 0.8 Kcal/g o los niños consumen cantidades menores a su capacidad gástrica en cada comida, la frecuencia de comidas deberá ser mayor que los valores mencionados anteriormente.

Consistencia de alimentos

El desarrollo neuromuscular de los niños determina la edad mínima según la cual puede comer ciertos tipos de alimentos (OMS/UNICEF). Los alimentos semisólidos o purés son necesarios al comienzo, hasta que aparezca la habilidad de mordisquear (movimientos de la mandíbula hacia arriba y hacia abajo) o masticar (uso de dientes). Cuando se ofrece alimentos de consistencia inapropiada, es posible que el niño no logre consumir una cantidad significativa, o que demore tanto en comer que su ingesta de alimentos se vea comprometido.

La consistencia y la variedad de alimentos irán variando gradualmente conforme crece el niño, adaptándose a los requisitos y habilidades de los niños.

Para los niños de 6 a 7 meses, la alimentación se inicia con una papilla o puré que debe ser preparada inicialmente con verduras, cereales y una pequeña cantidad de carne molida de pollo, pavo o vacuno sin grasa. En el momento de servir se recomienda agregar media cucharadita de aceite vegetal (2,5 a 3 ml). Es aconsejable no agregar sal a las comidas, para no acostumbrar al niño(a) al sabor salado. El postre recomendado es el puré de fruta, al que no es necesario agregar azúcar

A los 8 meses el niño debería comer aproximadamente 150 gramos de papilla o alimentos triturados (3/4 de taza), más 100 g de fruta (1/2 taza) al día. A esta edad, algunos bebés comienzan a tratar de comer por sí mismos alimentos que ellos puedan sujetar, como por ejemplo, una banana.

Entre los 9 y 11 meses, se introducirá los alimentos picados y finalmente entre los 12 y 24 meses deberá integrarse a la alimentación de su entorno familiar (teniendo en cuenta su necesidad de alimentos densos en nutrientes).

Los resultados de varios estudios (Dewey y Brown, 2002) demuestran que a los 12 meses, la mayoría de los niños ya pueden consumir los alimentos de consistencia sólida, aunque muchos aun reciben alimentos semisólidos (presumiblemente porque pueden consumirlos más eficientemente y por ende, significa una demanda más baja del tiempo requerido para alimentarlos).

Algunas pruebas sugieren que existe una “ventana crítica” de tiempo para introducir los alimentos sólidos “grumosos”, si estos no se introducen antes de los 10 meses de edad, es posible que aumente el riesgo de dificultades durante la alimentación en el futuro (Northstone y col..., 2001). Por ello, se recomienda aumentar la consistencia de los alimentos gradualmente de acuerdo con la edad del niño (15)

Deben evitarse los alimentos que puedan causar que los niños se atoren o atraganten (es decir, alimentos cuya forma o consistencia implica el riesgo de que pudieran bloquear la tráquea, por ejemplo: nueces, uvas, zanahorias crudas, etc.)

Contenido nutricional de los alimentos complementarios

- Dar una variedad de alimentos para asegurarse de cubrir las necesidades nutricionales.
- Debe consumirse carne, aves, pescado, o huevos diarios, de no ser posible, lo más frecuente posible. Las dietas vegetarianas no logran cubrir las necesidades nutricionales a esta edad, a menos que se utilice suplementos nutricionales o productos fortificados.

- Las frutas y verduras ricas en vitamina A deben ser consumidas a diario.
- Proveer dietas con un contenido adecuado de grasa.
- Evitar jugos o bebidas con bajo valor nutritivo, como tés, café y gaseosa.
- Limitar la cantidad de jugo ofrecido para así evitar remplazar o desplazar a la comida.

Razonamiento científico: el contenido de micronutrientes. Debido al rápido crecimiento y desarrollo de los niños durante los primeros años de vida, la necesidad nutricional por unidad de peso corporal de lactantes y niños pequeños es alta. La leche materna puede contribuir de manera sustancial a la ingesta total de nutrientes en niños desde los 6 hasta los 24 meses, particularmente en las proteínas y muchas de las Vitaminas. Sin embargo, el contenido de varios minerales como el hierro y el zinc, es relativamente bajo en la leche materna aun tomando en cuenta su biodisponibilidad. Por ejemplo, entre 9 y 11 meses de edad la proporción de la ingesta de nutrientes recomendada que deberían suministrar los alimentos complementarios es de 97% para hierro, 86% para el zinc, 81% para el fosforo, 76% para el magnesio, 73% para el sodio, y 72% para el calcio (Dewey, 2001).(16)

Dada la cantidad relativamente pequeña de alimentos complementarios que consume un niño(a) entre los 6 y 24 meses, se necesitaría que la densidad nutricional (cantidad de nutriente por 100 Kcal de alimento) de los alimentos complementarios sea muy elevada.

En la mayoría de los países en vías de desarrollo, los alimentos complementarios no proveen suficiente hierro, zinc, o vitamina B6. A un en los Estados Unidos, el hierro y zinc son identificados como “nutrientes problemas” en el primer año de vida, a pesar de

la disponibilidad de productos fortificados con hierro. La reserva de ciertos nutrientes es limitada en ciertas poblaciones, pero no en todas dependiendo de la mezcla local de alimentos complementarios. Estos nutrientes incluyen la riboflavina, niacina, tiamina, folato, calcio, vitamina A y vitamina C. Otros nutrientes, como la vitamina E, el yodo, y el selenio pueden también ser nutrientes problema en algunos ambientes, pero no existe suficiente información para pronunciarse sobre esto.

Preparación Y Almacenamiento Seguros de los Alimentos Complementarios

Ejercer buenas prácticas de higiene y manejo de los alimentos al:

1. lavar las manos de las personas a cargo de los niños y de los mismos niños antes de preparar alimentos y de comerlos.
2. guardar los alimentos de forma segura y servirlos inmediatamente después de su preparación
3. utilizar utensilios limpios para preparar y servir los alimentos
4. utilizar tazas y tazones limpios al alimentar los niños
5. evitar el uso de biberones , dado que es fácil mantenerlos limpios

Razonamiento científico: el cuidado con las prácticas de higiene durante la preparación de los alimentos es crítico para la prevención de enfermedades gastrointestinales. La incidencia más elevada de enfermedades diarreicas ocurre durante la segunda mitad del primer año de vida, puesto que la ingesta de alimentos complementarios aumenta (Martínez y col.1992). la contaminación microbiológica de los alimentos es una de las causas principales de la diarrea infantil y se puede prevenir aplicando las prácticas descritas anteriormente. Los biberones son una ruta importante de transmisión de patógenos debido a que es difícil mantenerlos limpios. En una zona peri-urbana del Perú el 35% de las tetinas de biberones analizadas resultaron

positivas para E. coli , un indicador de contaminación fecal y el 31% de los tés servidos en biberones estuvo contaminado con E.coli comparado con solo el 2%de los tés servidos en tazas (black y col,1989)

Alimentación receptiva

Afirmaciones como “mi niño no me come”, “no le gusta nada” y otras por el estilo generan angustia, incertidumbre y dudas y constituyen un motivo de consulta reiterado al pediatra de Atención Primaria.

Las recomendaciones internacionales vigentes reconocen que los comportamientos del cuidador durante la instauración de la alimentación complementaria son esenciales en el establecimiento de unos hábitos alimentarios adecuados y en la prevención de futuros problemas de relación con la comida (obesidad, anorexia, fobias...). Así, se recomienda alimentar al lactante y al niño pequeño aplicando los principios de cuidado psicosocial adecuados y se establecen normas de alimentación:

- a) alimentar a los lactantes directamente y asistir a los niños mayores cuando comen por sí solos, respondiendo a sus señales de hambre y satisfacción.
- b) alimentar despacio y pacientemente y alentar a los niños a comer, pero sin forzarlos.
- c) si los niños rechazan varios alimentos, experimentar con diferentes combinaciones de alimentos, sabores, texturas y métodos para animarlos a comer.
- d) minimizar las distracciones durante las horas de comida si el niño pierde interés rápidamente.
- e) recordar que los momentos de comer son periodos de aprendizaje y amor - hablar con los niños y mantener el contacto visual.

Existe un reconocimiento creciente de que la alimentación infantil óptima está relacionada no sólo con el qué se come, sino también con el cómo, cuándo, dónde y por quién es alimentado el niño (Pelto y col., 2002). En estudios de comportamiento se ha visto que el estilo de "dejar hacer" durante la alimentación predomina en ciertas poblaciones (Engle y Zeitlin, 1996; Bentley y col., 1991; Bentley et col, 1992), observándose que raramente se anima a comer a los niños y, si se observa, es sólo cuando los niños rechazan la comida o están enfermos

Varios estudios de intervención que incluyeron comportamientos de alimentación como parte de las prácticas recomendadas, reportaron efectos positivos en el crecimiento infantil (Sternin y col., 1997; Creed de Kanashiro y col., 2002), pero no es posible separar la influencia de la alimentación perceptiva de otros cambios ocurridos en las prácticas de lactancia materna y los tipos de alimentos ofrecidos.

Las recomendaciones arriba descritas representan el consenso actual sobre las prácticas óptimas de alimentación infantil, entre los expertos en esta área.

Inclusión de Alimentos

Generalmente, a los 6 meses, se aconseja iniciar con compotas de frutas, purés-papillas de vegetales y papillas de cereales infantiles. No obstante, esta etapa es también crucial para introducir carnes, molidas o en puré (pequeña cantidad de carne molida de pollo, pavo o vacuno sin grasa), con el fin de colaborar con la cobertura de nutrientes críticos como hierro y zinc.

Lo mejor es ofrecer purés de un solo alimento, sin azúcar ni sal ni especias como: patata cocida o arroz o cereales sin gluten diluidos con un poco de leche materna o con agua, una o dos veces al día y siempre después del pecho.

En el momento de servir se recomienda agregar media cucharadita de aceite Vegetal (2,5 a 3 ml). Es aconsejable no agregar sal a las comidas, para no acostumbrar al niño(a) al sabor salado. El postre recomendado es el puré de fruta, al que no es necesario agregar azúcar.

Hacia los siete meses, después de haber iniciado con alimentos blandos y suaves, el intestino ha adquirido mayor madurez y las papilas gustativas están más desarrolladas. Por lo tanto, el bebé está en capacidad de aceptar combinaciones de alimentos, con aumento progresivo de la consistencia, aunque de fácil digestión y que no le ocasionen intolerancias como diarrea, vómito, distensión y gases.

A esta edad se puede ampliar la gama de alimentos ofrecidos, tales como compotas de varias frutas mezcladas, purés de diferentes vegetales mezclados, colados o purés de vegetales con carnes, papillas de distintos cereales infantiles mezclados, entre otros

A partir de los 8 meses se recomienda la introducción progresiva de legumbres pasadas por un cedazo; una porción reemplazará al puré de verduras con carne una a dos veces por semana. a esta edad ya tienen movimientos de pinza (dedos pulgares e índice) y, por ende, pueden “asir” trozos de alimentos con sus dedos. Por ejemplo, trozos de frutas, trozos de pan, galletas. Esto incentivará el avance en la dentición, la masticación y la coordinación entre boca y movimientos de la mano (oral-motora).

El bebé aprenderá a masticar y a pasar los alimentos más sólidos sin atorarse.

Se recomienda incorporar el pescado y los huevos a partir de los 10 meses.

Prestar atención a las posibles alergias alimentarias, en especial en los niños con padres o hermanos alérgicos.

Hacia los 12 meses de edad, en su mayoría, ya pueden comer las comidas consumidas por la familia, excepto las que contengan condimentos picantes o exceso de sal, estimulantes (café, té negro, bebidas gaseosas con cafeína, yerba mate) y las comidas con mucha grasa, por ejemplo frituras.

Hacia el año de edad, el bebé debe estar integrado a la mesa familiar, manejando el esquema y los horarios de comida de los adultos, con tres comidas principales y al menos 1 ó 2 refrigerios; si bien come de “todo”, la consistencia dependerá del nivel de desarrollo (triturado, molido o en puré, trozos pequeños), y se pondrá especial atención a la “calidad” de los alimentos que le brinden.

Cuando el niño empiece a comer alimentos sólidos se le puede ofrecer agua (hervida si no se cuenta con agua potable apta para el consumo), sin agregar azúcar o miel. Se le puede dar de beber aproximadamente 1/4 a 1/3 de una taza 2 ó 3 veces al día, separándola de los horarios en los que el niño toma leche.

Los refrescos en polvo, las bebidas azucaradas y las sodas no son recomendados ni necesarios durante los primeros años de vida. No se recomienda dar al niño pequeño alimentos que contengan endulzantes (o

edulcorantes) artificiales.

Condimentos: se puede usar orégano, ajo, comino u otros condimentos

naturales que no sean picantes, en cantidades pequeñas.

file:///C:/Users/mari%20teresa/Downloads/alimentacion%20consistencia.pdf

Antes o después del pecho

Aunque no se ha demostrado que la ingesta calórica total varíe al ofrecer los alimentos antes o después de la toma de pecho, en general se suele recomendar que, hasta los 12 meses, se ofrezcan los nuevos alimentos después o entre tomas de pecho para no crear ansiedad en el lactante cuando está excesivamente hambriento, lo que podría inducirle a rechazos innecesarios.

Los alimentos deben ser ofrecidos repetidamente ya que los que primero son rechazados serán aceptados después. Durante las enfermedades intercurrentes se recomienda aumentar la ingesta de fluidos, ofrecer el pecho con más frecuencia y animar al niño a comer sus comidas favoritas, blandas, variadas y apetitosas. Después de la enfermedad ofrecer más comida de lo habitual y animar al niño a que coma.

Alimentos alergénicos

Según la Espghan, la Naspghan y la AAP, se carece de evidencia suficiente y convincente que valide la necesidad y las ventajas de restringir alimentos con potencial alergénico, tales como huevo, pescado, trigo, durante el primer año de vida en niños sanos o en los que tengan antecedentes familiares de alergias, como mecanismo de protección para el desarrollo de estas. Por el contrario, al prohibirse alimentos como el huevo o el pescado pueden condicionarse carencias específicas y poner en peligro la

cobertura de ciertos nutrientes como es el caso del ácido docosahexaenoico (LC-PUFA omega 3), cuya principal fuente es el pescado y que cumple funciones críticas a nivel del sistema nervioso y de la retina. Alimentos alergénicos Según la Espghan, la Naspghan y la AAP, se carece de evidencia suficiente y convincente que valide la necesidad y las ventajas de restringir alimentos con potencial alergénico, tales como huevo, pescado, trigo, durante el primer año de vida en niños sanos o en los que tengan antecedentes familiares de alergias, como mecanismo de protección para el desarrollo de estas. Por el contrario, al prohibirse alimentos como el huevo o el pescado pueden condicionarse carencias específicas y poner en peligro la cobertura de ciertos nutrientes como es el caso del ácido docosahexaenoico (LC-PUFA omega 3), cuya principal fuente es el pescado y que cumple funciones críticas a nivel del sistema nervioso y de la retina.

Alimentos prohibidos

Las que contengan condimentos picantes o exceso de sal, estimulantes (café, té negro, bebidas gaseosas con cafeína, yerba mate) y las comidas con mucha grasa, por ejemplo frituras.

En principio, a partir de los 6 meses pueden comer todo tipo de verduras y hortalizas, es decir, judías, patata, zanahoria, puerro, calabacín, etc. Todas, excepto las que acumulan más nitratos, que en nuestro cuerpo se transforman en nitritos y son peligrosos, por ser capaces de oxidar la hemoglobina produciendo metahemoglobina, una célula que no puede transportar el oxígeno a los tejidos. Esto provoca cianosis o el conocido como “síndrome del niño azul”, provocado por una falta de oxígeno en los tejidos. De no tratarse, es una enfermedad que puede ser grave. Las que acumulan más nitritos son las espinacas, las acelgas, la

remolacha y el nabo, que es mejor no ofrecer hasta los 12 meses de edad (desde los 6 meses pueden comer, en realidad, pero mejor en muy poca cantidad).

En lo que respecta al marisco, es especialista en acumular cadmio, que también es tóxico, y por eso no se recomienda ofrecerlo hasta que los niños tengan al menos 3 años

La sal, como hemos dicho al hablar de los embutidos, no es recomendable. Hace que los niños coman más de lo que necesitan ya que es un sabor que les gusta. Además, se corre el riesgo de que se acostumbren a este sabor y les cueste aceptar otros sabores menos salados. Recomendar no añadir sal o azúcar a las comidas.

Evitar la miel hasta el año de edad, por su contenido en esporas de *Clostridium Botulinum*, que unido a la insuficiencia de ácido gástrico del lactante puede causar botulismo

2.2.3. El Conocimiento

Según el autor Mario Bunge detalla que el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que pueden ser claros, precisos y ordenados. Por otra parte hace énfasis que el conocimiento está determinado por la intuición sensible y el concepto, distinguiéndose dos tipos: puro y empírico, el puro o priori se desarrolla antes de la experiencia y el empírico es elaborado después de la experiencia

Proceso del Conocimiento

- La ciencia también inventa nuevos conceptos, como cuando descubre un nuevo elemento químico o alguna nueva especie animal.

- En el proceso del conocimiento, el sujeto intenta aprender las cualidades del objeto.
- Decimos que conocer es un proceso porque en él se involucra la relación entre el sujeto y el objeto. Sujeto Concepto Objeto.
-

Elementos del conocimiento

Los elementos que componen el conocimiento v son:

- Objeto: Es aquello que se pretende conocer, que puede ser una sustancia material, o un proceso o pensamiento abstracto.
- Sujeto: Es la persona que se aproxima a una realidad y que tendrá que interrelacionarse con el objeto, el sujeto es único y su realidad está mediatizada por informaciones anteriores, puntos de vista, tiene por tanto condicionantes únicos tanto desde una perspectiva material o física como mental o psicológica y cultural.
- Percepción: Es la primera actividad de interrelación entre el objeto y el sujeto necesario para que se produzca el conocimiento
- Reflexión: Es la abstracción mental a la que llevamos el objeto de conocimiento, es el proceso mediante el que subjetivizamos el objeto, es la forma en que la percepción llega a nuestra mente y somos capaces de identificar el objeto y distinguirlo o asimilarlo a otros posibles objetos. Este proceso generaría sistemas de clasificación que la mente desarrolla con el fin de sintetizar y sistematizar una realidad que resulta inabordable.
- Descripción- Comunicación: Es el proceso que realiza el sujeto para intentar una definición del objeto conocido, en este proceso intervienen su percepción del objeto que implica un acercamiento material, la reflexión posterior para asimilar el objeto conocido y así mismo la verbalización de su percepción y posterior reflexión. Este proceso de verbalización es el más subjetivo ya que en él intervienen las anteriores experiencias cada sujeto .

Tipos de conocimiento.

Según el pensador inglés **John Locke** hay tres niveles de conocimientos:

- Intuitivo: según Locke, este tipo de conocimiento es el más seguro y claro que la mente alcanza. El conocimiento intuitivo surge cuando se percibe inmediatamente el acuerdo o desacuerdo de las ideas sin que se dé algún proceso de mediación. Un ejemplo de esto es el conocimiento de la existencia propia, la cual no precisa ningún tipo de demostración o prueba.
- Demostrativo: este conocimiento se da, según Locke, cuando se establece el acuerdo o desacuerdo entre dos ideas acudiendo a otras que actúan de mediadoras a lo largo de un proceso discursivo. De este modo, este conocimiento es una seguidilla de intuiciones que permitirían demostrar el acuerdo o desacuerdo entre las ideas. Un ejemplo de este conocimiento, sería para el autor inglés el de la existencia de Dios, el cual se logra demostrar, como todo conocimiento por medio de ciertas certezas intuitivas. Se llega a la demostración de la existencia de Dios por medio de la demostración intuitiva de la existencia humana, la cual demuestra la necesidad de dicha existencia.
- Sensible: este tipo de conocimiento es el que se tiene sobre las existencias individuales, que están más allá de nuestras ideas, permite conocer las cosas sensibles.

Según el modo de conocer:

- Conocimiento vulgar: es el modo corriente, común y espontáneo de conocer, se adquiere a partir del contacto directo con las personas y las cosas, en la vida cotidiana. Este tipo de conocimiento se posee sin haberlo estudiado o buscado, sin

haber reflexionado ni aplicado ningún método. Se caracteriza por ser sensitivo, subjetivo, y no sistemático.

- Conocimiento científico: este tipo de conocimiento se adquiere a partir de procedimientos metódicos, usando la reflexión, los razonamientos lógicos y responden a una búsqueda intencionada, que delimita los objetos y los medios de indagación.

2.2.4. Rol de los Padres en la Alimentación de los Niños

La formación de hábitos alimentarios saludables debe comenzar desde los primeros años de vida porque estos son instalados tempranamente y tienden a perdurar a lo largo de la vida. El rol de los progenitores en el desarrollo de estos comportamientos es fundamental ya que no sólo enseñan con el ejemplo, sino que también son quienes pueden orientar qué, cómo y cuándo comen los niños; así como deben procurar tener un ambiente agradable para establecer con el niño horarios, presentar una manera atractiva la comida buscando comer juntos en familia para que sea espacio de comunicación, cariño y paz.

Es así que se reconoce que el cuidado que ofrecen los padres a su niño tiene un impacto importante en la salud y nutrición del mismo, influyendo favorable o negativamente en su desarrollo, por tanto una alimentación inadecuada dentro del hogar tiene un efecto negativo sobre las condiciones de salud del niño, como en la habilidad para aprender, comunicarse, pensar analíticamente, socializar efectivamente y adaptarse a nuevos ambientes y personas.

2.2.5 Rol de la Enfermera en Alimentación Complementaria

La enfermera en la atención primaria en salud tiene el liderazgo de las actividades preventivo-promocionales, principalmente en el área Niño, ya que es responsable de la Estrategia Sanitaria

Nacional de Inmunizaciones(ESNI) y del componente de Crecimiento y Desarrollo (CRED).

Por lo tanto su responsabilidad de sobre el aspecto de nutrición cada vez es mayor debido a su repercusión del crecimiento y desarrollo del niño. Como educadora, le es indispensable proporcionar a las madres las mejores herramientas para garantizar una correcta alimentación de los niños, a fin de prevenir posibles alteraciones nutricionales.

Una buena educación nutricional permitirá a los padres utilizar los alimentos en forma adecuada para mantener sano al niño y en caso que se enferme, prevenir futuras recaídas o agravar el estado nutricional del niño.

En este sentido, la labor de la enfermera reviste gran importancia en la educación alimentaria y nutricional; promoviendo el consumo de alimentos de alto valor nutritivo, de fácil accesibilidad, así como potenciar el nivel cultural de la población a fin de que éstos asuman un rol consciente y responsable acorde a nuestra realidad socioeconómica.(7)

2.2.8 Teoría de Enfermería

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

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

Teoría de Virginia Henderson: Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que componen todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales. Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). ⁽²⁹⁾

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

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

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

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

Variables: estados patológicos.

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

Teoría de Madeleine Leininger: procede de la antropología y de la enfermería, ha definido la enfermería transcultural como una de las grandes áreas de la enfermería, que se centra en el estudio y el análisis comparado de las diferentes culturas y subculturas del

mundo, desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta, siempre con el propósito de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una práctica de la atención sanitaria específica de la cultura y / o universal.

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

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

Los cuidados culturales conforman la teoría integral de enfermería más amplia que existe, ya que tiene en cuenta la totalidad y la perspectiva holística de la vida humana y la existencia a lo largo

del tiempo, incluyendo factores culturales sociales, la visión del mundo, la historia y los valores culturales, el contexto ambiental, las expresiones del lenguaje y los modelos populares (genéricos) y profesionales.⁽³⁰⁾

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

Teoría de Maslow

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

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

También se incluye aquí la necesidad de mantener el equilibrio del PH (volverse demasiado ácido o básico nos mataría) y de la temperatura (36.7 °C o cercano a él). Maslow creía, y así lo apoyaba sus investigaciones, que éstas eran de hecho necesidades individuales y que, por ejemplo, una falta de vitamina C, conduciría a esta persona a buscar específicamente aquellas

cosas que en el pasado proveían de vitamina C, por ejemplo el zumo de naranja. Creo que las contracciones que tienen algunas embarazadas y la forma en que los bebés comen la mayoría de los potitos, apoyan la idea anecdóticamente.

Por lo expuesto anteriormente sobre la teoría de las jerarquías de las necesidades de Maslow, se tiene en cuenta que las necesidades humanas son fundamentales para todas las personas en cualquier etapa de la vida, así como es importante que los alimentos contengan ciertas vitaminas fundamentales en la alimentación por lo que es necesario la consejería en madres para que ellas puedan brindar mejor la alimentación a sus niños para su mejor desarrollo. ⁽³⁰⁾

Acompañando a la madre en este proceso, está la enfermera que puede servirse del modelo para proporcionar cuidados de enfermería a las madres y a sus niños a través de la educación en las intervenciones individuales y/o grupales que realice.

En estas intervenciones, la enfermera ofrecerá información y conocimientos a la vez que dinamizará a un conjunto de participantes permitiendo aprender de sus aportaciones, generar emociones, intervenir sobre actitudes, facilitar el aprendizaje por imitación y proporcionar seguridad al individuo. Además, la evidencia sugiere que intervenciones intensivas en el primer año del postparto pueden producir una diferencia significativa tanto en los resultados maternos como en los del lactante.

Es por ello que esta investigación se sustenta en esta teoría, pues a través de la intervención educativa ayudaremos a las madres a cuidar adecuadamente el estado nutricional de sus niños generando en ellas un estado de satisfacción, por otro lado, una

adecuada alimentación y proporcionada de una manera afectiva acrecienta el vínculo madre e hijo fortaleciendo el rol materno.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Alimentación complementaria: hace referencia a los nuevos alimentos que complementan a la leche materna, pero no la sustituyen.

Intervención Educativa: conjunto de actuaciones, de carácter motivacional, pedagógico, metodológico, de evaluación, que se desarrollan por parte de los agentes de intervención, bien sean institucionales o personales, para llevar a cabo un programa previamente diseñado, y cuyo objetivo es intentar que las personas o grupo con los que se interviene alcance, en cada caso, los objetivos propuestos en dicho programa.

Conocimiento: es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.

Cantidad: la cantidad es la porción de una magnitud o un cierto número de unidades.

Frecuencia: es una magnitud que mide el número de repeticiones por unidad de tiempo de cualquier fenómeno o suceso periódico.

Consistencia de alimento: es aquel estado del cuerpo en el cual sus partes componentes de tal modo están trabadas entre sí, que no puede menos de ofrecer mayor o menor resistencia cuando se intenta separar unas de otras, y por lo tanto esta palabra viene a ser sinónima de existencia, duración, estabilidad, firmeza y solidez.

Preparación y Almacenamiento Seguros: Los alimentos se deben preparar, almacenar y manejar de manera adecuada para prevenir las intoxicaciones alimentarias.

2.4 HIPÓTESIS

- Determinar el conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses, en el puesto de salud Virgen de Buen Paso, San Juan de Miraflores, Lima –2016.

2.4.1. Hipótesis general

- El conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses, en el puesto de salud Virgen de Buen Paso, San Juan de Miraflores, Lima –2016. es bajo.

2.4.2. Hipótesis específicas

- El conocimiento que tienen las madres de lactantes, sobre la **calidad** de los alimentos durante la alimentación complementaria en el puesto de salud Virgen de Buen Paso, San Juan de Miraflores, Lima –2016, es bajo.
- El conocimiento que tienen las madres de lactantes, sobre la **cantidad** de alimentos durante la alimentación complementaria en el puesto de salud Virgen de Buen Paso, San Juan de Miraflores, Lima –2016, es medio.
- El conocimiento que tienen las madres de lactantes, sobre la **consistencia** de los alimentos durante la alimentación complementaria en el puesto de salud Virgen de Buen Paso, San Juan de Miraflores, Lima –2016, es bajo.
- El conocimiento que tienen las madres de lactantes, sobre la **frecuencia** de los alimentos durante la alimentación complementaria en el puesto de salud Virgen de Buen Paso, San Juan de Miraflores, ¿Lima –2016, es alto.
- El nivel de conocimiento que tienen las madres de lactantes, sobre la **higiene** de los alimentos durante la alimentación complementaria en el puesto de salud Virgen de Buen Paso, San Juan de Miraflores, Lima –2016, es alto.

2.5 VARIABLES

2.5.1. Definición conceptual de la variable

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
----------	-------------	-------------

Conocimiento acerca de Alimentación complementaria: introducción de cualquier otro alimento diferente a la leche materna a partir de los 6 meses.

2.5.2. Definición Operacional de la variable

Los conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria se medirá a través de las dimensiones: Generalidades de la Alimentación Complementaria, Principios de la Alimentación Complementaria, Inclusión de Alimentos, Preparación y Conservación de los alimentos , y por ultimo la Alimentación perceptiva, nivel alto, medio y bajo.

2.5.3 Operacionalizacion de la Variable

<p>conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de lactantes.</p>	<p>CALIDAD</p>	<p>Grupo de vitaminas y minerales. Grupo de proteínas. Grupo de lípidos.</p>
	<p>CANTIDAD</p>	<p>De 6 meses a 8 meses. De 9 meses a los 12 meses. A los 12 meses.</p>
	<p>CONSISTENCIA</p>	<p>Semisólida. Sólida. Triturada o picada.</p>
	<p>FRECUENCIA</p>	<p>1 - 2 veces 2 - 3 veces 3 - 4 veces 4 - a más</p>
	<p>HIGIENE</p>	<p>Preparación de los alimentos. Almacenamiento de los alimentos.</p>

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de tipo no experimental, descriptivo y transversal. Es no experimental porque no manipula la variable de estudio, descriptivo porque aquí se miden las características a estudiar con el objetivo de lograr una descripción de estas, y transversal porque se especializa en recolectar datos en un momento determinado. El nivel al que pertenece es aplicativo, pues busca solucionar problemas

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE INVESTIGACIÓN

El estudio se desarrollará en el Puesto de Salud Virgen de Buen Paso, ubicado en el sector Virgen de Buen Paso. Altura de paradero 13, P.A. San Juan De Miraflores, perteneciente al Minsa de Lima Sur, Red de San Juan De Miraflores - Villa María Del Triunfo es una Institución que brinda servicios por las mañanas de 8 de mañana a 1 de la tarde.

Brinda los servicios de Medicina Generral, Obstetricia, Odontología, cuenta con un consultorio de CRED que atiende diariamente un promedio de 10 niños, con un total de aproximadamente 300 niños al mes; también cuenta con una farmacia que brinda servicios a los usuarios del SIS, el

personal que labora en el centro de salud son 45 profesionales de diferentes carreras.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

La población de estudio estuvo conformada por las madres o cuidadores que acuden al consultorio de CRED y Medicina General del Puesto de Salud Virgen de Buen Paso, ubicado en el distrito de San Juan de Miraflores

3.3.2 Muestra

El muestreo fue el no probabilístico de tipo intencional y estuvo conformado por 30 madres que acuden a estos servicios.

Muestreo

Es de tipo probabilístico, ya que la muestra fue elegida de forma intencional.

Los criterios de inclusión fueron:

- madres o Cuidadores de los niños entre 6 y 24 meses de edad
- Que hablen castellano.
- Que sepan leer y escribir.
- Que acepten voluntariamente participar en el estudio.

Criterios de exclusión fueron:

- Que no acepten participar del estudio.

3.4. TÉCNICA DE INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

3.4.1 Técnica

La técnica utilizada para la recolección datos fue la Encuesta.

3.4.2 Instrumento

El instrumento aplicado fue un cuestionario para medir el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria, Este instrumento está conformado por datos generales del encuestado, instrucciones y un cuestionario de 22 preguntas, el cual ha sido sometido a juicio de expertos, procesándose la información en la Tabla de Concordancia y Prueba Binomial.

Los conocimientos se midieron de la siguiente manera:

- Conocimiento Alto : Puntaje igual o mayor de 15 – 20
- Conocimiento medio : Puntaje igual o mayor a 8- 14
- Conocimiento bajo: Puntaje igual o mayor a 0-7

Nota: cada pregunta acertada tiene un puntaje de 0.9

3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

El instrumento aplicado ha sido validados por 5 expertos; una Nutricionista, 3 Enfermeras Docente de teoría y finalmente una Enfermera Docente de Practica de la U.A.P. Quienes acreditaron experiencia en el tema para emitir los juicios y modificar la redacción del texto a fin que sea comprensible para el entrevistado.

3.5.1 Validez

La validez del instrumento se a través del Juicio de Expertos y la prueba Binomial, que obtuvo como resultado 0.92

3.5.2 Confiabilidad

La confiabilidad del instrumento se realizó a través de una prueba de piloto aplicada a 10 madres asistentes al Puesto de salud Virgen de Buen Paso.

Se utilizó el Alfa de Crombach, obteniendo como resultado 0.54.

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Para la recolección de datos se presentó una carta dirigido a la Dra. jefe del Puesto de salud Virgen de Buen Paso, Posteriormente se llevó acabo las coordinaciones pertinentes con la Enfermera encargada del Puesto de Salud , con quien se estableció el cronograma de recolección de datos, considerando para la aplicación del instrumento de 10 a 15 minutos previo consentimiento informado.

La aplicación del instrumento, tipo cuestionario, se realizó antes y después del desarrollo de cada sesión educativa. En primer lugar, se informó detalladamente sobre el objetivo de la investigación y así conseguir el consentimiento informado, permitiendo la participación voluntaria de las madres, luego se aplicó el cuestionario conformado por 22 preguntas relacionadas al conocimiento de Alimentación Complementaria, concluida su aplicación, se procedió a verificar que la información esté completa. Una vez concluida la recolección de los datos se ejecutó la intervención educativa.

CAPITULO IV. RESULTADOS

TABLA N°01: CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES, EN EL PUESTO DE SALUD VIRGEN DE BUEN PASO, SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA –2016.

CONOCIMIENTO	fi	hi
ALTO	5	19%
MEDIO	14	48%
BAJO	11	33%
Total	30	100,0

Análisis

En la tabla N° 1, Se observa que el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de lactantes del centro de salud es medio con un 48% correspondiente a 14 madres, seguida de un conocimiento medio con el 33% en 11 de ellas y solamente 5 madres que constituyen el 19 % tienen un nivel de conocimiento alto. Ante la prueba de riesgo ($OR= 5.6$), existe un riesgo muy elevado de brindar alimentación complementaria inadecuado si madres de niños de 6 a 24 meses, en el puesto de salud virgen de buen paso, san juan de Miraflores, lima –2016. Es decir existe 5.6 veces más riesgo de que las madres con conocimientos medios

TABLA N° 02: CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES DE LACTANTES, SOBRE LA CALIDAD DE LOS ALIMENTOS DURANTE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN EL PUESTO DE SALUD VIRGEN DE BUEN PASO, SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA –2016.

CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES DE LACTANTES,	CALIDAD DE LOS ALIMENTOS	
	N	%
ALTO	7	23%
MEDIO	10	31%
BAJO	13	46%
TOTAL	30	100%

Análisis

En la tabla N° 2, Se observa que el nivel de conocimiento acerca de la calidad de alimentos que tiene las madres de lactantes del puesto de salud virgen de buen paso, san juan de Miraflores, lima –2016, es bajo con un 46% correspondiente a 13 madres, seguida de un conocimiento medio con el 31% en 10 de ellas y solamente 7 madres que constituyen el 23 % tienen un conocimiento alto.

TABLA N° 03: CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES DE LACTANTES, SOBRE LA CANTIDAD DE ALIMENTOS DURANTE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN EL PUESTO DE SALUD VIRGEN DE BUEN PASO, SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA –2016.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LAS MADRES DE LACTANTES	CANTIDAD	
	N	%
ALTO	5	20
MEDIO	16	51
BAJO	9	29
TOTAL	30	100

Análisis

En la tabla N° 3; se evidencia que el nivel de conocimientos que tienen las madres acerca de la cantidad de alimentos durante la alimentación complementaria del puesto de salud virgen de buen paso, san juan de Miraflores, lima –2016 es medio con un 51%, seguida de un nivel de conocimiento bajo con el 29%, y solamente 20 %, tienen un nivel de conocimiento alto.

TABLA N° 04: IDENTIFICAR EL CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES DE LACTANTES, SOBRE LA CONSISTENCIA DE LOS ALIMENTOS DURANTE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN EL PUESTO DE SALUD VIRGEN DE BUEN PASO, SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA –2016.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LAS MADRES LACTANTES	CONSISTENCIA DE LOS ALIMENTOS	
	N	%
ALTO	7	19
MEDIO	9	34
BAJO	14	47
TOTAL	30	100

Análisis

En la tabla N° 4, se evidencia, que el conocimiento que tienen las madres acerca de la consistencia de alimentos durante la alimentación complementaria del puesto de salud virgen de buen paso, san juan de Miraflores, lima –2016 es bajo con un 47%, seguida de un conocimiento medio con el 34% y solamente 19 % tienen un nivel de conocimiento alto.

TABLA N° 05: CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES DE LACTANTES, SOBRE LA FRECUENCIA DE LOS ALIMENTOS DURANTE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN EL PUESTO DE SALUD VIRGEN DE BUEN PASO, SAN JUAN DE MIRAFLORES, ¿LIMA –2016.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LAS MADRES LACTANTES	FRECUENCIA DE LOS ALIMENTOS	
	N	%
ALTO	13	45
MEDIO	10	33
BAJO	7	22
TOTAL	30	100

Análisis

En la tabla N° 5, Encontramos que el nivel de conocimientos que tienen las madres acerca de la frecuencia de alimentos durante la alimentación complementaria del centro de salud es alto con un 45% correspondiente a 13 madres, seguida de un nivel de conocimiento medio con el 33% en 10 de ellas y solamente 7 madres equivalente al 22 % tienen un conocimiento alto.

TABLA N° 06: CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MADRES DE LACTANTES, SOBRE LA HIGIENE DE LOS ALIMENTOS DURANTE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN EL PUESTO DE SALUD VIRGEN DE BUEN PASO, SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA –2016.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LAS MADRES DE LACTANTES	NIVEL DE CONOCIMINETO	
	N	%
ALTO	17	53
MEDIO	10	36
BAJO	3	11
TOTAL	30	100

Análisis

En la tabla N° 6, encontramos que el conocimientos que tienen las madres acerca de la higiene de alimentos durante la alimentación complementaria del centro de salud es alto con un 53% correspondiente a 17 madres, seguida de un conocimiento medio con el 36% en 10 de ellas y solamente 3 madres equivalente al 22 % tienen un conocimiento bajo.

DISCUSION

Se observa que el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de lactantes del centro de salud es medio con un 48% correspondiente a 14 madres, seguida de un conocimiento medio con el 33% en 11 de ellas y solamente 5 madres que constituyen el 19 % tienen un nivel de conocimiento alto. Ante la prueba de riesgo (OR= 5.6), existe un riesgo muy elevado de brindar alimentación complementaria inadecuado si madres de niños de 6 a 24 meses, en el puesto de salud virgen de buen paso, san juan de Miraflores, lima –2016. Es decir existe 5.6 veces más riesgo de que las madres con conocimientos medios

Se encontró similitud con la tesis presentada por Cecilia Mercedes García León. Prácticas de alimentación complementaria en niños menores de 1 año de edad, en la comunidad de Tablón, municipio de Solola, 2011, Colombia. El objetivo fue determinar las prácticas de alimentación complementaria en niños menores de 1 año en la comunidad de tablón. El estudio fue de tipo descriptivo con la aplicación de tres boletas a 45 madres determinándose que el 100% brindaba lactancia materna exclusiva. El 64% había brindado atoles y agüita de hierbas antes de iniciar alimentación complementaria; el 38% inicio la alimentación complementaria a los 6 meses y

el 40% después de los seis meses. Conclusiones: “La alimentación de la población en general está basada en el consumo de cereales, seguido de: frijol, hierbas y una bebida a base de harina de maíz y harina de soya. Se determinó que el tipo de alimentos va aumentando conforme la edad, aunque la consistencia y preparación se realizan de forma uniforme. Las prácticas de higiene durante la preparación 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”. (8)

Se observa que el nivel de conocimiento acerca de la calidad de alimentos que tiene las madres de lactantes del puesto de salud virgen de buen paso, san juan de Miraflores, lima –2016, es bajo con un 46% correspondiente a 13 madres, seguida de un conocimiento medio con el 31% en 10 de ellas y solamente 7 madres que constituyen el 23 % tienen un conocimiento alto

Se encontró similitud con la tesis presentada por Gonzalo Román Mata.

Alimentación Complementaria y presencia de obesidad en niños chihuahuenses menores de 7 años, 2010, México. El objetivo: Evaluar el patrón de alimentación complementaria y su relación con la presencia de obesidad en niños menores de 7 años de 4 zonas de Chihuahua. Métodos: Estudio transversal retrospectivo y observacional en población preescolar (n=977) adscrita a jardines de niños públicos y privados. Resultados. 67, 23, 6 y 4% de los participantes fueron de Ciudad Juárez, Chihuahua, Delicias y Cuauhtémoc, (masculinidad 49%) y la edad promedio fue 53 ± 16 meses de edad. 5.4% tuvieron Sp/Ob, siendo todas mujeres. 85% alimentación complementaria en los primeros seis meses de vida. 5.4% de los niños ablactados en forma temprana y 6.7% de los ablactados en el periodo correcto, tuvieron Sp/Ob (p=0.70). Frutas, verduras, papillas/sopas y cereales/galletas fueron los principales grupos de alimentos mencionados en casos y controles, sin embargo el número de grupos de alimentos fue mayor en los niños con peso normal que en aquellos con Sp/Ob. La frecuencia y posición de verduras en los niños sin obesidad se intercambia por el de papillas y sopas en aquellos con Sp/Ob. La recordación y frecuencia de mención de cereales en cada posición (1-6) fue más estable y mayor (8.3%) en los niños sin obesidad que en aquellos con obesidad (6.7%). La frecuencia de consumo de agua simple fue la única diferencia significativa entre casos y controles, siendo en este último mayor. Conclusión. “No hubo diferencia significativa de sobrepeso/obesidad entre los grupos de niños ablactados tempranamente y los no ablactados. Sin embargo, hubo un porcentaje alto de niños que recibieron alimentación complementaria antes de los 6 meses”. (7)

se evidencia que el nivel de conocimientos que tienen las madres acerca de la cantidad de alimentos durante la alimentación complementaria del puesto de salud virgen de buen paso, san juan de Miraflores, lima –2016 es medio con un 51%, seguida de un nivel de conocimiento bajo con el 29%, y solamente 20 %, tienen un nivel de conocimiento alto.

Se encontró similitud con la tesis presentada por Cisneros poma Evelin y Vallejos Esquives Yacarly. Efectividad del Programa Educativo en conocimientos, prácticas y actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños de 6 a 24 meses en Reque, 2014, Chiclayo. El objetivo, es determinar la efectividad del Programa Educativo en conocimientos, prácticas y actitudes sobre alimentación complementaria en las madres. El tipo de investigación aplicada es cuasi experimental. La muestra la muestra fue constituida por 30 madres del servicio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Reque. Para la recolección de datos se aplicaron 3 instrumentos: cuestionario con 5 preguntas, Escala de Licker con 11 ítems y una muestra de cotejo. En el procesamiento de datos se utilizó T-Student. Los resultados pos test fueron de 96.7% de madres alcanzaron un nivel de conocimiento alto, luego en la práctica el 76% de las madres tenían una práctica adecuada y el 24% con prácticas inadecuadas; finalmente el 6.7% de madres tienen actitudes inadecuadas de alimentación complementaria y el 93.3% tienen actitudes adecuadas. (10)

Se evidencia, que el nivel de conocimientos que tienen las madres acerca de la consistencia de alimentos durante la alimentación complementaria del puesto de salud virgen de buen paso, san juan de Miraflores, lima –2016 es bajo con un 47% correspondiente a 58 madres, seguida de un nivel de conocimiento medio con el 34% en 42 de ellas y solamente 24 madres equivalente al 19 % tienen un nivel de conocimiento alto.

Se encontró similitud con la tesis presentada por Diana Huamán Hidalgo Rossmery Mirella Vera Padilla. Representaciones sociales sobre la alimentación complementaria en madres de niños menores de 2 años, en el

distrito de Yanacancha, 2012, Cerro de Pasco. El objetivo: Explorar las representaciones sociales sobre alimentación complementaria en madres de niños menores de 2 años, Yanacancha. El diseño de Estudio fue cualitativo, diseño de teoría fundamentada. Lugar: Distrito de Yanacancha, Provincia Cerro de Pasco, Departamento de Pasco. Participantes: 20 madres de familia con niños menores de 2 años que reciben alimentación complementaria, divididas según condición primípara y 10 de condición múltipara. Resultados: Algunos factores psicosociales y socioculturales influenciaron en las decisiones que las madres tomaron para continuar o interrumpir la LM, iniciar la AC, otorgar AOA y otorgar algunas bebidas (remedios). Las experiencias positivas o negativas asociadas a procesos cognitivos y afectivos influyeron en las decisiones y actitudes de la madre frente a un alimento creando posiciones favorables frente a ellos, o prejuicios que retrasaron o no permitieron la introducción de determinados alimentos. En los periodos de enfermedad, las condiciones ambientales influyeron en la decisión de algunas madres para elegir y ofrecer ciertos tipos alimentos, además algunas madres consideraron más adecuado cambiar la consistencia de las preparaciones en este periodo pues percibieron que serían mejor aceptadas por los niños. Conclusiones: “Las representaciones sociales sobre la alimentación complementaria aún no han sido instauradas completamente por las madres, lo que conlleva a que se dé una mala interpretación de los conceptos entorno a la alimentación infantil, dificultando así la buena comprensión y comunicación de un mensaje adecuado, conllevando a una inadecuada práctica de alimentación, el cual puede verse reflejada en el estado nutricional del niño” (9)

Encontramos que el nivel de conocimientos que tienen las madres acerca de la frecuencia de alimentos durante la alimentación complementaria del centro de salud es alto con un 45% correspondiente a 13 madres, seguida de un nivel de conocimiento medio con el 33% en 10 de ellas y solamente 7 madres equivalente al 22 % tienen un conocimiento alto

Se encontró similitud con la tesis presentada por Deny Amelia Galyndo Bazar. Conocimientos y prácticas de las madres de 6 a 12 meses sobre

Alimentación Complementaria en el Centro de Salud Nueva Esperanza en el distrito de Villa María del Triunfo, 2011, Lima. El objetivo fue identificar los conocimientos y prácticas de las madres en niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple. La población muestra fue de 40 madres. La técnica utilizada fue la entrevista y el cuestionario. Se concluye que del 100% (40), 55% (22) de madres encuestadas conocen sobre alimentación complementaria; 45% (18) desconocen. En cuanto a las prácticas 61% (25) tienen prácticas adecuadas; mientras que el 39% (15) tienen prácticas inadecuadas. Conclusión: “la mayoría de las madres que acuden al centro de salud Nueva Esperanza conocen y tienen prácticas sobre alimentación complementaria”. (9)

Encontramos que el nivel de conocimientos que tienen las madres acerca de la higiene de alimentos durante la alimentación complementaria del centro de salud es alto con un 53% correspondiente a 17 madres, seguida de un conocimiento medio con el 36% en 10 de ellas y solamente 3 madres equivalente al 22 % tienen un conocimiento bajo.

CONCLUSIONES

1. Se concluyó que el conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de lactantes del centro de salud es medio con un 48% seguida de un conocimiento bajo con el 41% y el 19 % tienen un conocimiento alto.
2. Se concluyó que el conocimiento acerca de la calidad de alimentos que tiene las madres de lactantes del puesto de salud virgen de buen paso, san juan de Miraflores, lima –2016, es bajo con un 46% correspondiente a 13 madres, seguida de un conocimiento medio con el 31% en 10 de ellas y solamente 7 madres que constituyen el 23 % tienen un conocimiento alto
3. se evidencia que el nivel de conocimientos que tienen las madres acerca de la cantidad de alimentos durante la alimentación complementaria del puesto de salud virgen de buen paso, san juan de Miraflores, lima –2016 es medio con un 51%, seguida de un nivel de conocimiento bajo con el 29%, y solamente 20 %, tienen un nivel de conocimiento alto..
4. Se evidencia, que el conocimiento que tienen las madres acerca de la consistencia de alimentos durante la alimentación complementaria del puesto de salud virgen de buen paso, san juan de Miraflores, lima –2016 es bajo con un 47%, seguida de un conocimiento medio con el 34% y solamente 19 % tienen un nivel de conocimiento alto.
5. Se evidencia que el conocimiento que tienen las madres acerca de la frecuencia de alimentos durante la alimentación complementaria del centro de salud es alto con un 45% correspondiente a 13 madres, seguida de un nivel de conocimiento medio con el 33% en 10 de ellas y solamente 7 madres equivalente al 22 % tienen un conocimiento alto.
6. Se evidencia que el conocimientos que tienen las madres acerca de la higiene de alimentos durante la alimentación complementaria del centro de salud es

alto con un 53% correspondiente a 17 madres, seguida de un conocimiento medio con el 36% en 10 de ellas y solamente 3 madres equivalente al 22 % tienen un conocimiento bajo

7. Se coordinara con el personal del centro de salud para instruir mejor a las madres sobre la alimentación nutricional por medio de consejerías constantes.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que el centro de salud conozca de los resultados de este trabajo de investigación para que evidencien y/o tengan un perfil de las madres de la localidad y puedan iniciar con estrategias en su primer nivel de atención.
2. Se debe brindar educación por medio de las actividades educacionales que se suelen dar durante el trabajo de enfermería, poniendo mayor énfasis en la nutrición de los lactantes.
3. El personal de enfermería que labora en los consultorios de CRED, Inmunizaciones y Pediatría deberían de manera coordinada brindar charlas educativas asegurándose que las madres antes de que los niños reciban la atención acepten permanecer a las sesiones de orientación y apoyo educacional.
4. Coordinar con el área de nutrición del puesto de salud virgen de buen paso, san juan de Miraflores para asegurar la efectividad de las charlas educativas acerca de los alimentos, cantidad, calidad, consistencia e higiene.
5. Realizar estudios comparativos con enfoque aplicativo sobre esta realidad, para idear estrategias y crear alianzas estratégicas con las instituciones de apoyo de la localidad, con la finalidad de mejorar el conocimiento de las madres lactantes que acuden al puesto de salud virgen de buen paso, san juan de Miraflores, sobre la alimentación complementaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (Suiza). Alimentación Complementaria.(en línea) 2013. Setiembre. (acceso 15 de octubre 2015).Disponible:
http://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/
2. La Desnutrición Infantil Consultada en setiembre del 2015
Disponible <https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>
3. Infoabe. América Latina tiene 7 millones de desnutridos. (en línea) Abril. 2013 (acceso octubre 2015).
Disponible en <http://www.infobae.com/2013/04/29/1070554-america-latina-tiene-7-millones-ninos-desnutridos>
4. Sirena Diashenca Salcedo Buitrón. Desnutrición Infantil en el Perú. Lima: congreso de la Republica; 2014. Disponible en:
[http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/3C5AF80C4B3D531205257E2E00645845/\\$FILE/INFINVES65-2014.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/3C5AF80C4B3D531205257E2E00645845/$FILE/INFINVES65-2014.pdf)
5. CCL: Mas de 150 mil niños sufren desnutrición crónica en el Perú (en línea).Perú 21;marzo 2015 (acceso octubre 2015). Disponible <http://peru21.pe/economia/ccl-mas-150-mil-ninos-sufren-desnutricion-cronica-peru-2214551>
6. Eduardo Zegarra. La desnutrición en Lima metropolitana (en línea). Eduardo sin fronteras blogs; 2012 (acceso octubre 2015). Disponible en:
<http://eduardo-sinfronteras.blogspot.pe/2012/04/la-desnutricion-en-lima-metropolitana.html>
7. Gonzalo Román Mata. Alimentación complementaria y presencia de obesidad en niños Chihuahuenses menores de 7 años (tesis). CD, Juárez ,México: Universidad Autónoma de ciudad Juárez ,2010.disponible en:<http://www.uacj.mx/ICB/redcib/Publicaciones/Tesis%20Licenciatura/Nutrici%C3%B3n/Alimentaci%C3%B3n%20complementaria%20y%20presen>

cia%20de%20obesidad%20en%20ni%C3%B1os%20chihuahuenses%20me\$nores%20de%207%20a%C3%B1os.pdf.

8. Deny Amelia Galyndo Bazar. Conocimientos y prácticas de las madres de 6 a 12 meses sobre Alimentación Complementaria en el Centro de Salud Nueva Esperanza, 2011 (tesis) Lima, Perú: Universidad Nacional de san Marcos; 2012. Disponible :[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1297/1/Galindo bd.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1297/1/Galindo_bd.pdf)
9. Diana Huamán Hidalgo, Rossmery Mirella Vera Padilla .Representaciones sociales sobre la alimentación complementaria en madres de niños menores de 2 años, en el distrito de Yanacancha-Cerro de Pasco, 2012(tesis). Lima, Perú: Universidad Mayor de San Marcos; 2013. Disponible:[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3082/1/Hu aman_hd.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3082/1/Huaman_hd.pdf)
10. Cisneros poma Evelin, Vallejos Esquives Yacarly. (2014), Chiclayo. Efectividad del Programa Educativo en conocimientos, prácticas y actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños de 6 a 24 meses en Reque; 2014 (tesis). Chiclayo, Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2015.

Disponible:[http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/379/1/TL_Ci snerosPomaEvelin_VallejoEsquivesYacarly.pdf](http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/379/1/TL_CisnerosPomaEvelin_VallejoEsquivesYacarly.pdf)
11. Dolly Mira. Alimentación complementaria del niño entre 0-24 meses .El hospital blog: San Vicente fundación; 2011 (en línea). Colombia: hospital Universitario de San Vicente Fundación (acceso 2015). Disponible en:http://www.elhospitalblog.com/vida_sana/pediatria/alimentacion-complementaria-del-nino-entre-0-24-meses/
12. Portal MINSA (Página principal en internet), Lima: ministerio de salud; 2007 (acceso en octubre del 2015). Disponible en:

http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2007/nutricion/lactante_6_24_mesas.asp

13. Wilson Daza, Silvana Dadán .Alimentación complementaria en el Primer Año de Vida.Precop SCP (en línea) ; (acceso en octubre del 2015). Disponible en:<https://scp.com.co/descargasnutricion/Alimentaci%C3%B3n%20complementaria%20en%20el%20primer%20a%C3%B1o%20de%20vida.pdf>
14. Artículo Ser Padres .Fases de la alimentación Infantil de 0 a24 meses.(acceso 2015). Disponible en: <http://www.serpadres.es/bebe/lactancia-alimentacion/articulo/primer-danone-las-fases-de-la-alimentacion-infantil-de-0-a-24-meses>
15. Organización Panamericana de la Salud. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Organización mundial de salud, 2003 (acceso en octubre del 2015). Disponible en:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/96355/1/9789275327951_spa.pdf
16. María Teresa Hernández Aguilar. Alimentación complementaria. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006 (consultada en octubre del 2015). Disponible en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/complementaria.pdf>
17. Erika Vega. Intervención Educativa; 2013 (acceso en octubre del 2015). Disponible en:<http://es.scribd.com/doc/123915639/En-que-consiste-la-intervencion-educativa#scribd><http://es.scribd.com/doc/123915639/En-que-consiste-la-intervencion-educativa#scribd>
18. Laura Rodríguez .Teoría Aprendizaje Social de Albert Bandura. (Acceso 2015). Disponible en: <http://es.slideshare.net/lprovenzano1/teora-aprendizaje-social>

19. Elementos que intervienen en la creación y transmisión de conocimiento; 2012 (consultado en noviembre del 2015). Disponible en: <https://sites.google.com/site/groupccyg/v/wiki-del-proyecto/introduccion/origen-del-conocimiento-elementos-que-lo-componen>
20. Actividades de promoción de salud y consejos preventivos .Alimentación de 0-24 meses (acceso 2015) disponible en: http://si.easp.es/psiaa/wp-content/uploads/2014/07/alimentacion_4_24_meses.pdf
21. Merino, Jose luis, Vasquez Mendez, Marcela, Simonetti, Claudio Palacio. Modelo de promoción de salud. Blog: teorías de enfermería (acceso 2015). Disponible en : <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/nola-pender.html>
22. Laura Aguirre. Adopción del Rol Materno-convertirse en madre. Teorías Intermedias 2013: blog (acceso octubre 2015). Disponible en: <http://teoriasintermedias2013.blogspot.pe/2013/05/adopcion-del-rol-materno-convertirse-en.html?view=snapshot>

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSITENCIA

TITULO: CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES, EN EL PUESTO DE SALUD VIRGEN DE BUEN PASO, SAN JUAN DE MIRAFLORES,LIMA –2016

Problema	Objetivos	HIPOTESIS	Variable	Dimensiones
<p>¿cuál es el conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses, en el puesto de salud Virgen de Buen Paso, San Juan de Miraflores, Lima – 2016?</p>	<p>Objetivos generales Determinar el conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses, en el puesto de salud Virgen de Buen Paso, San Juan de Miraflores, Lima –2016.</p> <p>Objetivos específicos Identificar el conocimiento que tienen las madres de lactantes, sobre la calidad de los alimentos durante la alimentación complementaria en el puesto de salud Virgen de Buen Paso, San Juan de Miraflores, Lima –2016.</p> <p>Identificar el conocimiento que tienen las madres de lactantes, sobre la cantidad de alimentos durante la alimentación complementaria en el puesto de salud Virgen de Buen Paso, San Juan de Miraflores, Lima –2016.</p> <p>Identificar el conocimiento que tienen las madres de lactantes, sobre la consistencia de los alimentos durante la alimentación complementaria en</p>	<p>El conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses, en el puesto de salud Virgen de Buen Paso, San Juan de Miraflores, Lima –2016. es bajo</p>	<p>conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de lactantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CALIDAD • CANTIDAD • CONSISTENCIA • FRECUENCIA • HIGIENE

	<p>el puesto de salud Virgen de Buen Paso, San Juan de Miraflores, Lima –2016.</p> <p>Identificar el conocimiento que tienen las madres de lactantes, sobre la frecuencia de los alimentos durante la alimentación complementaria en el puesto de salud Virgen de Buen Paso, San Juan de Miraflores, Lima –2016.</p> <p>Identificar el conocimiento que tienen las madres de lactantes, sobre la higiene de los alimentos durante la alimentación complementaria en el puesto de salud Virgen de Buen Paso, San Juan de Miraflores, Lima –2016.</p>			
--	---	--	--	--

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL TRABAJO: CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES, EN EL PUESTO DE SALUD VIRGEN DE BUEN PASO, SAN JUAN DE MIRAFLORES, LIMA –2016

Responsable: Doris Biminchumo Mera, estudiante de la Escuela de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas.

Propósito y descripción de la investigación: El propósito es incrementar los conocimientos que tienen las madres acerca de la alimentación complementaria en los diferentes aspectos como son el inicio, frecuencia, consistencia e inclusión de alimentos, con el fin de que se logre asegurar una alimentación adecuada que cubra lo requerimiento energéticos del niño y disminuir riesgo de desnutrición en la población infantil

Participación voluntaria: La participación en este trabajo de investigación es voluntaria. Usted tiene la plena libertad de decidir si desea participar o no participar del estudio. Si decide no participar del estudio, lo podrá hacer sin tener que explicar sus motivos.

Procedimientos: Si acepta participar en la investigación, se le entregará un instrumento que consta de un cuestionario con 22 preguntas relacionado con el conocimiento de las madres sobre la alimentación complementaria y todo lo concerniente a ello en niños de 6 a 24 meses de edad.

Beneficios: Con su participación se busca tener un panorama amplio acerca del conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria, a través de las practicas adecuadas que permitirá mantener la nutrición del niño pequeño en óptimas condiciones que aseguren un adecuado desarrollo y buen estado de salud.

Riesgos y molestias: No tendrá riesgo físico ni emocional para su persona, ya que solo desarrollará el cuestionario

Privacidad: A fin de proteger su privacidad, la aplicación de la encuesta es anónima

Firma

Fecha.....

INSTRUMENTO

PRESENTACIÓN

Señora madre de familia, la presente encuesta tiene por finalidad obtener información sobre los conocimientos que tienen las madres de los lactantes de 6 a 24 meses sobre la alimentación complementaria. Para lo cual se le solicita su colaboración a través de sus respuestas sinceras y veraces a las preguntas que a continuación se le presenta expresándole que la información es de carácter anónimo y confidencial. Agradezco Anticipadamente su participación.

DATOS GENERALES

De la madre:

- Edad:
- Grado de instrucción:
- Ocupación:

Del niño:

- Número de hijo:
- Edad del hijo:

INSTRUCCIONES

A continuación se le presenta una serie de preguntas a fin de que Ud, responda marcando con un aspa X la respuesta que considere correcta:

Cuestionario

1.La alimentación complementaria consiste en:

- a) Dar comida de la olla familiar
- b) La introducción de nuevos alimentos a parte de la leche materna
- c) Darle otra leche aparte de la materna

2. Una adecuada alimentación complementaria es beneficioso para el niño porque:

- a) Favorece el desarrollo físico, psicológico y social del niño.
- b) Brinda solo vitaminas y minerales.
- c) Evita el retraso del crecimiento.

3. Los niños que reciben únicamente leche materna hasta los 9 meses se encontrarían:

- a) Bien alimentados y grandes.
- b) Gorditos y sanos.
- c) Con bajo peso y una posible anemia.

4. Según Ud. ¿Cuál es la edad ideal para empezar a dar alimentos aparte de la leche materna a su niño?.

- a) A los 5 meses o antes
- b) A los 6 meses
- c) A los 7 meses a mas

5. . ¿Cuántas veces al día se debe alimentar a un niño de 6 meses?

- a) 2 comidas más lactancia materna frecuente.
- b) 3 comidas más lactancia materna frecuente.
- c) 4 comidas más lactancia materna frecuente.

6. La consistencia que deben tener los alimentos de un niño de 7 a 8 meses es:

- a) Papillas
- b) Triturados
- c) Picados

7. ¿Cuántas veces al día se debe alimentar un niño?

- a) 2 comidas más lactancia materna frecuente.
- b) 3 comidas más lactancia materna frecuente.
- c) 4 comidas más lactancia materna frecuente.

8. La frecuencia de alimentación complementaria a los 12 meses debe ser

- a) **4 veces**
- b) 5 veces (3 principales + 2 adicionales)
- c) 3 veces

9. ¿A partir de qué edad se puede dar de comer pescado a los Niños?

- a) A los 7 a 8 meses
- b) A los 9 a 11 meses
- c) A los 12 meses a más

10. ¿Cuándo es apropiada proporcionar agua al niño amamantado?

- a) cuando toma exclusiva leche materna
- b) a los 5 y 6 meses
- c) cuando inicia alimentos solidos

11. Es conveniente dar al niño anís, manzanilla, te u otras bebidas, después de sus comidas

- a) si
- b) no

12. Que alimentos pueden producir alergia en los niños:

- a) Cítricos, Pescados y Mariscos
- b) Menestras y cereales
- c) Trigo y Tubérculos

13. Los utensilios (platos y cubiertos del niño) de cocina, Ud:

- a) Los lava y los deja escurrir.
- b) Los lava, seca y guarda.
- c) Solo los enjuaga.

14. Al comprar sus alimentos como carne y verduras. Ud:

- a) los guarda en el refrigerador inmediatamente
- b) los deja a temperatura ambiente por más de 2 horas
- c) coloca en un lugar fresco y limpio hasta que sean utilizados

15. Para Ud. ¿Qué es una papilla?

- a) Un alimento elaborado a base de papa amarilla
- b) Se puede elaborar papillas de diferentes alimentos
- c) Productos que se compran en el supermercado

16 ¿Cómo debe ser la primera papilla del niño?

- a) Elaborada de un solo alimento (frutas y verduras)
- b) Elaborada de dos o más combinaciones de alimentos
- c) prefiere ofrecerle una sopa

17. Señale la combinación que usted cree que es la adecuada para el almuerzo de su niño:

- a) puré + hígado + fruta o jugo de fruta
- b) arroz + sangrecita + mate de hierba
- c) puré de papa + jugo de fruta

d) caldo de hueso de res + jugo de frutas

18. Existen factores que distraen la atención del niño la hora de la comida (tv, juegos o musica).

a) Si

b) No

19. ¿Cual es su actitud al brindarle alimentación a su niño?

a) lo realiza en forma tranquila, despacio y con mucha paciencia

b) Esta cansada o apurada porque tiene que salir

b) se enoja porque su niño no acepta la comida

20. La relación con su niño al momento de la alimentación es:

a) Le impone lo que debe comer y los horarios de la alimentación.

b) Ofrece libertad al niño para adecuarse a sus alimentos y a sus Horarios.

C) Considera que el momento de alimentar a su niño es un momento de aprendizaje y de amor

21. ¿Qué prefiere darle a su niño a la del almuerzo?

a) solo segundos

b) primero segundo y luego sopa

c) primero sopa u luego segundo

22. suele brindarle a su niño

a) envasados (frugos, chisitos, papitas)

b) comparte con su niño comida rápida

c) suele prepara en casa: refrescos en polvo, bebidas azucaradas.

ANEXO 3

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

N°	EDAD	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15	p16	p17	p18	p19	p20	p21	p22	Total
1	19	3	2	1	1	1	1	3	2	3	3	3	1	2	1	3	1	1	1	1	1	2	1	38
2	28	1	3	3	2	2	3	2	1	2	3	1	2	1	3	3	3	1	1	3	3	3	2	48
3	25	3	3	3	3	3	2	1	3	3	3	3	1	3	1	2	3	3	2	2	3	1	3	54
4	32	3	2	2	3	2	3	2	1	3	1	2	3	2	3	3	2	3	3	1	3	3	1	51
5	27	3	1	1	2	1	1	3	3	3	3	2	1	3	2	2	1	1	1	3	2	2	3	44
6	23	2	3	2	3	3	2	1	1	3	3	3	3	1	3	1	1	3	3	3	3	3	2	52
7	27	3	2	3	2	3	3	3	2	1	3	1	1	3	1	2	2	1	1	1	3	1	3	45
8	29	2	3	3	3	3	3	1	3	2	3	1	3	2	3	1	2	3	3	3	3	3	3	56
9	23	2	3	2	2	3	1	2	2	3	3	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	43
10	25	1	1	3	2	3	2	2	2	3	3	1	1	3	3	3	1	1	1	1	1	3	3	44
ESTADISTICOS																							32.056	
Varianza	0.7	1	0.7	0	0.7	0.8	1	1	0	0.4	0.8	0.9	0.8	0.8	0.6	0.6	1	0.9	0.99	0.71	0.7	0.68	15.656	

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum Vi}{Vt} \right]$$

K NÚMERO DE ÍTEMS
∑ Vi SUMATORIA DE LAS VARIANZAS INDIVIDUALES
V t VARIANZA DEL TOTAL

