

**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**CRECIMIENTO, DESARROLLO DEL NIÑO Y ESTIMULACION**  
**TEMPRANA**



---

**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES DE NIÑOS DE**  
**6 A 12 MESES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN**  
**EL PUESTO DE SALUD CAJAMARQUILLA**

**PASCO – 2016**

---

**LINEA DE INVESTIGACIÓN: CIENCIAS DE LA SALUD**  
**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD**  
**PROFESIONAL EN ENFERMERIA EN CRECIMIENTO,**  
**DESARROLLO DEL NIÑO Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA**

**TESISTAS:**

**LIC. ENF. ATENCIO MENDOZA MIDA LUZ**

**LIC. ENF. CRISTOBAL ALCANTARA KALY ZULEMA**

**LIC. ENF. ORBEZO NAVARRO CIRILA**

**ASESORA:**

**DRA. VELA LOPEZ SILNA TERESITA**

**HUÁNUCO – PERÚ**

**2019**

## **DEDICATORIA**

A nuestros padres por ser pilares fundamental en lo que somos, en toda nuestra educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios Padre, por permitir nuestra existencia y darnos la oportunidad de servir a nuestros semejantes a través de tan bella carrera profesional.

A los usuarios del Centro de Salud Cajamarquilla, por su colaboración desinteresada en la investigación.

A todas las personas que contribuyeron directa o indirectamente en el desarrollo del presente estudio.

Las autoras

## RESUMEN

**Objetivos:** Determinar la relación entre los conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el puesto de salud de Cajamarquilla – Pasco – 2015. Los objetivos específicos fueron: Identificar el nivel de conocimiento de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria e identificar las prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el puesto de salud Cajamarquilla.

**Metodología:** el tipo de investigación cuantitativo, descriptivo correlacional, prospectivo, observacional. **Técnica:** encuesta. **Instrumento:** cuestionario. Los resultados fueron: el 80,0% del total de madres de familia tienen conocimientos correctos sobre la alimentación complementaria; el 88,0% realizan prácticas adecuadas al momento de brindar la misma. Se comprobó a través de la prueba de Chi cuadrado y encontramos que las dimensiones que demuestran que existe relación y significancia son: inicio de la alimentación complementaria (pvalor = 0,001), Inclusión de alimentos por edad (0,001), Interacción en el momento de la alimentación (0,001) aceptándose la hipótesis de investigación.

**Palabras clave:**

Conocimientos y prácticas, alimentación complementaria.

## ABSTRACT

Goals: To determine the relationship between knowledge and practice of mothers of children 6 to 12 months for complementary feeding at the health post Cajamarquilla - Pasco - 2015. The specific objectives were: To identify the level of knowledge of mothers of children 6 to 12 months for complementary feeding practices and identify mothers of children 6 to 12 months for complementary feeding in the health post Cajamarquilla. Methodology: the type of quantitative, descriptive correlational, prospective, observational research. Technique: survey. Instrument: questionnaire. The results were: 80.0% of all mothers have correct knowledge on complementary feeding; 88.0% perform appropriate when providing the same practices. It was found through the chi-square test and found that the dimensions show that there is a relationship and significance are starting complementary feeding ( $p$ value = 0.001) Inclusion of food by age (0.001), Interaction at the time of the food (0,001) accepting the research hypothesis.

**Keywords:**

Knowledge and practices, complementary feeding.

**INDICE**

	<b>Pág.</b>
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
INTRODUCCIÓN	x
CAPÍTULO I	16
MARCO TEÓRICO	16
1.1. Antecedentes	16
1.2. Bases conceptuales	19
1.3. Bases teóricas	43
CAPÍTULO II	50
MARCO METODOLÓGICO	50
2.1. Ámbito.	50
2.2. Población.	50
2.3. Muestra.	50
2.4. Nivel y tipo de estudio.	52
2.5. Diseño de investigación.	52
2.6. Técnicas e instrumentos de investigación.	53
2.7. Procedimiento	53
2.8. Plan de tabulación y análisis de datos	53
2.9. Validez y confiabilidad de los instrumentos.	54

2.10. Aspectos éticos	54
CAPÍTULO III	55
RESULTADOS	55
DISCUSIÓN	71
CONCLUSIONES	76
RECOMENDACIONES	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
ANEXOS	83

<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 01.</b> Datos sociodemográficos de la muestra en estudio. Puesto de Salud Cajamarquilla, Pasco, 2016.	55
<b>Tabla 02.</b> Muestra en estudio, según dimensión inicio de la alimentación complementaria. Puesto de Salud Cajamarquilla, Pasco, 2016.	58
<b>Tabla 03.</b> Muestra en estudio, según dimensión características de la alimentación complementaria. Puesto de Salud Cajamarquilla, Pasco, 2016.	60
<b>Tabla 04.</b> Muestra en estudio según dimensión inclusión de alimentos por edad. Puesto de Salud Cajamarquilla, Pasco, 2016.	61
<b>Tabla 05.</b> Muestra en estudio según dimensión riesgos de una alimentación complementaria a destiempo - Puesto de Salud Cajamarquilla, Pasco, 2016	63
<b>Tabla 06.</b> Muestra en estudio según dimensión interacción en el momento de la alimentación. Puesto de Salud Cajamarquilla, Pasco, 2016.	65
<b>Tabla 07.</b> Muestra en estudio según conocimiento y buenas practicas sobre alimentación complementaria - Puesto de Salud Cajamarquilla, Pasco, 2016.	66
<b>Tabla 08.</b> Muestra en estudio según conocimientos y prácticas respecto a la alimentación complementaria - Puesto de Salud Cajamarquilla, Pasco, 2016.	68
<b>Tabla 09.</b> Análisis inferencial de la relación entre las dimensiones de la variable dependiente y la variable independiente según la población en estudio del Puesto de Salud Cajamarquilla, Pasco, 2016.	69



<b>INDICE DE FIGURAS</b>		<b>Pág</b>
Figura 01	Edad de las madres. Puesto de Salud Cajamarquilla, Pasco, 2016.	56
Figura 02	Grado de instrucción de las madres. Puesto de Salud Cajamarquilla, Pasco, 2016.	57
Figura 03	Estado civil de las madres del Puesto de Salud Cajamarquilla, Pasco, 2016.	57
Figura 04	Edad de los hijos de las madres del Puesto de Salud Cajamarquilla, Pasco, 2016.	58
Figura 05	Muestra en estudio, según dimensión inicio de la alimentación complementaria. Puesto de Salud Cajamarquilla, Pasco, 2016.	59
Figura 06	Muestra en estudio, según dimensión características de la alimentación complementaria. Puesto de Salud Cajamarquilla, Pasco, 2016.	60
Figura 07	Muestra en estudio según dimensión inclusión de alimentos por edad. Puesto de Salud Cajamarquilla, Pasco, 2016.	62
Figura 08	Muestra en estudio según dimensión riesgos de una alimentación complementaria a destiempo - Puesto de Salud Cajamarquilla, Pasco, 2016.	64
Figura 09	Muestra en estudio según dimensión interacción en el momento de la alimentación - Puesto de Salud Cajamarquilla, Pasco, 2016.	65
Figura 10	Muestra en estudio según conocimiento y buenas practicas sobre alimentación complementaria - Puesto de Salud Cajamarquilla, Pasco, 2016.	67

## INTRODUCCION

El concepto de alimentación complementaria es relativamente reciente, se dice que es aquella que complementa con la lactancia materna pero sin estimularla. Revaloriza a la lactancia materna como un alimento óptimo para los primeros tiempos de vida y establece la necesidad de estudiar científicamente la alimentación con objeto de cubrir las necesidades del niño a partir de 6 meses de edad.<sup>1</sup>

En el 2004 el Centro nacional de alimentación y nutrición (CENAM) el instituto nacional de salud ha elaborado la norma técnica: Lineamientos de nutrición infantil cuya finalidad es desarrollar las actividades educativas al cambio del comportamiento alimentario y nutricional del niño y de la niña menor de 24 meses para contribuir con la recuperación y mantenimiento de su adecuado estado nutricional.<sup>2</sup>

Por tal motivo la alimentación complementaria se inicia a partir de los seis meses de vida cuando el niño ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas renal y la maduración neurológica y necesita cubrir requerimientos nutricionales.<sup>3</sup> La alimentación y nutrición en los niños de 6 a 12 meses es importante ya que en esta etapa desarrollan en un 85% su cerebro, lo cual está relacionado a la capacidad de asimilar conocimientos, interactuar con su entorno su capacidad motora y de adaptación a nuevos ambientes y personas, así mismo necesitan el aporte de otros micronutrientes que la leche materna no les otorga en la cantidad necesaria según los requerimientos nutricionales. En el estudio realizado por Cárdenas Castillo Catherine, (2007) concluyó que el 70% de las madres presentaban una actitud negativa con respecto a la ablactancia.<sup>4</sup>

En nuestro país, según el INEI - ENDES 2012 la principal causa de mortalidad y morbilidad en menores de un año para el período 2000-2010 fueron las Infecciones

respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas y en tercer lugar deficiente nutrición y anemia.<sup>5</sup> La desnutrición debilita el sistema inmunológico e incrementa los riesgos a enfermarse, siendo la causa del 50% de las muertes de los niños menores de cinco años a nivel mundial. La desnutrición crónica se produce fundamentalmente entre los 6 y 24 meses de edad, es decir los niños están protegidos hasta los seis meses por la lactancia materna.<sup>6</sup> Del mismo modo, la prevalencia de anemia en niños y niñas de 6 a 8 meses y de 9 a 11 meses es de 69.3% y 72% respectivamente. (ENDES continua 2010, patrón OMS).<sup>7</sup>

Según la CEPAL (2010), el Perú es el país de América del Sur con la mayor tasa de desnutrición crónica entre los niños y niñas de 0 a 5 años. Sin embargo, en los últimos 9 años se han producido mejoras. A nivel nacional, la tasa de desnutrición crónica (Parámetro NCHS14) se redujo de 25% a 18%, la cual se debe, fundamentalmente, a la disminución en las áreas menos favorecidas del país. Entre los años 2005 y 2009, la desnutrición crónica en las áreas rurales cayó de 40% a 33% y en el 60% de la población más pobre del país se reportaron las mejoras más importantes: de 47% a 37% en el quintil más pobre, de 33% a 23% en el segundo quintil más pobre y de 16% a 10% en el quintil intermedio de ingresos. Aunque no es posible establecer relaciones directas de causalidad, el inicio del programa de transferencias condicionadas Juntos, en el año 2005, puede haber sido un factor importante en estas mejoras, así como la implementación de la Estrategia Nacional Crecer desde el año 2007.<sup>8</sup>

Una adecuada alimentación complementaria va a depender en primera instancia de la madre, si esta no tiene los conocimientos necesarios, se podría originar serias repercusiones en el niño, alguna de las cuales son la desnutrición crónica y el retardo en el crecimiento. Es en estas circunstancias que las enfermeras cumplen una función importante de tipo preventivo promocional en el componente de

crecimiento y desarrollo del paquete de atención integral de salud del niño, ya que brinda una atención integral, asistiendo y educando a la madre sobre la alimentación del niño para que éste alcance los estándares promedios de peso y talla. Una alimentación inadecuada del niño produce alteraciones nutricionales siendo la más importante la desnutrición y la anemia que se presentan con mayor frecuencia. La desnutrición infantil en la mayoría de los casos se iniciará a partir de los seis meses por diferentes causas, como el desconocimiento de las madres en la alimentación del niño, el cuidado en su desarrollo, etc. Por los motivos expuestos, se formula el siguiente problema: ¿Cuáles son los conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el puesto de salud Cajamarquilla – Pasco - 2016? La investigación se justifica porque, la alimentación y nutrición en los niños de seis a doce meses es importante ya que en esta etapa desarrollan en un 85% su cerebro, lo cual está relacionado a la capacidad de asimilar conocimientos, interactuar con su entorno, su capacidad motora y de la adaptación a nuevos ambientes y personas, así mismo necesitan el aporte de otros micronutrientes que la leche materna no les otorga en la cantidad necesaria según los requerimientos nutricionales.

El propósito del presente estudio es contribuir a mejorar las condiciones de vida del niño, priorizando el cuidado adecuado por la madre mediante la alimentación saludable favoreciendo el crecimiento y desarrollo óptimo, con el apoyo del profesional de enfermería a través de las intervenciones en prevención primaria; del mismo modo nos permite elaborar propuestas como alternativas de solución mediante proyectos y planes de mejora en el fortalecimiento de capacidades relacionados a la alimentación y nutrición. El objetivo general fue: determinar la relación entre los conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el puesto de salud de Cajamarquilla – Pasco

– 2015 y los objetivos específicos fueron: Identificar el nivel de conocimiento de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el puesto de salud Cajamarquilla e Identificar las prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el puesto de salud Cajamarquilla. Las variables identificadas son: VI, nivel de conocimiento de las madres y VD: alimentación complementaria. Las hipótesis formuladas fueron:

Hipótesis general: Existe relación entre los conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el puesto de salud de Cajamarquilla.

Ho: No existe relación entre los conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el puesto de salud de Cajamarquilla.

Para la sistematización del presente estudio se ha estructurado en 04 capítulos:

En el primer capítulo se presenta el marco teórico, el cual comprende: los antecedentes, las bases teóricas y las bases conceptuales de las variables implicadas.

En el segundo capítulo se expone el marco metodológico de la investigación, el cual está compuesto de las siguientes partes: tipo de estudio, nivel de estudio, población, muestra, instrumentos de recolección de datos y el análisis e interpretación de los datos.

En el tercer capítulo se presenta los resultados de la investigación con su respectivo análisis e interpretación, y en el cuarto capítulo se presenta la discusión de los resultados. Finalmente se presentan las conclusiones, recomendaciones, las referencias bibliográficas y los anexos.

# CAPÍTULO I

## 1. MARCO TEÓRICO

### 1. 1. ANTECEDENTES

#### • ANTECEDENTES INTERNACIONALES

En Bogotá, Sáenz Lozada, María L. y Camacho Lindo, Ángela E; en Colombia, el 2007, realizaron un estudio sobre “Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá”. Cuyo objetivo fue: identificar las características de las prácticas de lactancia materna, alimentación complementaria y las causas más comunes del cese del amamantamiento en la población que asiste al Jardín Infantil de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá. El método fue descriptivo, tipo cualitativo y cuantitativo. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Entre sus conclusiones tenemos: “El 98 % de los niños recibió leche materna y en la mayoría de casos, 75% se reconocieron los beneficios de esta tanto para la madre como para el niño. Solo el 21 % finalizó la lactancia antes de los 6 meses, edad mínima recomendada por la OMS. El 40 % de las madres mantienen la lactancia a los 12 meses.”<sup>9</sup>

En Guatemala, García de León Cecilia M. 201, realizó la investigación: Prácticas de alimentación complementaria en niños menores de 1 año de edad, de la comunidad El Tablón del Municipio de Sololá” Guatemala. Llego a las siguientes conclusiones: las adecuadas prácticas de alimentación complementaria en el primer año de vida son esenciales para la salud del niño, por lo que conocerlas es fundamental para mejorar su desarrollo físico y mental. El objetivo del estudio fue determinar las prácticas de alimentación complementaria en niños menores de un año de edad, habitantes de la comunidad El Tablón del municipio de Sololá. El

estudio fue de tipo descriptivo, desarrollado mediante la aplicación de 3 boletas a 45 madres de niños menores de un año que ya habían iniciado la alimentación complementaria. Se determinó que el 100% de las madres le brindaba lactancia materna a su hijo desde el nacimiento hasta el día del estudio. El 64% indicó que antes de iniciar la alimentación complementaria le había brindado atoles y agüitas de hierbas. El 38% inició la alimentación complementaria a los 6 meses y el 40% después de los 6 meses. La alimentación de la población en general está basada en el consumo de cereales, seguidos de: frijol, hierbas y una bebida a base de harina de maíz y harina de soya (Incaparina). Se determinó que el tipo de alimentos ofrecidos va aumentando conforme la edad, aunque la consistencia y la preparación se realizan de manera uniforme. Las prácticas de higiene durante la preparación de alimentos fueron adecuadas. Algunos resultados concordaron con la teoría y experiencias de otros países, aportando datos importantes como lo fundamental del apoyo institucional en educación y salud para mejorar las prácticas de alimentación en las comunidades.<sup>10</sup>

- **ANTECEDENTES NACIONALES**

En Lima-Perú, Galindo Bazalar Deny A, 2011; Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud “Nueva Esperanza”, 2011-Red San Juan de Miraflores - Villa María Del Triunfo. El objetivo fue identificar los conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria. Material y Método. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 40 madres. La técnica fue la entrevista y el instrumento, el cuestionario, aplicado previo consentimiento informado. Resultados: del 100% (40), 55% (22) de las madres encuestadas conocen sobre la alimentación complementaria; 45% (18) desconocen. En cuanto

a las prácticas 61 % (25) tienen prácticas adecuadas; mientras que 39% (15) tienen prácticas inadecuadas. Conclusiones. La mayoría de las madres que acuden al centro de salud Nueva Esperanza conocen y tienen prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria. Palabras claves: Alimentación complementaria, conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria, prácticas en la alimentación complementaria, lactante.<sup>11</sup>

En Lima-Perú, Castro Sullca Karen V, 2015, realizó la investigación: Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa CRED de un Centro de Salud. San Juan de Miraflores. El objetivo general fue: determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años que asisten al consultorio de CRED del CS Villa San Luis; y como objetivos específicos el determinar el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación complementaria, además de determinar el estado nutricional en el que se encuentran los niños menores de 2 años de edad. La finalidad: brindar información actualizada y veraz sobre el nivel de conocimientos que poseen las madres y el estado nutricional de sus niños, para que de esta manera se puedan ampliar los conocimientos sobre alimentación complementaria y la adopción de conductas de alimentación adecuada y saludable para el niño. El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo correlacional y de corte transversal. La población estuvo conformada por 50 madres. La técnica que se utilizó fue la entrevista-encuesta. El instrumento fue el cuestionario y la ficha de evaluación del estado nutricional del lactante. Entre sus conclusiones se tiene que existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años de edad, en relación al nivel de conocimientos que poseen las madres



sobre alimentación complementaria se tiene que en su mayoría es bajo. Finalmente, y en mención al estado nutricional del niño la mayoría de los niños se encuentran entre desnutrición y sobrepeso, seguido de un significativo grupo de niños con estado nutricional normal.<sup>12</sup>

En Lima - Perú Gómez Laureano, Betty y Montañó Zabala, Maricela, 2006, realizaron un estudio sobre “Nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria para prevenir anemias en lactantes internados en el Hospital Essalud ADU y P, San Juan de Lurigancho”. Lima, cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria para la prevención de anemia en lactantes internados. El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 65 madres, la técnica fue la entrevista y el instrumento un formulario tipo cuestionario. Las conclusiones a las que llegó la investigación fueron: “El nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria para prevenir la anemia es: regular cuando ellas tienen más de 31 años de edad; alto, en madres con grado de instrucción superior”.<sup>13</sup>

#### • ANTECEDENTES LOCALES Y/O REGIONALES

En Huánuco, Marín Suzana Marleny L, Montesinos Montesinos Jessica R y Palacios Evaristo Ana M; 2012; en la investigación titulada: “Conocimiento de las Madres sobre Lactancia Materna e inicio de la Alimentación Complementaria - Niños de 6 – 24 Meses - Programa CRED – Hospital Carlos Showing Ferrari – Amarilis 2012”. El objetivo: determinar el nivel de conocimientos de las madres sobre lactancia materna e inicio de la alimentación complementaria en niños de 6 - 24 meses de edad en programa CRED - Hospital Carlos Showing Ferrari. Métodos: se realizó un estudio descriptivo correlacional, prospectivo y transversal, en 58 madres con niños de 6-24 meses, quienes respondieron satisfactoriamente la guía

de entrevista previamente validada y fiabilizada. El análisis descriptivo, se realizó con las medidas de tendencia central y el inferencial con el coeficiente de correlación de Chi cuadrada y de Pearson, para un nivel de confianza al 95% y  $p \leq 0,05$ , apoyados en el software SPSS V18 para Windows. Resultados. El 62.1%(36) de las madres tienen un nivel de conocimientos medio, el 20.7%(12) tienen un nivel de conocimientos bajo y el 17.2%(10) tienen nivel de conocimientos alto sobre lactancia materna y el 74.1%(43) de las madres tienen un nivel conocimiento medio respecto a la alimentación complementaria, el 20.% (12) de las madres tienen un alto nivel de conocimientos y el 5.2% (3) tienen un nivel bajo de conocimiento.<sup>14</sup>

En Huánuco, Castro Bravo Rene y et al. 2009; realizaron el estudio titulado: Programa integral de nutrición en la recuperación nutricional de lactantes de 12 a 24 meses de edad distrito de Churubamba. El objetivo fue determinar el efecto del programa integral de nutrición en la recuperación del estado nutricional de niño de 12 a 24 meses de edad. Se realizó un estudio descriptivo explicativo de tipo ex post facto con 260 niños entre 12 y 24 meses de edad procedentes del distrito de Churubamba, departamento de Huánuco, durante el periodo 2009. Se utilizaron una entrevista y ficha de observación en la recolección de los datos. Se consideraron como límites de normalidad hasta  $\pm 2$  desviaciones estándar de la mediana del NCHS. Para el análisis inferencial de los resultados se utilizó la Prueba Z de comparación de proporciones. Se obtuvo el siguiente resultado: de los 260 niños pesados y tallados, 169 (65,0%) fueron de sexo femenino y 91 (35,0%) de sexo masculino. Al inicio y final del Programa integral de nutrición, la proporción de desnutrición crónica fue de 68,8%/58,5%; la desnutrición aguda de 42,3%/20,8% y la desnutrición global de 74,2%/58,1%, respectivamente; siendo significativas estadísticamente con  $P < 0,05$ . En conclusión, se demostró que la desnutrición crónica, aguda y global en niños de 12 y 24 meses disminuyeron luego de finalizado

el Programa integral de nutrición, ayuda alimentaria implementado por el estado, sin embargo, aún la desnutrición crónica es alta y se requiere la necesidad de abordar el problema de la alimentación infantil de una manera integral y más efectiva.<sup>15</sup>

## **1.2. BASES CONCEPTUALES**

La nutrición adecuada durante la infancia y niñez temprana es fundamental para el desarrollo del potencial humano completo de cada niño. Es bien reconocido que el periodo entre el nacimiento y los dos años de edad es una “ventana de tiempo crítica” para la promoción del crecimiento, la salud y el desarrollo óptimos. En estudios longitudinales se ha comprobado consistentemente que esta es la edad pico en la que ocurren fallas de crecimiento, deficiencias de ciertos micronutrientes y enfermedades comunes de la niñez como la diarrea. Después que un niño alcanza los dos años de edad, es muy difícil revertir la falla de crecimiento ocurrida anteriormente<sup>16</sup> (Martorell y col. 1994). Las consecuencias inmediatas de la desnutrición durante estos años formativos incluyen una morbilidad pronunciada y un desarrollo mental y motor retrasado. A largo plazo, las deficiencias nutricionales están ligadas a impedimentos en el rendimiento intelectual, la capacidad de trabajo, la salud reproductiva y la salud general durante la adolescencia y la edad adulta. Como consecuencia, el ciclo de desnutrición continúa, ya que la niña desnutrida al crecer tiene mayores posibilidades de dar a luz a un niño desnutrido de bajo peso al nacer. Las prácticas deficientes de lactancia materna y alimentación complementaria, junto con un índice elevado de enfermedades infecciosas, son las causas principales de desnutrición en los primeros dos años de vida. Por esta razón, es esencial asegurar que las personas

encargadas del cuidado y salud de los niños reciban orientación apropiada en cuanto a la alimentación óptima de lactantes y niños pequeños.

### **DEFINICION DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA**

La alimentación complementaria se define como el proceso que comienza cuando la leche materna sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y por ende, otros alimentos y líquidos son necesarios además de la leche materna. El rango de edad óptimo para dar alimentación complementaria está habitualmente entre los 6 y 24 meses de edad, si bien la lactancia materna puede continuar hasta después de los dos años. Una revisión de las guías alimenticias promovidas por varias organizaciones nacionales e internacionales demostró que existen inconsistencias en las recomendaciones específicas para la alimentación de lactantes y niños pequeños.<sup>17</sup> (Dewey, en prensa). Según la Guía de Alimentación -Nutricional-Salud del MINSA, el concepto de Alimentación Complementaria se refiere al periodo en que el niño comienza a recibir otros alimentos diferentes a la leche materna, hasta el momento que forma parte de la mesa familiar. Desde el punto de vista de la salud pública; se define como la sustitución gradual y progresiva de la lactancia materna, por otras fuentes alimenticias, para lograr el adecuado crecimiento y desarrollo del lactante. La forma habitual de introducir la alimentación complementaria es ir sustituyendo de una en una la toma de leche que recibe el lactante, por los distintos alimentos de forma paulatina, con un intervalo suficiente para que el niño acepte los nuevos alimentos, probando la tolerancia del lactante a estos, antes de introducir uno nuevo, dando tiempo a la adaptación de su organismo.<sup>18</sup>

Algunas guías se basan en tradiciones y especulaciones más que en bases científicas, o son mucho más específicas de lo necesario en cuanto a temas como el orden de introducción de alimentos y las cantidades específicas de alimentos que

debe recibir el lactante. Para evitar confusión, es necesario contar con unas guías unánimes que puedan ser adaptadas a las prácticas alimenticias y condiciones locales.

La edad a la que se inicia esta alimentación es una etapa especialmente sensible en el desarrollo del lactante ya que, como señala la guía para la alimentación del lactante y niño pequeño de la OMS/UNICEF, los primeros 2 o 3 años de la vida son los más cruciales para un desarrollo físico y mental normales, y los problemas derivados de una nutrición inadecuada en esta etapa de la vida afectan no solo al desarrollo físico, sino también al sistema inmunitario y al desarrollo intelectual y emocional.<sup>19</sup>

### **IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA**

La nutrición durante la infancia es uno de los pilares más importantes para la salud y calidad de vida de la población. Siguiendo estos lineamientos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna de forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida, seguida de la introducción de alimentos complementarios. El carácter de complementario de los alimentos, los hace necesarios para que desde los seis meses de vida y junto a la lactancia materna, mejoren el aporte energético, proteico, cantidad, calidad y biodisponibilidad de nutrientes esenciales para el crecimiento. Por otra parte, las madres, los padres y otros dispensadores de atención necesitan tener acceso a información objetiva, coherente y completa acerca de las prácticas apropiadas de alimentación. En particular, deben estar informados acerca del periodo recomendado de lactancia natural exclusiva y continua; el momento de introducción de los alimentos complementarios; que tipos de alimentos tienen que utilizar, en que cantidad y con qué frecuencia y como darlos de forma inocua.<sup>20</sup> Sabemos que la leche materna es el mejor alimento para los bebés y les proporciona todos los nutrientes que

necesitan durante los primeros 6 meses ya que contiene sustancias inmunes y bioactivas que confieren al lactante protección frente a infecciones bacterianas y víricas y ayudan a la adaptación y la maduración intestinal del lactante, sin embargo cabe resaltar la transición de la leche materna a la inclusión de alimentos diferentes a una edad adecuada ya que es muy importante saber las implicancias de adelantar o atrasar el inicio de la alimentación complementaria tal y como lo dice una revisión de la Academia Española de Pediatría que señala que hay una ausencia de beneficio, para la mayoría de los lactantes amamantados cuando introducimos otros alimentos en la dieta antes de los 6 meses y el aumento de riesgo de infecciones gastrointestinales.<sup>21</sup>

De acuerdo con datos del Comité de Nutrición de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), la nutrición adecuada en el primer año de vida y durante la primera infancia es fundamental para que el niño desarrolle plenamente su potencial humano. Los especialistas sugieren proveer alimentos complementarios, además de la lactancia después de los seis meses de edad, para mantener así un crecimiento saludable. A los seis meses de edad, el bebe ya ha adquirido un buen desarrollo de su aparato digestivo, su función renal y el suficiente desarrollo neuro-madurativo para la incorporación de nuevos alimentos.<sup>22</sup>

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

**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA:** El inicio de los alimentos sólidos implica un periodo de transición entre la alimentación líquida (leche materna) y la alimentación

característica del resto de la vida (principalmente sólida). Resulta un proceso complejo y gradual; que, entre otras cosas, requiere de un tiempo prudente para que los sistemas neuromuscular, renal, digestivo e inmunológico del niño adquieran la madurez necesaria. Las últimas recomendaciones de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (Espghan) (2008), la Sociedad Norteamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (Naspghan) y la Academia Americana de Pediatría (AAP) señalan que los lactantes estarían aptos para recibir alimentos diferentes a la leche entre las 16 y 27 semanas de vida. No obstante, se enfatiza en la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de edad.<sup>23</sup>

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

- a) Maduración digestiva:** la función digestiva de la mayoría de los lactantes de 6 meses es suficientemente madura para digerir la mayor parte de los almidones (cocidos o hidrolizados), las proteínas y la grasa de la dieta no láctea (la amilasa pancreática a los 4 meses es baja o casi ausente).
- b) Maduración renal:** a los 6 meses la filtración glomerular del 60-80% de la del adulto y las capacidades de concentración y de excreción de sodio, fosfatos e hidrogeniones son mayores que al nacimiento, aunque aún limitadas entre los 6 y los 12 meses.
- c) Desarrollo psicomotor:** hacia los 5 meses el bebe empieza a llevarse objetos a la boca; a los 6 meses el lactante inicia los movimientos de masticación, desaparece el reflejo de extrusión lingual y es capaz de llevar hacia atrás el bolo alimenticio para su deglución; hacia los 8 meses la mayoría se sientan sin apoyo

y tienen suficiente flexibilidad lingual para tragar alimentos más espesos; hacia los 10 meses pueden beber con una taza, manejar una cuchara y coger alimentos con sus dedos.

**d) Maduración inmune:** la introducción de alimentación complementaria supone la exposición a nuevos antígenos y cambios en la flora digestiva con repercusión en el equilibrio inmunológico intestinal. Es un momento de gran influencia sobre el patrón de inmuno respuesta, y los factores específicos tolero génicos y protectores del intestino que aporta la leche humana pueden modular y prevenir la aparición de alergias y reacciones adversas.<sup>24</sup>

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

### **REQUISITOS DE UNA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA**

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

- **Oportuno**, es decir, se deben introducir cuando las necesidades de energía y de nutrientes sobrepasan lo que puede proporcionarse mediante la lactancia natural exclusiva y frecuente.
- **Adecuado**, es decir, deben proporcionar energía, proteínas y micronutrientes suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales de un niño en crecimiento.
- **Inocuo**, es decir, se deben preparar y almacenar de forma higiénica y hay que darlos con las manos limpias, utilizando utensilios limpios, y no biberones y tetinas.



- **Darse de forma adecuada**, es decir, se deben dar atendiendo a las señales de apetito y de saciedad del niño, y la frecuencia de las comidas y el método de alimentación (alentar activamente al niño a que, incluso cuando está enfermo, consuma alimentos suficientes utilizando los dedos, una cuchara o alimentándose por sí mismo) deben ser adecuados para su edad.<sup>26</sup>

### **TIPOS DE ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS**

- **Alimentos transicionales:** Son los que están preparados expresamente para cubrir las necesidades nutricionales específicas del niño pequeño.
- **Alimentos familiares:** Son los mismos alimentos que conforman parte de la dieta de la familia.

### **ETAPAS DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA**

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

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

**Alimentación Complementaria Tipo II:** comprende entre los 10 y 12 meses de edad. Proporciona: 19.6 gramos de proteínas y 650 calorías. Esto alcanza con 100

gramos de papillas de frutas, 300 gramos de papillas de verdura y 30 de carne molida y huevo.<sup>27</sup>

### **CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN EN EL LACTANTE DE 06 A 12 MESES.**

- **CANTIDAD:** El número apropiado de comidas que se ofrece a un niño durante el día depende de la densidad energética de los alimentos que se usen localmente y de las cantidades consumidas en cada comida. La cantidad diaria de comida ha sido estimada en función a la energía requerida que debe ser cubierta por los alimentos complementarios, asumiendo una capacidad gástrica de 30g/kg de peso corporal y una densidad energética de mínima de 0.8 kcal/g de alimento. Si la densidad energética o la cantidad de comida administrada son bajas o si a la niña se le suspende la lactancia materna, requerirá un mayor número de comidas para satisfacer sus necesidades nutricionales.

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

A los 6 meses se empezará con dos comidas al día y lactancia materna frecuente; entre los 7 y 8 meses, se aumentará a tres comidas diarias y lactancia materna frecuente; entre los 9 y 11 meses, además de las tres comidas principales deberán recibir una entre comida adicional y su leche materna, y finalmente; entre los 12 y 24 meses, la alimentación quedará establecida en tres comidas principales y dos entre comidas adicionales, además de lactar, a fin de fomentar la lactancia materna hasta los 2 años o más.

En las comidas adicionales de media mañana o media tarde, se ofrecerán de preferencia alimentos de fácil preparación y consistencia espesa (mazamorra, papa sancochada, entre otros) o ya listos para consumir (pan, fruta u otros alimentos sólidos), de modo que la niña o niño los pueda comer por si solos.

- **FRECUENCIA:** En niños amamantados de países en desarrollo, las necesidades energéticas a cubrir con la alimentación complementaria se estiman en 200, 300 y 550 kcal/día entre las edades de 6 y 8, de 9 y 11 y de 12 y 23 meses respectivamente. Por otro lado, tenemos que la capacidad gástrica del niño guarda relación con su peso (30 g/kg de peso corporal), estimándose así el volumen de alimentos capaz de tolerar en cada comida.

Alrededor del sexto mes de edad el niño expresa su deseo de alimento abriendo la boca e inclinándose hacia adelante. Contrariamente, cuando ya se encuentre satisfecho, demuestra su desinterés por el alimento echándose hacia atrás y volteando la cabeza hacia un lado.

A partir de los 6 meses de edad se empezará con 2 a 3 cucharadas (1/4 taza) de comida dos veces al día; entre los 7 y 8 meses, se aumentará de 3 a 5 cucharadas (1/2 taza) tres veces al día; entre los 9 y 11 meses, se incrementará de 5 a 7 cucharadas (3/4 taza) tres veces al día, más una entre comida adicional; y finalmente; entre los 12 y 24 meses de 7 a 10 cucharadas (1 taza), tres veces al día, más dos comidas adicionales. Los lactantes aumentan gradualmente su aceptación a los alimentos nuevos mediante un incremento lento de la cantidad que aceptan.

- **CONSISTENCIA Y TEXTURA:** La maduración neuromuscular del lactante no le permite pasar directamente del pecho a los alimentos de la mesa familiar. Por ello son necesarios alimentos de transición, especialmente adaptados para esta primera etapa, hasta que, aproximadamente al año, el niño es capaz de alimentarse

en la mesa familiar, con alimentos de consistencia no muy dura. Por esto se aconseja aumentar gradualmente la consistencia y variedad de los alimentos a medida que el niño crece, adaptándose a los requerimientos y habilidades motoras esenciales como el masticado y el contacto con nuevos sabores.

El avance del proceso de alimentación está asociado al desarrollo general del niño, al desarrollo de los maxilares y a la evolución de la dentición. Alrededor del sexto mes los músculos y nervios de la boca se desarrollan suficientemente para masticar, los niños a esta edad controlan mejor la lengua y pueden mover mejor la mandíbula hacia arriba y hacia abajo. Todo ello les da la madurez para recibir alimentos de consistencia más densa.

Las preparaciones líquidas (jugos, caldos, gaseosas) no contienen suficientes nutrientes porque su mayor contenido es agua. En cambio, las preparaciones espesas como purés y mazamoras, tienen la ventaja de poder concentrar alto contenido nutricional en una pequeña porción para satisfacer las nutricionales del niño. Las preparaciones deben realizarse a base de combinaciones de alimentos principales como: cereales, leguminosas (menestras), alimentos de origen animal como tubérculos, verduras, lácteos (derivados) y frutas.

A los seis meses, se iniciará con alimentos aplastados en forma de papillas, mazamoras o purés; entre los 7 y 8 meses se tendrá hacia los alimentos triturados bajo las mismas formas de preparación; 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.<sup>28</sup>

## **INTRODUCCIÓN DE NUEVOS ALIMENTOS**

**Cereales:** generalmente es el primer elemento distinto de la leche que se introduce en la dieta de los lactantes. Los cereales contribuyen al aporte energético, son

fuentes de proteína, minerales, vitaminas, ácido graso esenciales e hidratos de carbono de absorción lenta, lo que permite un mayor espaciamiento de las tomas.

- Gran cantidad de energía: 80 kcal/100 gr.
- 80% HC: almidón y polisacáridos.
- Proteínas de bajo valor biológico.
- Grasas (0'5- 1 gr/100 gr) ricos en ácidos grasos esenciales.
- Minerales y vitaminas (tiamina).

Se suelen administrar hidrolizadas (pre-cocidos o pre digeridos). La actividad de la amilasa se inicia al 4º mes y no madura hasta el 2º año.

- Comenzar con uno o varios cereales (es indiferente).
- Gluten no antes del 6º mes, ni después del 7º-8º mes. El gluten lo lleva el trigo, avena, centeno y cebada (no el arroz ni el maíz).
- Si toma biberón comenzar con 3 gr añadidos al biberón y aumentar progresivamente.

**Frutas:** Se empezarán con una papilla de frutas debido a su aporte vitamínico, emplear frutas variadas evitando las alergénicas como la fresa, frambuesa, melocotón, y kiwi.

Aportan agua, fructosa, vitaminas y minerales. Se recomienda comenzar conzumos utilizando fruta del tiempo. Retrasar las frutas potencialmente alergénicas (melocotón, fresas).

**Verduras:** Se introducirán a partir de los 6 meses por su aporte de sales minerales y fibra. Al principio se deben preferir las papas para progresivamente introducir el resto, además añadir una cucharita de aceite al puré, no debe añadirse sal. Constituidas por agua, residuos (celulosa), vitaminas, minerales. Aunque se toleran bien se retrasa su consumo por tener residuos (el lactante los maneja mal): comenzar a partir del 6º mes.

Algunas verduras son ricas en nitratos (sobre todo si se conservan en nevera) y pueden dar en niños muy pequeños meta hemoglobinemia; por eso no dar remolacha, zanahoria, espinacas o col.

**Carnes:** utilizar las menos grasas, empezando por el pollo en cantidades de 10 a 15 gramos, mezclada con la carne, con la verdura, posteriormente se introducirá la carne de res.

- Se les da la carne magra, sin grasa.
- Tiene proteínas 18 - 20 gr/ 100 g de alto valor biológico.
- Ricas en minerales (sobre todo Fe).
- Lípidos variables según el tipo de carne.
- Vitaminas del grupo B.
- Se recomienda comenzar con pollo (40 gr / día) al 6º mes. Posteriormente ternera, vaca y cordero.

**Pescado:** Nunca empezar antes de los 9 meses debido a su capacidad para provocar alergia, es recomendable iniciar con pescados blancos.

- Aportan proteínas de alto valor biológico (14-20 gr /100 g).
- Lípidos con ácidos grasos desaturados de cadena larga.
- Minerales, sobre todo fósforo (pero con baja biodisponibilidad de Fe).
- Retrasan el vaciado gástrico.
- Pueden producir alergias
- Pueden contener toxinas (Hg y ácido bórico).
- Empezar con pescado blanco (menos grasa) a partir del 9º mes.

**Huevos:** Nunca consumirlos crudos. La yema es buena fuente de grasas, ácidos grasos esenciales, vitaminas A, D y hierro, empezar con la yema sobre el noveno mes; inicialmente, a la semana media y al mes entera.

- Proteínas de alto valor biológico: ovoalbúmina (clara), y ovo vitelina (Yema).

- Tiene lípidos con ácidos grasos esenciales.
- Tienen Hierro.
- Alergenizante, sobre todo la clara.
- Iniciar con huevo cocido: 1 yema en el 9º mes, 2 al año dar la clara pero cocida.
- No dar más de 2-3 veces a la semana.

**Yogurt:** Utilizar de preferencia el natural como complemento o mezclado con el puré de frutas.

**Azúcares refinados, miel y otros dulces:** No se debe alimentar a los lactantes con miel, ni jarabes de maíz, ya que estos alimentos se han identificado como las únicas fuentes dietéticas de las esporas del clostridium botulinum y a esa edad, no se cuentan con la inmunidad para resistir el desarrollo de las esporas.

## **LEGUMBRES**

- Ricas en fibra, Fe, vitaminas y tienen muchos residuos.
- No dar antes del año.
- Tienen más proteínas que las verduras, pero tienen poco valor biológico.

## **LECHE DE VACA**

- No dar antes del año, ni en niños con enfermedades cardíacas o renales.
- Rico en proteínas (caseína), rica en minerales, es hiper osmolar.
- Pobre en Fe, vitamina D y C.
- Pobre en ácidos grasos esenciales.
- Alergizante.
- Puede provocar pérdidas hemáticas en las heces de los niños.

**Agua:** Mientras el lactante recibe solo leche materna no requiere de líquidos adicionales, a esta edad, ya que la alimentación complementaria produce una mayor carga renal de soluto, no basta con los líquidos aportados por la leche y otros alimentos por lo que se debe ofrecer agua al lactante.

## ESQUEMA DE INICIO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

### 0 - 6 MESES

- Leche materna exclusivamente, alimento ideal, a libre demanda del bebé

### 6 MESES

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

**Frutas:** Manzana, pera, banano, papaya, guayaba, durazno, melón. Prepárelas en jugos y compotas. Luego puede darlas en puré o en pequeños trozos. No se les debe adicionar miel y si se utiliza azúcar (evitar en lo posible) hacerlo en pequeñas cantidades. Darles con cuchara o vaso. Cuando el bebé esté un poco más grandecito y tenga la habilidad de coger con la mano, se debe estimular para que tenga un buen desarrollo motor.

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

### 7 MESES

**Tubérculos:** Papa, yuca, guineo, arracacha. Darles en puré, (maceradas), sopas cremas, compota y/o trocitos. Ofrézcalos con cuchara o pocillo. Alimentos en puré. Alimentos picados, cortados, tajados, aquellos que pueda coger con los dedos.

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



## 8 MESES

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

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

## 12 MESES

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

**Yema de huevo:** Darle siempre cocido y tibio, no lo dé crudo. La yema de huevo debe darla con cuchara, inicialmente en poca cantidad y progresivamente se va aumentando de acuerdo a la tolerancia. Alimentos picados, cortados, tajados, aquellos que pueda coger con los dedos.

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

**Pescado:** Observe la tolerancia.

## **FRECUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA**

La capacidad gástrica del lactante es pequeña, por lo que es necesario ofrecerle los alimentos con mayor frecuencia, de 3 a 5 comidas al día, al inicio (6 a 8 meses), luego asegurar 5 comidas al día (desde los 9 meses), diferentes a la leche materna.<sup>29</sup>

A los 6 meses, el niño conserva el reflejo de extrusión por lo que aparenta que está escupiendo la comida, la cantidad que el lactante comerá de 3 a 4 cucharaditas cada vez.

A los 7 meses, la cantidad irá aumentando, deberá consumir aproximadamente media taza de 3 a 5 veces al día.

De los 8 a 9 meses, debe comer más de la media taza, cinco veces al día.

De 12 a 24 meses, compartirá la comida familiar y deberá consumir 1 taza cinco veces al día.

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

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

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

- Disminución de la ingestión de leche materna y desplazamiento de la alimentación al pecho por alimentos menos nutritivos que aún no requiere el lactante, lo cual puede ocasionar desnutrición.
- Disminución de producción de leche materna en la madre.
- Deficiente digestión y absorción de nutrientes y diarrea.

- “Alimentación forzada” debido a que el lactante, por su inmadurez neuromuscular, es incapaz de demostrar saciedad, llevando a la obesidad. (Sobre alimentación).
- 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 complementaria

#### **Después de los 6 meses:**

Si la alimentación complementaria empieza después de los 6 meses de edad, el niño no recibirá suficientes nutrientes y alimentos de acuerdo a su requerimiento, el cual puede ser más difícil el periodo de adaptación a nuevas consistencias, texturas y sabores de los alimentos.

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

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

Los niños nacen con reservas de hierro suficientes para cubrir sus demandas nutricionales entre los 4 a 6 meses. Por otro lado, la leche materna, aunque tiene

pocas cantidades de hierro su absorción es muy eficiente comparada con otras leches. El inicio de la alimentación complementaria es de suma importancia porque las reservas de hierro están agotándose y el crecimiento del niño continúa.

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

Clasificación:

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

**Alimentos que favorecen la absorción:**

- **Vitamina C (ácido ascórbico):** mejora la absorción del hierro no hémico ya que convierte el hierro férrico de la dieta en hierro ferroso, el cual es más soluble y puede atravesar la mucosa intestinal.
- **Otros ácidos orgánicos:** ácido cítrico, ácido láctico y ácido málico también benefician la absorción de hierro no hémico.
- **Proteínas de la carne:** además de proveer hierro hémico (altamente absorbible) favorecen la absorción de hierro no hémico promoviendo la solubilidad del hierro ferroso.

- **Vitamina A:** mantiene al hierro soluble y disponible para que pueda ser absorbido. La combinación de vitamina A con hierro se usa para mejorar la anemia ferropénica (por deficiencia de hierro).

#### **Reducen la absorción:**

- **Ácido fítico (fitatos):** se encuentra en arroz, legumbres y granos enteros.
- **Taninos:** se encuentran en algunas frutas, vegetales, café, té (negro, verde) vinos, chocolate, frutos secos y especias (orégano).

Pueden inhibir la absorción ya que se combinan con el hierro formando un compuesto insoluble.

- **Proteínas vegetales:** las proteínas de la soya tienen un efecto inhibitorio en la absorción del hierro no hémico que no depende del contenido de fitatos.
- **Calcio:** cuando el calcio se consume junto al hierro en una comida, el calcio disminuye la absorción de hierro hémico como el no hémico. El calcio tiene un efecto inhibitorio que depende de sus dosis.<sup>30</sup>

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

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

- Lavado de manos con agua y jabón de la madre o cuidadora, antes de la preparación de los alimentos, antes de dar de comer al niño después de usar el baño o letrina y después de limpiar a un niño que ha defecado. Igualmente mantener limpias las manos y la cara del niño.
- Mantener los alimentos tapados y servirlos inmediatamente después de prepararlos.
- Utilizar utensilios limpios (tazas, vasos, platos, cucharas, etc.) para preparar y servir los alimentos.

- Evitar el uso de biberones y chupones debido a la dificultad para mantenerlos limpios, además de sus otros efectos negativos.
- Utilizar agua segura (potable, clorada o hervida) y mantenerla en recipientes limpios, tapados y en lugares frescos.
- Conservar los alimentos en lugares seguros (libres de polvo, insectos, roedores y otros animales), para evitar la contaminación de los mismos.
- Colocar la basura o restos de comida en recipientes tapados y fuera de la vivienda.
- Los restos de comida que el niño pequeño deja en el plato no se deben guardar para un posterior consumo, pues se descomponen fácilmente, por ello deben ser consumidos al momento.<sup>31</sup>

## **INTERACCIÓN EN LA ALIMENTACIÓN**

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

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

- Un “estilo controlador”, donde la madre o cuidadora decide cuando y como come el niño puede llegar a que los niños no reconozcan adecuadamente sus propias señales de apetito y autorregulación de su ingesta de energía, poniendo al niño en riesgo de sobrepeso.
- Un estilo “dejar hacer” o “liberal”, donde la madre o cuidadora ofrece muy poca ayuda física o poco ánimo verbal en el momento de la alimentación, aun a niños

menores de un año, salvo que el niño este enfermo o que no coma. Este estilo es frecuente en nuestra población.

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

Se aplican los principios de cuidado psico-social:

- Hablar con los niños durante las comidas, con contacto ojo a ojo, reconociendo que los momentos de comer son espacios de aprendizaje y amor.
- Alimentarlos despacio y con paciencia y animar a los niños a comer, pero sin forzarlos.
- Dar de comer directamente a los niños pequeños y ayudar físicamente a los niños mayores cuando se alimentan solos, estando atentos y respondiendo sus señales de apetito y saciedad.
- Cuando los niños no quieren comer, experimentar con diferentes combinaciones de alimentos, sabores, texturas y maneras de animarlos a comer.<sup>32</sup>

## **PRINCIPIOS DE ORIENTACIÓN PARA LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL NIÑO AMAMANTADO**

- 1. Duración de la lactancia materna exclusiva y edad de introducción de los alimentos complementarios.** Practicar la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad, introducir los alimentos complementarios a partir de los 6 meses de edad (180 días) y continuar con la lactancia materna.
- 2. Mantenimiento de la lactancia materna.** Continuar con la lactancia materna frecuente y a demanda hasta los dos años de edad o más.
- 3. Alimentación perceptiva.** Practicar la alimentación perceptiva, aplicando los principios de cuidado psico-social. Específicamente:

- a) alimentar a los lactantes directamente y asistir a los niños mayores cuando comen por sí solos, respondiendo a sus signos de hambre y satisfacción;
- b) alimentar despacio y pacientemente y animar a los niños a comer, pero sin forzarlos;
- c) si los niños rechazan varios alimentos, experimentar con diversas combinaciones, 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.

#### 4. Preparación y almacenamiento seguros de los alimentos complementarios.

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

- a) lavar las manos de las personas a cargo de los niños y de los mismos niños antes de preparar alimentos y de comerlos,
- b) guardar los alimentos de forma segura y servirlos inmediatamente después de su preparación,
- c) utilizar utensilios limpios para preparar y servir los alimentos,
- d) utilizar tazas y tazones limpios al alimentar a los niños, y
- e) evitar el uso de biberones, dado que es difícil mantenerlos limpios.

**5. Cantidad necesaria de alimentos complementarios.** Comenzar a los seis meses de edad con cantidades pequeñas de alimentos y aumentar la cantidad conforme crece el niño, mientras se mantiene la lactancia materna. La energía necesaria proveniente de los alimentos complementarios para niños con ingestas “promedio” de leche materna en países en vías de desarrollo es de aproximadamente 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, y 550 kcal al día para niños entre



los 12 y 23 meses de edad. En países desarrollados se estima que las necesidades son algo diferentes (130, 310 y 580 kcal al día para niños entre los 6 y 8, 9 y 11 y 12 y 23 meses, respectivamente) debido a las diferencias en la ingesta de leche materna.

**6. Consistencia de los alimentos.** Aumentar la consistencia y la variedad de los alimentos gradualmente conforme crece el niño, adaptándose a los requisitos y habilidades de los niños. Los lactantes pueden comer papillas, purés y alimentos semisólidos a partir de los 6 meses de edad. A los 8 meses, la mayoría de niños también pueden consumir alimentos que se pueden comer con los dedos (meriendas que pueden servirse los niños por sí solos). A los 12 meses, la mayoría de los niños puede comer el mismo tipo de alimentos que el resto de la familia (teniendo en cuenta su necesidad de alimentos densos en nutrientes, como se explica en el #8, abajo). Deben evitarse los alimentos que puedan causar que los niños se atoren o atraganten (es decir, alimentos cuya forma y/o consistencia implica el riesgo de que pudieran bloquearla tráquea, por ejemplo: nueces, uvas, zanahorias crudas, etc.).

**7. Frecuencia de alimentos y densidad energética.** Aumentar el número de veces que el niño consume los alimentos complementarios conforme va creciendo. El número apropiado de comidas depende de la densidad energética de los alimentos locales y las cantidades normalmente consumidas durante cada comida. Para el niño amamantado promedio de 6 a 8 meses de edad, se debe proporcionar 2 a 3 comidas al día, de los 9 a 11 meses y 12 a 24 meses de edad el niño debe recibir 3-4 comidas al día además de meriendas nutritivas (como una fruta, un pedazo de pan o pan árabe con pasta de nueces) ofrecidas 1 o 2 veces al día, según lo desee el niño. Las meriendas se definen como alimentos consumidos entre comidas, siendo generalmente alimentos que los niños

consumen por sí mismos y que son convenientes y fáciles de preparar. Si la densidad energética o 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.

**8. Contenido nutricional de alimentos complementarios.** Dar una variedad de alimentos para asegurarse de cubrir las necesidades nutricionales. Debe consumirse carne, aves, pescado o huevos diariamente o, de no ser posible, lo más frecuentemente posible. Las dietas vegetarianas no logran cubrir las necesidades nutricionales a esta edad, a menos que se utilicen 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 la administración de bebidas o jugos con un bajo valor nutritivo, como té, café y sodas. Limitar la cantidad de jugo ofrecido para así evitar reemplazar o desplazar alimentos más nutritivos.

**9. Uso de suplementos de vitaminas y minerales o productos fortificados para niños y madres.** Utilizar alimentos complementarios fortificados o suplementos de vitaminas y minerales para los lactantes de acuerdo a sus necesidades. En algunas poblaciones, es posible que las madres lactantes también necesiten suplementos de vitaminas y minerales o productos fortificados, tanto por su propia salud como para asegurar concentraciones normales de ciertos nutrientes (especialmente vitaminas) en su leche. [Dichos productos pueden también ser de beneficio para mujeres antes y durante el embarazo].

**10. La alimentación durante y después de la enfermedad.** Aumentar la ingesta de líquidos durante las enfermedades incluyendo leche materna (lactancia más frecuente), y alentar al niño a comer alimentos suaves, variados, apetecedores y que sean sus favoritos. Después de la enfermedad, dar alimentos con mayor frecuencia de lo normal y alentar al niño a que coma más.<sup>33</sup>

### 1.3. BASES TEÓRICAS

Según la teoría de las necesidades humanas propuesta por Abraham Maslow en la obra *Una teoría sobre la motivación humana (A Theory of Human Motivation)* escrita en 1943, la alimentación se encuentra en la base de la pirámide de necesidades, junto con respirar, descansar, tener relaciones sexuales y mantener el equilibrio en nuestro organismo. Estas son las necesidades fisiológicas imprescindibles para la supervivencia. A partir de ahí, y una vez estas están cubiertas, el ser humano aspira a alcanzar otras necesidades más elaboradas individual y colectivamente: de seguridad, afiliación al grupo, reconocimiento y, finalmente, autorrealización.

En las últimas décadas, la alimentación ha recorrido todos los niveles de la pirámide de Maslow en las necesidades de la población occidental. Ha pasado de simplemente cubrir una necesidad fisiológica a exigir condiciones de seguridad (con la creación de organismos como la AESAN), ser una forma de pertenecer a un grupo (ejemplo de ello son los restaurantes, las comidas de negocios o para festejardías señalados...) y constituir un elemento de reconocimiento (reflejo de ello es la frase “eres lo que comes” y los análisis de los diferentes hábitos dietéticos según el nivel socioeconómico de la población). Finalmente, podemos decir que la alimentación se encuentra en el nivel de la autorrealización, en el que es una herramienta que nos hace ser conscientes de la necesidad de cuidar nuestro cuerpo y espíritu para tener una vida más satisfactoria, sana y con mayor bienestar. En relación a esta percepción actual de la alimentación, la comunicación de los beneficios para la salud (actualmente en fase de regulación de la AESAN) irá derivando a beneficios para el bienestar principalmente enfocados a las necesidades de autorrealización de los individuos. Creo que este será el camino en los próximos años.<sup>34</sup>

## **EL CONOCIMIENTO**

Bunge define el conocimiento como un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros y precisos, ordenados, vagos e inexactos, calificándolos en conocimiento científico, ordinario y vulgar.<sup>35</sup>

Cabe señalar que el conocimiento es la suma de hechos o principios que se adquiere a lo largo de la vida como resultado de la experiencia y aprendizaje del sujeto, debe involucrar información precisa, clara referente a los riesgos que puedan encontrar en el curso de su trabajo y las acciones necesarias para resolverlos, este conocimiento debe amoldarse a las circunstancias que se presenten los cuales deben ser reflejados en la práctica diaria.<sup>36</sup>

Las cosas existen independientemente de que se las conozca o no. Existen de modo objetivo, al margen del conocimiento, fuera de la conciencia. La realidad es objetiva porque existe sin depender de la voluntad y la conciencia del ser humano. Las cosas han existido incluso antes de la aparición del ser humano y pueden seguir existiendo con la extinción de la especie humana.

El conocimiento se construye y reconstruye constantemente, se va desarrollando con el paso del tiempo. Con el acontecer del tiempo se van realizando más y más investigaciones que aportan datos nuevos para la comprensión de la realidad. Para que se dé el proceso de conocimiento se necesita del objeto de estudio, lo susceptible de conocer; y del sujeto, el ente que conoce, poseedor de conciencia en la cual se refleja el conocimiento. La conciencia, el conocimiento, es una cualidad única de los seres humanos dotados de razón. El ser humano tiene la facultad de pensamiento, la capacidad de conocer. EL ser humano vive en un mundo material y está ligado al mismo por múltiples vínculos. La persona no es un simple espectador, se encuentran en interdependencia con su medio. La relación del ser humano con la realidad no se limita sólo en conocerla, dicha relación

trasciende a la acción, el ser humano actúa en el medio, en la realidad, es dependiente del mismo y actúa sobre él. Para conocer el mundo hay que estar en él, adaptarse a sus condiciones, a sus leyes, modificarlo según las necesidades.<sup>37</sup>

En contraposición a las ideas y conocimientos verdaderos están los falsos, los cuales proporcionan una imagen deformada de las cosas, no las representan tal como son. Las ideas falsas pueden ser resultado del desconocimiento, de errores basados en un conocimiento imperfecto, de prejuicios e ideas preconcebidas, de engaños y equivocaciones. El mundo se refleja en la razón que conoce. El reflejo de la realidad en la conciencia acumula experiencia, la cual se constituye en una base sólida para el conocimiento posterior. El reflejo en la conciencia adquiere historia, consecuencia, sucesión; se enriquece. Las percepciones de unos sentidos complementan las de otros, se contrastan entre sí. Conservar las percepciones sensoriales en la memoria, nos permite compararlas y confrontarlas. La razón las somete al análisis, a la comprobación, a la selección, a la evaluación; las sintetiza. El ser humano con su conciencia actúa sobre la realidad, la experiencia se adquiere en el proceso de interacción del ser humano con los objetos.

Los objetos pueden cambiar al ser humano y el ser humano puede cambiar a los objetos, transformarlos, rehacer el mundo que les rodea mediante la práctica. La práctica es una relación particular entre el ser humano y el mundo, es una relación objetiva. No hay cambio alguno en el mundo cuando el ser humano se limita al conocimiento de las cosas y éste se refleja en su conciencia; es cuando se actúa cuando se actúa cuando se hacen cambios reales y objetivos.<sup>38</sup>

Es necesario que el profesional de enfermería adquiera una sólida base de conocimientos científicos con respecto a los diferentes temas relacionados a la salud, siendo el resultado de un proceso constructivo, en el cual se adquiere información precedente del medio que interactúa, genera la incorporación y la

organización de conocimientos nuevos que le permita efectuar en su práctica el cuidado de la salud y la vida.<sup>39</sup> Se sabe que la carencia de conocimiento y de información, determina comportamientos equivocados y erróneos, especulaciones con respecto a la salud- enfermedad. Situación que debe ser tomada en cuenta en los profesionales de la salud, sobre todo en el personal de enfermería, por ser uno de los pilares fundamentales de la multiplicación de conocimientos dentro de la comunidad.

## **PRACTICA**

La práctica sirve de criterio objetivo, determina si se corresponden los conceptos con las cosas mismas, si los conocimientos son verdaderos. El conocimiento comprobado por la práctica es el más seguro. La práctica correcta y eficaz, basada en la teoría, es el mejor aval de la misma. Nuestros conceptos, ideas y teorías no sólo se acumulan, sino que también se modifican y transforman, se perfeccionan. La experiencia y la reflexión posteriores descubren la inexactitud, la parcialidad y el error de algunos conceptos, y requieren su revisión. La verdad se pule. Se opera un proceso de perfeccionamiento de la ciencia por medio de nuevas experiencias, nuevas reflexiones y por la continua comprobación en la práctica.<sup>40</sup>

Enfermería es una disciplina que está en constante evolución, tanto en su desarrollo como ciencia, como en su práctica profesional, al mismo tiempo tiene una rica historia de pensamiento iniciado por Florence Nightingale quien concibió a las enfermeras como un colectivo de mujeres formadas. La transición de vocación a profesión en 1970 fue un giro de gran importancia para la enfermería, desde entonces surgen con mayor fuerza los cuestionamientos referentes a la esencia de enfermería y la necesidad de aumentar el conocimiento para sustentar la práctica, así entonces comienzan a elaborarse teorías y modelos conceptuales con el fin de guiar el pensamiento crítico que se requiere para la práctica profesional.<sup>41</sup>

El saber práctico ha permitido el desarrollo de la investigación en enfermería.<sup>42</sup> Por lo tanto, es una obligación inherente a la profesión, el registrar en forma concreta el conocimiento obtenido en la práctica, para así poder generar conocimiento teórico y producir una retroalimentación. Independiente del abordaje, mientras más investigación sobre el saber práctico de la enfermería se realice, la brecha entre estos conocimientos disminuirá.<sup>43</sup> Aunque en algunos casos, la búsqueda del conocimiento teórico se ve entorpecida por la demanda asistencial que tiene el profesional de enfermería.<sup>44</sup>

En la educación, ha permitido el análisis en el proceso de formación de los profesionales de enfermería en diferentes materias, incluyendo las actividades relacionadas con la administración de los servicios de enfermería.<sup>45</sup> Además, ha permitido desarrollar programas de formación específicos para cada nivel de habilidad, porque se logra establecer que las necesidades de aprendizaje en las primeras etapas son diferentes a las requeridas en los niveles superiores.

En el área asistencial, a partir de esta teoría se han creado programas de orientación para profesionales nuevos en diversos servicios clínicos. La creación de indicadores empíricos que ha favorecido la unión entre la teoría y la práctica.<sup>46</sup> y ha objetivizado la calidad de los cuidados profesionales.

A. Bondy nos dice que la experiencia le ha enseñado a la humanidad que el conocimiento del hecho no es convencional, que si se busca la comprensión y el control de los hechos debe partirse de la experiencia de cada uno. De lo cual se deduce que la práctica es el ejercicio de un conjunto de destrezas y /o habilidades adquiridas por medio de la experiencia; lo cual puede ser valorada a través de la observación o puede ser referida y/o expresada a través del lenguaje.<sup>47</sup> Callista Roy, refiere que la práctica de enfermería “es el cuerpo de conocimientos científicos aplicados con el propósito de ofrecer a los individuos un servicio esencial que

consiste en fomentar la capacidad de influir positivamente en su salud”.<sup>48</sup> Además la práctica de la enfermería está dirigida al bienestar social en conjunto con otras disciplinas: su razón de ser y/o objetivo es el cuidado a la persona en las dimensiones: física, mental, emocional, social y espiritual, por lo que requiere aplicar las competencias de la profesión de la enfermería a las personas con el fin de prevenir, promover, conservar y recuperar la salud, para la cual requieren de fundamentos científicos propios, cristalizados en el proceso enfermero que guíe en forma sistematizada, planeada, y organizada su quehacer diario.<sup>46</sup> Así pues la práctica es el instrumento más importante de esta disciplina para la planificación del cuidado en cada uno de los pacientes, se puede decir que la práctica de enfermería es el verbo del cuidado.

Los profesionales de enfermería debemos mostrar un amplio conocimiento sobre la alimentación complementaria y su importancia para el normal crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 con el fin de prevenir la desnutrición a esta edad por ser este un grupo muy vulnerable. Debemos ser portadores de la educación alimentaria en todos los niveles de atención, en especial en las zonas de menor desarrollo y poca accesibilidad, para así ampliar los conocimientos de las madres que son las responsables de la crianza de los hijos, con estos conocimientos se logrará que sus niños obtengan un óptimo crecimiento y desarrollo a nivel cognitivo, emocional y social. Para cumplir todo ello la madre debe de conocer y ser educada por el personal de enfermería sobre las “Prácticas Familiares claves para el crecimiento y desarrollo infantil saludable” propuestas por el AIEPI, en esta se establecen 16 claves de las cuales cuatro están relacionadas con el crecimiento del niño.<sup>49</sup>



## **DEFINICIÓN DE TERMINOS OPERACIONALES**

**CONOCIMIENTO:** Es la respuesta expresada por la madre sobre toda aquella información que posee acerca de la alimentación complementaria en torno al inicio, frecuencia, cantidad, consistencia y tipo de alimentos complementarios en la dieta del niño a partir de los seis hasta los 12 meses de edad.

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

**LACTANTE:** Son todos aquellos niños de ambos sexos de 6 a 12 meses, que son atendidos en el componente de CRED en el Centro de Salud Cajamarquilla.

**MADRE:** Es la persona de sexo femenino encargada del cuidado del niño de 06 a 12 meses que asiste al componente de CRED en el Centro de Salud "Cajamarquilla".

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

## CAPÍTULO II

### 2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

#### 2.1. ÁMBITO

El estudio se realizó en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Puesto de Salud Cajamarquilla – Pasco, que pertenece a la micro red del distrito de Yanacancha de la provincia de Pasco.

El consultorio de CRED es un servicio al que asisten las madres con sus niños menores de 5 años para el diagnóstico nutricional y el control del desarrollo psicomotor, además de la consejería respecto al cuidado del niño menor de 5 años. El horario de atención de este servicio es de lunes a viernes de 08:00 a 14:00 horas.

#### 2.2. POBLACIÓN

La población en estudio estuvo constituida por todas las madres con lactantes de 6 a 12 meses de edad, que asisten al programa de CRED del Puesto de Salud Cajamarquilla.

**2.3. MUESTRA** La muestra se determinó a través del muestreo probabilístico, mediante la fórmula estadística del tamaño de muestra para población finita.

$$n = \frac{N \cdot P \cdot (1-P)}{(N-1) \cdot (E^2) + P \cdot (1-P) \cdot Z_{\alpha}^2}$$

**Donde:**

- n** : Es la muestra
- N** : Es el tamaño de la población.
- Z $\alpha$**  : Es el intervalo de confianza = 1.69 (91% de confianza).
- P** : Proporción poblacional = 0.5.
- Q** : Es (1-p) = 0.5
- E** : Es el error muestral de 0.09

$$n = \frac{120 \cdot 0.5 (1-0.5)}{(120-1) (0.092) + 0.5} \frac{1-(0.5)}{1.692} \quad n = 34,29$$

La muestra estuvo conformada por 34 madres.

Para la selección de la muestra se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

**a) Criterios de inclusión:**

- Madres que desearon participar en el estudio y que firmaron el consentimiento informado
- Madres que acudieron al establecimiento en el momento en que se realizó la investigación.
- Madres con hijos de 6 a 12 meses
- Madres residentes de la zona de Cajamarquilla

**b) Criterios de exclusión:**

- Madres que no desearon participar en el estudio y no firmaron el consentimiento informado
- Madres que no acudieron al establecimiento al momento en que se realizó la investigación.
- Madres que no residen en la zona de Cajamarquilla.

- Madres con hijos menores de 6 meses y mayores de 12 meses.

#### 2.4. NIVEL Y TIPO DE ESTUDIO

El estudio corresponde al nivel descriptivo - observacional - correlacional

Descriptivo; porque solo se describieron o narraron los hechos tal como se presentaron.

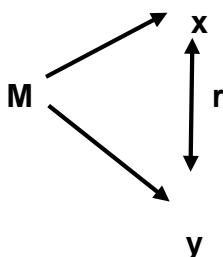
Observacional; porque se observó la presencia del fenómeno tal cual se presentó.

Correlacional; porque se estableció la relación entre ambas variables.

- **Según el tiempo de estudio:** la investigación es de tipo prospectivo porque la recolección de datos se hizo según ocurrieron los fenómenos.
- **Según la participación del investigador:** es de tipo observacional puesto que no se manipuló la variable independiente; se observaron los fenómenos tal como ocurrieron.
- **Según la cantidad de medición de las variables:** el estudio fue transversal, ya que los instrumentos se aplicaron a la muestra en un determinado momento y se midieron solo una vez
- **Según la cantidad de variables a estudiar:** Analítico, porque se estudiaron 2 variables, y la asociación o dependencia entre ellas.<sup>50</sup>

#### 2.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Corresponde al diseño descriptivo correlacional con el siguiente esquema:



Dónde:

**M** = Muestra en estudio.

**X** = Variable conocimiento.

**Y** = variable prácticas.

**r** = Relación de las variables en estudio.

## **2.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento el cuestionario.

- Cuestionario, es un instrumento adaptado al estudio, que ha sido aplicado previa validación de juicio de expertos y con confiabilidad estadística a través de prueba Kuder de Richarson. Consta de presentación, datos generales, instrucciones y datos específicos, (Anexo 01).

## **2.7. PROCEDIMIENTO**

- Se solicitó permiso al director del establecimiento para la ejecución de la investigación.
- Se coordinó con la enfermera coordinadora del programa para la aplicación del instrumento.
- Se seleccionó a la muestra de estudio y se solicitó la firma del consentimiento informado.
- Se aplicó el instrumento a la muestra seleccionada.

## **2.8. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos se tabularon a través del Programa SPSS versión 21, mediante el cual se elaboraron las tablas y gráficos estadísticos respectivos, los mismos que posteriormente fueron analizados e interpretados.

Análisis descriptivo, luego de procesar y presentar los datos en tablas se procedió a realizar el análisis e interpretación de los datos para arribar a las conclusiones más importantes del estudio de investigación.

Análisis inferencial, para aplicar la estadística inferencial se realizó la construcción de las tablas de contingencia y luego se aplicó la prueba estadística pertinente para poder contrastar la hipótesis de estudio.

## **2.9. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS**

Los instrumentos de recolección de datos fueron validados a través de la opinión y análisis de expertos en la materia, quienes dictaminaron si los instrumentos aplicados han sido diseñados con el rigor científico pertinente para obtener resultados ajustados a lo que persigue la investigación. (Anexo N° 02). Se realizó la confiabilidad mediante la aplicación del instrumento a una muestra piloto compuesta por 05 madres que no fueron incluidas en la muestra.

## **2.10. ASPECTOS ÉTICOS**

Consentimiento informado. Se utilizó el consentimiento informado, con el objetivo de informar a cada uno los participantes del estudio, los objetivos que se esperan lograr con su participación, también se puso en claro los compromisos por parte del investigador y el investigado, así como la libertad que tenían de elegir participar o no en el estudio (Anexo N° 04).

## CAPITULO III

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 3.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

**Tabla N° 01. Datos sociodemográficos de la muestra en estudio. Puesto de Salud Cajamarquilla, Pasco, 2016**

<b>Características de la población</b>	<b>Frecuencia (n=30)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Edad de la madre</b>		
15 a 20 años	12	40.0
21 a 30 años	15	50.0
31 a 40 años	3	10.0
<b>Grado de instrucción</b>		
Primaria	3	10.0
Secundaria	21	70.0
Superior	6	20.0
<b>Estado civil</b>		
Soltera	5	16.7
Casada	6	20.0
Conviviente	19	63.3
<b>Edad del niño</b>		
6 meses	2	6.7
7 meses	4	13.3
8 meses	5	16.7
9 meses	2	6.7
10 meses	4	13.3
11 meses	4	13.3
12 meses	9	30.0

Fuente: Cuestionario sobre conocimiento y buenas prácticas

#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la presente tabla se observa que del 100% de la muestra en estudio; el 50% (15) madres pertenecen al grupo etario de 21 a 30 años; el 40% (12) al grupo de 15 a 20 años y el 10% (03) al grupo de 31 a 40 años. Respecto al grado de

instrucción, el 70% (21) poseen secundaria; el 20% (06) tienen instrucción superior y el 10% (03) instrucción primaria.

En relación al estado civil, el 63,3% (19) son convivientes; el 20% (6), son casadas y el 16,7% (5) son solteros.

En relación a la edad del niño, el 30% (9) pertenecen al grupo etario de 12 meses; el 16,7% (5), corresponde al grupo etario de 8 meses. El 13,3% cada uno con 4 niños (Total 12) pertenecen al grupo de 7, 10 y 11 meses y en mínimo porcentaje 6,7 (4) pertenecen a los grupos de 6 y 9 meses.

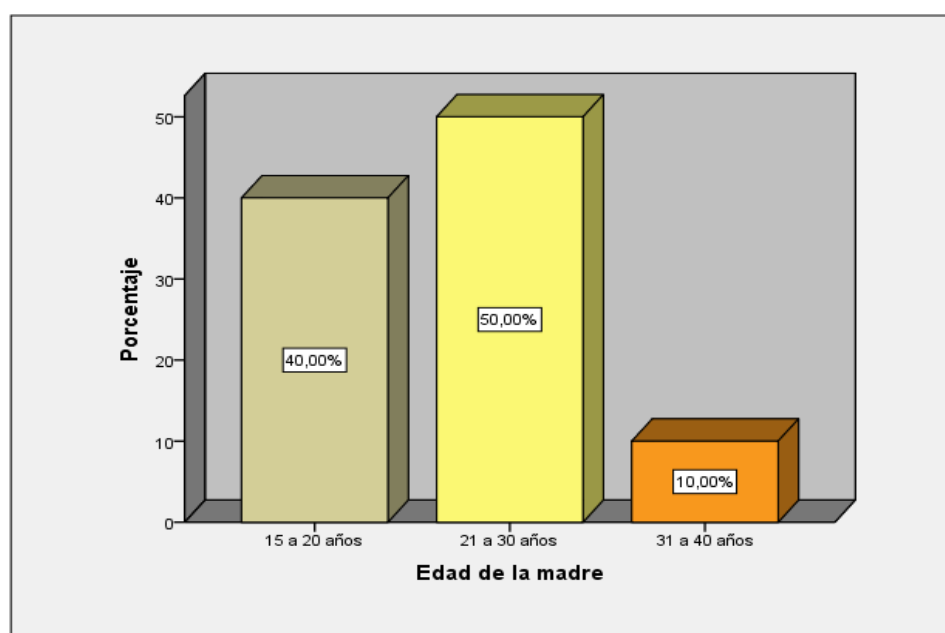


Figura 01. Edad de las madres. Puesto de Salud Cajamarquilla, Pasco, 2016.



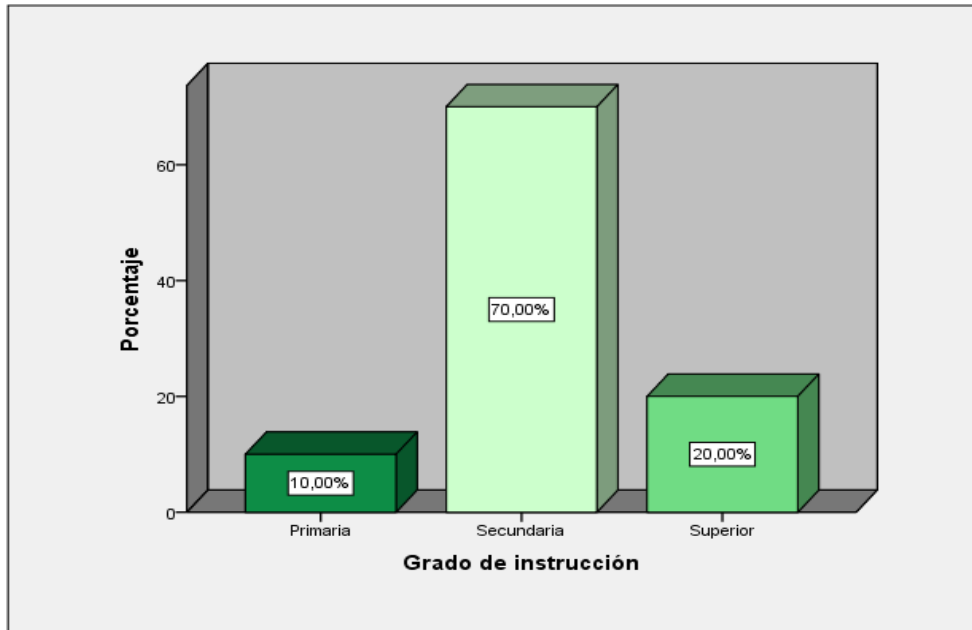


Figura 02. Grado de instrucción de las madres. Puesto de Salud Cajamarquilla, Pasco, 2016

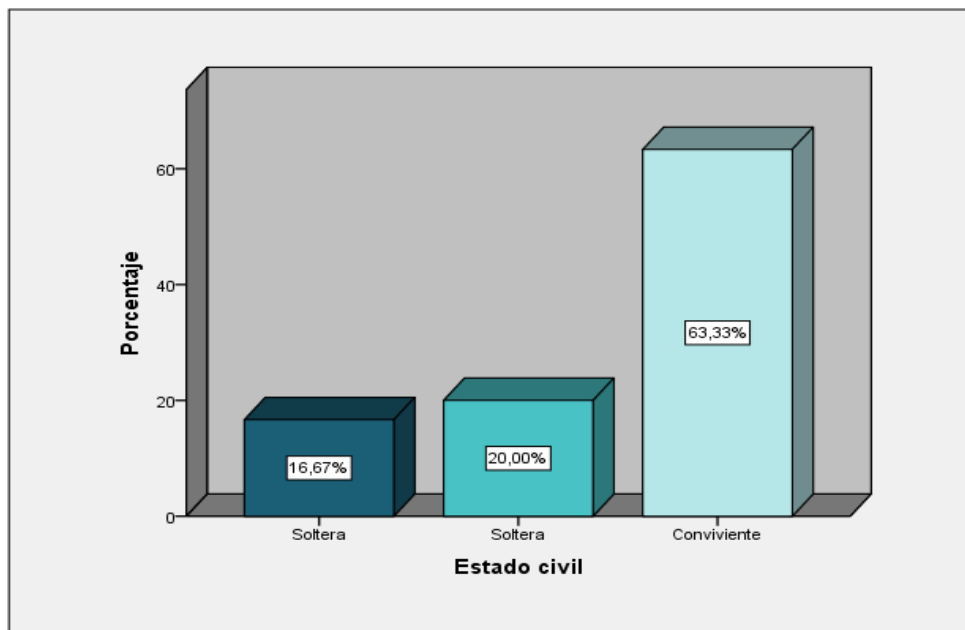


Figura 03. Estado civil de las madres del Puesto de Salud Cajamarquilla, Pasco, 2016

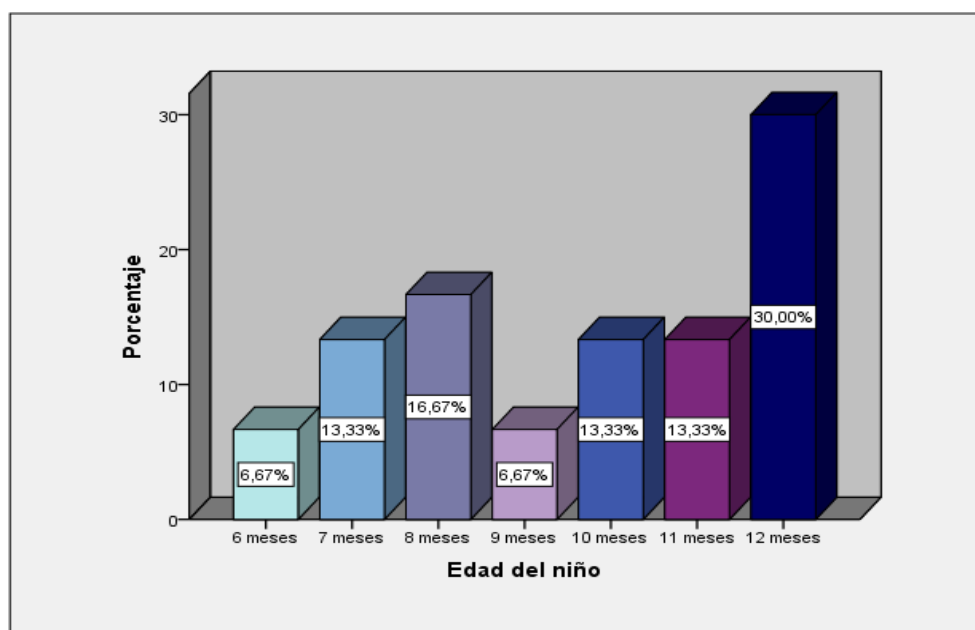


Figura 04. Edad de los hijos de las madres del Puesto de Salud Cajamarquilla, Pasco, 2016.

### 3.2. RESULTADOS DEL ANALISIS DE LA VARIABLE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA QUE TIENEN LAS MADRES DE LOS NIÑOS DE 06 A 12 MESES

Tabla N° 02. Muestra en estudio, según dimensión inicio de la alimentación complementaria. Puesto de Salud Cajamarquilla, Pasco, 2016

DIMENSIÓN 1	Frecuencia (n=30)	Porcentaje (%)
<b>Definición</b>		
Dar otros tipos de leches (evaporada y/o formula) más leche materna	2	6.7
Dar alimentos semisólidos y blandos en la dieta del niño más leche materna	28	93.3
<b>Edad de inicio</b>		
A los 5 meses o antes	1	3.3
A los 6 meses	25	83.3
A los 7 meses u 8 meses	4	13.3

Fuente: Cuestionario sobre conocimiento y buenas prácticas

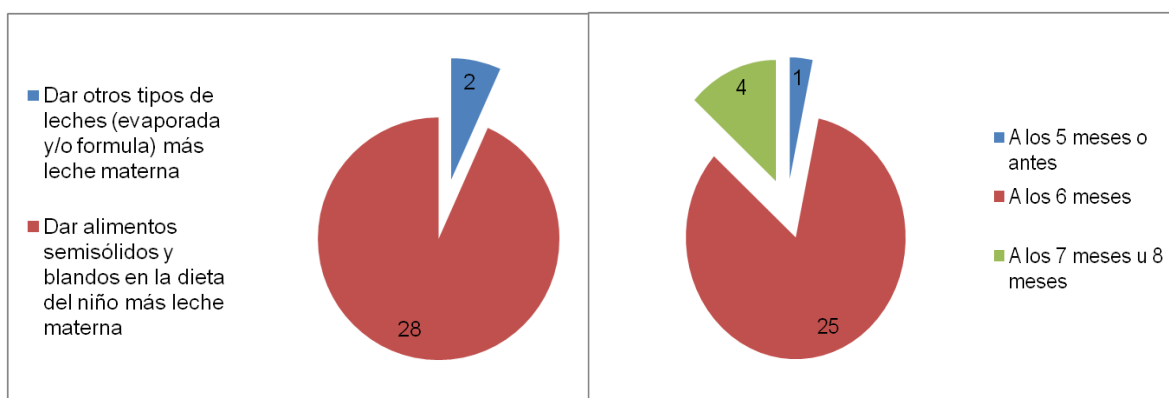


Figura 05. Muestra en estudio, según dimensión inicio de la alimentación complementaria. Puesto de Salud Cajamarquilla, Pasco, 2016.

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

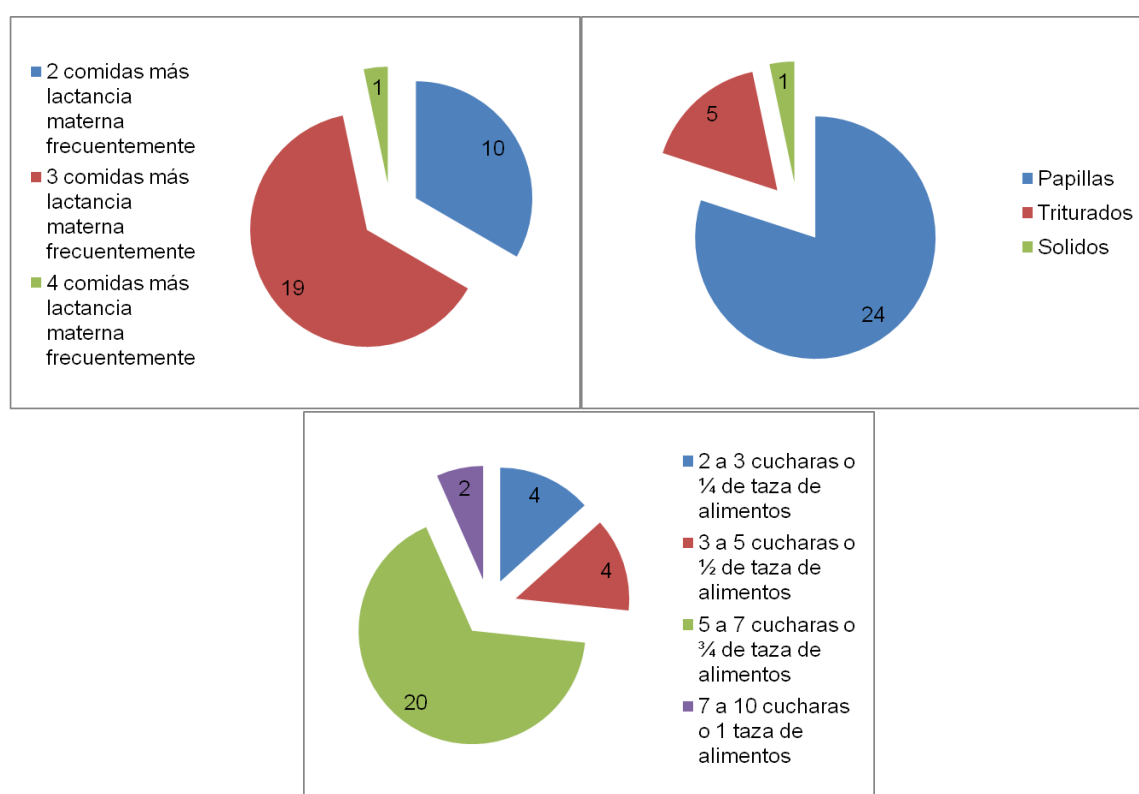
En la presente figura, respecto a la dimensión inicio de la alimentación complementaria, se observa que el 93,3% (28) madres tienen un concepto correcto y solo el 6,7% (2) tienen un concepto equivocado.

Referente a la edad de inicio de la alimentación complementaria, el 83,3% (25) de las madres refieren que debe ser a los 6 meses y un mínimo porcentaje de 13,3% (4) manifiestan que debe ser a los 7 u 8 meses. Solo 1 madre respondió que debe iniciarse a los 5 meses o antes.

**Tabla N° 03. Muestra en estudio, según dimensión características de la alimentación complementaria. Puesto de Salud Cajamarquilla, Pasco, 2016**

<b>DIMENSIÓN 2</b>	<b>Frecuencia (n=30)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Frecuencia de alimentación</b>		
2 comidas más lactancia materna frecuentemente	10	33.3
3 comidas más lactancia materna frecuentemente	19	63.3
4 comidas más lactancia materna frecuentemente	1	3.3
<b>Consistencia de los alimentos</b>		
Papillas	24	80.0
Triturados	5	16.7
Solidos	1	3.3
<b>Cantidad de alimentos para administrar</b>		
2 a 3 cucharas o ¼ de taza de alimentos	4	13.3
3 a 5 cucharas o ½ de taza de alimentos	4	13.3
5 a 7 cucharas o ¾ de taza de alimentos	20	66.7
7 a 10 cucharas o 1 taza de alimentos	2	6.7

Fuente: Cuestionario sobre conocimiento y buenas prácticas



**Figura 06: Muestra en estudio, según dimensión características de la alimentación complementaria. Puesto de Salud Cajamarquilla, Pasco, 2016**

#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la figura se observa que, en relación a la frecuencia de alimentación, el 63.3% (19) madres refieren que debe ser 3 comidas más lactancia materna

frecuentemente; el 33.3% (10) madres manifiestan que debe ser 2 comidas más lactancia materna frecuentemente y solo el 3,3% representado por 1 madre, refieren que debe ser 4 comidas más lactancia materna frecuentemente.

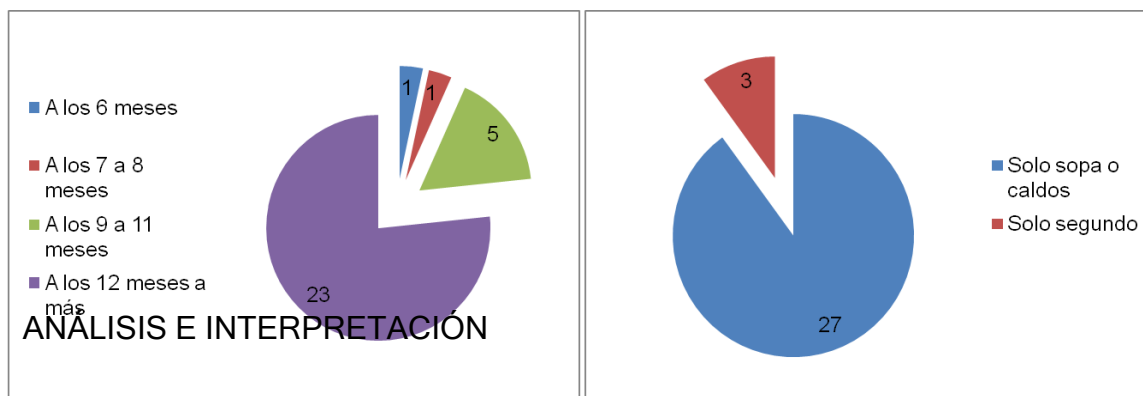
Respecto a la consistencia de los alimentos, el 80% (24) madres refieren que debe ser papillas, el 16.7% (5) que deben ser triturados y solo 1 (3,3%) dice que deben ser sólidos.

En relación a la cantidad de alimentos para administrar, el 66.7% (20) madres refieren que debe ser de 5 a 7 cucharas o  $\frac{3}{4}$  de taza de alimentos; el 13.3% (4) manifiesta que debe ser entre 3 a 5 cucharas o  $\frac{1}{2}$  de taza de alimentos, en la misma proporción debe ser entre 2 a 3 cucharas o  $\frac{1}{4}$  de taza de alimentos y solo un 6.7% (2) entre 7 a 10 cucharas o 1 taza de alimentos.

**Tabla N° 04. Muestra en estudio según dimensión inclusión de alimentos por edad. Puesto de Salud Cajamarquilla, Pasco, 2016**

<b>DIMENSIÓN 3</b>	<b>Frecuencia (n=30)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Edad sobre consumo de alimentos olla familiar</b>		
A los 6 meses	1	3.3
A los 7 a 8 meses	1	3.3
A los 9 a 11 meses	5	16.7
A los 12 meses a más	23	76.7
<b>Preferencias</b>		
Solo sopa o caldos	27	90.0
Solo segundo	3	10.0
<b>Adición de grasa</b>		
Sí	30	100.0
<b>Tipo de grasa</b>		
1 cucharita de aceite, mantequilla o margarina	30	100.0

Fuente: Cuestionario sobre conocimiento y buenas prácticas



**Figura 07: Muestra en estudio según dimensión inclusión de alimentos por edad. Puesto de Salud Cajamarquilla, Pasco, 2016**

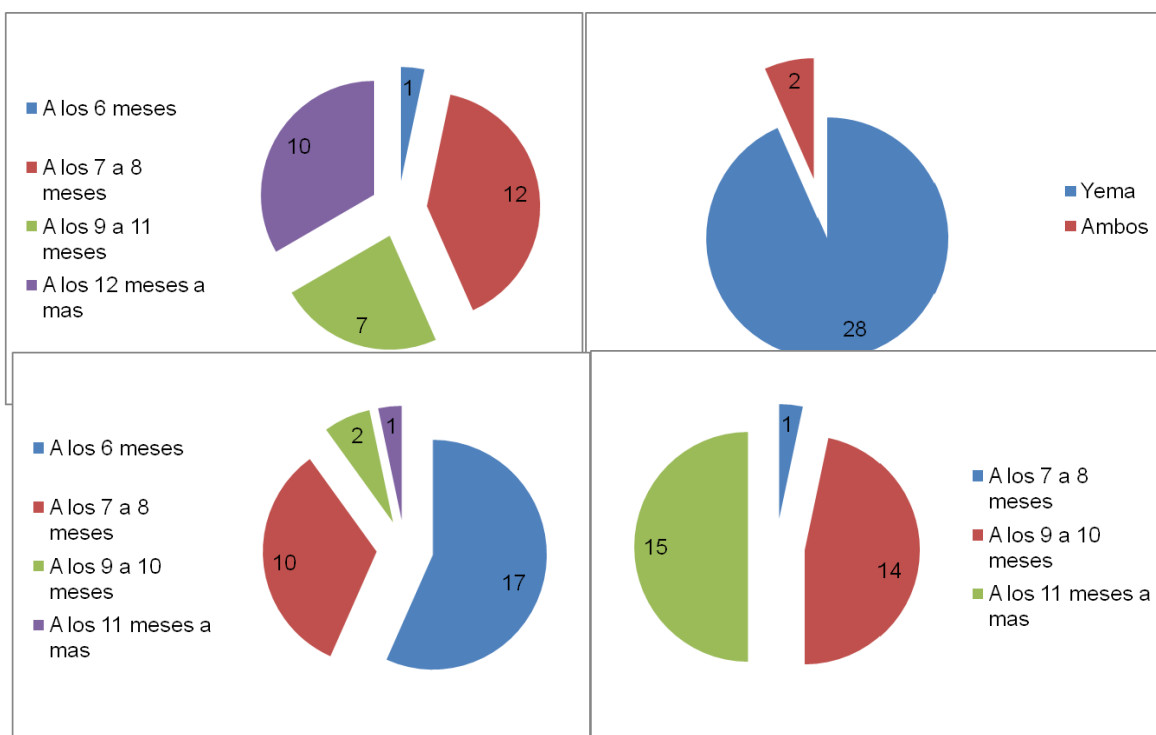
En la presente figura, se observa, que respecto a la dimensión inclusión de alimentos por edad, el 76.7% (23) madres refieren que los lactantes deben consumir alimentos de la olla familiar a los 12 meses a más; el 16.7% (5) refiere entre 9 a 11 meses; un 3,3% (1) a los 7 a 8 meses y en la misma proporción a los 6 meses.

El 90.0 % (27) de madres prefiere, solo sopa o caldos; el 100.0% dice que debe adicionar grasa (1 cucharita de aceite, mantequilla o margarina).

**Tabla N° 05. Muestra en estudio según dimensión riesgos de una alimentación complementaria a destiempo - Puesto de Salud Cajamarquilla, Pasco, 2016**

<b>DIMENSIÓN 4</b>	<b>Frecuencia (n=30)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Edad para ingesta de pescado</b>		
A los 6 meses	1	3.3
A los 7 a 8 meses	12	40.0
A los 9 a 11 meses	7	23.3
A los 12 meses a mas	10	33.3
<b>Parte del huevo que administra</b>		
Yema	28	93.3
Ambos	2	6.7
<b>Edad de inicio para administrar yema de huevo</b>		
A los 6 meses	17	56.7
A los 7 a 8 meses	10	33.3
A los 9 a 10 meses	2	6.7
A los 11 meses a mas	1	3.3
<b>Edad de inicio para administrar la clara del huevo</b>		
A los 7 a 8 meses	1	3.3
A los 9 a 10 meses	14	46.7
A los 11 meses a mas	15	50.0

Fuente: Cuestionario sobre conocimiento y buenas prácticas



**Figura 08. Muestra en estudio según dimensión riesgos de una alimentación complementaria a destiempo - Puesto de Salud Cajamarquilla, Pasco, 2016**

#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

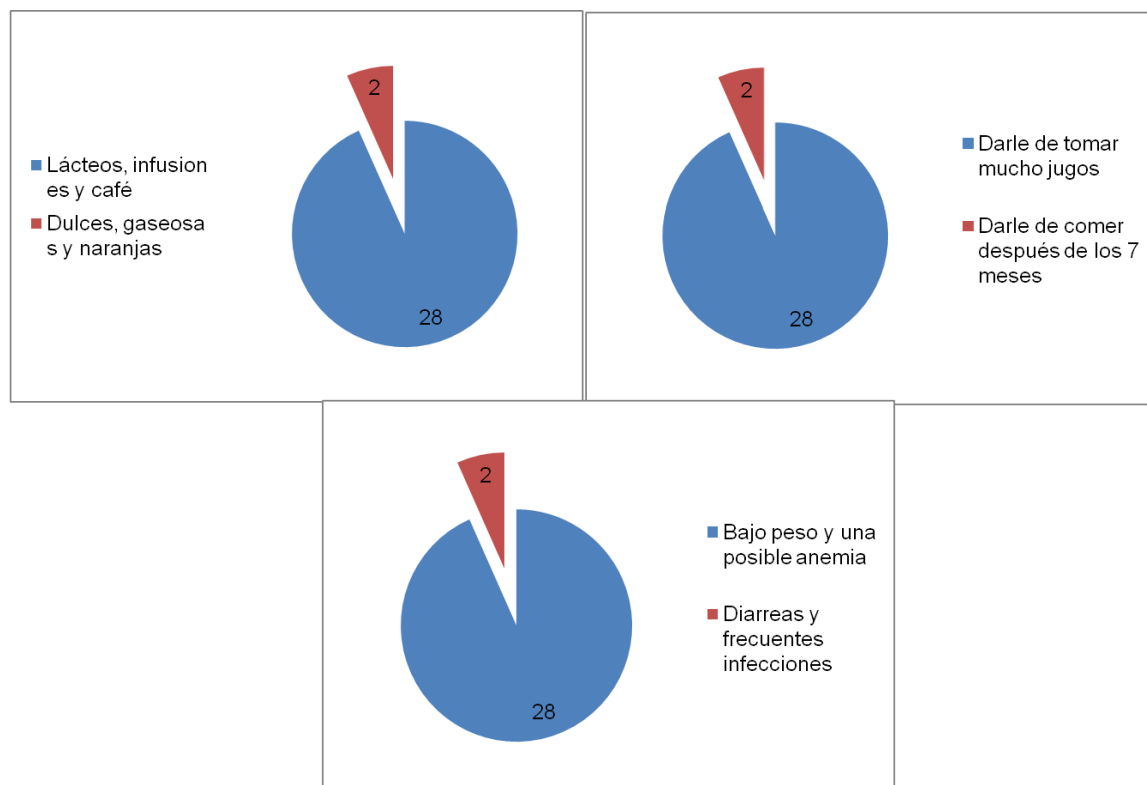
En la presente figura, respecto a la dimensión riesgos de una alimentación complementaria a destiempo se observa que el 40.0% (12) madres refieren que la edad para ingesta de pescado, es entre los 7 a 8 meses, seguido del 33.3% (10) entre los 12 a más meses; el 23.3% (7) entre los 9 a 11 meses. El 93.3 % (28) madres refieren que administran la yema de huevo y el 56.7% (17) que la edad ideal para administrarla debe ser entre los 6 meses. Así mismo el 50,0% (15) madres refieren que la edad ideal para administrar la clara del huevo es entre los 11 a más meses. El 46.7% (14) manifiestan que debe ser entre los 9 a 10 meses.



**Tabla N° 06. Muestra en estudio según dimensión interacción en el momento de la alimentación. Puesto de Salud Cajamarquilla, Pasco, 2016**

<b>DIMENSIÓN 5</b>	<b>Frecuencia (n=30)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Alimentos amigos del hierro</b>		
Cítricos, ricos en vitamina C (naranja, mandarina, limón)	30	100.0
<b>Alimentos enemigos del hierro</b>		
Lácteos, infusiones y café	28	93.3
Dulces, gaseosas y naranjas	2	6.7
<b>Causas de caries dental en los niños</b>		
Darle de tomar muchos jugos	28	93.3
Darle de comer después de los 7 meses	2	6.7
<b>Consecuencias de dar solo leche materna hasta los 9 meses</b>		
Bajo peso y una posible anemia	28	93.3
Diarreas y frecuentes infecciones	2	6.7

Fuente: Cuestionario sobre conocimiento y buenas prácticas



**Figura 09. Muestra en estudio según dimensión interacción en el momento de la alimentación. Puesto de Salud Cajamarquilla, Pasco, 2016**

#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Respecto a la dimensión interacción en el momento de la alimentación, el 100% de la muestra conoce los alimentos amigos del hierro: Cítricos, ricos en vitamina C (naranja, mandarina, limón). El 93.3 % (28) manifiestan que los alimentos enemigos

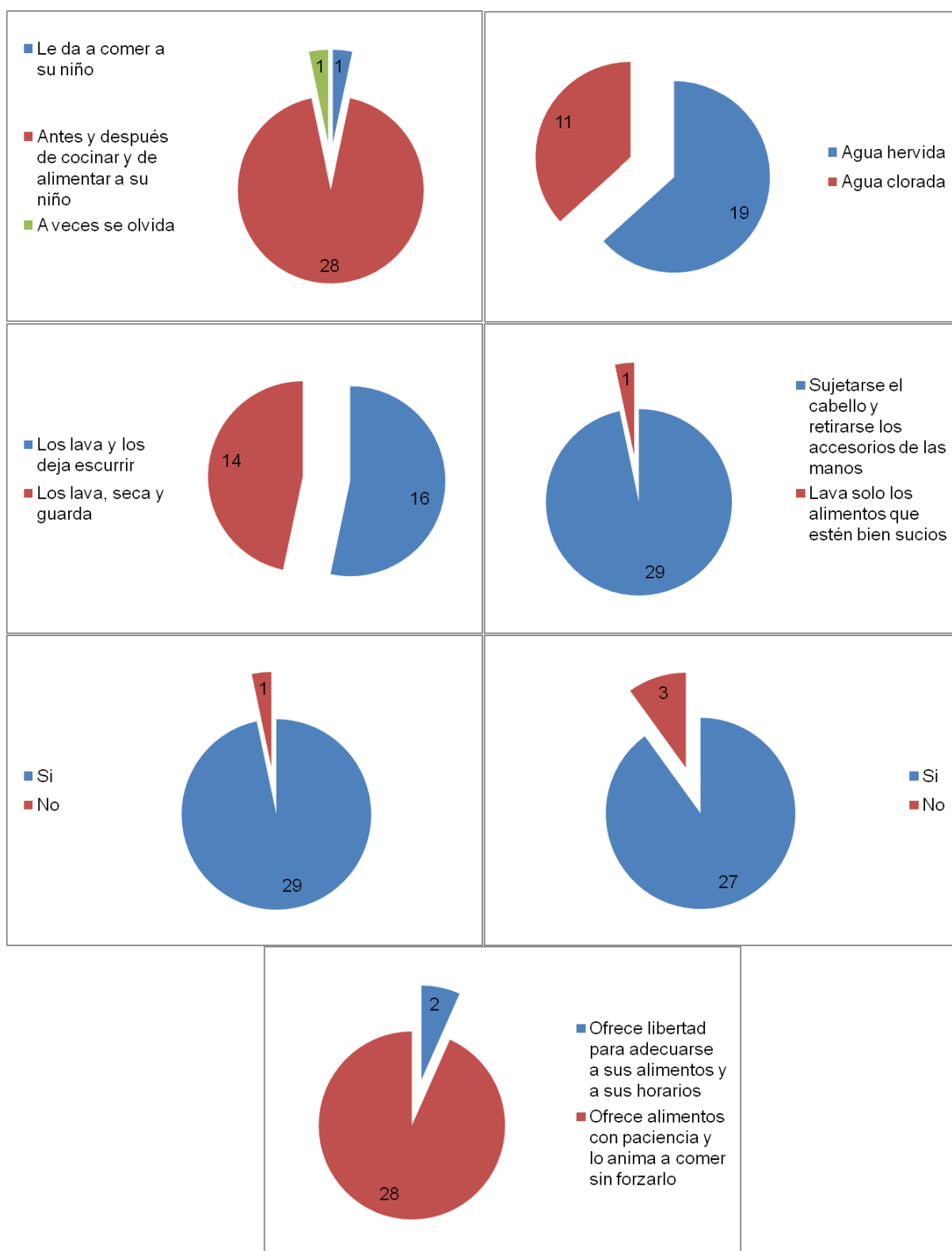
del hierro son: lácteos, infusiones y café y el 93.3% (28) que la causa principal de caries dental en los niños, es darle de tomar muchos jugos y finalmente el 93.3% (28) refieren que las consecuencias de dar solo leche materna hasta los 9 meses, puede ser el bajo peso y una posible anemia.

### 3.3. RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE PRACTICAS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

**Tabla N° 07. Muestra en estudio según conocimiento y buenas prácticas sobre alimentación complementaria - Puesto de Salud Cajamarquilla, Pasco, 2016**

<b>CONOCIMIENTO Y BUENAS PRACTICAS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA</b>	<b>Frecuencia (n=30)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Frecuencia del lavado de manos</b>		
Le da a comer a su niño	1	3.3
Antes y después de cocinar y de alimentar a su niño	28	93.3
A veces se olvida	1	3.3
<b>Preparación de jugos con</b>		
Agua hervida	19	63.3
Agua clorada	11	36.7
<b>Higiene de platos y cubiertos del niño</b>		
Los lava y los deja escurrir	16	53.3
Los lava, seca y guarda	14	46.7
<b>Al preparar los alimentos usted suele</b>		
Sujetarse el cabello y retirarse los accesorios de las manos	29	96.7
Lava solo los alimentos que estén bien sucios	1	3.3
<b>Existen factores que distraen la atención del niño</b>		
Si	29	96.7
No	1	3.3
<b>Cuenta con un ambiente que estimule al apetito del niño</b>		
Si	27	90.0
No	3	10.0
<b>Al momento de la alimentación del niño</b>		
Ofrece libertad para adecuarse a sus alimentos y a sus horarios	2	6.7
Ofrece alimentos con paciencia y lo anima a comer sin forzarlo	28	93.3

Fuente: Cuestionario sobre conocimiento y buenas prácticas



**Figura 10: Muestra en estudio según conocimiento y buenas prácticas sobre alimentación complementaria - Puesto de Salud Cajamarquilla, Pasco, 2016**

#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Respecto al nivel de conocimiento y buenas prácticas sobre alimentación

complementaria se observa, que el 93,3% (28) de madres refieren que la

frecuencia del lavado de manos debe ser antes y después de cocinar y de alimentar a su niño. El 63,3% (19) conoce que la preparación de jugos debe ser con agua hervida. El 53,3% (16) manifiestan que lava y deja escurrir los platos y cubiertos del niño. El 96,7% (29) conocen que deben sujetarse el cabello y retirarse los accesorios de las manos al preparar los alimentos. El 96,7% (27) reconocen que existen factores que distraen la atención del niño al momento de alimentarlo. El 90,0% (27) refiere que cuenta con un ambiente que estimule al apetito del niño. El 93,3% (28) ofrece a sus niños alimentos con paciencia y lo anima a comer sin forzarlo.

**Tabla N° 08. Muestra en estudio según conocimientos y prácticas respecto a la alimentación complementaria - Puesto de Salud Cajamarquilla, Pasco, 2016**

<b>CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS</b>	<b>Frecuencia (n=30)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>Inicio de la alimentación complementaria</b>		
Si conoce	27	90,0
No conoce	3	10,0
<b>Características de la alimentación complementaria</b>		
Si conoce	12	40,0
No conoce	18	60,0
<b>Inclusión de alimentos por edad</b>		
Si conoce	28	93,0
No conoce	02	7,0
<b>Riesgos de una alimentación complementaria a destiempo</b>		
Si conoce	15	50,0
No conoce	15	50,0
<b>Interacción en el momento de la alimentación</b>		
Si conoce	29	97,0
No conoce	01	3,0

Fuente: Cuestionario sobre conocimiento y buenas prácticas

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En la presente tabla, se observa el resumen de los conocimientos y prácticas en relación a la alimentación complementaria y se puede decir que el 90% (27) madres, si conoce el Inicio de la alimentación complementaria, la inclusión de alimentos por edad en igual proporción. El 97,0% (29) si conoce la Interacción en el momento de la alimentación; pero el 50,0% (15) conoce los riesgos de una alimentación complementaria a destiempo y el 60,0 % (16) no conoce las características de la misma.

## RESULTADOS INFERENCIALES

**Tabla N° 09. Análisis inferencial de la relación entre la dimensiones de la variable dependiente y la variable independiente según la población en estudio del Puesto de Salud Cajamarquilla, Pasco, 2016.**

Dimensiones de la Alimentación complementaria	Conocimiento y buena práctica				Chi cuadrado (x <sup>2</sup> )	P valor
	SI		NO			
	N	%	N	%		
Inicio de la alimentación complementaria	27	90%	3	10%	14,5	0,001
Características de la alimentación complementaria	12	40,0%	18	60,0%	6,60	0,271
Inclusión de alimentos por edad	28	93%	2	7%	17,2	0,001
Riesgos de una alimentación complementaria a destiempo	15	50%	15	50%	7,86	0,356
Interacción en el momento de la alimentación	29	97%	1	3%	16,3	0,001

Fuente: Cuestionario sobre conocimiento y buenas prácticas (Anexos)

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

Al analizar los resultados inferenciales de la relación entre las variables conocimiento, buena práctica y la alimentación complementaria de la población de madres en estudios del Puesto de Salud Cajamarquilla, encontramos que las dimensiones que demuestran que existe relación y significancia son Inicio de la alimentación complementaria (0,001), Inclusión de alimentos por edad (0,001), Interacción en el momento de la alimentación (0,001).

De esta manera se demuestra que existe una relación entre la variable alimentación complementaria y el conocimiento y la buena práctica. Es decir, el conocimiento del inicio de la alimentación complementaria a una edad correcta del niño influye sobre su crecimiento y desarrollo, así como la buena práctica de la interacción con alimentos nutritivos en su dieta.

## DISCUSIÓN

El estado nutricional de un niño se encuentra influenciado por múltiples factores, dentro de ellos tenemos principalmente a la alimentación, la salud, y el cuidado que se le brinda al niño. También está vinculado al desarrollo cognitivo, ya que un estado nutricional deficiente tiene efectos adversos sobre el proceso de aprendizaje y el rendimiento escolar.<sup>51</sup>

Asimismo, el estado nutricional está asociado a la capacidad de respuesta frente a las enfermedades, ya que un inadecuado estado nutricional incrementa tanto la morbilidad como la mortalidad en la temprana infancia tal como nos indican las cifras de UNICEF, en su reporte último.<sup>52</sup> Los efectos de un mal estado nutricional en los primeros años se prolongan a lo largo de la vida, ya que incrementa el riesgo de padecer enfermedades crónicas como el sobrepeso, la obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, entre otras y está asociado a menores logros educativos y menores ingresos económicos en la adultez. Una adecuada alimentación durante la infancia y la niñez temprana es vital para que los niños desarrollen su potencial humano y es fundamental para la promoción del crecimiento, la salud y el desarrollo especialmente entre el momento de nacer hasta los dos años de edad.

Cuando la leche materna deja de ser suficiente para atender las necesidades nutricionales del lactante hay que añadir alimentos complementarios a su dieta. La transición de la lactancia exclusivamente materna a la alimentación complementaria abarca generalmente el periodo que va de los 6 a los 18 a 24 meses de edad, y es una fase de gran vulnerabilidad, cuando para muchos niños empieza la malnutrición, y de las que más contribuye a la alta prevalencia de la malnutrición en los menores de 5 años de todo el mundo. La OMS calcula que en los países de ingresos bajos dos de cada cinco niños tienen retraso del crecimiento.

La OMS recomienda que a partir de los 6 meses de edad debe introducirse la alimentación complementaria, considerando que es el momento adecuado para ello; lo cual significa que todos los niños deben empezar a recibir otros alimentos, además de la leche materna, a partir de esta edad. La alimentación complementaria debe ser suficiente, lo cual significa que los alimentos deben tener una consistencia y variedad adecuadas, y administrarse en cantidades apropiadas y con una frecuencia adecuada, que permita cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento, sin abandonar la lactancia materna<sup>53</sup>.

En el presente estudio vemos con satisfacción que el 93.3% definen acertadamente la alimentación complementaria y un 83.3% coinciden con la edad correcta 6 meses para el inicio de la misma. Al respecto según la Guía de Alimentación -Nutricional- Salud del MINSA, señala que deben administrarse de forma apropiada, lo cual significa que deben tener una textura adecuada para la edad del niño y administrarse de forma que respondan a su demanda, de conformidad con los principios de la atención psicosocial.<sup>54</sup>

La adecuación de la alimentación complementaria (en términos de tiempo, suficiencia, seguridad y adaptación) depende no solo de la disponibilidad de alimentos variados en el hogar, sino también de las prácticas de alimentación de los cuidadores. La alimentación del niño pequeño requiere cuidados y estimulación activa, que su cuidador responda a los signos de hambre que manifieste el niño y que lo estimule para que coma; a esto se le llama alimentación activa.

La OMS recomienda que los lactantes empiecen a recibir alimentos complementarios a los 6 meses, primero unas dos o tres veces al día entre los 6 y los 8 meses, y después, entre los 9 a 11 meses y los 12 a 24 meses, unas



tres o cuatro veces al día, añadiéndoles aperitivos nutritivos una o dos veces al día, según se desee.<sup>55</sup>

Los resultados del estudio también demuestran que el 63.3% de madres conocen que la frecuencia de la alimentación debe ser entre 3 o 4 comidas más lactancia materna, y el 80% coincide con lo planteado por la OMS, que esta debe ser en base a papillas.

La guía metodológica para la enseñanza de la alimentación y Nutrición; nos indica que para asegurar que la introducción de alimentos se lleve a cabo adecuadamente, es necesario que el niño(a) continúe recibiendo leche materna como alimento principal. Los nuevos alimentos servirán para complementar la dieta en cantidad y calidad y no para sustituir la alimentación al pecho. Esta alimentación complementaria debe ser oportuna, o sea no introducir alimentos diferentes a la leche materna, antes de los seis meses de edad, ni muy tarde a esa edad. Debe ser gradual, o sea introducir poco a poco cantidades, sabores y texturas de alimentos de acuerdo al crecimiento del niño (a). Por ejemplo:

- Al empezar se debe ofrecer un solo tipo de alimento y hasta después de tres o cuatro días se podrá ofrecer otro alimento (siempre solo). Más adelante, se pueden ir mezclando los alimentos.
- Las cantidades deben ser muy pequeñas (una o dos cucharaditas). Se aumentan a medida que pasa el tiempo y que el niño (a) acepte mayores cantidades.
- Dar preparaciones muy suaves como purés colados, luego purés más espesos. Posteriormente alimentos machacados; luego comidas blandas en pedacitos finos. Finalmente, preparaciones de comidas como las de los adultos.
- Dar a conocer al niño (a) poco a poco los diferentes sabores: Dulce-salado-ácido-amargo, primero solos y después mezclados. Cuidar de no condimentar

mucho con sal, azúcar o cubitos de caldo artificial, dejar solo los sabores naturales de los alimentos.<sup>56</sup>

En el estudio los resultados en relación a la dimensión riesgos de una alimentación complementaria a destiempo, se evidenció que las madres demuestran un conocimiento bueno en relación a la edad de ingesta de pescado el 40% manifiesta que debe ser a los 7- 8 meses, yema de huevo el 56.7% refiere que debe ser a los 6 meses; concordando así con las indicaciones de la OMS.

En cuanto a las prácticas sobre alimentación complementaria, los alimentos deben prepararse y administrarse en condiciones seguras, es decir, reduciendo al mínimo el riesgo de contaminación por microorganismos patógenos. Una adecuada higiene implica una serie de acciones preventivas que la madre o el cuidador del niño debe tener en cuenta al momento de la preparación de alimentos y a la hora de brindárselos, estas recomendaciones son las siguientes:

- Lavado de manos con agua y jabón antes de la preparación de los alimentos, antes de dar comer a la niña o niño, después de usar el baño o letrina y después de limpiar a un niño(a) que ha defecado.
- Los alimentos deben estar tapados y servirlos inmediatamente después de la cocción.
- Los utensilios que se usaran en la preparación de alimentos deben estar limpios (tazas, vasos, platos, cucharas, etc.)
- Evitar el uso de biberones y chupones debido a la dificultad para mantenerlos limpios, además de otros efectos negativos
- Utilizar agua potable, clorada o hervida y mantenerla en recipientes limpios, tapados y en lugares frescos.
- Conservar los alimentos del niño en lugares seguros (libres de polvo, insectos, roedores y otros animales), para evitar la contaminación de los mismos.

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

- Los restos de comida que la niña o niño pequeño dejan en el plato no se debe guardar para consumirlo posteriormente, pues se descomponen fácilmente <sup>57</sup>

Los resultados de la investigación reflejan que las madres tienen buenas prácticas en relación a la alimentación complementaria, evidenciadas por un 93,3% que practican el lavado de manos antes y después de cocinar y de alimentar a su niño; el 63.3% prepara los jugos con agua hervida; el 46.7% lava, seca y guarda los platos y cubiertos del niño y el 96.7% al preparar los alimentos usted suele sujetarse el cabello y retirarse los accesorios de las manos; además de que la mayoría busca un ambiente adecuado para dar la alimentación al niño.

Es importante entonces la responsabilidad de los padres en el inicio de la alimentación complementaria, para lograr un buen estado nutricional del niño, deberá tener el conocimiento de estas pautas, lo cual permitirá que su niño obtenga un óptimo crecimiento y desarrollo a nivel cognitivo, emocional y social. Para cumplir todo ello la madre debe de conocer y ser educada por el personal de enfermería sobre las “Prácticas Familiares claves para el crecimiento y desarrollo infantil saludable” propuestas por el AIEPI. De igual modo el profesional de enfermería asume un rol importante en cada uno de los aspectos relacionados al crecimiento y desarrollo del niño.

## CONCLUSIONES

- El 50% (15) madres corresponden al grupo etario de 21 a 30 años; el 40% (12) al grupo de 15 a 20 años y el 10% (03) al grupo de 31 a 40 años.
- El 70% (21) poseen secundaria; el 20% (06) tienen instrucción superior y el 10% (03) instrucción primaria.
- El 90% (27) madres, si conoce y practica el Inicio de la alimentación complementaria, la inclusión de alimentos por edad en igual proporción y el 97.0% (29) si conoce la Interacción en el momento de la alimentación
- El 50,0% (15) si conoce los riesgos de una alimentación complementaria a destiempo y el 60,0% (16) no conoce las características de la misma.
- Existe una relación entre la variable alimentación complementaria y el conocimiento y la buena práctica, ya que las dimensiones que demuestran que existe relación y significancia son Inicio de la alimentación complementaria (0,001), Inclusión de alimentos por edad (0,001), Interacción en el momento de la alimentación (0,001).

## RECOMENDACIONES

- A los profesionales de enfermería del centro de salud Cajamarquilla, continuar brindando educación sanitaria sobre el tema estudiado, para incrementar los conocimientos en los aspectos faltantes.
- Motivar a las madres que acuden al establecimiento continuar con las prácticas permanentes sobre aspectos básicos de la alimentación complementaria.
- A los profesionales de enfermería de la región Pasco y de otras regiones continuar investigando sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres de familia en relación al tema abordado, para mejorar el estado nutricional de los niños.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CAMERON, Margaret: "Manual Para Alimentos De Infantes Y Niños Pequeños"  
Edit. Paz México 2002.
2. PRISMA "diseño, Gestión Y Evaluación De Programas Sociales Alimentarios  
Nutricionales - 2004.
3. IBID (1)
4. CÁRDENAS CASTILLO, Catherine Jannina. Actitud De Las Madres Hacia La  
Alimentación Complementaria Y Estado Nutricional Del Lactante De 6 A 12  
Meses En El Centro De Salud Chancas De Andahuaylas Santa Anita. Perú 2010.
5. Instituto Nacional De Estadística E Informática (En Línea). Perú: Encuesta  
Demográfica Y De Salud Familiar - ENDES Continua 2010.
6. PAREDES CARRANZA, Carlos: Nutrición, fundamentos bioquímicas  
CONCYTEC 2000.
7. Dirección Ejecutiva De Vigilancia Alimentaria Nutricional, Centro Nacional De  
Alimentación Y Nutrición, Instituto Nacional De Salud. MINSA. LINEAMIENTOS  
De Nutrición Materno Infantil Del Perú. 2004.
8. Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2009 (CEPAL, 2010).
9. Sáenz Lozada María L. y. Camacho Lindo, Ángela E "Prácticas de Lactancia  
Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá". 2007
10. García de León Cecilia M. Prácticas de alimentación complementaria en niños  
menores de 1 año de edad, de la comunidad El Tablón del Municipio de Sololá"  
Guatemala. 2011.
11. Galindo Bazalar Deny A; Conocimientos y prácticas de las madres de niños de  
6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud "Nueva  
Esperanza", 2011-Red San Juan de Miraflores - Villa María Del Triunfo. Lima.  
Perú.

12. Castro Sullca Karen V, Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa CRED de un CS. S.J.M 2015.
13. Gómez Laureano, Betty y Montaña Zabala, Maricela, en Lima -Perú, el 2006, "Nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria para prevenir anemias en lactantes internados en el Hospital Essalud ADU y P, San Juan de Lurigancho"
14. Marín Suzana, Marleny L, et. al: "Conocimiento de las Madres sobre Lactancia Materna e inicio de la Alimentación Complementaria - Niños de 6 - 24 Meses - Programa CRED - Hospital Carlos Showing Ferrari - Amarilis 2012". Huánuco.
15. Castro Bravo Rene, et. al: Programa integral de nutrición en la recuperación nutricional de lactantes de 12 a 24 meses de edad distrito de Churubamba. 2009.
16. Martorell R, Kettel Khan L, Schroeder DG. Reversibility of stunting: epidemiological findings in children from developing countries. Eur J. Clin Nutr 1994; S45-S57.
17. Dewey KG, et al. Age of introduction of complementary food and growth of term, low birth weight breastfed infants: a randomized intervention study in Honduras. Am J Clin Nutr 1999; 69: 679-86.
18. MINISTERIO DE SALUD. Guía de Alimentación-Nutricional-Salud del niño menor de 5 años. Lima 2000.
19. OMS. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Duración óptima de la lactancia materna exclusiva. 54ª Asamblea mundial de la salud. Mayo 1- 2001.
20. Ibid 19
21. Academia Española de Pediatría.  
<https://www.aepap.org/federadas/.../alimentacion-complementaria-padres>

22. Comité de Nutrición de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), Guía de alimentación para niños sanos de 0 a 2 años - Por un niño sano en un mundo mejor. Comité de Nutrición. Año 2001.  
[www.sap.org.ar/docs/publicaciones/alim\\_0a2.pdf](http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/alim_0a2.pdf)
23. Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (Espghan) (2008).
24. Wilzon Daza, Silvana Dadan. Alimentación complementaria en el primer año de vida.
25. Alimentación y Nutrición del niño pequeño: Memoria de la Reunión Subregional de los Países de Sudamérica, 2-4 diciembre 2008. Lima, Perú” Washington; disponible en: [http://www.unicef.org/lac/Reunion\\_Sudamericana\\_de\\_Alimentación\\_y\\_Nutrición\\_del\\_Nino\\_Pequeno.pdf](http://www.unicef.org/lac/Reunion_Sudamericana_de_Alimentación_y_Nutrición_del_Nino_Pequeno.pdf).
26. Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria Nutricional, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, Instituto Nacional de Salud.  
MINSA. Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú. 2004.
27. Perdomo Giraldo M. y De Miguel Durán F. Alimentación complementaria en el lactante. *Pediatría Integral* 2015; XIX (4): 260-267
28. Ibid 26
29. [http://www.peru.com/noticias/idocs/2007/3/20/DetalleDocumento\\_391899](http://www.peru.com/noticias/idocs/2007/3/20/DetalleDocumento_391899)
30. Ibid 19
31. Organización Panamericana de la Salud. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado, Washington DC, 2003.
32. Documento técnico “Modelo de abordaje de Promoción de la Salud. Acciones a desarrollar en el eje temático de la Alimentación Y Nutrición Saludable. Dirección general de Promoción de la Salud. 2006



33. OPS Unidad de Nutrición. Salud de la familia y comunidad.<http://www.paho.com>  
Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado.
34. Llop Xavier el 14 julio. 2011. Alimentación General, opinión, salud.
35. Bunge. M. La ciencia: Su método y su filosofía. 2da edición. España: Editorial Sudamérica; 2005
36. Bunge Mario La ciencia: su método y su filosofía. 2da edición. España: Editorial Sudamérica; 2005. P: 85-91
37. Ibid: 36
38. Ibid: 36
39. Ministerio de Salud -MINSA Protocolo. Conocimientos, actitudes y prácticas. Primera edición. Lima 2005. Disponible  
<http://www.minsa.gob.pe/pvigia/publicaciones/infecciones%20intraosp>.
40. Ibid: 36
41. Gallardo A. Evolución del conocimiento de enfermería. Revista Biomédica online MEDWAVE. [internet]. Chile. Abril 2011. [Consultado el 28 de Noviembre de 2013]. 11 (04), 5001. Disponible:  
<http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Opinion/5001>
42. Acebedo-Urdiales S, Rodero-Sánchez V, Vives-Relats C, Aguarón-García M. La mirada de Watson, Parse y Benner para el análisis complejo y la buena práctica. Index Enfermería 2007; 16(56): 40-44.
43. Marriner, A. Raile, M. Modelos y Teorías en Enfermería. Sexta edición, España. Editorial Harcourt Brace. 2007: 140- 166.
44. Assad Luciana Guimarães, Viana Lídia de Oliveira. Formas de aprender na dimensão prática da atuação do enfermeiro assistencial. Rev. bras. enferm. 2005; 58(5): 586-591.

45. Spinato de Biasi L, Rubin Pedro E. Experiences of learning about nursing care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2009;43 (3): 506-511.
46. Fernandes dos Santos M, Barbosa M, Muñoz L. The experience of clinical nurse with nursing students: a Phenomenological analysis. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2009;43 (3): 528- 534.
47. Gruart A. Rol autónomo del profesional de enfermería en CAPD. [Revista en Internet]\* 2006 [01 de septiembre del 2012] 26(03). Disponible en: [http://www.revistaseden.org/files/art568\\_1.pdf](http://www.revistaseden.org/files/art568_1.pdf).
48. Murilla M. Competencias de la profesión de enfermería. [Sede Web]\*. Cali, Valle del Cauca, Colombia: Epistemología del cuidado; 2010. [acceso 01 de septiembre del 2012]. Disponible [http://epistemologiaelcuidado.blogspot.com/2010/05/competencias de la profesión](http://epistemologiaelcuidado.blogspot.com/2010/05/competencias-de-la-profesion).
49. MINSA. Normas Técnicas de Salud “Atención Integral de Salud de la niña y el niño” 2006.
50. Fonseca Livias A. et.al. Investigación Científica en Salud con enfoque cuantitativo. 2012. 105-106.
51. *Journal of Nutrition*, Vol 140, N°2, 2010, pp.348-354
52. UNICEF. La desnutrición infantil, causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. 2011  
[http://www.who.int/nutrition/topics/complementary\\_feeding/es/](http://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/)
53. Ibid 18
54. Ibid 38
55. Guía metodológica para la enseñanza de la alimentación y Nutrición.
56. Ibid 31
57. Ibid 19

# **ANEXOS**

**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN HUANUCO**  
**FACULTAD DE ENFERMERIA**  
**SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL**  
**NIÑO Y ESTIMULACION TEMPRANA**  
**SEDE PASCO**

**ANEXO N°1**

**CUESTIONARIO**

**TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:** “Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el puesto de salud Cajamarquilla - Pasco - 2015”

**INSTRUCCIONES:** estimada madre a continuación se presenta una serie de preguntas, por lo que le pedimos se sirva responder con veracidad. Le comunicamos que la información obtenida es de carácter anónimo y confidencial solo para fines de la investigación por lo que se le garantiza su privacidad.

Gracias por su colaboración.

**I. DATOS GENERALES DE LA MADRE**

1. Edad.....
2. ¿Cuál es su grado de instrucción?
 

Primaria	( )
Secundaria	( )
Superior	( )
Sin instrucción	( )
3. ¿Cuál es su estado civil?
 

Soltera	( )
Casada	( )
Conviviente	( )
Viuda	( )

**II. DATOS DEL NIÑO**

4. Edad del niño: \_\_\_\_\_

**III. CUESTIONARIO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA**

**CONOCIMIENTO**

Marca con un aspa X la respuesta que considere correcta:

1. **La alimentación complementaria consiste en:**
  - a) Dar otros tipos de leches (evaporada y/o fórmula) más leche materna
  - b) Dar alimentos semisólidos y blandos en la dieta del niño más leche materna
  - c) Dar alimentos sólidos a la dieta del niño sin leche materna

2. **La edad en la que empezó a dar alimentos (sólidos o líquidos) aparte de la leche materna a su niño es:**
  - a) A los 5 meses o antes
  - b) A los 6 meses
  - c) A los 7 meses u 8 meses
  - d) A los 9 meses a mas
3. **Cuántas veces al día se debe alimentar a un niño de 6 meses?**
  - a) 2 comidas más lactancia materna frecuentemente.
  - b) 3 comidas más lactancia materna frecuentemente.
  - c) 4 comidas más lactancia materna frecuentemente.
  - d) 5 comidas más lactancia materna frecuentemente.
4. **La consistencia que debe tener los alimentos de un niño de 7 y 8 meses es:**
  - a) Papillas
  - b) Triturados
  - c) Picados
  - d) Sólidos
5. **La cantidad de alimentos aproximadamente que debe recibir un niño entre 9 y 11 meses de edad es:**
  - a) 2 a 3 cucharas o  $\frac{1}{4}$  de taza de alimentos
  - b) 3 a 5 cucharas o  $\frac{1}{2}$  de taza de alimentos.
  - c) 5 a 7 cucharas o  $\frac{3}{4}$  de taza de alimentos.
  - d) 7 a 10 cucharas o 1 taza de alimentos.
6. **La edad en la que su niño debe comer los mismos alimentos de la misma olla familiar es:**
  - a) A los 6 meses
  - b) A los 7 a 8 meses
  - c) A los 9 a 11 meses
  - d) A los 12 meses a más
7. **Que prefiere darle al niño en el almuerzo?**
  - a) Solo sopa o caldos
  - b) Solo segundo
  - c) Primero segundo y luego sopa
  - d) Primero sopa y luego segundo
8. **Le agrega usted algún tipo de grasa a la comida de su hijo?**
  - a) Sí
  - b) No
  - c) A veces
9. **Se debe enriquecer una de las comidas principales del niño con:**
  - a) Menos de 1 cucharita de aceite, mantequilla o margarina.
  - b) 1 cucharita de aceite, mantequilla o margarina.
  - c) 1 cucharita de aceite, mantequilla o margarina.
  - d) Más de 1 cucharita de aceite, mantequilla o margarina.
10. **¿A partir de qué edad se puede dar de comer pescado a los niños?**
  - a) A los 6 meses.
  - b) A los 7 a 8 meses.
  - c) A los 9 a 11 meses
  - d) A los 12 meses a mas

- 11. Del huevo; ¿Cuál de las dos partes le da a más temprana edad?**
- a) Yema
  - b) Clara
  - c) Ambos
- 12A A qué edad le empieza a dar de comer la yema de huevo?**
- a) A los 6 meses
  - b) A los 7 a 8 meses
  - c) A los 9 a 10 meses
  - d) A los 11 meses a mas
- 13A A qué edad le empieza a dar de comer la clara del huevo**
- a) a los 6 meses
  - b) A los 7 a 8 meses
  - c) A los 9 a 10 meses
  - d) A los 11 meses a mas
- 14. Cuál de los alimentos hacen que tu hijo no tenga anemia?**
- a) Leche y queso
  - b) Carnes y vísceras
  - c) Verduras y frutas
  - d) Caldos y aguas
- 15. Los alimentos que son amigos del hierro (favorecen la absorción del hierro) son:**
- a) Los cítricos, ricos en vitamina C (naranja, mandarina, limón)
  - b) Los lácteos, rico en calcio (leche, queso)
  - c) Las infusiones, (te, hierbaluisa, anís)
  - d) Los dulces y postres, (arroz con leche, mazamorra morada)
- 16. Los alimentos que son enemigos del hierro(favorecen la absorción del hierro) son:**
- a) La sangrecita, el café y azúcar
  - b) Los lácteos, las infusiones y el café
  - c) Los dulces, las gaseosas y las naranjas
  - d) Los tubérculos, cereales y menestras
- 17. Que puede ocasionar caries dental en los niños:**
- a) Darle de comer muchas carnes
  - b) Darle de comer alimentos antes de los 5 meses
  - c) Darle de tomar mucho jugos
  - d) Darle de comer después de los 7 meses
- 18. 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
  - d) Con diarreas y frecuentes infecciones

## **PRACTICAS**

- 19. Usted se lava las manos cuando**
- a) Prepara los alimentos y se peina
  - b) Le da a comer a su niño

- c) Antes y después de cocinar y de alimentar a su niño
  - d) A veces se olvida
- 20. Para la preparación de jugos usted utiliza:**
- a) Agua de caño
  - b) Agua de las cisternas
  - c) Agua hervida
  - d) Agua clorada
- 21. Los utensilios (platos y cubiertos del niño) de cocina, usted:**
- a) Los lava y los deja escurrir
  - b) Los lava, seca y guarda
  - c) Los lava solo en la noche
  - d) Solo los enjuaga
- 22. Al preparar los alimentos usted suele:**
- a) Sujetarse el cabello y retirarse los accesorios de las manos
  - b) Cocinar con reloj y anillos puestos
  - c) Lava solo los alimentos que estén bien sucios
  - d) Cuando tose se tapa la boca con las manos y sigue cocinando
- 23. Existen factores que distraen la atención del niño**
- a) Si
  - b) No
- 24. Cuenta con un ambiente que estimule al apetito del niño?**
- a) Si      b) No
- 25. La relación con su niño al momento de la alimentación es:**
- a) Le impone lo que debe comer y los horarios de alimentación
  - b) Ofrece libertad al niño para adecuarse a sus alimentos y a sus horarios
  - c) Ofrece alimentos con paciencia y anima al niño a comer sin forzarlo

**Gracias por su colaboración**

**ANEXO Nº 02**  
**JUICIO DE EXPERTOS**

**CUESTIONARIO DE VALIDACION PARA JUECES SOBRE EL INSTRUMENTO  
OBJETO DE EVALUACION**

**I. JUSTIFICACION**

Nombre del experto: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

**II. APRECIACION DEL EXPERTO**

Nº	ITEMS	APRECIACION		OBSERVACION
		SI	NO	
1	¿El instrumento responde al planteamiento del problema?			
2	¿El instrumento responde a los objetivos del problema?			
3	¿Las dimensiones que se han tomado en cuenta son adecuadas para la elaboración del instrumento?			
4	¿El instrumento responde a la Operacionalización de las variables?			
5	¿La estructura que presenta el instrumento es secuencial?			
6	¿Los ítems están redactados de forma clara y precisa?			
7	¿El número de ítems es adecuado?			
8	¿Los ítems del instrumento son válidos?			
9	¿Se deben incrementar el número de ítems?			
10	¿Se debe eliminar algunos ítems?			

**III. DECISION DEL EXPERTO**

El instrumento debe ser aplicado: SI ( ) NO ( )

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

---



---

Firma y Sello  
DNI



**ANEXO N° 02****CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, ....., estoy de acuerdo en participar en la presente investigación que llevarán a cabo las Lic. Enf. Atencio Mendoza Mida Luz, Lic. Enf. Cristóbal Alcántara Kaly Zulema y Lic. Enf. Orbezo Navarro, Cirila. El objetivo del estudio será: determinar la relación entre los conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el puesto de salud de Cajamarquilla – Pasco – 2015. Al firmar este formato, estoy de acuerdo en participar en forma voluntaria en la investigación que aquí se describe. Se me ha dado una copia de este consentimiento. Permito que la información obtenida sea utilizada sólo con fines de investigación.

Pasco, \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2016

Firma del participante  
DNI N°

Firma investigador/a  
DNI N°

Firma del investigador/a  
DNI N°

Firma investigador/a  
DNI N°