

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**Relación entre nivel de conocimiento y prácticas sobre
alimentación complementaria en madres de niños 6 - 12
meses. Puesto de Salud - Cruceta. Tambogrande.
marzo – junio 2018**

Tesis para obtener el Título de Licenciada en Enfermería

Autora:

Ontaneda Quezada, María Ignacia

Asesora:

Dra. Vicuña Vélchez, Vilma

Sullana – Perú
2018

Palabras clave:

Español

Tema:	Conocimientos Prácticas Alimentación complementaria lactante
Especialidad	Enfermería

English

Topic	Knowledge Practices Supplementary feeding lactating
Specialty	Nursing

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Salud Pública

**Relación entre nivel de conocimiento y prácticas sobre
alimentación complementaria en madres de niños 6 - 12
meses. Puesto de Salud - Cruceta. Tambogrande.
marzo – junio 2018**

DERECHO DE AUTOR

Se reserva esta propiedad intelectual y la información de los derechos de la autora en el **DECRETO LEGISLATIVO 822** de la República del Perú. El presente informe no puede ser reproducido ya sea para venta o publicaciones comerciales, sólo puede ser usado total o parcialmente por la Universidad San Pedro para fines didácticos. Cualquier uso para fines diferentes debe tener antes nuestra autorización correspondiente.

La Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Pedro ha tomado las precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación.

Atentamente.

Bach. Enf. Ontaneda Quezada, María Ignacia

INDICE DE CONTENIDOS

PALABRA CLAVE	ii
LINEA DE INVESTIGACION	iii
TITULO	iv
DERECHO DE AUTORÍA	v
ÍNDICE	vi
TABLAS	vii
GRAFICOS	viii
RESUMEN	
ABSTRAC	
INTRODUCCION	1-34
METODOLOGIA	35-38
RESULTADOS	39-49
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	50- 52
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	53-54
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	55-57
DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO	58-59
ANEXOS Y APENDICE	60-67

INDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01:	Edad de las madres de niños 6 - 12 meses. puesto de salud - Cruceta. Tambogrande. marzo –junio 2018 39
TABLA N° 02:	Grado de instrucción de las madres de niños 6 - 12 meses. puesto de salud - Cruceta. Tambogrande. marzo –junio 2018 40
TABLA N° 03	Procedencia de las madres de niños 6 - 12 meses. puesto de salud - Cruceta. Tambogrande. marzo –junio 2018 41
TABLA N° 04	Ocupación de las madres de niños 6 - 12 meses. puesto de salud - Cruceta. Tambogrande. marzo –junio 2018 42
TABLA N° 05	Número de hijos de las madres de niños 6 - 12 meses. puesto de salud - Cruceta. Tambogrande. marzo –junio 2018 43
TABLA N° 06	Edad de los niños de 6 - 12 meses. puesto de salud - Cruceta. Tambogrande. marzo –junio 2018 44
TABLA N° 07	Sexo de los niños de 6 - 12 meses. puesto de salud - Cruceta. Tambogrande. marzo –junio 2018 45
TABLA N° 08	Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños 6 - 12 meses. Puesto de Salud - Cruceta. Tambogrande. marzo –junio 2018 46
TABLA N° 09	Prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños 6 - 12 meses. Puesto de Salud - Cruceta. Tambogrande. marzo –junio 2018 47
TABLA N° 10	Relación nivel de conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños 6 - 12 meses. Puesto de Salud - Cruceta. Tambogrande. marzo –junio 2018 41

INDICE DE GRAFICOS

	Pág.	
GRAFICO N° 01	Edad de las madres de niños 6 - 12 meses. puesto de salud - Cruceta. Tambogrande. marzo –junio 2018	39
GRAFICO N° 02	Grado de instrucción de las madres de niños 6 - 12 meses. puesto de salud - Cruceta. Tambogrande. marzo –junio 2018	40
GRAFICO N° 03	Procedencia de las madres de niños 6 - 12 meses. puesto de salud - Cruceta. Tambogrande. marzo –junio 2018	41
GRAFICO N° 04	Ocupación de las madres de niños 6 - 12 meses. puesto de salud - Cruceta. Tambogrande. marzo –junio 2018	42
GRAFICO N° 05	Número de hijos de las madres de niños 6 - 12 meses. puesto de salud - Cruceta. Tambogrande. marzo –junio 2018	43
GRAFICO N° 06	Edad de los niños de 6 - 12 meses. puesto de salud - Cruceta. Tambogrande. marzo –junio 2018	44
GRAFICO N° 07	Sexo de los niños de 6 - 12 meses. puesto de salud - Cruceta. Tambogrande. marzo –junio 2018	46
GRAFICO N° 08	Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños 6 - 12 meses. Puesto de Salud - Cruceta. Tambogrande. marzo –junio 2018	47
GRAFICO N° 09	Prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños 6 - 12 meses. Puesto de Salud - Cruceta. Tambogrande. marzo –junio 2018	53
GRAFICO N° 10	Relación nivel de conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños 6 - 12 meses. Puesto de Salud - Cruceta. Tambogrande. marzo –junio 2018	55

RESUMEN

La presente investigación se realizó, con el Objetivo: Determinar la relación entre nivel de conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños 6 - 12 meses. Puesto de Salud - Cruceta. Tambogrande. Marzo –Junio 2018. Material y Métodos: El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, de carácter descriptivo y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 38 participantes. La técnica utilizada fue la entrevista, y el instrumento, el cuestionario elaborado por la autora Galindo (2012) y adaptada por la autora. Resultados: Las madres tienen entre 20 a 35 años de edad, con secundaria completa, proceden de la costa, no trabajan, tienen dos hijos, de 10 a 12 meses, de sexo femenino. El nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños 6 - 12 meses de edad, el 71,1% es medio y el 28,9% bajo. Las practicas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 12 meses de edad, el 92,1% son inadecuadas y el 7,9% adecuadas. Las variables en estudio presentan un nivel de significancia del 5% significa que existe correlación directa y significativa ($r = ,830$) entre las características de conocimientos y prácticas de alimentación complementaria en madres con niños. Conclusiones: El nivel de conocimiento de las madres es de nivel medio y las prácticas son inadecuadas

Palabras clave: Conocimientos – Prácticas - Alimentación complementaria - lactante

ABSTRACT

The present investigation was carried out, with the Objective: To determine the relationship between level of knowledge and practices on complementary feeding in mothers of children 6 - 12 months of age. Health Post - Crosshead. Tambogrande March -June 2018. Material and Methods: This research work is of a quantitative, descriptive and cross-sectional nature. The sample consisted of 38 participants. The technique used was the interview, and the instrument, the questionnaire prepared by the author Galindo (2012) and adapted by the author. Results: Mothers are between 20 and 35 years of age, with full secondary, come from the coast, do not work, have two children, 10 to 12 months, female. The level of knowledge about complementary feeding in mothers of children 6 - 12 months of age, 71.1% is medium and 28.9% low. The practices on complementary feeding in mothers of children from 6 to 12 months of age, 92.1% are inadequate and 7.9% adequate. The variables under study have a level of significance of 5% means that there is a direct and significant correlation ($r =$, 830) between the characteristics of knowledge and complementary feeding practices in mothers with children. Conclusions: The level of knowledge of mothers is of average level and the practices are inadequate

Keywords: Knowledge – Practices - Supplementary feeding - lactating

INTRODUCCIÓN

1. Antecedentes y Fundamentación Científica.

1.1 Antecedentes

En los primeros seis meses de vida del lactante es exclusivamente leche materna y después de esta etapa la leche materna no es suficiente para satisfacer todas sus necesidades nutricionales, ello no significa que la leche haya perdido sus propiedades sino que no cubre las necesidades nutricionales por el crecimiento acelerado del lactante que llega a triplicar su peso al cumplir doce meses de edad. Sin embargo, en este periodo 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.

Según la OMS (2017) la cifra estimada de muertes de niños debidas a la desnutrición es de 2,7 millones, lo cual representa el 45% de todas las muertes de niños. La alimentación del lactante y del niño pequeño es fundamental para mejorar la supervivencia infantil y fomentar un crecimiento y desarrollo saludables. Los primeros dos años de la vida del niño son especialmente importantes, puesto que la nutrición óptima durante este periodo reduce la morbilidad y la mortalidad, así como el riesgo de enfermedades crónicas, y mejora el desarrollo general.

Hay suficiente evidencia científica para afirmar que no sólo se altera el tamaño corporal final y la capacidad potencial de trabajo físico; sino que también disminuye la capacidad cognitiva, principalmente si se presenta en un periodo crítico como el crecimiento y diferenciación cerebral, cuyo pico máximo se observa en los niños menores de dos años, periodo en el que el daño puede ser irreversible, constituyéndose en los principales problemas de salud pública que afectan el desarrollo infantil temprano (MINSAs, 2014)

Se han revisados trabajos de investigación relacionados con las variables del presente estudio y a continuación se detalla:

Orosco, L. (2015) *Conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses que acuden al Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo*. Lima. Perú. El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses que acuden al Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo, 2015. El diseño de estudio fue descriptivo - transversal correlacional. Se trabajó con una muestra de 94 madres con niños de 6 a 12 meses que se obtuvo del universo constituido por 180 madres con niños de 6 a 12 meses que acuden al Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo. Para la recolección de datos se aplicó dos instrumentos un cuestionario sobre conocimiento materno y las tablas de valoración nutricional antropométrica, los datos fueron procesados y analizados en el programa SPSS versión 21. Los resultados fueron que el 55,3% de madres tuvieron un nivel medio de conocimientos sobre alimentación complementaria, por otro lado el 60,6 % de niños presentaron un estado nutricional normal o eutrófico. La conclusión de la investigación fue que existe relación entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses que acuden al Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo. Con una significancia $p < 0,01$, aplicando chi – cuadrado.

Galindo, D. (2012) *Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud "Nueva Esperanza", 2011*. Lima. Perú. 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.

Hidalgo, F. (2012) *Conocimiento y práctica de la alimentación complementaria en madres de niños de 6-12 meses centro de salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, 2012*. Chimbote. Perú. El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, no experimental, de corte transversal y diseño descriptivo correlacional cuyo objetivo es determinar la relación entre el nivel de conocimiento y el nivel de prácticas en la alimentación complementaria de las madres de los niños de 6 a 12 meses de edad que acudieron al centro de salud Yugoslavia en Chimbote el 2012. La muestra para el recojo de la información corresponde a 66 madres, a quienes se les aplicó una encuesta que comprende dos partes: una para el nivel de conocimiento y otra para el nivel de la práctica alimentaria. Los resultados de la investigación son los siguientes: el nivel de conocimiento medio asciende a un 57,6 %, el nivel de conocimiento alto alcanza el 36,4 % y el nivel de conocimiento bajo obtiene un 6 %; estas cifras muestran que las madres conocen sobre la alimentación complementaria de manera relativa. El nivel de práctica en alimentación complementaria es favorable en un 57,6 % y muestra un nivel de práctica desfavorable del 42,4 %. La relación del nivel de conocimiento con el nivel de práctica de las madres presenta un mayor predominio en las prácticas favorables cuyos niveles de conocimientos medio alcanza un 27,3 %, el nivel alto el 15,2 % y ninguno de nivel bajo. En el nivel de práctica desfavorable, el nivel alto de conocimiento es 21,2 %, el nivel medio asciende a 30,3 %, mientras que el nivel bajo obtuvo un 6 %. La aplicación de la prueba estadística de X² resultó $p < 0.05$. Entonces, se concluye que sí existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas de alimentación complementaria de las madres, es decir, se cumple la hipótesis propuesta.

Reynosos, A. y Oscuivilca, V. (2015) *Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y su relación con prácticas de las madres en niños de 6 a 12 meses que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud Villa Señor de los Milagros, Callao 2015*". Callao. Lima. Perú. El presente trabajo de investigación titulado nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y su relación con prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses que acuden al

servicio de crecimiento y desarrollo del centro de Salud Villa Salvador de los Miagos. Callao, 2015; tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y las prácticas de las madres en niños de 6 a 12 meses de edad. El estudio fue de nivel aplicativo, enfoque cuantitativo, método descriptivo correlacional de corte transversal, no experimental. La población estuvo conformada por 95 madres que acuden al consultorio de CRED, la muestra fue de 46 madres. La técnica que se utilizó fue la encuesta. El instrumento el cuestionario, de conocimientos y prácticas. Entre los resultados que se obtuvieron fueron: el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria de las madres de niños de 6 a 12 meses fue 87% de medio a bajo y solo el 1% tiene conocimiento alto. Las prácticas sobre alimentación complementaria de las madres de niños de 6 a 12 meses fueron 69,6% adecuadas y 30,4% prácticas ' inadecuadas. Se concluye que existe relación poco significativa entre el nivel de conocimiento y prácticas de las madres.

Los antecedentes analizados sirvieron como base para la ejecución del presente proyecto de investigación y a su vez me va a permitir diseñar y/o estructurar la base teórica, el diseño metodológico, el instrumento y las conclusiones para así comparar los resultados que se obtengan con los antecedentes presentados.

1.2 Fundamentación Científica

Base teórica.

1.2.1 CONOCIMIENTO:(Cisneros y Vallejos, 2015)

Definición

Según el autor Mario Bunge detalla que el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que pueden ser claros, precisos y ordenados.

Por otra parte, hace énfasis que el conocimiento está determinado por la intuición sensible y el concepto, distinguiéndose dos tipos: puro y empírico, el puro o priori se desarrolla antes de la experiencia y el empírico es elaborado después de la experiencia. Asimismo, detalla que conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia, el aprendizaje o a través de la introspección. En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos

interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo. Tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. (Meza, 1974)

La teoría Psicogenética de Piaget aborda la forma en que los sujetos construyen el conocimiento teniendo en cuenta el desarrollo cognitivo. La teoría del procesamiento de la información se emplea a su vez para comprender cómo se resuelven problemas utilizando analogías y metáforas. (Cárdenas, 2009)

El enfoque de cambio conductual enfatiza la relación entre conocimientos, actitudes y prácticas. Un incremento en el nivel de conocimientos genera cambios actitudinales, los cuales pueden guiar a cambios en las conductas de las personas en la búsqueda de estilos de vida saludables. Este proceso se basa en las teorías psicológicas del aprendizaje al involucrar los aspectos cognitivo, afectivo y conductual. (Cárdenas, 2004)

Desde el punto de vista de la Atención Primaria en Salud (APS), la educación para la salud (EPS), se entiende como un instrumento que sirve a los profesionales y a la población para conseguir de esta capacidad de controlar, mejorar y tomar decisiones con respecto a su Salud o enfermedad. En conclusión se debe brindar una buena educación a la madre en el periodo de ablactación ya que una falta de conocimiento sobre el tema de alimentación complementaria puede generar algunas consecuencias posteriores que afecten al niño, como es la malnutrición. (MINSA, 2013)

Analizando las investigaciones anteriores cabe resaltar que el conocimiento nos ayuda a comprender, predecir, y controlar el comportamiento humano y explicar cómo los sujetos acceden al conocimiento. Su objeto de estudio se centra en la adquisición de destrezas y habilidades, en el razonamiento y en la adquisición de conceptos. Sin embargo, La teoría Psicogenética de Piaget aborda la forma en que los sujetos construyen el conocimiento teniendo en cuenta el desarrollo cognitivo. La teoría del procesamiento de la información se emplea a su vez para comprender cómo se resuelven problemas utilizando analogías y metáforas.

1.2.2 PRÁCTICAS

Definición

Estas prácticas se definen como la realización de una actividad de una forma continuada y conforme a sus reglas, habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad, aplicación de una idea, teoría o doctrina, uso continuado o habitual que se hace de una cosa, ejercicio o prueba que se hace bajo la dirección de una persona para conseguir habilidad o experiencia en una profesión, trabajo o aprendizaje y a la vez se considera la actitud como el vínculo existente entre el conocimiento adquirido y el sentimiento que provoca en el individuo, con la acción que realizará en el presente y futuro. (Serra, 2006)

El conocimiento comienza por los sentidos, pasa de estos al entendimiento y termina en la razón. La práctica está relacionada con las actividades que se ponen de manifiesto luego que se conoce o se aprende en base al conocimiento que se tiene. (Sáenz, 2006)

Asimismo, se dio énfasis a las prácticas de alimentación interactiva, que actualmente se reconoce que la alimentación complementaria optima no solo depende de que alimentos se les ofrece al niño en sus comidas, sino también es importante la manera de cómo cuando, donde y quien le de comer al niño.

1.2.3 ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Definición

Según la OMS, define a la práctica de alimentación complementaria como “El proceso que comienza cuando la leche materna ya no es suficiente para cubrir todas las necesidades nutricionales del lactante y, por lo tanto, otros alimentos son necesarios para complementarla, a partir de los 6 hasta los 24 meses de vida. Y desde el punto de vista nutricional, la alimentación complementaria tiene la finalidad de asegurar una ingesta energético-proteica y de micronutrientes acorde con los requerimientos propios de la edad. (MONIN 2010)

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

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.

Por consiguiente, el Ministerio de Salud, considera el momento oportuno para introducir la alimentación complementaria a partir de los seis meses de edad, cuando se deben cubrir los requerimientos nutricionales y se ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renal y la maduración neurológica. En relación con la nutrición, porque los niños pueden mantener un aumento de peso normal, y tener al mismo tiempo un déficit en vitaminas y minerales, sin manifestación clínica. Por ello se hace necesaria la introducción de otros alimentos que aporten aquellos nutrientes que la lactancia suministra en poca cantidad. (MINSA, 2007)

Una alimentación complementaria adecuada debe ser rica en energía, proteínas, vitaminas y minerales, especialmente hierro; de consistencia adecuada (papilla, sopa espesa o puré semisólido); fácil de comer y digerir; Preparar los alimentos complementarios de forma higiénica y manténgalos limpios preparados y servidos de forma higiénica; libre de huesos o partes duras que podrían atragantar al niño; libre de condimentos fuertes o picantes. El exceso de sal o azúcar es dañino para los niños pequeños. (FAO, 2011)

Principios:

Los principios rectores de una alimentación complementaria apropiada son:

- Seguir con la lactancia materna a demanda, con tomas frecuentes, hasta los 2 años o más.
- Ofrecer una alimentación que responda a las necesidades del niño (por ejemplo, darles de comer a los lactantes y ayudar a comer a los niños mayores; darles de comer lenta y pacientemente, alentándolos a que coman, pero sin forzarlos; hablarles mientras tanto, y mantener el contacto visual).
- Mantener una buena higiene y manipular los alimentos adecuadamente.
- Empezar a los 6 meses con pequeñas cantidades de alimentos y aumentarlas gradualmente a medida que el niño va creciendo.
- Aumentar gradualmente la consistencia y variedad de los alimentos.

- Aumentar el número de comidas: dos a tres al día para los lactantes de 6 a 8 meses, y tres a cuatro al día para los de 9 a 23 meses, con uno o dos refrigerios adicionales si fuera necesario.
- Ofrecer alimentos variados y ricos en nutrientes.
- Utilizar alimentos complementarios enriquecidos o suplementos de vitaminas y minerales si fuera necesario.
- Durante las enfermedades, aumentar la ingesta de líquidos, incluida la leche materna, y ofrecerles alimentos blandos y favoritos.

Bases fisiológicas para iniciar la alimentación complementaria.

El niño alcanza la madurez neurológica, gastrointestinal, inmunológica y renal suficiente a los seis meses de edad y consecuentemente, demanda aumento de los requerimientos energéticos y de otros nutrientes. Asimismo, la leche humana por sí sola, no alcanza a cubrir los requerimientos para sostener un crecimiento y desarrollo adecuados en esta etapa. Por lo tanto, este es el momento óptimo para iniciar la alimentación complementaria. (Lozaro y cols, 2010)

- Madurez neurológica: es el desarrollo psicomotor del niño (masticación, deglución, desaparición del reflejo de extrusión, sentarse con apoyo, sostener la cabeza y parte del tórax), lo cual permite la introducción de alimentos complementarios. (Flores, 2009)
- Madurez digestiva: hay producción adecuada de las enzimas digestivas, la amilasa pancreática se hace presente, la mucosa intestinal tiene una permeabilidad menor a moléculas de gran tamaño, existe una inmunotolerancia digestiva eficaz. (Figuerola, 2009)
- Madurez renal: a los cuatro meses de edad el lactante alcanza una filtración glomerular que le permite una mayor tolerancia para el manejo del agua y solutos; a los seis meses el riñón adquiere madurez en su capacidad para manejar los metabolitos productos de los nutrientes especialmente proteicos y minerales. (Lozaro y cols, 2010)

A qué edad se introduce la alimentación complementaria

El inicio de los alimentos sólidos implica un período de transición entre la alimentación líquida (leche materna o fórmula infantil) 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. (OMS, 2016)

La alimentación complementaria debe introducirse en el momento adecuado, lo cual significa que todos los niños deben empezar a recibir otros alimentos, además de la leche materna, a partir de los 6 meses de vida. La alimentación complementaria debe ser suficiente, lo cual significa que los alimentos deben tener una consistencia y variedad adecuadas, y administrarse en cantidades apropiadas y con una frecuencia adecuada, que permita cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento, sin abandonar la lactancia materna. (OMS, 2016)

Requerimientos nutricionales del niño durante los dos primeros años de vida (Cárdenas, 2010)

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

El conocimiento de las necesidades nutricionales constituye la base teórica indispensable para determinar la alimentación ideal de un individuo en cualquier periodo de vida y en diferentes condiciones ambientales. Durante los primeros meses la nutrición del niño alimentado al pecho, que aumenta de peso a ritmo satisfactorio, ha sido y sigue siendo el patrón para establecer los requerimientos nutricionales en esta etapa.

La capacidad que tiene el estómago de un niño es limitada, por lo tanto, la responsabilidad de priorizar y decidir que preparaciones le daremos de comer es vital para el futuro de los niños.

El estómago de un niño tiene una capacidad de 3% de su peso corporal, es decir, si un niño pesa 11.5 Kg. Su estómago podrá tener una capacidad de 345 g. éste volumen sólo puede ser llenado al 70%, pues hay que dejar espacio para los jugos gástricos necesarios para la digestión y para que los alimentos puedan amasarse con los movimientos del estómago. Esto significa que la capacidad del estómago de un niño será de 242 g. (casi una taza).

Cada vez que éste niño coma, sólo podrá ingerir 242 g. de alimentos, ya sean líquidos, sólidos o semi sólidos. Esta limitación generó que se recomendara consumir los alimentos sólidos antes que los líquidos para brindar un mayor aporte de energía y nutrientes al niño.

Necesidades energéticas

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

Los requerimientos energéticos en el recién nacido son de dos a tres veces superiores a los del adulto, si se expresan por superficie corporal. La cantidad de energía que se requiere para el crecimiento durante el primer año de vida es muy grande, tanto que, aunque los preescolares y escolares son mucho más activos que los lactantes, sus necesidades energéticas son muchos menores en relación al peso. Las necesidades para mantenimiento incluyen el gasto por el metabolismo basal, las pérdidas por excretas y la energía necesaria para la acción dinámico-específica de los alimentos. Son constantes durante el primer año de vida: 70 kcal/kg de peso corporal.

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

Necesidades de Proteínas

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

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

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

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

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

Necesidades de Grasas

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

El colesterol forma parte de la membrana celular, siendo además precursor de hormonas gonadales y adrenales y de ácidos biliares.

Aportan ácidos grasos esenciales: ácido linoléico y ácido araquidónico.

Favorece la absorción de vitaminas liposolubles (A, D, E, K)

Necesidades de Vitaminas

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

Los Alimentos durante la alimentación complementaria

a .Clasificación de los Alimentos

Los alimentos se pueden clasificar de muchas formas, por su contenido de nutrientes, por la función que desempeñan en el organismo y por grupos (agrupados por características nutritivas y físicas similares).

a.1. Según el contenido de Nutrientes

Macronutrientes

Son aquellas sustancias que se ingieren en cantidades significativas como: proteínas, carbohidratos y lípidos o grasas.

Micronutrientes

Sustancias que se consumen en cantidades muy pequeñas como: vitaminas y minerales.

a.2. Según función que desempeñan en el organismo

Alimentos que dan fuerza, energéticos o calóricos

Son aquellos que nos dan la energía y vigor necesario para realizar distintas actividades. Son el combustible del organismo. Los alimentos energéticos son ricos en dos macronutrientes; carbohidratos y grasas. Los alimentos que nos proporcionan energía son:

Tubérculos: papa, chuño, yuca, camote, olluco, mashua, etc.

Cereales: avena, arroz, cebada, quinua, trigo, cañihua, kiwicha, maíz, morón, etc.

Azúcares: chancaca, miel, azúcar blanca, rubia, etc.

Aceites Y Grasas: mantequilla, manteca, grasa proveniente de animales.

Alimentos que ayudan a crecer, estructurales, constructores, formadores o reparadores

Son los que intervienen en el crecimiento, ayudan a reconstruir ya reparar los tejidos dañados de nuestro cuerpo para el mantenimiento de la vida. Los alimentos de este grupo contienen principalmente proteínas. La cantidad de proteínas que requiere el organismo depende de varios factores como la edad y el estado fisiológico (gestantes y lactantes).

En nuestra dieta se pueden distinguir: Proteínas de origen animal, llamadas también proteínas de alto valor biológico, se encuentran en:

Carne y huevo: res, pollo, cerdo, otras aves Pescados: de mar y río etc

Leche y derivados.

Es muy importante el consumo de este tipo de proteínas en los niños porque se encuentran en crecimiento.

Proteínas de origen vegetal, se encuentran principalmente en las:

Menestras: lentejas, frejoles, pallares.

Cereales: quinua, avena, trigo, etc.

Para obtener una proteína de mejor calidad es importante combinar estos alimentos en las porciones adecuadas, es decir dos porciones de cereal por una de menestras.

Alimentos reguladores o protectores

Son aquellos que regulan el funcionamiento de todo el organismo sin ellas el organismo no es capaz de aprovechar los demás alimentos. Estos alimentos son ricos en vitaminas y minerales. Las vitaminas se encuentran en los alimentos tanto de origen animal como vegetal. A excepción de la vitamina D que se forma en la piel con la exposición al sol. Los minerales se encuentran en la naturaleza y no en los seres vivos.

Estos alimentos cumplen un papel muy importante en el organismo, porque son necesarios para la elaboración de tejidos y la formación de las hormonas, enzimas y otras sustancias.

Entre estos tenemos:

Hortalizas o verduras: zanahorias, pimentón, lechuga, coliflor, zapallo, espinaca, acelga, etc.

Frutas: mango, piña, naranja, limón, etc.

a.3. Según grupos de alimentos

En nuestro país se clasifican los alimentos en dos grandes grupos: Alimentos básicos y Alimentos complementarios, dentro de los alimentos básicos encontramos a los alimentos que dan fuerza, energéticos o calóricos y alimentos que ayudan a crecer, estructurales, plásticos, constructores, formadores o reparadores, mientras que los alimentos complementarios están formados por los alimentos reguladores o protectores

b. Combinación de Alimentos

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

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

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

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

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

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

Es necesario asegurar el aporte de la vitamina A en la alimentación del niño(a), por que además de participar en su crecimiento y desarrollo, mantiene la integridad de las células epiteliales de la mucosa de la boca, de los ojos, y del

aparato digestivo y respiratorio; los que tienen deficiencia están en mayor riesgo de tener infecciones, especialmente episodios de diarrea y sarampión más frecuentes y severos, así como, anemia por deficiencia de hierro y retardo del crecimiento. Los alimentos de origen animal fuentes de vitamina A son el hígado y carnes.

El calcio es un mineral, que participa en la construcción de los huesos, así como para la salud dental, para un adecuado aporte de calcio es necesario incluir leche y/o productos lácteos en la comida de la niña o niño, además de continuar con la leche materna.

El huevo y el pescado son muy buenos alimentos para la niña o niño y no deben ser restringidos, salvo temporalmente en el caso de una fuerte historia familiar de alergia.

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

Se debe enriquecer una de las comidas principales de la niña o niño con una cucharadita de grasa (aceite, mantequilla, margarina).

Las grasas provenientes de la alimentación infantil deben proporcionar entre el 30% y 40% de la energía total, aportando ácidos grasos esenciales en niveles similares a los que se encuentran en la leche materna; por lo tanto incrementan la densidad energética de las comidas y mantienen la viscosidad de las comidas Independientemente de su temperatura.

Una ingesta muy baja de grasa ocasiona una inadecuada ingesta de ácidos grasos y baja densidad energética que puede traducirse en un adelgazamiento infantil y

una ingesta excesiva puede incrementar la obesidad infantil y enfermedades cardiovasculares en el futuro.

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

Mezclas Dobles:

Existen tres formas de mezclas dobles:

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

Mezclas Triple:

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

Mezcla cuádruple:

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

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

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

Cuadro N° 1

Combinación de alimentos por edades en la Alimentación Complementaria

EDAD	ALIMENTOS
0 – 6 meses	Lactancia Materna,
6 meses	Lactancia Materna, Cereales, papillas,
6 - 8 meses	Mazamoras, (una cucharadita de aceite) Lactancia Materna, Cereales, frutas, verduras, pollo sancochado, hígado.
7 – 9 meses	Lactancia Materna, Cereales, frutas, Carnes, pescado,
9 – 12 meses	Lactancia Materna, Cereales, frutas, Carnes, pescado, Huevo, comida de la olla familiar

Características de las combinaciones de alimentos

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

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

Características de algunos alimentos:

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

Frutas: Se pueden empezar a ofrecer al lactante a partir del 6º mes como zumo de frutas, y más adelante en forma de papilla, nunca sustituyendo a una toma de leche. Las frutas más recomendadas son naranja, manzana, pera, uva, ciruela, y se debe evitar las más alergénicas como fresa, frambuesa, kiwi y melocotón. Se suele introducirlas tras la aceptación de los cereales, aunque la fruta puede ser el primer alimento complementario. No existe razón científica alguna, y puede ser perjudicial, el ofrecer zumos de fruta antes de los 4 meses.

Verduras y Hortalizas: Se van introduciendo a partir del 6º mes en forma de puré. Al principio: papas, camotes, zapallo, etc. y más tarde las demás verduras.

Se deben evitar inicialmente aquellas que tienen alto contenido en nitratos (betarraga, espinacas, acelga, nabos,.) y también las flatulentas o muy aromáticas (col, coliflor, nabo, espárragos).

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

Pescados: Comenzar pasado el 9° mes con pescados blancos: merluza, lenguado. Tienen gran capacidad de producir intolerancias alérgicas. En niños con antecedentes familiares, esperar su introducción hasta pasado el año de edad.

Huevos: Al 9° mes se puede introducir la yema cocida, y el huevo entero hacia el 12° mes. Se recomiendan 2-3 huevos por semana. La yema es buena fuente de grasas esenciales, vitaminas liposolubles y hierro. La clara contiene proteínas de alto valor biológico, entre ellas la ovoalbúmina, de alta capacidad alérgica.

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

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

c. Cantidad de alimentos

En niños(as) amamantados de países en desarrollo, las necesidades energéticas a cubrir con la alimentación complementaria se estiman en 200, 300 y 550 kcal/día entre las edades de 6 y 8, de 9 y 11 y de 12 y 23 meses, respectivamente.

Por otro lado, tenemos que la capacidad gástrica de la niña o niño guarda relación con su peso (30 g/kg de peso corporal), estimándose así el volumen de alimentos capaz de tolerar en cada comida.

Alrededor del sexto mes de edad la niña o niño expresa su deseo de alimento abriendo la boca e inclinándose hacia delante. Contrariamente, cuando ya se encuentra satisfecho, demuestra su desinterés por el alimento echándose hacia atrás y volteando la cabeza hacia un lado. La niña o niño participa así activamente

de la alimentación y no ingiere indiscriminadamente los alimentos que se le introducen en la boca.

Los lactantes aumentan gradualmente su aceptación a los alimentos nuevos mediante un incremento lento de la cantidad que aceptan. Los lactantes amamantados parecen aceptar mayores cantidades que los lactantes que toman fórmulas.

A partir de los 6 meses de edad se empezará con 2 a 3 cucharadas de comida dos veces al día; entre los 7 y 8 meses, se aumentará a 1/2 taza (100 g ó 3 a 5 cucharadas aproximadamente) tres veces al día; entre los 9 y 11 meses, se incrementará a 3/4 de taza (150 g ó 5 a 7 cucharadas aproximadamente) tres veces al día, más una entre comida adicional; y finalmente entre los 12 y 24 meses 1 taza (200 g ó 7 a 10 cucharadas aproximadamente), tres veces al día, más dos entre comidas adicionales.

Desde los 6 meses de edad, la niña o niño debe tener su propio recipiente (plato o taza) y cucharita, para que la madre o la persona que lo cuida pueda observar la cantidad que come cada vez que lo alimenta y conscientemente aumente la cantidad, de acuerdo con la edad y sus sensaciones de hambre y saciedad. A medida que mejora la aceptabilidad y la niña o niño recibe mayor cantidad de alimentos se puede aumentar su variedad. La incorporación de un nuevo alimento debe ser en volúmenes pequeños para prevenir posibles intolerancias y/o alergias.

d. Frecuencia de los Alimentos

El número apropiado de comidas que se ofrecen a la niña o niño durante el día, depende de la densidad energética de los alimentos que se usen localmente y de las cantidades consumidas en cada comida.

La frecuencia diaria de comidas ha sido estimada en función a la energía requerida que debe ser cubierta por los alimentos complementarios, asumiendo una capacidad gástrica de 30 g/kg de peso corporal y una densidad energética mínima de 0,8 kcal/g de alimento. Si la densidad energética o la cantidad de comida administrada son baja, o si a la niña o niño se le suspende la lactancia materna,

requerirá de un mayor número de comidas para satisfacer sus necesidades nutricionales.

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

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

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

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

e. Consistencia de los alimentos

Alrededor del 6o mes los músculos y nervios de la boca se desarrollan suficientemente para masticar. Los niños(as) a esta edad controlan mejor la lengua, pueden mover la mandíbula hacia arriba y hacia abajo, empiezan a salir los dientes, llevan cosas a su boca y están interesados en conocer nuevos sabores. Todo ello les da la madurez para recibir alimentos de consistencia más densa, proporcionados en una cucharita. Alrededor de los 8 meses la niña o niño intenta tomar los alimentos con sus manos y también con la cuchara, iniciándose la autonomía de su alimentación, por lo que hay que estimularla. Alrededor del año está capacitado para comer por sí solo, los mismos alimentos que consumen el

resto de la familia, evitando aquellos que puedan causar atragantamientos, ya sea por su forma y/o consistencia (uvas, zanahoria cruda, entre otros).

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

Las preparaciones líquidas (jugos, caldos, gaseosas) no contienen suficientes nutrientes porque su mayor contenido es agua. En cambio, las preparaciones espesas como purés o mazamorra, tienen la ventaja de poder concentrar alto contenido nutricional en una pequeña porción para satisfacer las necesidades nutricionales de la niña o niño.

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

f. Higiene en la preparación de los alimentos

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

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

Mantener los alimentos tapados y servirlos inmediatamente después de prepararlos.

Utilizar utensilios limpios (tazas, vasos, platos, cucharas, etc.) para preparar y servir los alimentos.

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

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

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

Colocar la basura o restos de comida en recipientes tapados y fuera de la vivienda. Los restos de la comida que la niña o niño pequeño dejan en el plato no se debe guardar para consumirlo posteriormente, pues se descomponen fácilmente, por ello deben ser consumidos al momento.

1.2.4 ALIMENTO COMPLEMENTARIO PARA NIÑO DE 6 A 12 MESES

Es cualquier nutriente líquido o sólido que se proporciona al niño pequeño al mismo tiempo que la lactancia materna.

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

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 0.8kcal/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 estima 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 (menstras), alimentos de origen animal como tubérculos, verduras, lácteos (derivados) y frutas.
 - A los seis meses, se iniciara 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.

Riesgos De Una Alimentación Complementaria Inadecuada

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

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

- Disminución de la ingestión de leche materna y desplazamiento de la alimentación al pecho por alimentos menos nutritivos que aún no requiere el lactante, lo cual puede ocasionar desnutrición.
- Disminución de producción de leche materna en la madre.
- Deficiente digestión y absorción de nutrientes y diarrea.
- "Alimentación forzada" debido a que el lactante, por su inmadurez neuromuscular, es incapaz de demostrar saciedad, llevando a la obesidad. (Sobrealimentación).
- Alergias alimentarias y diabetes mellitus insulina – dependiente (Tipo 1) en lactantes susceptibles.
- Inmadurez neuromuscular: conllevando a problemas de deglución, aspiración con tos y ahogamiento.
- Deshidratación.
- Mayor riesgo de caries dental.
- A largo plazo hábitos alimentarios indeseables.
- Contaminación de los alimentos complementarios, que aumenta el riesgo de diarrea y otras enfermedades infecciosas.

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

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

- Insuficiente energía para apoyar un óptimo crecimiento y desarrollo.
- Dificultad para la aceptación de otros alimentos.
- Aumenta el riesgo de malnutrición.
- Aumenta la deficiencia de micro nutrientes, 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 del huevo. Su absorción tiene gran influencia de otros componentes de la dieta.

Alimentos que favorecen la absorción:

- **Vitamina C (ácido ascórbico):** mejora la absorción del hierro no hémico ya que convierte el hierro férrico de la dieta en hierro ferroso, el cual es más soluble y puede atravesar la mucosa intestinal.

- **Otros ácidos orgánicos:** ácido cítrico, ácido láctico y ácido málico también benefician la absorción de hierro no hémico.
- **Proteínas de la carne:** además de proveer hierro hémico (altamente absorbible) favorecen la absorción de hierro no hémico promoviendo la solubilidad del hierro ferroso.
- **Vitamina A:** mantiene al hierro soluble y disponible para que pueda ser absorbido. La combinación de vitamina A con hierro se usa para mejorar la anemia ferropénica (por deficiencia de hierro).

Reducen la absorción:

- **Ácido fítico (fitatos):** se encuentra en arroz, legumbres y granos enteros.
- **Taninos:** se encuentran en algunas frutas, vegetales, café, té (negro, verde) vinos, chocolate, frutos secos y especias (orégano).
- Pueden inhibir la absorción ya que se combinan con el hierro formando un compuesto insoluble.
- **Proteínas vegetales:** las proteínas de la soya tiene un efecto inhibitorio en la absorción del hierro no hémico que no depende del contenido de fitatos.
- **Calcio:** cuando el calcio se consume junto al hierro en una comida, el calcio disminuye la absorción de hierro hémico como el no hémico. El calcio tiene un efecto inhibitorio que depende de sus dosis. Galindo (2012)

Buenas prácticas de higiene en la manipulación 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

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, cuando, donde y quien da de comer a un niño.

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

- Un “estilo controlador”, donde la madre o cuidadora decide cuando y como come el niño puede llegar a que los niños no reconozcan adecuadamente sus propias señales de apetito y autorregulación de su ingesta de energía, poniendo al niño en riesgo de sobrepeso.
 - Un estilo “dejar hacer” o “liberal”, donde la madre o cuidadora ofrece muy poca ayuda física o poco ánimo verbal en el momento de la alimentación, aun a niños menores de un año, salvo que el niño este enfermo o que no coma. Este estilo es frecuente en nuestra población.
 - Un estilo “interactivo” incluye comportamientos que permiten una óptima inter-relación madre o cuidadora- niño.
- 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. Galindo (2012)

El Cuidado durante la Alimentación Complementaria

a. Generalidades del cuidado

Actualmente se reconoce que la alimentación complementaria óptima depende no sólo de qué alimentos se le ofrece a la niña o niño en sus comidas (quedar de comer), sino también es importante la manera de cómo, cuándo, dónde y quién da de comer a una niña o 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 cuándo y cómo come el niño(a) puede ocasionar que las niñas o niños no reconozcan adecuadamente sus propias señales de apetito y autorregulación de su ingesta de energía, poniendo al niño(a) en riesgo de sobrepeso.
- Un estilo «dejar hacer», donde la madre o cuidadora ofrece muy poca ayuda física o poco ánimo verbal en el momento de la alimentación, aun a niños(as) menores de un año, salvo que el niño(a) este enfermo o que no coma. Este estilo es frecuente en nuestra población.
- Un estilo "Interactivo" incluye comportamientos que permiten una óptima inter-relación madre o cuidadora-niño.

Se aplican los principios de cuidado psico-social:

- Hablar con los niños(as) 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(as) a comer pero sin forzarlos.
- Dar de comer directamente a los niños(as) pequeños y ayudar físicamente a los niños(as) mayores cuando se alimentan solos, estando atentos y respondiendo a sus señales de apetito y saciedad.
- Cuando las niñas o niños no desean comer, se debe experimentar con diferentes combinaciones de alimentos, sabores, texturas y maneras de animarlos a comer.
- Estar con buen estado de humor.
- No forzar al niño a comer.
- Usar un tono de voz suave.
- Acompañarlo y fomentar su integración al grupo familiar.

b. El entorno durante la Alimentación Complementaria

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

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

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

2. Justificación de la Investigación

El conocimiento de la madre sobre alimentación infantil, es la noción y experiencia, lograda y acumulada por la madre sobre alimentación, que alcanza en el transcurso de vida mediante una buena recolección de datos e información, que ayudará a mantener la salud de sus hijos y prevenir enfermedades (OMS/OPS, 2011).

Mientras que las Prácticas sobre alimentación complementaria es considera como el conjunto de actividades, influenciados por procesos socioeconómicos y culturales de la madre que se realizan para satisfacer necesidades alimentarias del niño. Supone un orden, sintaxis, desde la preparación hasta el consumo de los alimentos, que consiste

en la disposición, selección, compra, conservación y preparación de los mismos (Gainza, 2002 y Pereyra, 2008).

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. Galindo (2012)

Por lo tanto, 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.

Este estudio Investigativo es importante para el personal de salud para conocer cuánto de información tienen las madres sobre la alimentación complementaria en niños de 6 a 12 meses de edad, para dar solución a los problemas que están presentes durante este proceso de introducción de nuevos alimentos porque de no ser tratados oportunamente generaran otros problemas en el estado de salud del niño.

Para la Universidad este estudio favorecerá incorporar contenidos alimentación complementaria para garantizar la formación de los futuros profesionales con una visión preventiva promocional durante la etapa del niño. Finalmente, el presente estudio servirá de fuente referencial de conocimientos para los estudiantes y la sociedad en futuros trabajos de investigación.

3. Formulación del Problema

¿Cuál es la relación entre nivel de conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños 6 - 24 meses. Puesto de Salud - Cruceta. Tambogrande. marzo –junio 2018?

4. Conceptualización y Operacionalización de

Variables 4.1 Conceptualización

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 consultorio de CRED en el Centro de Salud Nuevo Sullana.

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 Nuevo Sullana.

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

Variables

Variable Independiente

Conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria

Variable Dependiente

Prácticas de alimentación Complementaria

4.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALOR FINAL
Nivel de conocimientos que tienen las madres de los lactantes de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria	Es el valor alcanzado de un conjunto de ideas, conceptos, que están interrelacionados, ordenados, claros y precisos sobre la introducción de nuevos alimentos, en la relación con las practicas sobre la alimentación de los niños, que durante los primeros años tienen un desarrollo y crecimiento acelerado.	<p>Mes de inicio de la alimentación Complementaria.</p> <p>Características de la Alimentación.</p> <p>Inclusión de alimentos según su edad</p> <p>Riesgos de Una alimentación complementaria a Destiempo.</p>	<p>Antes de los 6 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6 meses • 7 a 8 meses • 9 a 11 meses • 12 meses a Más. <p>• Cantidad.</p> <p>• Frecuencia.</p> <p>• Consistencia y textura.</p> <p>• Leche y Derivados</p> <p>• Alimento animales.</p> <p>Alimentos Vegetales.</p> <p>• Grasas y Aceite</p> <p>• Alimentos Hemínicos</p> <p>Riesgos de un inicio temprano.</p> <p>• Riesgos de un inicio tardío</p>	expresada de la madre sobre toda aquella información que refiere poseer acerca del inicio de la alimentación complementaria, referido al tipo de alimentación, frecuencia, cantidad y forma de preparación que el niño requiere en su dieta. El cual será obtenido a través de un cuestionario y valorado en conoce y desconoce	<p>Conocimiento:</p> <p>- Alto.</p> <p>- Medio.</p> <p>- Bajo</p>

5. Hipótesis

Existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 meses a 12 meses.

6. Objetivos

6.1 Objetivo General

Determinar la relación entre nivel de conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños 6 - 12 meses. Puesto de Salud - Cruceta. Tambogrande. marzo –junio 2018.

6.2 Objetivos Específicos

- Describir las características demográficas de la población en estudio.
- Identificar nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños 6 - 12 meses. Puesto de Salud - Cruceta. Tambogrande.
- Identificar las prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños 6 - 12 meses. Puesto de Salud - Cruceta. Tambogrande.
- Relacionar el nivel de conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños 6 - 12 meses. Puesto de Salud - Cruceta. Tambogrande

METODOLOGIA

1. Tipo y Diseño de Investigación

El presente trabajo de investigación estuvo guiado bajo el enfoque cuantitativo, dentro del cual tiene un carácter descriptivo y de corte transversal.

Es cuantitativo porque las variables a estudiadas se midieron mediante una escala numérica las variables del estudio.

Es descriptivo porque se describieron las variables tal y como se presentaron en la realidad y luego fueron analizadas, en este caso se describieron las variables.

Fue de corte transversal porque me permitió obtener información en un tiempo y espacio determinado.

2. Población y Muestra:

2.1 Población:

Estuvo constituida por 43 madres de niños 6 - 12 meses de edad. Puesto de Salud - Cruceta. Tambogrande.

2.2 Muestra: se utilizó la siguiente fórmula

$$n = \frac{Z^2 p q N}{(N - 1)E^2 + Z^2 p q}$$

N: es el tamaño de la población.

α : es el valor del error 5% = **0.05**

Z= 1.96

p = probabilidad de éxito= **0.5**.

q= probabilidad de fracaso= **0.5**

n: es el tamaño de la muestra.

Reemplazando:

$$\begin{aligned} &= \frac{42 \times 0.0025 + 3.84 \times 0.25}{3.84 \times 0.25 \times 43} \\ &= \frac{41.28}{1.065} \\ &= 38.7 \end{aligned}$$

La muestra estuvo constituida por 38 madres de niños 6 - 12 meses de edad. Puesto de Salud - Cruceta. Tambogrande; tomando en consideración criterios principales, tales como:

Criterios de Inclusión y Exclusión

Inclusión:

- Madres con niños de 6- 12 meses de edad sin antecedentes patológicos
- Madres que voluntariamente a participar en el estudio.

Exclusión:

- Madres con niños menores de 6 meses y mayores de 24 meses de edad
- Madres que no deseen participar en el estudio

3. Técnicas e instrumentos de investigación

3.1 Técnica

La técnica a utilizar será la Entrevista, y el instrumento, el Cuestionario elaborado por la autora Galindo (2012) y adaptada por la autora del presente estudio; la cual permitirá recolectar información para determinar los conocimientos y practicas sobre alimentación complementaria en madres de niños 6 - 12 meses de edad. Puesto de Salud - Cruceta. Tambogrande.

El cuestionario consta de 25 preguntas con respuesta múltiple, los cuales 18 ítems que medirá conocimiento y 07 preguntas medirá prácticas, cuyas respuestas serán calificados de acuerdo a los siguientes puntajes:

Respuesta correcta = 1

Respuesta incorrecta = 0

Determinándose en:

Nivel de conocimiento Alto = > 13 puntos

Nivel de conocimiento Medio = 7 a 12 puntos

Nivel de conocimiento Bajo = < de 6 puntos

Para medir prácticas que realizan las madres:

Se utilizará la escala numérica siendo categorizados de la siguiente manera:

Si = 1 punto

No= 0 puntos

La puntuación será, estableciéndose en dos escalas:

Práctica adecuada = > de 6 puntos

Práctica inadecuada = < 5 puntos

La validez del instrumento fue procesada en la Tabla de Concordancia y Prueba Binomial. Luego realizaron las correcciones del instrumento de acuerdo a las sugerencias de los expertos, llevó a cabo la prueba piloto a fin de determinar la validez estadística mediante la prueba ítem test correlación de Pearson fue $r > 0,20$. y la confiabilidad estadística a través de la prueba kuder de Richarson fue $>$ de 0.5

3.2 Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos se procederá de la siguiente manera:

- a) Se solicitó la autorización respectiva para la recolección con solicitud dirigida al Médico jefe del centro de salud Las Lomas por ser red donde está incluido el puesto de salud de Cruceta.
- b) Se coordinó con la enfermera responsable del puesto de salud de Cruceta.
- c) Se aplicó el consentimiento informado a todos los sujetos de estudio, para garantizar el principio bioético (Autonomía) y contar con la autorización.
- d) La aplicación de los instrumentos tuvo una duración promedio de 30 minutos, leyendo y aclarando los ítems y dar el tiempo para que marquen sus respuestas.
- e) El cuestionario fue aplicado en el mes de marzo del presente año, en el horario de mañanas de lunes sábado.

4. Procesamiento y análisis de la información

Una vez obtenida la información se procedió a la medición de las variables, se utilizó la estadística descriptiva con el promedio aritmético, los porcentajes y las frecuencias absolutas.

Finalmente, los resultados fueron presentados en tablas de contingencia de una y doble entrada y gráficos estadísticos en base a los objetivos formuladas, y la comprobación de la hipótesis establecida. Se utilizó representaciones gráficas; para ello se empleó el programa SPSS versión 20

Para su análisis e interpretación se consideró el marco teórico del presente estudio.

RESULTADOS

Tabla N° 1 Edad de las madres de niños 6 - 12 meses. puesto de salud - Cruceta. Tambogrande. marzo –junio 2018

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
15 –19()	3	7.9	7.9
20 –35()	25	65.8	73.7
36 -45()	10	26.3	100.0
Total	38	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

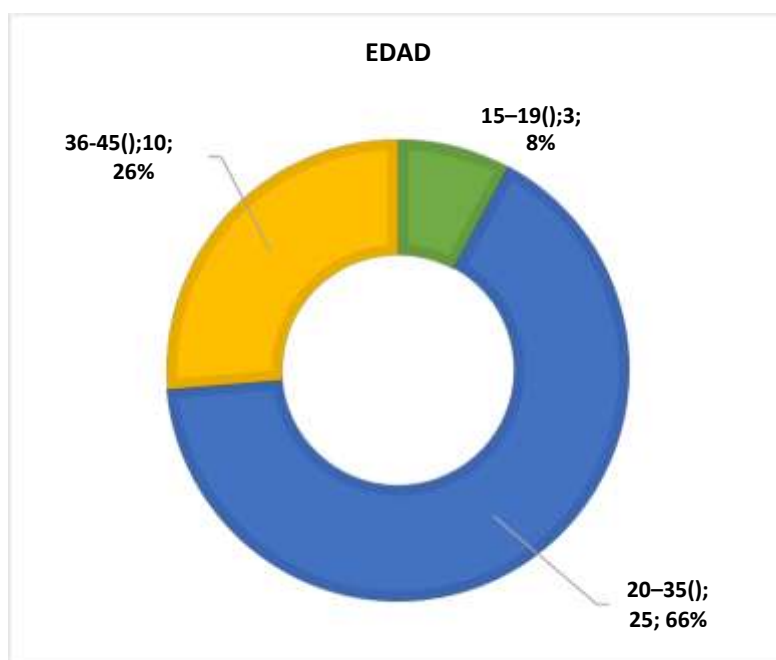


Gráfico N° 1 Edad de las madres de niños 6 - 12 meses. puesto de salud - Cruceta. Tambogrande. marzo –junio 2018

Tabla N° 2 Grado de instrucción de las madres de niños 6 - 12 meses. puesto de salud - Cruceta. Tambogrande. marzo -junio 2018

grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Primaria incompleta	14	36.8	36.8
Primaria completa	2	5.3	42.1
Secundaria incompleta	4	10.5	52.6
Secundaria completa	15	39.5	92.1
Superior completo	3	7.9	100.0
Total	38	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio



Gráfico N° 2 Grado de instrucción de las madres de niños 6 - 12 meses. puesto de salud - Cruceta. Tambogrande. marzo -junio 2018

Tabla N° 3 Procedencia de las madres de niños 6 - 12 meses. puesto de salud - Cruceta. Tambogrande. Marzo –Junio 2018.

procedencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Costa	32	84.2	84.2
Sierra	5	13.2	97.4
Selva	1	2.6	100.0
Total	38	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio



Gráfico N° 3 Procedencia de las madres de niños 6 - 12 meses. puesto de salud - Cruceta. Tambogrande. marzo –junio 2018

Tabla N° 4 Ocupación de las madres de niños 6 - 12 meses. puesto de salud - Cruceta. Tambogrande. Marzo –Junio 2018.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Trabaja	13	34.2	34.2
No trabaja	20	52.6	86.8
Eventualmente	5	13.2	100.0
Total	38	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio



Gráfico N° 4 Ocupación de las madres de niños 6 - 12 meses. puesto de salud - Cruceta. Tambogrande. marzo –junio 2018

Tabla N° 5 Número de hijos de las madres de niños 6 - 12 meses . puesto de salud - Cruceta. Tambogrande. marzo –junio 2018

número de hijos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1 hijo ()	8	21.1	21.1
2 hijos ()	19	50.0	71.1
3 hijos ()	8	21.1	92.1
>4 hijos ()	3	7.9	100.0
Total	38	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

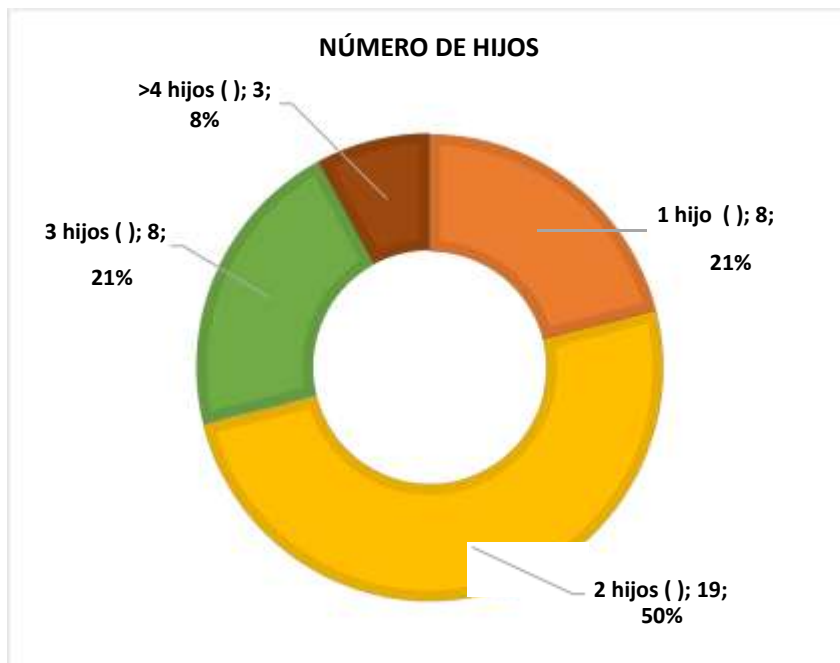


Gráfico N° 5 Número de hijos de las madres de niños 6 - 12 meses puesto de salud - Cruceta. Tambogrande. marzo –junio 2018

Tabla N° 6 Edad de los niños de 6 - 12 meses. puesto de salud - Cruceta. Tambogrande. marzo –junio 2018

edad de los niños	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
6 – 7 meses	12	31.6	31.6
8 - 9 meses	4	10.5	42.1
10– 12 meses	22	57.9	100.0
Total	38	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

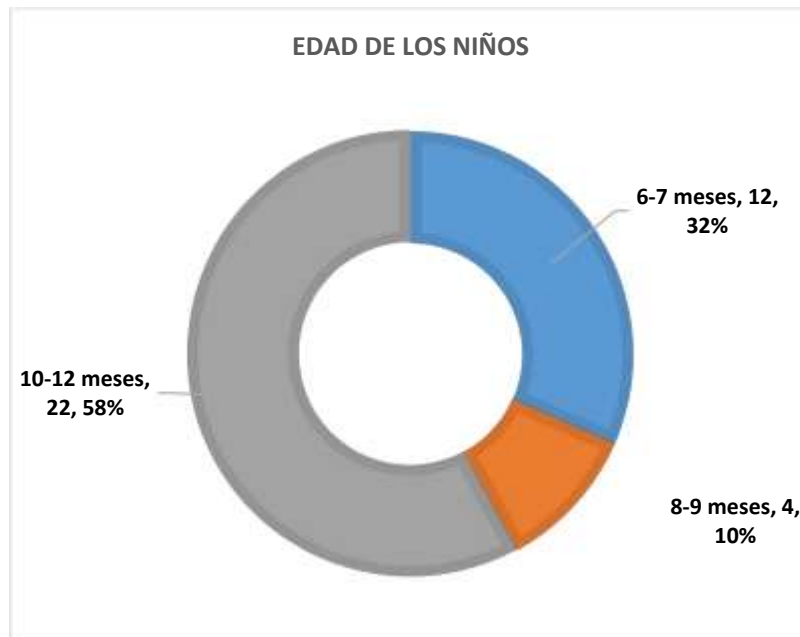


Gráfico N° 6 Edad de los niños de 6 - 12 meses. puesto de salud - Cruceta. Tambogrande. marzo –junio 2018

Tabla N° 7 Sexo de los niños de 6 - 12 meses. puesto de salud - Cruceta. Tambogrande. marzo –junio 2018

sexo de los niños	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	15	39.5	39.5
Femenino	23	60.5	100.0
Total	38	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

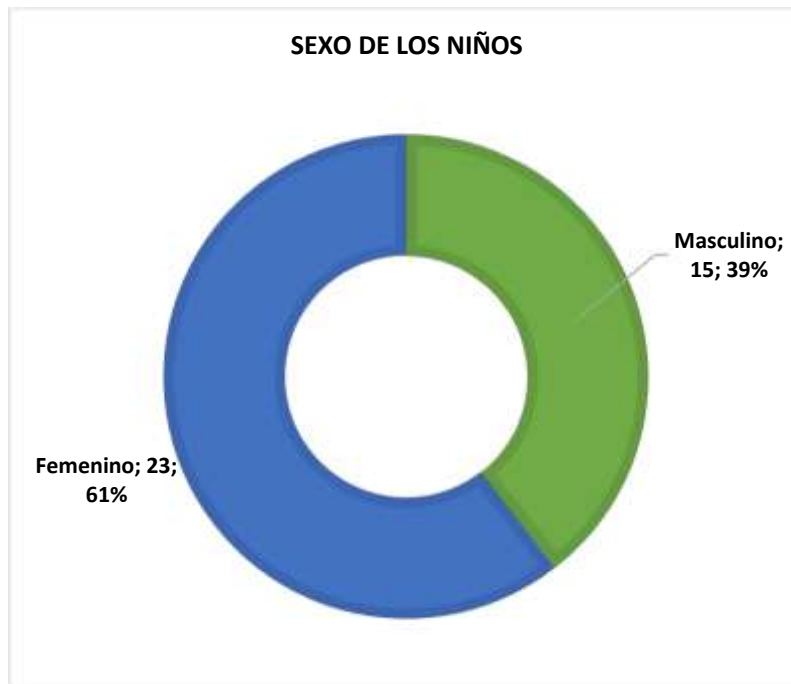


Gráfico N° 7 Sexo de los niños de 6 - 12 meses. puesto de salud - Cruceta. Tambogrande. marzo –junio 2018

Tabla N° 7 Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños 6 - 12 meses. Puesto de Salud - Cruceta. Tambogrande. marzo –junio 2018

Nivel de Conocimientos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Medio	27	71.1	71.1
Bajo	11	28.9	100.0
Total	38	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

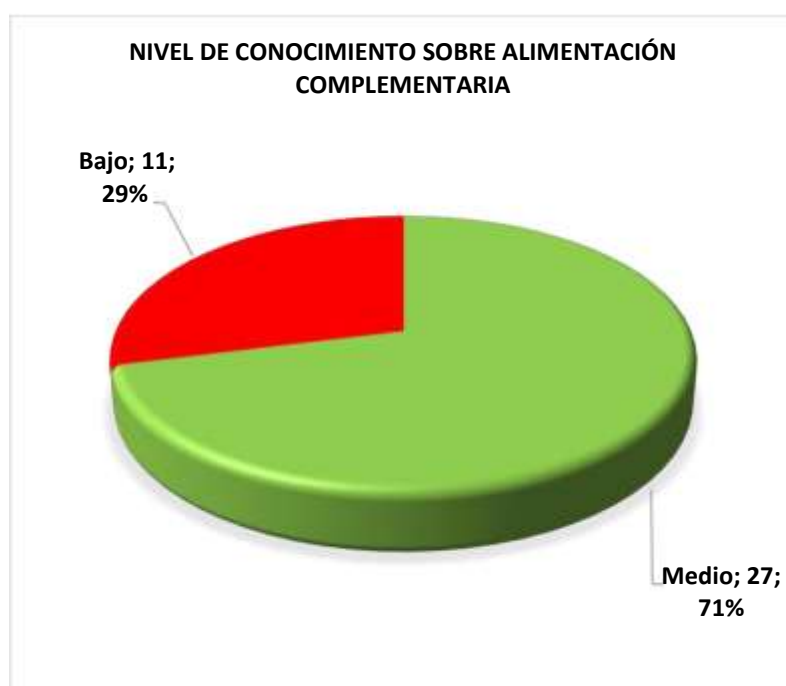


Gráfico N° 7 Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños 6 - 12 meses. Puesto de Salud - Cruceta. Tambogrande. marzo –junio 2018

Tabla N° 8 Prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños 6 - 12 meses. Puesto de Salud - Cruceta. Tambogrande. marzo –junio 2018

Prácticas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Adecuadas	3	7.9	7.9
Inadecuadas	35	92.1	100.0
Total	38	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

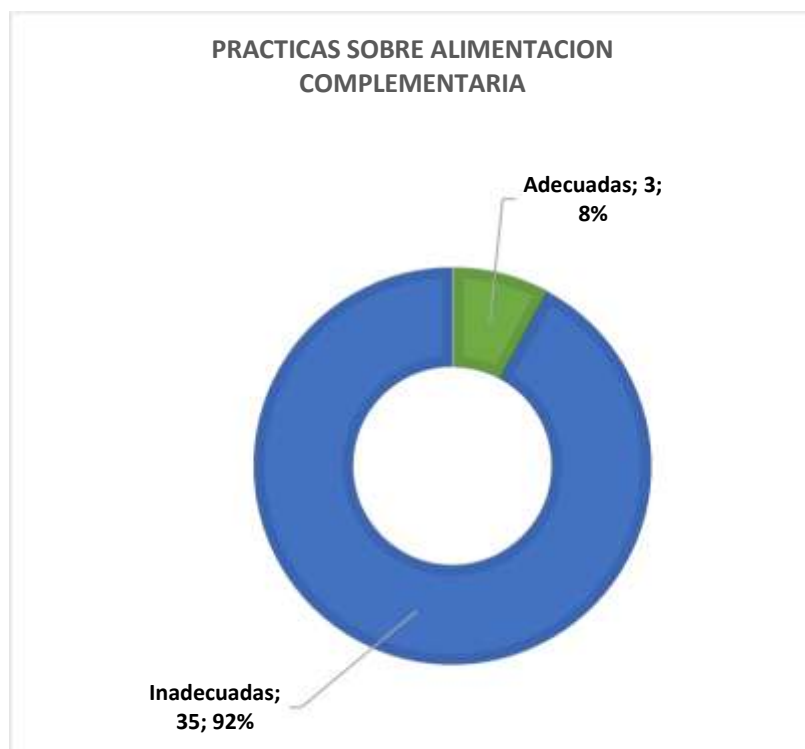


Gráfico N° 8 Prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños 6 - 12 meses. Puesto de Salud - Cruceta. Tambogrande. marzo –junio 2018

Tabla N° 9 Relación nivel de conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños 6 - 12 meses. Puesto de Salud - Cruceta. Tambogrande. marzo –junio 2018

Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños 6 - 12 meses de edad. Puesto de Salud - Cruceta. Tambogrande	Prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños 6 - 12 meses de edad. Puesto de Salud - Cruceta. Tambogrande.		Total
	Adecuadas	Inadecuadas	
Medio	3	24	27
	7,9%	63,2%	71,1%
Bajo	0	11	11
	0,0%	28,9%	28,9%
Total	3	35	38
	7,9%	92,1%	100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a la población en estudio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,327 ^a	1	,249		
Corrección por continuidad ^b	,239	1	,625		
Razón de verosimilitudes	2,154	1	,142		
Estadístico exacto de Fisher				,542	,347
Asociación lineal por lineal	1,292	1	,256		
N de casos válidos	38				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,87.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

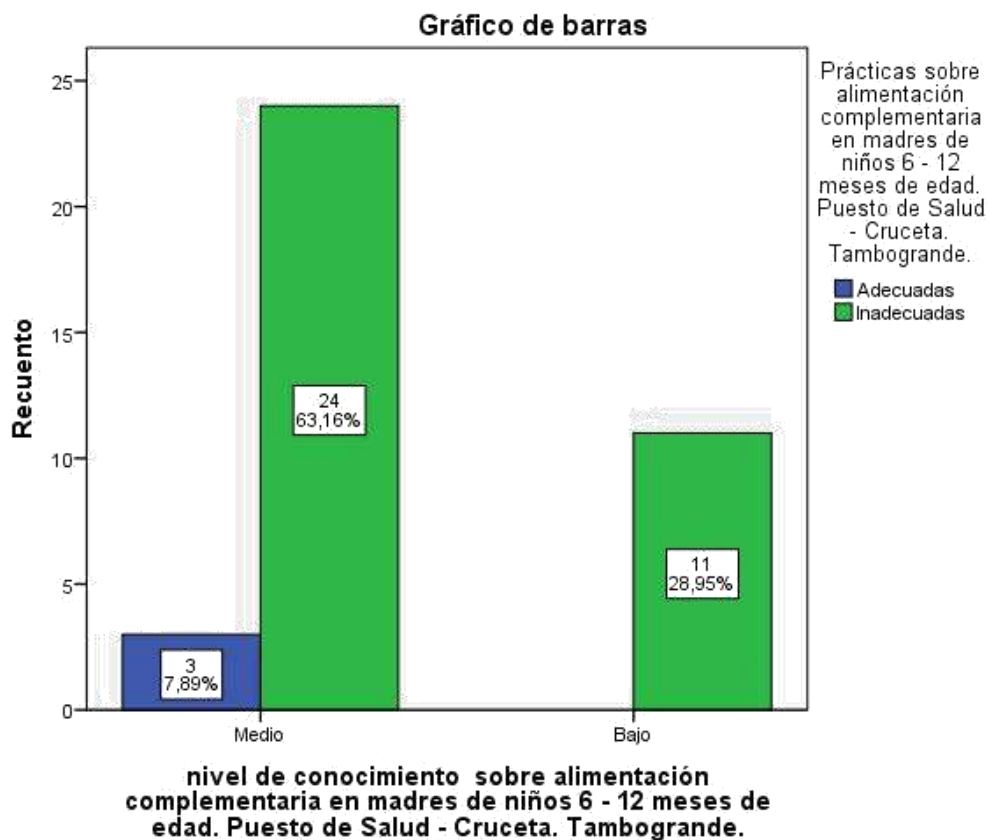


Gráfico N° 9 Relación nivel de conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños 6 - 12 meses. Puesto de Salud - Cruceta. Tambogrande. marzo –junio 2018

ANALISIS Y DISCUSION

Las tablas del 1 al 6, muestran las características demográficas de la población en estudio, según edad el 65,8% tienen entre 20 a 35 años, el 26,3% de 36 a 45 años y el 7,9% de 15 a 19 años. Referente al grado de instrucción el 39,5% tienen secundaria completa, el 36,8% primaria incompleta, el 10,5% secundaria incompleta, el 7,9% superior completo y el 5,3% primaria incompleta. En cuanto a procedencia el 84,2% de la costa, el 13,2% de la sierra y el 2,6% de la selva. Su ocupación el 52,6% no trabaja, el 34,2% trabaja y el 13,2% trabaja eventualmente. Según número de hijos, el 50% tienen dos hijos, el 21,1% un hijo, el 21,1% tres hijos y el 7,9% más de cuatro hijos. La edad de los niños el 57,9% tiene de 10 a 12 meses, el 31,6% de 6 a 7 meses y el 10% entre 8 a 9 meses. De esta población infantil el 60,5% es de sexo femenino y el 39,5% masculino.

La tabla N^a 7 muestra el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños 6 - 12 meses de edad, el 71,1% es medio y el 28,9% bajo.

La tabla 8, muestra las practicas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 12 meses de edad, el 92,1% son inadecuadas y el 7,9% adecuadas.

La tabla N^o9, presenta la relación entre la variable nivel de conocimientos y las practicas sobre la alimentación complementaria en madres de niños menores de 6 a 12 meses, tenemos: Para el grupo de nivel de conocimiento medio el 7,9% la práctica es adecuada y el 63,2% inadecuada. Para el grupo de conocimiento bajo el 28,9% las prácticas son inadecuadas.

Los datos nos permiten observar que las madres pertenecen en su mayoría al grupo etario de adultas jóvenes, con secundaria completa, de ocupación su casa, con dos hijos de sexo femenino con edad entre 10 a 12 meses.

Referente al nivel de conocimiento, predomina el conocimiento medio y practicas inadecuadas, esto guardan relación con Orosco Camargo, Lizeth Lucia (2015), en la tesis “Conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional

del niño de 6 a 12 meses que acuden al Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo”. Lima. Perú quienes alcanzaron los siguientes resultados, que el 55,3% de madres tuvieron un nivel medio de conocimientos sobre alimentación complementaria, por otro lado, el 60,6 % de niños presentaron un estado nutricional normal o eutrófico. Con Hidalgo Martínez Flor Antonia (2012) en la tesis “Conocimiento y práctica de la alimentación complementaria en madres de niños de 6-12 meses centro de salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, 2012”. Chimbote. Perú. Los resultados de la investigación son los siguientes: el nivel de conocimiento medio asciende a un 57,6 %, el nivel de conocimiento alto alcanza el 36,4 % y el nivel de conocimiento bajo obtiene un 6 %; estas cifras muestran que las madres conocen sobre la alimentación complementaria de manera relativa. El nivel de práctica en alimentación complementaria es favorable en un 57,6 % y muestra un nivel de práctica desfavorable del 42,4 %. Y con Reynosos, A. y Oscuvilca, V. (2015) Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y su relación con prácticas de las madres en niños de 6 a 12 meses que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud Villa Señor De Los Milagros, Callao 2015. Callao. Lima. Perú. Entre los resultados que se obtuvieron fueron: el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria de las madres de niños de 6 a 12 meses fue 87% de medio a bajo y solo el 1% tiene conocimiento alto. Las prácticas sobre alimentación complementaria de las madres de niños de 6 a 12 meses fueron 69,6% adecuadas y 30,4% prácticas ' inadecuadas. Se concluye que existe relación poco significativa entre el nivel de conocimiento y prácticas de las madres. Difieren con Galindo, D. (2012) en el trabajo de investigación “Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud "Nueva Esperanza", 2011. Lima. Perú. Concluyeron que 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.

Del nivel de conocimientos que tengan las madres dependerá la conducta que asuma durante la alimentación de su hijo, las cuales ocasionaran que los niños(as) de estas madres estén en riesgo a no cubrir adecuadamente los requerimientos nutricionales, por ende, aumente la posibilidad de presentar una malnutrición por defecto o exceso y de contraer enfermedades como diarreas agudas, parasitosis, desnutrición, repercutiendo hasta en un déficit cognitivo, emocional y social. Así mismo es importante considerar que como refiere el Ministerio de salud, de 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.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1.1 Conclusiones

Las características demográficas de la población la mayoría tienen entre 20 a 35 años, secundaria completa, proceden de la costa, no trabajan, tienen dos hijos, de 10 a 12 meses, de sexo femenino.

El nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños 6 - 12 meses de edad, el 71,1% es medio y el 28,9% bajo.

Las practicas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 12 meses de edad, el 92,1% son inadecuadas y el 7,9% adecuadas.

Las variables en estudio presentan un nivel de significancia del 5% significa que existe correlación directa y significativa ($r = ,830$) entre las características de conocimientos y prácticas de alimentación complementaria en madres con niños

1.2 Recomendaciones

Al personal de Enfermería del Centro de Salud, realizar sesiones demostrativas con los padres de familia utilizando alimentos cultivados en la zona, enfocando la importancia de la alimentación complementaria y los beneficios que implica en su desarrollo del niño, según etapas de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Durand, J. (2011).** *Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud Nueva Esperanza*", Tesis: para optar por el Título Profesional de Licenciada de Enfermería. E.A.P. de Enfermería. Facultad De Medicina Humana. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima – Perú.
- Galindo, D. (2012).** *Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud "Nueva Esperanza"* Tesis para optar el título profesional de Licenciada en enfermería. Escuela Académica Profesional de Enfermería. Facultad de Medicina Humana. Universidad Mayor de San Marcos. Lima. Perú.
- García, C. (2011.)** *Prácticas de alimentación complementaria en niños menores de 1 año de edad, de la comunidad el tablón del municipio de Sololá*” Universidad Rafael Landívar. Guatemala.
- Hidalgo, F. (2012).** *Conocimiento y práctica de la alimentación complementaria en madres de niños de 6-12 meses centro de salud Yugoslavia, Nuevo Chimbote, 2012.* Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Perú.
- Lozaro, A. y Benjamin, M. (2010).** *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica* SEGHNPAEP. España: Asocion Española de Pediatría ; 2010. p. 287.
- MONIN (2010).** *Indicadores del Programa Articulado Nutricional. Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales (MONIN 2008-2010-CENAN-DEVAN).*
[http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/zop/zona_izquierda_1/Informe%20Indicador es%20PAN%20_180111.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/zop/zona_izquierda_1/Informe%20Indicador%20PAN%20_180111.pdf). (Último acceso 07 de marzo de 2018).

Ministerio de Salud (2007). Nutrición (Ministerio de Salud). [Online]. [cited acceso 07 de marzo de 2018 Available from: HYPERLINK "http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2007/nutricion/lactante_6_24_meses.asp"

OMS. (2005). Organización Mundial de la Salud. *Alimentación complementaria*. http://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/(Último acceso el 07 de marzo 2018).

Organización Mundial de la Salud. *Alimentación del lactante y del niño pequeño*.

https://int.search.myway.com/search/GGmain.jhtml?searchfor=+Organizaci%C3%B3n+Mundial+de+la+Salud.+Alimentaci%C3%B3n+del+lactante+y+de+l+ni%C3%B1o+peque%C3%B1o.&n=78486910&p2=%5EY6%5Expt874%5ELMES%5Epe&ptb=440D3DA8-55A0-4B15-9244-7C668CE81967&qS=&si=EAiaIQobChMI7bipl83X2AIVSRiGCh2_6AdTEAEYASAAEgI84PD_BwE&ss=sub&st=tab&trs=wtt&tpr=sbt&ts=1520542916831 (Ultimo acceso el 07 de marzo 2018).

Orosco, L. (2015). *Conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses que acuden al Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo*. Tesis para obtener el título profesional de licenciada en enfermería. Carrera Profesional de Enfermería. Universidad Privada Arzobispo Loayza. Lima. Perú. Villa María del Triunfo. Con una significancia $p < 0,01$, aplicando chi – cuadrado.

Piscoche, N. (2012). *Conocimientos de los padres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud San Juan de Miraflores*” Tesis para optar el título profesional de Licenciada en enfermería. Escuela Académica Profesional de Enfermería. Facultad de Medicina Humana. Universidad Mayor de San Marcos. Lima. Perú.

Reynoso, A. y Oscuvilca, V. (2015). *Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y su relación con prácticas de las madres en niños de 6 a 12 meses que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del centro de salud Villa Señor De Los Milagros, Callao 2015*". Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería. Escuela profesional de enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional Del Callao. Lima. Perú.

UNICEF. (2014). *Nutricion*. Recuperado el 25 de Agosto de 2015, de http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24826.html

DEDICATORIA

Mi tesis la dedico con todo mi amor y cariño a mi amado esposo Augusto Agurto N por su sacrificio y esfuerzo, por darme una carrera para nuestro futuro y por creer en mi capacidad, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre ha estado brindándome su comprensión, cariño y amor.

A mis amados Hijos Augusto y Aylin por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

A una persona muy especial haya en el cielo a mi padre JUAN MIGUEL porque de una u otra forma me ayudaste en este camino.

A mi amada madre y hermanos quienes con sus palabras de aliento no me dejaron decaer para que siga adelante y siempre siga perseverante y cumpla con mis ideas

A mis compañeras y amigos presentes y pasados, quienes sin esperar nada a cambio compartieron sus conocimientos, alegrías y tristezas y a todas aquellas personas que durante estos cinco años estuvieron a mi lado apoyándome y logrando que este sueño se haga realidad.

AGRADECIMIENTO

En primera instancia agradezco a mis formadores, personas de gran sabiduría quienes se han esforzado por ayudarme a llegar al punto en el que me encuentro, sencillo no ha sido el proceso, pero gracias a las ganas de trasmitirme sus conocimiento y dedicación que los ha regido, he logrado importantes objetivos como culminar el desarrollos de mi tesis y obtener una afable titulación profesional.

Anexo
y
Apéndice

ANEXO A

UNIVERSIDAD SAN PEDRO FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD. ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

RELACION ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN MADRES DE NIÑOS 6 - 12 MESES DE EDAD. PUESTO DE SALUD - CRUCETA. TAMBOGRANDE. MARZO –JUNIO 2018. .

Buenos días, mi nombre es María Ignacia Ontaneda Quezada, soy Bachiller de Enfermería de la Universidad San Pedro Filial Sullana, estoy ejecutando un estudio, con el objetivo de obtener información para el trabajo de investigación titulado: “relación entre nivel de conocimiento y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños 6 - 12 meses de edad. Puesto De Salud - Cruceta. Tambogrande. Marzo –Junio 2018. .; por lo que se le solicita responder con sinceridad a fin de obtener datos veraces. Cabe recalcar que el cuestionario es anónimo y **CONFIDENCIAL**. Agradezco anticipadamente su colaboración.

Gracias.

II. INSTRUCCIONES:

Lea detenidamente cada pregunta y luego marque con un aspa (X), la respuesta que usted crea correcta según su opinión.

*Marque con un aspa (X) su respuesta:

I. DATOS GENERALES DE LA MADRE

1. Edad:

- a. 15–19()
- b. 20–35()
- c. 36-45()

2. Número de hijos:

- a. 1 hijo ()
- b. 2 hijos ()
- c. 3 hijos ()
- d. >4 hijos ()

3. Procedencia:

- a. Costa ()
- b. Sierra ()
- c. Selva ()

4. Grado de Instrucción:

- a. Primaria incompleta () b. Primaria completa () c. Secundaria incompleta ()
d. Secundaria completa () e. Superior incompleto () f. Superior completo ()

5. Ocupación de madre

- a. Trabaja () b. No trabaja () c. Eventualmente ()

II. DATOS GENERALES DEL NIÑO (A):

1. Edad:

- a. 6 – 11 meses () b. 12 meses – 17 meses () c. 18 meses– 24 meses ()

2. Sexo:

- a. Masculino () b. Femenino ()

DATOS CONOCIMIENTO:

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 de 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 más

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

- a) 2 comidas más lactancia materna frecuente.
b) 3 comidas más lactancia materna frecuente.
c) 4 comidas más lactancia materna frecuente.
d) 5 comidas más lactancia materna frecuente.

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

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

5. La cantidad de alimentos aproximadamente que debe recibir un niño entre 9 y 11 meses es:

- a) 2 a 3 cucharadas o 1/4 taza de alimentos.
- b) 3 a 5 cucharadas o 1/2 taza de alimentos.
- c) 5 a 7 cucharadas o 3/4 taza de alimentos.
- d) 7 a 10 cucharadas 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. ¿Qué 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 Ud. 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 cucharadita de aceite, mantequilla o margarina.
- b) 1 cucharadita de aceite, mantequilla o margarina.
- c) 1 cucharada de aceite, mantequilla o margarina.
- d) Más de 1 cucharaditas 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 más

11. Del huevo; ¿Cuál de las dos partes le da a más temprana edad?

- a) Yema
- B) Clara
- c) Ambos

12. A qué edad le empieza a dar de comer la yema 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 a más meses

13. 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 a más meses

14. 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, ricos en calcio (leche, queso).
- c) Las infusiones (té, hierbaluisa, anís).
- d) Los dulces y postres (arroz con leche, mazamorra morada).

16. Los alimentos que son enemigos del hierro (disminuyen la absorción del hierro) son:

- a) La sangrecita, el café y la azúcar.
- b) Los lácteos, las infusiones y el café.
- c) Los dulces, las gaseosas y las naranjas.
- d) Los tubérculos, cereales y menestras.

17. Qué puede ocasionar caries dental en los niños:

- a) Darle de comer muchas carnes
- b) Darle de comer alimentos antes de los 5 meses.
- c) Darle de tomar muchos jugos.
- d) Darle de comer después de los 7 meses.

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 frecuentes e infecciones.

DATOS DE PRÁCTICAS

19. Usted se lava las manos cuando:

- a) Prepara los alimentos y se peina.
- b) Le da de comer 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 del 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) Las lavas, 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 sólo 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) Sí
- b) No

24. Cuenta con un ambiente que estimule el apetito del niño.

- a) Sí
- 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 la 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 B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada “RELACION ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN MADRES DE NIÑOS 6 - 12 MESES DE EDAD. PUESTO DE SALUD - CRUCETA. TAMBOGRANDE. MARZO –JUNIO 2018.

Habiendo sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos; y confiando plenamente en que la información que se vierta en el cuestionario será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que el investigador utilizará adecuadamente dicha información, asegurándome de la misma confidencialidad.

Participante

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimada madre de familia:

La investigadora del estudio, al que usted ha manifestado su aceptación de participar, luego de darle su consentimiento informado, se compromete a guardar la misma confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicarán a su persona en lo absoluto. Atte:

María Ignacia Ontaneda Quezada

Autora del estudio