

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**INTERVENCION DE ENFERMERIA EN EL CONOCIMIENTO DE LAS MADRES  
SOBRE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN NIÑOS MENORES DE 2  
AÑOS EN EL CENTRO DE SALUD LIVITACA  
CUSCO 2015-2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA**

**DORA CHOQUECONDO FARFAN**

**Callao, 2018**

**PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- |                                   |            |
|-----------------------------------|------------|
| ➤ DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA | PRESIDENTA |
| ➤ DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA     | SECRETARIA |
| ➤ DRA. ROSARIO MIRAVAL CONTRERAS  | VOCAL      |

### ASESOR: DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 291

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 24/05/2018

Resolución Decanato N° 1234-2018-D/FCS de fecha 22 de mayo del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

## ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	7
1.3 Justificación	7
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	9
2.1 Antecedentes	9
2.2 Marco Conceptual	19
2.3 Definición de Términos	40
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	43
3.1 Recolección de Datos	43
3.2 Experiencia Profesional	43
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	49
<b>IV. RESULTADOS</b>	51
<b>V. CONCLUSIONES</b>	57
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	58
<b>VII. REFERENCIALES</b>	60
<b>ANEXOS</b>	62

## INTRODUCCION

El presente informe de experiencia laboral tiene como objetivo presentar la relación que existe entre el conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor 2 años que acuden al consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de salud Livitaca.

Los años de experiencia en el primer nivel de atención me ha permitido comprender que el niño desde que nace depende de la madre o de un cuidador para su alimentación, de tal modo que la calidad y cantidad de alimentos que reciben están relacionados a diferentes factores, entre ellos los conocimientos sobre alimentación, el nivel económico de la familia, las condiciones de saneamiento de la vivienda, la función que desempeña la enfermera es sumamente importante en la educación de la madre fortaleciendo los conocimientos que tienen las madres o personas encargadas de la alimentación del niño; que va a garantizar la ingesta de los requerimientos nutricionales en medida de la necesidad del niño de acuerdo a su edad.

En conclusión, se espera que los resultados contribuyan a la mejora de la nutrición del niño menor de 2 años para un crecimiento adecuado y evitar enfermedades en la edad adulta utilizando la metodología de encuestas capacitaciones sesiones educativas y otros.

## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción de la Situación Problemática.**

La alimentación complementaria debe iniciarse a los 6 meses de edad momento en que la leche materna ya no es suficiente por si sola para cubrir los requerimientos nutricionales del niño por lo que necesita ser complementada con otros alimentos ofrecidos en forma de puré papilla y mazamorra es decir, brindarle una alimentación complementaria, adecuada desde el punto de vista nutricional con todos los nutrientes que el niño necesita para desarrollarse adecuadamente; este periodo de inclusión de alimentos diferentes de la leche materna va de los seis a los 24 meses de edad, intervalo en el que la niña y el niño es muy vulnerable ya que está expuesto a diferentes enfermedades.

Por tal razón, la importancia que adquieren los alimentos como tal, la consistencia y el proceso de introducción en la alimentación, es una característica definitiva en el análisis del estado nutricional de las niñas y niños.

El estado nutricional de un niño se ve influenciado por múltiples factores, dentro de ellos tenemos principalmente a la alimentación, la salud, y el cuidado que se le brinda al niño. Por otro lado, tenemos que el estado nutricional de las niñas y niños está vinculado al desarrollo cognitivo, ya que un estado nutricional deficiente tiene efectos adversos sobre el proceso de aprendizaje y el rendimiento escolar.

Asimismo, el estado nutricional está asociado a la capacidad de respuesta frente a las enfermedades, y a que un inadecuado estado nutricional incrementa tanto la morbilidad como la mortalidad en la temprana infancia tal como nos indican las cifras de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en su reporte último Los

efectos de un mal estado nutricional en los primeros años se prolongan a lo largo de la vida, ya que incrementa el riesgo de padecer enfermedades crónicas como el sobrepeso, la obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, entre otras y está asociado a menores logros educativos y menores ingresos económicos en la adultez, tal como vemos en un estudio en el 2007 donde se estimó una pérdida media del 22% en los ingresos anuales durante la etapa adulta.

A nivel mundial, casi uno de cada cuatro niños menores de 5 años (165 millones, o el 26% en 2011) sufre desnutrición crónica, la tercera parte de las muertes de niños menores de 5 años son atribuibles a desnutrición. La desnutrición pone a los niños en una situación de riesgo de muerte y de enfermedad grave debido a infecciones comunes en la infancia como neumonía, diarrea, paludismo y sarampión.

Los niños con desnutrición aguda grave tienen nueve veces más probabilidades de morir que los niños que están nutridos de manera adecuada.

Asimismo, la desnutrición crónica, o baja estatura para la edad, se asocia con un anormal desarrollo del cerebro, lo que es probable que tenga consecuencias negativas en la vida de un niño a largo plazo.

Estudios recientes de Brasil, Guatemala, India, Filipinas y Sudáfrica confirmaron la asociación entre desnutrición crónica y un menor rendimiento y asistencia a la escuela. Los estudios también concluyeron que la desnutrición vaticinaba un fracaso escolar.

Una menor asistencia escolar y un empeoramiento en los resultados educativos se traducen en que estos niños ganarán menos cuando sean adultos.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014, ha existido una disminución de la desnutrición crónica, sin embargo aún mantienen cifras por encima del promedio nacional: Huancavelica disminuyó de 42.4 a 35%, Cajamarca disminuyó de 35.6 a 32.2%, Huánuco disminuyó de 29 a 24.8%, Apurímac disminuyó de 29 a 27.3%, Ayacucho disminuyó de 27 a 26.3%, Loreto disminuyó de 27.7 a 24.7%, Cusco disminuyó de 20 a 18.2%. Sin embargo existen regiones que han incrementado la desnutrición crónica como Amazonas de 27.1 a 30%, Ucayali de 24.5 a 26.1%, San Martín de 15.5 a 16%.

A nivel de la Región Cusco, se evidencia una disminución sustantiva, siendo para el año 2014 de 18.2% según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). De acuerdo a la información del Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN) 2014, de los niños menores de 5 años que acceden a los servicios de Salud se tiene un 23.4%, observándose en la provincia de Paruro 35.8%, Chumbivilcas 33.7%, Quispicanchis 32.5%, Paucartambo 31.9% y Acomayo 31.3%.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) la anemia en los niños menores de 5 años está incrementándose en los últimos años a nivel nacional del año 2012 con 44.5% al 2014 tenemos 46.8%, este incremento se observa en las regiones de Puno De 79.1% a 82%, Junín de 62.6% a 64%, Madre de Dios 61% a 68.4%, Pasco de 59.6% a 60.6%, Loreto 57.4% a 59.2%, Huancavelica de 54.3% a 63.7%, Ucayali de 53.6% a 59.6%, Apurímac de 48.4 a 53%.

Además, existen regiones que se mantienen en los mismos % de anemia como: Ica 36.8% a 36.8%, Arequipa 39.4% a 39.2%, Piura 43.9% a 43.9%, Cusco 56% a 56.3%.



Existen también regiones que han logrado la disminución de la anemia en niños menores de 36 meses como Tumbes 54.8% a 52.2%, Ayacucho 54.3% a 45.8%, Huánuco 51.2% a 44.3%, Cajamarca 50.5% a 48.5%, Tacna 50.3% a 41.5%, La Libertad 45% a 40.9%, Lambayeque 41% a 35.8% y Lima de 39.4% a 37%.

De acuerdo a la estadística Regional a través del Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN) 2014, tenemos un 59% de niños con anemia, siendo las provincias con mayor número de niños(as) con anemia Anta, La Convención, Paucartambo, Quispicanchis y Chumbivilcas.

En relación a la frecuencia de comidas y consistencia de estas se encontró que el 88,1 % de niñas y niños de seis a nueve meses de edad recibieron algún alimento sólido semisólido, destacando los alimentos hechos de grano, trigo o cereal (68,1%), seguido de los hechos a base de carne/aves/pescado/huevo (65,4%), de tubérculos/raíces (64,7%) frutas/vegetales ricos en vitamina A (60,3%), alimentos hechos con aceite/grasas/mantequilla (54,3 %), y de otras frutas y vegetales(52,8%).

Por estas razones, actualmente el estado nutricional de las niñas y niños es empleado en el ámbito internacional como parte de los indicadores con los cuales se verifica el desarrollo de los países. Por ello, la mejora del estado nutricional infantil forma parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio junto con otros indicadores de desarrollo social y económico. En el Perú, la reducción de la desnutrición crónica es meta de política social para las cuales se vienen implementando políticas específicas de carácter multisectorial.

Por otro lado, de la experiencia recogida de las comunidades se pudo destacar que hay madres que tienen costumbres que muchas veces no son adecuadas en la nutrición del niño y que perjudican su salud, asimismo no tienen conocimientos e información clara acerca de una alimentación balanceada ni su importancia en el crecimiento y desarrollo del niño.

Debido a esto se considera trascendental que el personal de Enfermería que labora en el Centro de Salud Livitaca debe orientar a las madres sobre a la alimentación complementaria a fin de incrementar los conocimientos y fortalecer las prácticas adecuadas, para así prevenir complicaciones derivadas de la desnutrición en el niño.

## **1.2 Objetivo**

Describir la intervención de enfermería en el conocimiento de las madres sobre la alimentación complementaria en niños menores de 2 años en el Centro de Salud Livitaca Cusco 2015-2017.

## **1.3 Justificación**

Siendo el Perú un país en vías de desarrollo y teniendo como uno de los principales problemas la desnutrición del niño menor de 2 años es importante y necesario profundizar el conocimiento de la madre en lo que respecta a la alimentación complementaria para así orientar las actividades preventivos promocionales realizadas por la enfermera, con el fin de promover el inicio adecuado de la alimentación complementaria, de esta manera se impartirá los conocimientos a la madre o cuidador, lo que contribuirá a mejorar las prácticas de alimentación que brinde al niño redundando en el mejoramiento de su nivel nutricional, previniendo complicaciones en su crecimiento y desarrollo cognitivo, emocional y social.

Por ello es muy importante que la madre tenga conocimientos adecuados acerca de la alimentación complementaria pues es ella la encargada de alimentar a su niño. Asimismo, es necesario establecer el grado de conocimiento de madres sobre alimentación complementaria utilizando el método descriptivo para poder ayudar a dar solución a los problemas que están presentes durante este proceso de inicio de la alimentación.

Por ello el profesional de Enfermería a lo largo del Programa de Crecimiento y Desarrollo, es responsable de impartir conocimientos a los padres de manera que motive en ellos un compromiso de mejorar la calidad de alimentación de sus niños, así como disminuir los índices de alteraciones en el estado nutricional como desnutrición y obesidad.

Teniendo en cuenta que el personal de enfermería es el responsable del área de Crecimiento y Desarrollo del niño, en el cual brinda la educación sanitaria a los padres para el inicio de la alimentación complementaria y el seguimiento oportuno, es importante que la enfermera cuente con evidencias objetivas acerca del nivel de conocimientos de los padres con respecto a la alimentación complementaria, para poder brindar un cuidado culturalmente pertinente y adaptado a sus propias necesidades identificadas.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes.

#### Antecedentes internacionales

**García (2014)** realizó una investigación titulada "caracterización de prácticas de alimentación complementaria a la lactancia materna que realiza la madre del niño (a) de 6 meses a un año de edad - Guatemala" con el objetivo principal de este estudio fue caracterizar las prácticas de alimentación complementaria a la lactancia materna que realizan las madres de niño de 6 meses a un año edad, de la etnia mamá en la jurisdicción 2, Ixtlahuaca, Huehuetenango. El tipo de estudio fue descriptivo transversal, porque permite desarrollar el fenómeno a través de la presentación descriptiva y sus características especificando: comunidad, persona, grupos o fenómeno, con el objetivo de determinar cómo se manifiesta el fenómeno. La validación de instrumento se llevó a cabo en la jurisdicción uno de san Ildefonso Ixtlahuaca, a madres con niños de 6 meses a un año de edad con prácticas de alimentación complementaria la recolección de información se realizó a través de una encuesta a madres con niños(as) de 6 meses a un año de edad que voluntariamente participaron, en el estudio y se llevó a cabo a través de visitas domiciliarias, en la jurisdicción dos. Entre los resultados obtenidos más importantes fue identificar los 11 factores sociales, culturales, educativos que tienen más influencia en la alimentación complementaria y la mayoría de las familias no tienen acceso a los alimentos, debido a bajos recursos económicos, pobreza extrema, esto trae como consecuencia en los niños riesgo a padecer desnutrición crónica y por consiguiente las consecuencias en el desarrollo físico y mental. Las conclusiones más importantes fue que el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria es baja solo 36.36% tienen conocimiento respecto a la edad de inicio de alimentación complementaria

y el 63.63% de las madres desconocen la edad que se inicia la introducción de otros alimentos aparte de la lactancia materna. algunas recomendaciones fueron: que los servicios de salud brinden consejería adecuada a las madres de niños de 6 a 12 meses en relación a la alimentación complementaria especialmente la consistencia y la edad que se inicia. Que el programa de extensión de cobertura brinde consejería sobre la edad adecuada para introducción de alimentos y que expliquen las razones por las cuales no es adecuado introducir alimentos antes de los seis meses.

**Zhang, Shi, et al. (2013).** Intervención educativa sobre alimentación complementaria para mejorar las prácticas de alimentación infantil y el crecimiento en la China rural. El objetivo fue determinar la efectividad de una intervención educativa sobre alimentación complementaria para mejorar las prácticas de alimentación infantil y el crecimiento en la China rural. El estudio fue controlado de manera aleatoria grupal, con una población de 599 niños que se inscribieron cuando tenían 2-4 meses de edad, con un seguimiento a las edades de 6, 9, 12, 15 y 18 meses. En los resultados el grupo de intervención logra un mejor conocimiento y prácticas relacionadas con la alimentación complementaria, y las puntuaciones del CICI significativamente más altos en cada punto de seguimiento. Los niños en el grupo de intervención logran mayores puntuaciones Z de peso para la edad y peso para la talla que el control a los 18 meses de edad, y eran menos propensos a tener retraso en el crecimiento. El modelo mixto mostró que el grupo de intervención logra significativamente mejor crecimiento lineal con el tiempo, incluyendo WAZ ( $P = 10\ 0,016$ ), PPT ( $P = 0,030$ ) y HAZ ( $P = 0,078$ ). Estos resultados indican que una intervención educativa otorgado por el profesional de salud puede mejorar el conocimiento y las prácticas de alimentación complementaria de los cuidadores y en última instancia mejorar el crecimiento de los niños.

**Jácome Viera, Ximena Alexandra, Quito 2013** realizó un estudio titulado: "Relación entre las prácticas de alimentación complementaria y el estado nutricional de niñas y niños de 6 a 24 meses de edad que asisten al centro de salud n°10 Rumiñahui de la ciudad de Quito durante el mes de abril del 2013". Tuvo como objetivo establecer la relación entre las prácticas sobre AC y es estado nutrimental de los niñosde6a24mesesdeedad.El estudiofueobservacionalanalítico de tipo transversal en el que participaron 204 niños y niñas de 6 a 24 meses que asisten al centro de Salud N°10 Rumiñahui de la zona norte de la ciudad de Quito en el mes de Abril de 2013. Se utilizó la encuesta alimentaria y la evaluación antropométrica como métodos de recolección de datos. Los resultados fueron:

"Las prácticas de alimentación complementaria (hábitos alimentarios e ingesta calórica) tiene una influencia en el estado nutricional de una manera positiva cuando se cumplen las recomendaciones sobre la alimentación del infante (porciones, cantidad, frecuencia, calorías), y de una manera negativa cuando no se aplica, pero, su efecto se observa de manera conjunta, es decir, que una conducta individual no puede determinar la existencia o no de algún tipo de malnutrición"

**Escobar Álvarez, María Belén, Latacunga - Ecuador año 2013,** realizó un estudio titulado: "Relación de los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre alimentación complementaria con el estado nutricional de los niños y niñas que acuden a consulta externa de pediatría en el Hospital del IESS de Latacunga en el período Junio-Septiembre del 2013", el objetivo principal fue determinar la relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de los niños y niñas de 1 a 2 años. El enfoque de lainvestigaciónfuedetipocualitativo-observacional,analítico y transversal. El universo y muestra que sirvió como objeto de la investigación fueron 196 madres, niños y niñas que acudieron a Consulta externa de Pediatría del

Hospital del IESS de Latacunga en el período Junio- Septiembre del 2013. Para la recolección de datos se aplicó dos instrumentos, un cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas y las tablas de valoración nutricional antropométrica. Las conclusiones fueron las siguientes:

“Hay una asociación entre el nivel de prácticas de las madres con el nivel de conocimientos que poseen sobre este tema, sin ser este el único determinante, ya que las creencias ancestrales y culturales que existen al respecto juegan un papel importante. La repercusión en el estado nutricional es evidente, siendo el estado nutricional normal y de desnutrición, así como niños con sobrepeso evidenciados en niños y niñas de madres con nivel de conocimientos medio y bajo. Las prácticas poco favorables se evidencian en todos los estados nutricionales”

**García de León, Cecilia; Sololá-Guatemala, año 2012** realizó un estudio titulado: “Prácticas de alimentación complementaria en niños menores de 1 año de edad, de la comunidad el tablón del municipio de Sololá” .El objetivo del estudio fue determinar las prácticas de alimentación complementaria en niños menores de un año de edad, habitantes de la comunidad El Tablón del municipio de Sololá. El estudio fue de tipo descriptivo, desarrollado mediante la aplicación de 3 boletas a 45 madres de niños menores de un año que ya habían iniciado la alimentación complementaria. Las conclusiones fueron:

“Se determinó que el 100% de las madres le brindaba lactancia materna a su hijo desde el nacimiento hasta el día del estudio. El 64% indicó que antes de iniciar la alimentación complementaria le había brindado atoles y agüitas de hierbas. El 38% inició la alimentación complementaria a los 6 meses y el 40% después de los 6 meses. La alimentación de la población en general está basada en el consumo de cereales, seguidos de: Frijol, hierbas y una bebida a base de harina de maíz y harina de soya.”

**Farfán Ponce, Raisa Lisette; Manabí- Ecuador, año 2012** realizó un estudio titulado “ Prácticas de destete y ablactación que tiene las madres del Centro de Salud Primero de Mayo de la ciudad de Portoviejo, provincia de Manabí y su relación con el estado nutricional del infante”. El objetivo fue conocer las prácticas de destete y ablactación de las madres de esta comunidad y su relación con el estado nutricional del infante. La metodología utilizada fue una combinación del método descriptivo-longitudinal, con la observación directa donde se emplearon técnicas como encuesta, un universo conformado por madres lactantes en el periodo de la investigación de 42 madres y 42 lactantes. Las conclusiones fueron:

“Las madres no realizan actividad económica productivas, las madres tienen muy poco conocimiento sobre la lactancia. A pesar de que respondieron que se debe de destetar a los niños paulatinamente, pero en la práctica no lo hicieron, de igual forma procedieron con la edad de destete. En la ablactación no poseen un buen conocimiento pues tanto con: la edad, el alimento y el tipo de preparación están errados, las prácticas observadas son brusca, mayoritariamente después del primer año de edad con buenas razones para hacerlo. Los procedimientos para realizarlos fueron diversas e incluyen: dejarle llorar, hacer dar asco, ponerse sábila, ají, mentol o limón en el pezón para que el niño rechace el pecho. La ablactación la iniciaron en diversos periodos de edad, solo el 50% lo hicieron en las edades adecuadas, pero con alimentos equivocados y no recomendados con preparaciones poco recomendadas. En términos generales encontramos el 43% de desnutrición global, y 2% de desnutrición aguda, con un porcentaje más acentuado en las niñas que niños, además se estableció que las niñas inician su descenso de talla desde el primer al quinto mes de vida y los varones desde el octavo mes. Se concluye que hay una relación directamente positiva entre las prácticas de destete y ablactación con la desnutrición y por lo que se comprueba la hipótesis planteada.”



Los antecedentes antes presentados, en algunos casos se centran básicamente en las actitudes de las madres y las practicas sobre alimentación complementaria separado del estado nutricional, en algunos toman en cuenta los factores relacionados al estado nutricional y dentro de ellos los conocimientos de las madres, sin embargo en el presente estudio pretendo establecer una relación muy importante acerca de la relación directa que hay en los conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño, por lo tanto los antecedentes antes mencionados me han servido de mucho acerca de cómo abarcar mejor la investigación. Los antecedentes antes mencionados son un gran aporte en mi investigación ya que me sirven como guía para ampliar más mi visión como investigadora y para centrarme en el problema fundamental. En la diversidad de antecedentes se muestra la visión de los diferentes investigadores, su propia manera de abarcar su estudio y es de mucha ayuda principalmente cuando abarco un problema tan importante como es el estado nutricional de los niños tomando como referencia un centro de salud de Lima.

### **Antecedentes Nacionales**

**Surita Esquivel Miluska K. 2016**, realizo un estudio titulado "conocimientos y prácticas de las madres de niños menores de 2 años sobre alimentación complementaria en el centro de Salud San Miguel Lima-Perú. Tuvo como objetivo principal: Determinar los conocimientos y prácticas de las madres de niños menores de dos años sobre alimentación complementaria que asisten a un centro de salud de San Miguel en Lima. Materiales y métodos: Estudio de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, observacional, transversal y prospectivo. Participaron 40 madres de niños menores de dos años que asistían al centro de Salud "Huaca Pando" ubicado en el distrito de San Miguel. Para determinar el nivel de conocimientos se utilizó un cuestionario de 10 preguntas sobre

alimentación complementaria a madres de niños menores de dos años de edad, cada pregunta tenía un valor de 2 puntos, teniendo como puntos de corte: Bajo < 11, Regular de 11 a 15 y Alto de 16 a 20. Para las prácticas se usó una ficha de observación alimentaria; si cumplía con una práctica obtenía un punto. Se consideraba que la madre cumplía con prácticas sobre alimentación complementaria con 6 puntos a más. Resultados: Del total de las madres encuestadas, el 62.5% de madres presentó un nivel de conocimientos "Alto" con un máximo de 20 puntos, 37.5% un nivel "Regular" con 12 a 14 puntos y ninguna presentó un nivel "Bajo". En cuanto a las prácticas, el 52.6% cumplía adecuadamente con la alimentación de los niños(as) menores de 2 años, mientras que el 47.4% no cumplieron con las prácticas de alimentación complementaria. Conclusiones: La mayoría de las madres participantes presentaron un alto nivel de conocimiento sobre alimentación infantil y ninguna, nivel bajo. Se identificaron las prácticas que tienen las madres, de las cuales más de la mitad cumplía correctamente con las prácticas de alimentación complementaria.

**Segura Moreno, Janet Katerine; Vásquez Celiz, María Audelina 2015**

Otra investigación titulada: "Conocimiento materno sobre alimentación complementaria en la nutrición del lactante. Trujillo- 2015" con el objetivo de establecer la relación que existe entre el nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses de edad. Descriptivo correlacional de corte transversal, se realizó en el Hospital Vista Alegre, Distrito Víctor Larco Herrera, 2015. La muestra estuvo constituida por 120 madres con sus respectivos lactantes. La recolección de datos se obtuvo mediante la encuesta. Se llegó a las siguientes conclusiones: El 66,7% de las madres presentan un nivel alto de conocimiento sobre alimentación complementaria; el 31,7%, un nivel regular y el 1,7%, un nivel bajo. La relación entre el nivel de conocimiento materno sobre alimentación

complementaria y estado nutricional del lactante según Talla/Edad no es significativa. La relación entre el nivel de conocimiento materno sobre alimentación complementaria y estado nutricional del lactante según Peso/Talla es altamente significativa.

**Churata Arias Hayluz Gretty 2015** Un estudio titulado: "Conocimientos de madres sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional de niños(as) de 12 meses - Centro de Salud Chejoña 2015", con el objetivo de determinar la relación entre los conocimientos de madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de niños(as) de 12 meses, la investigación fue de tipo descriptivo correlacional de corte transversal; constituida por 31 madres y sus respectivos niños(as). Los resultados obtenidos demuestran en cuanto a los conocimientos de madres sobre alimentación complementaria, que el 51.6% tienen conocimiento bueno, 17 48.40% tienen entre conocimiento regular y deficiente; en cuanto al estado nutricional de los niños(as) de 12 meses según el indicador Peso/Edad el 83,9% tienen un peso adecuado, el 87,1% de niños(as) tienen una talla adecuada según el indicador Talla/Edad, y según el indicador de Peso/Talla un 83,9% tienen un estado nutricional adecuado. Sin embargo, un 9,7 % de niños(as) tienen peso bajo y un 6,5% tienen sobrepeso en el indicador de Peso/Edad; 12,9 % de niños(as) tienen talla baja en el indicador Talla/Edad, similar porcentaje al indicador de Peso/Talla donde los niños(as) tienen sobrepeso. Demostrando que existe relación directa entre los conocimientos de madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de niños(as) de 12 meses.

**Martínez R. Elizabeth, Zevallos Z. María, 2014** realizó un estudio Titulado "Conocimientos de las madres sobre calidad de la alimentación complementaria y estado nutricional del niño de 6 a 12 meses Centro de Salud Francisco Bolognesi Caima" La presente investigación tuvo como objetivo establecer la relación entre el conocimiento de las madres sobre

la calidad de la alimentación complementaria y el estado nutricional de los lactantes de 6 a 12 meses de edad en el Centro de Salud Francisco Bolognesi. Es un estudio de corte transversal con un diseño correlacional con una muestra de 83 niños. Para la recolección de datos se utilizó como método la encuesta, como técnica la entrevista y como instrumentos el cuestionario sobre alimentación complementaria y las gráficas de peso/edad, peso/talla y talla/edad de niños y niñas. Se encontró que existe predominio del sexo femenino, con un 57.8%. Según la edad, la mayoría están comprendidos entre 8 y 9 meses, con un 33.7%. Respecto al estado nutricional podemos observar que el 47.0% de nuestra población se encuentra con un diagnóstico de normal en peso para la talla, un porcentaje relevante de 34.9% nos representa el sobrepeso, indicándonos que esta problemática en la actualidad va en aumento desde los lactantes. Los conocimientos de las madres sobre calidad de la alimentación complementaria encontrada en el Centro de Salud Francisco Bolognesi es de calidad intermedia con un 57.8% del total de la población en estudio, indicándonos que las madres de familia mantiene un conocimiento certero en algunos de los indicadores del conocimiento con calidad sobre calidad de alimentación complementaria, como en diversidad, frecuencia indicada para el niño, siendo esta segura, adecuada y con buena percepción de las madres en su importancia. Se obtuvo que según la prueba estadística del chi cuadrado no existe relación significativa entre el conocimiento sobre la calidad de la alimentación complementaria y el estado nutricional, sino que esta última depende de muchos otros factores, pero podemos decir que las madres que poseen un conocimiento con calidad intermedia el 45.8% de los lactantes tienen un estado nutricional normal, también observamos que 15 de las 83 madres encuestadas poseen conocimiento sin calidad sobre la calidad de la alimentación complementaria mostrando como resultado que el 56.3% de los lactantes presenta sobrepeso en su evaluación del estado nutricional. En el instrumento para medir los conocimientos de las madres

sobre calidad de la alimentación complementaria se usó seis indicadores tales como: el inicio, la diversidad, la frecuencia, si es adecuada, segura y perceptiva; de los cuales en los resultados se pudo obtener con significancia a los indicadores de adecuada y percepción.

**Huamán Hidalgo, Diana** en el 2013 realizó un estudio titulado “Representaciones sociales sobre la alimentación complementaria en madres de niños menores de 2 años: Yanacancha - Cerro de Pasco, 2012. Tuvo como objetivo principal explorar las representaciones sociales sobre alimentación complementaria en madres de niños menores de 2 años. El diseño fue cualitativo, teoría fundamentada. La muestra estuvo conformada por 20 madres de familia con niños menores de 2 años que reciben alimentación complementaria, divididas según condición primípara y 10 de condición múltipara.

Se utilizaron una guía semi – estructurada de preguntas y 11 situaciones “historias” relacionados a la alimentación complementaria. Se realizó la triangulación de la información por técnica y por investigador para lograr la confiabilidad del estudio. Los resultados fueron: “Algunos factores psicosociales y socioculturales influenciaron en las decisiones que las madres tomaron para continuar o interrumpir la Lactancia Materna, iniciar la Alimentación Complementaria, otorgar Alimentos Origen Animal y otorgar algunas bebidas (remedios). Las experiencias positivas (aceptación del niño) o negativas (efectos adversos) asociadas a procesos cognitivos (percepción) y afectivos (emociones) influyeron en las decisiones y actitudes de la madre frente a un alimento creando posiciones favorables frente a ellos, o prejuicios que retrasaron o no permitieron la introducción de determinados alimentos como las carnes, pescados, menestras, cítricos, tocosh y maca.

Ciertos alimentos (menestras) fueron categorizados por algunas madres como “pesados” pues sus características los relacionaron con

los posibles efectos adversos en el niño; otros, como “fríos” por relacionarse con las condiciones atmosféricas y a unos otros (huevo y derivados lácteos) se les consideró “prohibidos” por influir negativamente en problemas infecciosos digestivos.

Las representaciones sociales sobre la alimentación complementaria aún no han sido instauradas completamente por las madres, lo que conlleva a que se dé una mala interpretación de los conceptos entorno a la alimentación infantil, dificultando así la buena comprensión y comunicación de un mensaje adecuado, conllevando a una inadecuada práctica de alimentación, el cual puede verse reflejada en el estado nutricional del niño.

## **2.2 Marco Conceptual**

### **Definición de la alimentación complementaria**

El concepto de alimentación complementaria es relativamente reciente. Es aquella que complementa a la lactancia materna, pero sin anularla. Revaloriza a la lactancia materna como un alimento óptimo para los primeros tiempos de la vida y establece la necesidad de estudiar científicamente la alimentación con objeto de cubrir las necesidades del niño a partir de los seis meses de edad. Se entiende por alimentación complementaria como la oferta de alimentos o líquidos a los lactantes para complementar la leche materna. La edad a la que se inicia esta alimentación es una etapa especialmente sensible en el desarrollo del lactante ya que, como señala la guía para la alimentación del lactante y niño pequeño de la OMS/UNICEF, los primeros 2 ó 3 años de la vida son los más cruciales para un desarrollo físico y mental normales, y los problemas derivados de una nutrición inadecuada en esta etapa de la vida afectan no sólo al desarrollo físico, sino también al sistema inmunitario y al desarrollo intelectual y emocional.

### **Importancia de la alimentación complementaria**

La nutrición durante la infancia es uno de los pilares más importantes para la salud y calidad de vida de la población. Siguiendo estos lineamientos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna de forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida, seguida de la introducción de alimentos complementarios.

El carácter de complementario de los alimentos, los hacen necesarios para que desde los seis meses de vida y junto a la lactancia materna, mejoren el aporte energético, proteico, cantidad, calidad y biodisponibilidad de nutrientes esenciales para el crecimiento. Por otra parte, las madres, los padres y otros dispensadores de atención necesitan tener acceso a información objetiva, coherente y completa acerca de las prácticas apropiadas de alimentación.

En particular, deben estar informados acerca del período recomendado de lactancia natural exclusiva y continua; el momento de introducción de los alimentos complementarios; qué tipos de alimentos tienen que utilizar, en qué cantidad y con qué frecuencia y cómo darlos de forma inocua. Sabemos que la leche materna es el mejor alimento para los bebés y les proporciona todos los nutrientes que necesitan durante los primeros 6 meses ya que contiene sustancias inmunes y bioactivas que confieren al lactante protección frente a infecciones bacterianas y víricas y ayudan a la adaptación y la maduración intestinal del lactante, sin embargo cabe resaltar la transición de la leche materna a la inclusión de alimentos diferentes a una edad adecuada ya que es muy importante saber las implicancias de adelantar o atrasar el inicio de la alimentación complementaria tal y como lo dice una revisión de la Academia Española de Pediatría que señala que hay una ausencia de beneficio, para la mayoría de los lactantes amamantados cuando introducimos otros alimentos en la dieta antes de los 6 meses y el aumento de riesgo de infecciones

gastrointestinales. De acuerdo con datos del Comité de Nutrición de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), la nutrición adecuada en el primer año de vida y durante la primera infancia es fundamental para que el niño desarrolle plenamente su potencial humano. Los especialistas sugieren proveer alimentos complementarios, además de la lactancia después de los seis meses de edad, para mantener así un crecimiento saludable.

A los seis meses de edad, el bebé ya ha adquirido un buen desarrollo de su aparato digestivo, su función renal y el suficiente desarrollo neuro-madurativo para la incorporación de nuevos alimentos.

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

### **Factores que influyen en el inicio de la alimentación complementaria**

El inicio de los alimentos sólidos implica un período de transición entre la alimentación líquida (leche materna) y la alimentación característica del resto de la vida (principalmente sólida).

Resulta un proceso complejo y gradual, que, entre otras cosas, requiere de un tiempo prudente para que los sistemas neuromuscular, renal, digestivo e inmunológico del niño adquieran la madurez necesaria.

Las últimas recomendaciones de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (Espghan) (2008), la Sociedad Norteamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (Naspghan) y la Academia Americana de Pediatría (AAP) señalan que los lactantes estarían



aptos para recibir alimentos diferentes a la leche entre las 16 y 27 semanas de vida. No obstante, se enfatiza en la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de edad. De manera particular, hay que tener en cuenta la maduración física y de los diferentes sistemas para considerar si el bebé está en capacidad de iniciar con alimentos distintos a la leche. Para ello se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

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

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

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

**Maduración inmune:** la introducción de alimentación complementaria supone la exposición a nuevos antígenos y cambios en la flora digestiva con repercusión en el equilibrio inmunológico intestinal. Es un momento de gran influencia sobre el patrón de inmuno respuesta, y

los factores específicos tolerogénicos y protectores del intestino que aporta la leche humana pueden modular y prevenir la aparición de alergias y reacciones adversas. Asimismo, otro factor que pudiese influir en el inicio de la alimentación complementaria es la cultura en la cual nazca el niño.

## **Características de la alimentación complementaria**

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

El periodo comprendido entre los 6 y 9 meses es el periodo más crítico de la alimentación complementaria por el cambio de sabores, consistencias y texturas nuevas que debe experimentar el niño. El éxito de este periodo es determinante para el éxito de las etapas posteriores. Si no se maneja adecuadamente se convierte en el principal desencadenante de la desnutrición crónica, como lo muestran las estadísticas del Perú y de otros países subdesarrollados. Este hecho es principalmente importante cuando la lactancia materna se suspende antes de los 6 meses. Para que la alimentación complementaria resulte exitosa debe cumplir con cuatro requisitos sumamente importantes: frecuencia, consistencia, cantidad y contenido nutricional.

#### **a) Frecuencia**

Como la capacidad del estómago en esta etapa es limitada, el niño no puede tener el mismo número de comidas que el adulto, 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 es 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. por lo cual es necesario fraccionarlas durante el día con la siguiente guía:

**De 6 a 9 meses:** Leche materna más 2-3 comidas al día; 2 comidas principales.

**De 9 a 12 meses:** Leche materna más 3-4 comidas al día; tres comidas principales y 1 refrigerio, que puede darse en la media mañana o en la tarde.

**De 12 a 24 meses:** Leche materna más 4-5 comidas al día; tres comidas principales y dos refrigerios, 1 refrigerio entre cada comida principal.

### **b) Consistencia**

La consistencia de los alimentos o preparaciones debe incrementarse gradualmente en la medida que el niño va aprendiendo a comer. Entre los 6 y 9 meses la consistencia de los alimentos debe ser semi-sólidos en forma de purés espesos.

Luego a partir de esta edad se empieza con los alimentos sólidos-blandos y finalmente a sólidos. El alimento nuevo debe ser introducido uno a la vez, teniendo el cuidado de observar reacciones alérgicas.

### **c) Cantidad**

La cantidad de alimentos se refiere al volumen de los alimentos en cada comida. El inicio de cada alimento nuevo debe hacerse en pequeñas cantidades y aumentar progresivamente a medida que aumenta la capacidad gástrica del niño. Por ello es muy importante que la madre o quien cuide al niño este atenta a las señales de satisfacción del niño.

Nunca se debe forzar al niño a comer más de lo que quiere o lo que su capacidad gástrica lo permita. En niños(as) amamantados de países en vías 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 (200g 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) Contenido nutricional**

Cada nutriente que el niño necesita tiene una función específica que cumplir dentro del organismo. Para asegurar que el niño consuma todos los nutrientes necesarios, es importante que las comidas incluyan alimentos variados.

Desde el periodo de los 6 a 9 meses pueden introducirse cereales, menestras, carnes, hígado, queso, verduras, grasas y tubérculos.

Las carnes tienen un valor especial por la cantidad y calidad de proteínas que contienen y por el hierro que posee, nutrientes que son esenciales para el crecimiento físico y para el desarrollo y formación del cerebro. Si bien el hierro es pobremente absorbido, es fuente importante de proteína, calcio y vitamina A, nutrientes igualmente necesarios para el crecimiento, sin embargo, el inicio de consumo del huevo debe ser a partir del año, pues tienen a generar reacciones alérgicas en algunos niños.

Estos alimentos deben ser consumidos diariamente y no pueden ser reemplazados por otros de origen vegetal porque la proteína y el hierro que contienen son de menor calidad. Otro de los nutrientes esenciales es el yodo, indispensable para el desarrollo mental. Como los alimentos naturales tienen muy poco yodo, es necesario que los alimentos del niño sean preparados con sal adecuadamente yodada y sin abusar de su uso en la preparación de las comidas, resaltando que el inicio en el consumo de sal en niños de 6 a 9 meses debe ser pobre pues el niño aún no ha desarrollado al cien por ciento su mecanismo renal.

## **Nutrición del niño menor de 2 años:**

### **Requerimientos nutricionales del lactante**

La principal razón por la que el niño debe consumir alimentos diferentes a la leche es de tipo nutricional. Las necesidades de energía, proteína, vitaminas y minerales se incrementan a partir del sexto mes de vida, y, por esto los alimentos seleccionados deben ser ricos en: calorías, proteínas, hierro, zinc, calcio, vitaminas A-C-D, entre otros. Los alimentos seleccionados "complementarán" al alimento básico que continúa siendo la leche (al menos hasta el primer año de vida) y ayudarán con la cobertura de los requerimientos de los nutrientes. Se debe utilizar alimentos con un valor nutricional adecuado, de fácil digestión, poco voluminosos, frescos o higiénicamente elaborados. La elección de los alimentos depende en parte de los factores geográficos, hábitos culturales, disponibilidad, costumbres familiares y nivel socio económico, entre otros.

### **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 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.

### **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 (2.2g/kg/día) y desde los 7-12 meses (1.6g/kg/día).

### **Tipos de alimentos:**

- a) **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.
- b) **Frutas:** Se pueden empezar a ofrecer al lactante a partir del 6<sup>o</sup> mes como zumo de frutas, y más adelante en forma de papilla, nunca sustituyendo a una toma de leche. Las frutas más recomendadas son plátano, papaya, manzana, pera y se debe evitar las más alergénicas como fresa, frambuesa, kiwi, naranja y melocotón. Se suele introducir las frutas 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.
- c) **Verduras y Hortalizas:** Se van introduciendo a partir del 6<sup>o</sup> 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, acelga, nabos,) y también las flatulentas o muy aromáticas (col, coliflor, nabo, espárragos).



- d) Carnes:** Se empieza principalmente con vísceras como hígado, sangrecita o pollo, a partir del 6to mes, ya que la consistencia es más suave y rica en hierro y proteínas. Posteriormente de acuerdo a la edad se incluirán carnes de res, cordero, etc.
- e) Pescados:** Comenzar pasado el 9º mes con pescados blancos: merluza, lenguado. Tienen gran capacidad de producir intolerancias alérgicas. En niños con antecedentes familiares, esperar su introducción hasta pasado el año de edad y/o probar tolerancia brindando al niño en mínimas cantidades observando cuidadosamente las reacciones que pueda presentar; si no hubiere reacción alguna se recomienda incluir pescado en la alimentación del niño ya que es fuente importante de ácidos grasos y hierro fundamentales en el desarrollo cerebral.
- f) Huevos:** Al 9º mes se puede introducir la yema cocida, y el huevo entero hacia el 12º mes. Se recomiendan 2-3 huevos por semana. La yema es buena fuente de grasas esenciales, vitaminas liposolubles y hierro. La clara contiene proteínas de alto valor biológico, entre ellas la ovoalbúmina, de alta capacidad alérgica por ello no es recomendable brindarle al niño la clara de huevo antes de cumplir el año de edad.
- g) Legumbres:** A partir de los 9 meses se pueden añadir a la alimentación del niño evitando las cáscaras. Es fundamental por su contenido de fibra, carbohidratos y hierro como en las lentejas, frejoles, etc. Se pueden añadir mezclados con arroz u otros cereales. No sustituyen a las carnes. Se recomienda dar un par de veces a la semana.

## **Estado nutricional del niño**

### **Evaluación antropométrica**

La evaluación antropométrica del estado nutricional puede realizarse en forma transversal (en un momento determinado) o longitudinal (a lo

largo del tiempo). Su determinación es relativamente sencilla, de bajo costo y muy útil.

Las medidas antropométricas más usadas en la evaluación del estado nutricional son el peso, la talla, el perímetro braquial y los pliegues cutáneos. Estas mediciones se relacionan con la edad o entre ellos, estableciendo los llamados índices. Los índices más utilizados son el peso para la edad (P/E), la talla para la edad (T/E) y el peso para la talla (P/T).

### **Peso para edad:**

Es un índice usado comúnmente en el control del crecimiento de los niños, en las historias clínicas y carnés de crecimiento. Sus principales ventajas son:

- ✓ Es fácil de obtener con poco margen de error.
- ✓ Si se tiene un número adecuado de controles, es sensible para detectar cambios en el seguimiento longitudinal de un niño
- ✓ Es el índice más conocido por los trabajadores de salud.

Sin embargo, también tiene desventajas importantes:

- ✓ En niños mayores de un año puede sobre estimar la desnutrición.
- ✓ No permite diferenciar adelgazamiento (desnutrición aguda) de retardo del crecimiento (desnutrición crónica). Un niño de la misma edad y peso puede estar adelgazado, tener un peso adecuado para su talla o incluso ser obeso, dependiendo de la talla.

### **Talla para la edad:**

El incremento de talla es más lento que el incremento de peso. Los estados de deficiencia de talla suelen presentarse más lentamente y también recuperarse más lentamente.

Las ventajas de este índice son:

- Refleja la historia nutricional del sujeto
- Estima el grado de desnutrición crónica

Las principales desventajas son las siguientes:

- Requiere conocer con exactitud la edad.
- La talla es más difícil de medir que el peso y tiene un mayor margen de error
- No permite medir el grado de adelgazamiento o desnutrición aguda.

### **Peso para edad:**

Es un índice usado comúnmente en el control del crecimiento de los niños, en las historias clínicas y carnés de crecimiento.

Sus principales ventajas son:

- Es fácil de obtener con poco margen de error.
- Si se tiene un número adecuado de controles, es sensible para detectar cambios en el seguimiento longitudinal de un niño.
- Es el índice más conocido por los trabajadores de salud.

Sin embargo, también tiene desventajas importantes:

- No permite diferenciar adelgazamiento (desnutrición aguda) de retardo del crecimiento (desnutrición crónica). Un niño de la misma edad y peso puede estar adelgazado, tener un peso adecuado para su talla o incluso ser obeso, dependiendo de la talla.

### **Talla para la edad**

El incremento de talla es más lento que el incremento de peso. Los estados de deficiencia de talla suelen presentarse más lentamente y también recuperarse más lentamente.

Las ventajas de este índice son:

- Refleja la historia nutricional del sujeto
- Estima el grado de desnutrición crónica

Las principales desventajas son las siguientes:

- Requiere conocer con exactitud la edad
- La talla es más difícil de medir que el peso y tiene un mayor margen de error
- No permite medir el grado de adelgazamiento o desnutrición aguda.

### **Peso para la talla:**

Este índice compara el peso de un individuo con el peso esperado para su talla y esto permite establecer si ha ocurrido una pérdida reciente de peso corporal (desnutrición aguda).

### **Puntos de corte de normalidad**

Durante el proceso de evaluación del estado nutricional es necesario determinar si un niño es normal o si presenta alguna alteración (desnutrición o sobre peso), estableciendo un punto de corte o nivel de diagnóstico. Se conoce como indicador a la relación entre el índice y su respectivo punto de corte. Hablar de puntos de corte implica adoptar un patrón de referencia para cada índice. Actualmente se acepta el uso de patrones internacionales debido a que las diferencias raciales y étnicas tienen una mínima influencia en el potencial de crecimiento, en comparación con la influencia de los factores socioeconómicos.

Los nuevos patrones de crecimiento infantil de la OMS proporcionan a hora información sobre el crecimiento idóneo de los niños: demuestran, por vez primera, que los niños nacidos en regiones diferentes del mundo a los que se ofrecen unas condiciones de vida

óptimas cuentan con el potencial de crecer y desarrollarse hasta estaturas y pesos para la edad similares. Los patrones de crecimiento infantil de la OMS son un instrumento que se utilizará extensamente en salud pública y medicina, así como por organizaciones gubernamentales y sanitarias para la vigilancia del bienestar de los niños y para detectar a niños o poblaciones que no crecen adecuadamente con insuficiencia ponderal o sobrepeso y a los que puede ser preciso aplicar medidas específicas de atención médica o de salud pública. El crecimiento normal es una expresión fundamental de la buena salud y una medida de los esfuerzos realizados para reducir la mortalidad y morbilidad en la niñez. Los nuevos gráficos constituyen, por consiguiente, un instrumento sencillo para evaluar la eficacia de estos esfuerzos. Se utilizarán en consultas de médicos, dispensarios y otros centros de salud de todo el mundo, así como por centros de investigación, organizaciones de defensa de la salud del niño y ministerios de salud.

Los patrones de crecimiento infantil de la OMS son superiores a los patrones de referencia que se manejan actualmente. Permiten comparar parámetros del crecimiento importantes, como el peso y la talla/estatura de los lactantes y niños, con un valor de referencia óptimo. Hay gráficos para varones y para mujeres y también gráficos para lactantes (hasta un año de edad) y para niños de hasta cinco años. Estos parámetros son importantes indicadores de salud y ayudan a determinar el estado de salud de un niño o una población de niños y si su crecimiento es adecuado. Por ejemplo, los niños con estatura para la edad son baja (situados por debajo de la línea roja en el gráfico de talla/estatura) o cuyo peso para la estatura es demasiado bajo (por debajo de la línea roja) pueden tener problemas de salud; cuanto más alejados de las líneas rojas se encuentren, mayores serán las posibilidades de que tengan problemas de salud. En la práctica clínica, estos parámetros ayudan a diagnosticar enfermedades

usar el baño o letrina y después de limpiar a un niño(a) que ha defecado.

- ❖ Los alimentos deben estar tapados y servirlos inmediatamente después de la cocción.
- ❖ Los utensilios que se usaran en la preparación de alimentos deben estar limpios (tazas, vasos, platos, cucharas, etc.)
- ❖ Evitar el uso de biberones y chupones debido a la dificultad para mantenerlos limpios, además de otros efectos negativos
- ❖ Utilizar agua potable, clorada o hervida y mantenerla en recipientes limpios, tapados y en lugares frescos.
- ❖ Conservar los alimentos del niño en lugares seguros (libres de polvo, insectos, roedores y otros animales), para evitar la contaminación de los mismos.
- ❖ La basura o restos de comida deben estar en recipientes tapados y fuera de la vivienda.
- ❖ Los restos de comida que la niña o niño pequeño dejan en el plato no se debe guardar para consumirlo posteriormente, pues se descomponen fácilmente

### **El entorno del niño durante la alimentación**

El entorno del niño es un aspecto primordial en la alimentación del niño ya que pueden afectar su disposición para comer. Actualmente se reconoce que la alimentación complementaria óptima depende no solo de que alimentos se le ofrece al niño en sus comidas (quedar de comer), sino también es importante la manera de cómo, cuándo, dónde y quien da de comer a un niño.

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

- Un "estilo controlador", donde la madre o cuidador 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 esté enfermo o que no coma. Este estilo es frecuente en nuestra población.
- Un estilo “interactivo” incluye comportamientos que permiten una óptima interrelación madre o cuidadora-niño.

Se aplican los principios de cuidado psico-social:

- Hablar con los niños durante las comidas 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.
- 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

### **Rol de la enfermera en la nutrición del niño**

El desarrollo integral de la infancia es fundamental para el desarrollo humano y la construcción de capital social, elementos considerados principales y necesarios para romper el ciclo de pobreza y reducir las brechas de inequidad.

El crecimiento se expresa en el incremento del peso y la talla, y el desarrollo es definido como cambios en las estructuras físicas y neurológicas, cognitivas y de comportamiento, que emergen de manera ordenada y son relativamente duraderas. Es un proceso que comienza desde la vida intrauterina, y que envuelve varios aspectos que van desde el crecimiento físico, pasando por la maduración neurológica, comportamental, cognitiva, social y afectiva del niño.

En este marco del crecimiento y desarrollo del niño ligado al tema de nutrición propiamente dicha el personal de enfermería es quien cumple la labor trascendental de realizar la evaluación al niño, así como en la detección de casos de desnutrición. Asimismo, la enfermera es quien brinda la consejería nutricional a los padres en el inicio de la alimentación complementaria, es así como el rol que cumple la enfermera tiene suma importancia en la nutrición del niño como en su estado nutricional y las capacidades que el niño pueda lograr en el futuro.

### **Consejería en Enfermería del paquete CRED**

La consejería es un proceso educativo comunicacional que se desarrollará de manera participativa entre el prestador de salud y los padres o responsables del cuidado de la niña y el niño con el objetivo de ayudarlos a identificar los factores que influyen en la salud, nutrición y desarrollo de la niña y el niño, analizar los problemas encontrados en la evaluación e identificar acciones y prácticas que permitan mantener el crecimiento y desarrollo adecuado de la niña y el niño de acuerdo a su realidad, fortaleciendo las prácticas adecuadas y



corrigiéndolas de riesgo, se focaliza en el mejoramiento de las prácticas de cuidado de la niña y el niño, así como en el uso de los recursos disponibles en la familia y permite 39 establecer un acuerdo negociado sobre las prácticas y acciones identificadas, registrándolos en la historia clínica. El objetivo de la consejería nutricional es asegurar un adecuado estado nutricional o lograrla recuperación de la tendencia del crecimiento. El propósito es guiar y ayudar a tomar decisiones a los padres o adultos responsables del cuidado de la niña o niño, con base en la situación de crecimiento tanto si el crecimiento es adecuado o inadecuado (riesgo o desnutrición), para mejorar sus prácticas de alimentación y nutrición. La consejería nutricional es prioritaria en situaciones de riesgo y en procesos de enfermedad, ya que durante la consejería nutricionales importante promover prácticas adecuadas de alimentación y calidad de la dieta (alimentos de origen animal, alimentos fuentes de hierro) ambiente de tranquilidad y afecto , se realiza en cada control o contacto de la niña o niño con los servicios de salud tanto si éste se da a través de oferta fija (establecimientos de salud, otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes), además la consejería puede reforzarse con actividades grupales como las sesiones educativas y demostrativas.

### **2.3 Definición de términos**

- **Conocimiento sobre Alimentación Complementaria:** Está dado por toda aquella información que tienen las madres sobre Alimentación Complementaria en niños de 6 meses a 24meses.
- **Alimentación Complementaria:** Proceso de introducción de alimentos adicionales diferentes a la leche materna que se inicia a los seis meses hasta los veinticuatro meses de edad.
- **Frecuencia de alimentación complementaria:** Es el número de

veces que cada madre otorga los alimentos al niño por día.

- **Higiene en la preparación de alimentos:** Conjunto de prácticas, comportamientos y rutinas al manipular los alimentos orientadas a minimizar el riesgo de daños potenciales a la salud.
- **Prácticas:** Es la respuesta expresada por la madre sobre todas aquellas actividades que realiza en la alimentación complementaria entorno 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 6 meses.
- **Estado nutricional:** situación en la que se encuentra un individuo en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.
- **Educación nutricional:** Serie de actividades de aprendizaje cuyo objeto es facilitar la adopción voluntaria de comportamientos alimentarios y de otro tipo relacionado con la nutrición, fomentando la salud y el bienestar.
- **Consejería Nutricional:** Es un proceso educativo comunicacional entre el profesional de salud capacitado en consejería nutricional con el propósito de analizar una situación determinada y ayuda a tomar decisiones sobre ella.
- **Crecimiento adecuado:** Condición en la niña o niño que evidencia ganancia de peso e incremento de longitud o talla de acuerdo a los rangos de normalidad esperados para su edad.
- **Desnutrición Crónica:** Es la situación en que los niños y niñas tienen una estatura por debajo de la esperada para su edad en comparación con los patrones de crecimiento establecidos internacionalmente.

- **Madre:** Persona con o sin lazos consanguíneos que se encarga del cuidado alimentación y cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo del niño.
- **Niño:** Periodo de vida que comprende los 0 días y 11 años a su vez se subdivide en recién nacido, lactante, preescolar y escolar posee características propias en cada etapa específica de su ciclo vital, con un entorno familiar y social concreto.

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1 Recolección de datos**

La recolección de datos para la presentación de este informe y elaboración de los gráficos estadísticos, se han obtenido de:

1. Carnet de atención integral del menor de 5 años
2. Registro diario de atención integral de la niña y el niño de acuerdo al sistema vigente 2015-2017.
3. Historias Clínicas estandarizadas con apertura desde el nacimiento.
4. Padrón nominal del 2015-2017.
5. Encuestas Realizadas a las madres de niños menores de 2 años que acuden al centro de Salud Livitaca 2015-2017.

#### **3.2 Experiencia profesional.**

En el año 1995 mes de agosto, inicio mi actividad profesional con el servicio rural como enfermera en el puesto de Salud Pongoña nivel I-I establecimiento de Salud que pertenece a la Micro Red Yanaoca, Red Canas Canchis Espinar, Ubicado en el distrito de Yanaoca provincia Canas Departamento Cusco, población catalogada como zona roja por terrorismo, donde realice actividades con muchas dificultades, concluyendo mi Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud – SERUMS en el año 1996 mes de Julio

Al concluir mi Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud – SERUMS soy contratada para seguir laborando en el mismo establecimiento de Salud permaneciendo durante 4 años ejerciendo actividades netamente

preventivo-promocional de acuerdo al primer nivel de atención en los diferentes programas hoy llamadas programas presupuestales articulado nutricional, salud materno neonatal, tuberculosis TBC – virus de inmunodeficiencia humana/síndrome inmunodeficiencia adquirida sida, enfermedades Metaxénicas y zoonosis, enfermedades no transmisibles, prevención y control del cáncer, reducción de vulnerabilidad y atención de emergencias por desastres, reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas, prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad, control y prevención en salud mental.

Desde el mes de Julio de 1996 hasta el año 2007 labore en diferentes establecimientos de salud nivel I-I que corresponden a la Microred Yanaoca, Red de Salud Canas Canchis Espinar como contratada, a partir del mes de marzo 2008 continúe laborando como nombrada en el centro de Salud Yanaoca, desde el año 2012 hasta la fecha laboro en el centro de Salud Livitaca que corresponde a la Microred Livitaca, Red de Servicios de Salud Chumbivilcas todos estos años realizo actividades netamente preventivo promocionales con mayor énfasis en el grupo etáreo menor de 5 años para prevenir la desnutrición crónica y anemia como corresponde al primer nivel de atención.

En los años transcurridos he tenido la oportunidad de tener la responsabilidad en los diferentes programas presupuestales antes mencionados, realizando el control de crecimiento y desarrollo de los niños aplicando las vacunas y otras actividades de acuerdo a las normas y protocolos de atención de los programas presupuestales

En el campo administrativo he alcanzado nuevas experiencias al desempeñar la coordinación y Jefatura de la Microred Livitaca así mismo actualmente soy responsable de almacén para la distribución de los

materiales de escritorio limpieza y otros. En lo que concierne al rol de enfermera detalló de acuerdo a las funciones realizadas.

**Función asistencial:**

1. Brinde la atención con calidad y calidez al paciente de los diferentes grupos étnicos y familia según los protocolos existentes de las diferentes estrategias.
2. Realice el control de crecimiento y desarrollo de acuerdo a su edad.
3. Cumplir con la suplementación de micronutrientes con su respectiva consejería.
4. Detectar las enfermedades prevalentes, problemas visuales, auditivos, salud oral y signos de violencia o maltrato.
5. Evaluar el estado de crecimiento y el estado nutricional.
6. Realizar el manejo y seguimiento de problemas de crecimiento y nutricionales.
7. Identificar los factores condicionantes de la salud Nutrición, Crecimiento y desarrollo y crianza de la niña y el niño.
8. Intervención de Información y comunicación Educativa a la familia para apoyo a la crianza.
9. Consejería Integral.
10. Consejería Nutricional.
11. Consejería en lactancia materna.
12. Aplicación de la Norma Técnica de salud para el manejo de cadena de frío en inmunizaciones.
13. Aplicación de las vacunas de acuerdo a la N.T.S N°080 MINSA/DGIESP-V-04.
14. Así mismo se realizó las actividades de vigilancia epidemiológica como:
  - Recolección y notificación de datos.
  - Consolidación, procesar y analizar los datos.

- Formular la recomendación para la intervención oportuna.
  - Difundir la Información, supervisar y evaluar.
15. Se realizó actividades extramurales en promoción de la salud.
- Visitas domiciliarias, con el objetivo de contribuir en el cuidado de la salud de los miembros de la familia a través de los conocimientos, prácticas y comportamientos saludables, como el lavado de manos, lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad del niño o niña, alimentación y nutrición saludable, actividad física, ordenamiento de vivienda, higiene personal, adecuado cepillado de dientes y prioritariamente contar con un plan familiar en la atención integral de salud
  - Capacitación a la junta vecinal en los temas de alimentación y nutrición.
  - Capacitación a agentes comunitarios en tema de nutrición y salud.
  - Capacitación a autoridades de la municipalidad en temas de Nutrición y salud.
  - Capacitación a docentes en instituciones educativas en tema de alimentación y nutrición.
  - Sesiones educativas y sesiones demostrativas a la familia y comunidad en temas de alimentación y nutrición y de salud.

**Función administrativa:**

1. Se participó en la elaboración y/o actualización del diagnóstico situacional del centro de salud basado en fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas
2. Participación en la elaboración del plan anual operativo.
3. Se soluciona los problemas detectados o comunicados, si están fuera del alcance se deriva a nivel jerárquico correspondiente.
4. Se revisa y controla la distribución de turnos horarios, vacaciones, días libres y otros del personal.

5. Se mantiene y aplica las normas disciplinarias e interés por el trabajo.
6. Se elabora y recibe informes estadísticos.
7. Se cumplen con las funciones delegadas.
8. Se vigila la conservación y uso adecuado de los materiales del establecimiento de salud.
9. Se detecta la necesidad de material/equipo de los servicios y se gestiona la adquisición.
10. Se coordina actividades intra y extrainstitucional.
11. Se vigila el cumplimiento de principios y valores éticos.
12. Se asiste a reuniones y capacitaciones programadas e incidentales.
13. Se propicia un ambiente organizacional saludable para favorecer la productividad y las relaciones interpersonales armoniosas.
14. Monitoreo el equipamiento y funcionamiento de las unidades móviles para el traslado oportuno de las emergencias.

**Función de coordinadora:**

1. Participé como ponente en seguridad alimentaria dirigido a las autoridades del Distrito de Livitaca, así mismo en las Instituciones educativas dirigido a docentes y alumnos.
2. Capacité al personal en temas de nutrición como es lactancia materna, alimentación complementaria, cuidado de atención integral del niño y otros.
3. Se capacitó a los agentes comunitarios en temas de salud.
4. Se capacitó a las juntas vecinales en temas de salud.

**Actividades realizadas en la Promoción de la Salud:**

Se realizaron intervenciones comunicacionales para informar, sensibilizar y orientar a la población sobre el cuidado infantil, prevención de la anemia y de otras enfermedades para contribuir a la reducción de la desnutrición



crónica infantil y otros males que afectan a los menores en sus primeros años de vida.

Se realizó coordinaciones con el consejo municipal con el objetivo de motivar y despertar interés para establecer acuerdos y compromisos que permiten llevar a cabo intervenciones efectivas de salud pública orientadas a promover prácticas y generar entornos saludables para la disminución de la desnutrición crónica infantil.

Se conformó el comité multisectorial mediante una ordenanza municipal y ha sido informada, motivado y capacitado para el funcionamiento de centro de promoción y vigilancia comunal para el cuidado integral de la madre y el niño.

Se actualizo la información del padrón nominal.

En las comunidades se conformó juntas vecinales comunales y agentes comunitarios.

Se informó, sensibilizo y capacito para promover prácticas y generar entornos saludables e implementar acciones de vigilancia comunal para mejorar el cuidado y la alimentación de los niños menores de 36 meses.

Se realizó reuniones de abogacía para informar motivar y despertar interés en el tema y realizar talleres de capacitación en vigilancia comunitaria y otras intervenciones efectivas de salud pública orientando a promover prácticas y entornos saludables para disminuir la desnutrición crónica infantil a través del cuidado infantil en los ejes temáticos de lactancia materna, alimentación complementaria, importancia de los suplementos (micronutrientes) control de crecimiento y desarrollo, consumo de agua segura, disposición de residuos sólidos, manejo de excretas, vacunas, lavado de manos, higiene bucal, estimulación temprana e identidad del niño.

Se realizó reuniones con familias con niños menores de 36 meses y gestantes para realizar sesiones demostrativas y educativas en práctica del cuidado infantil con énfasis en la preparación de alimentos saludables con el objetivo de promover practicas saludables conocimientos, actitudes y prácticas y entornos con énfasis en la vivienda y verificar la aplicación para contribuir a la mejora de la salud infantil.

Se realizaron visitas domiciliarias para dar consejería en ejes temáticos de salud para contribuir a mejorar la salud del niño y comunidad.

Se realiza un conjunto de actividades periódicas y sistemáticas con el objetivo de asegurar de manera adecuada y oportuna la vacuna de los niños según el cronograma establecido de acuerdo a su edad al fin de evitar las enfermedades inmuno prevenibles y disminuir la carga de enfermedad de enfermedades prevalentes de la infancia para evitar de esta manera el siglo de enfermedad y desnutrición crónica en el menor de 5 años mediante la orientación a la madre sobre la importancia de las vacunas manejo del control de vacunación y del cumplimiento del esquema de vacunación y el control de crecimiento y desarrollo de los niños, las indicaciones y contraindicaciones de las vacunas administradas, y reacciones adversas.

Logrando así incrementar las coberturas del articulado nutricional disminuyendo, las infecciones respiratorias, neumonías y diarreas.

### **3.3 Procesos realizados en el tema del trabajo académico**

1. Promover y apoyar la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.
2. Promover y apoyar la lactancia materna prolongada hasta los 2 años.
3. Promover y apoyar el inicio de la alimentación complementaria a partir de los 6 meses.

4. Promover y fomentar adecuadas prácticas de alimentación en especial el uso de mezclas balanceadas a partir de la olla familiar y el aumento de frecuencia.
5. Se realizaron sesiones demostrativas de preparación de alimentos con las madres de los niños menores de 2 años y gestantes.
6. Se realizó sesiones educativas en los grupos de alimentos.
7. Se realizaron sesiones demostrativas de lavado de manos.

## IV. RESULTADOS

Luego de haber realizado la encuesta los datos fueron procesados en gráficas y tablas estadísticas para su mejor comprensión a fin de realizar el análisis e interpretación correspondiente en base al marco teórico e implicancia.

### A) DATOS GENERALES:

De los resultados obtenidos en cuanto a rango de edad de las madres se tuvo que del 100%(70) de madres encuestadas, el 54%(38) tienen entre 26 y 30 años, el 26% (18) se encuentran entre los 22 y 25 años y el 20%(14) tienen menos de 21 años. En relación al **grado de instrucción** de las madres tenemos que el 58%(41) tienen secundaria, el 20%(14) tienen primaria y el 22%(15) tienen una educación superior; de igual manera en cuanto a la **ocupación** encontramos que el 66% (46) de las madres se dedican a ser amas de casa, el 24%(17) son empleadas, el 6%(4) son profesionales y el 4%(3) trabaja de manera independiente.

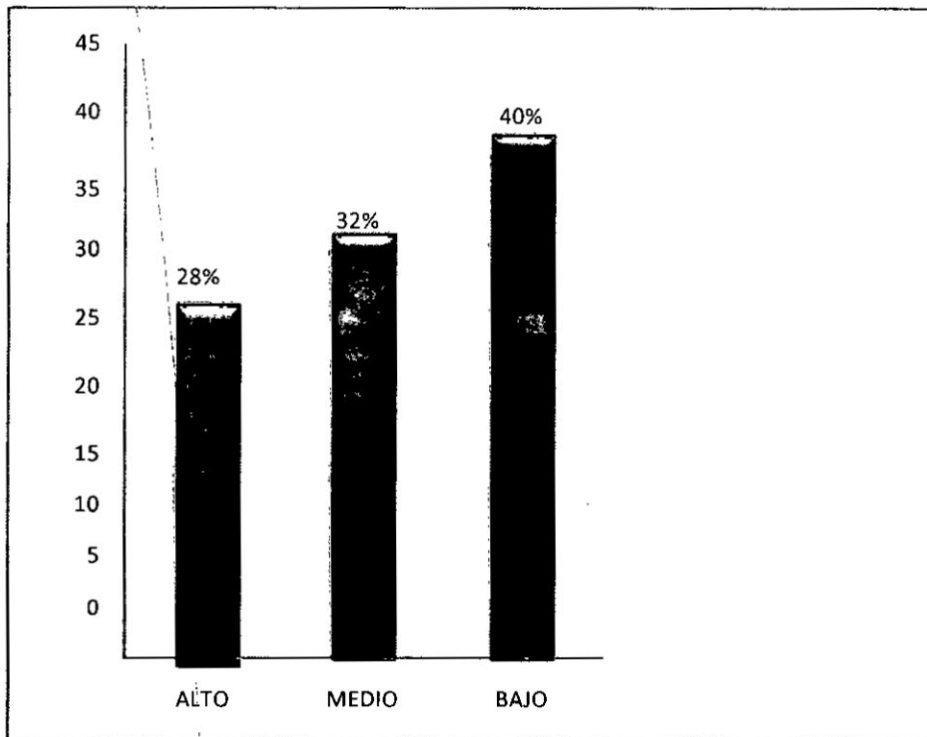
Finalmente, en cuanto al **estado civil** tenemos que el 74% (52) de las madres son convivientes, el 14% (10) son solteras y el 12%(8) son casadas.

## B) DATOS ESPECÍFICOS:

### B.1) NIVEL DE CONOCIMIENTOS

Gráfico N° 4.1

**Nivel de conocimientos de las madres de niños de a 24 meses de edad que acuden al Consultorio CRED del C.S Livitaca 2015-2017**



Fuente: Encuesta Realizada

En relación al nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación complementaria se tiene que del 100% (70) madres encuestadas, el 28% (20) tienen un conocimiento alto, de la misma forma tenemos que el 32% (22) poseen un conocimiento medio y el 40% (28) tienen un conocimiento bajo.

**Tabla N° 4.1**

**conocimientos de las madres de niños de a 24 meses de edad  
que acuden al Consultorio CRED del C.S Livitaca 2015-2017**

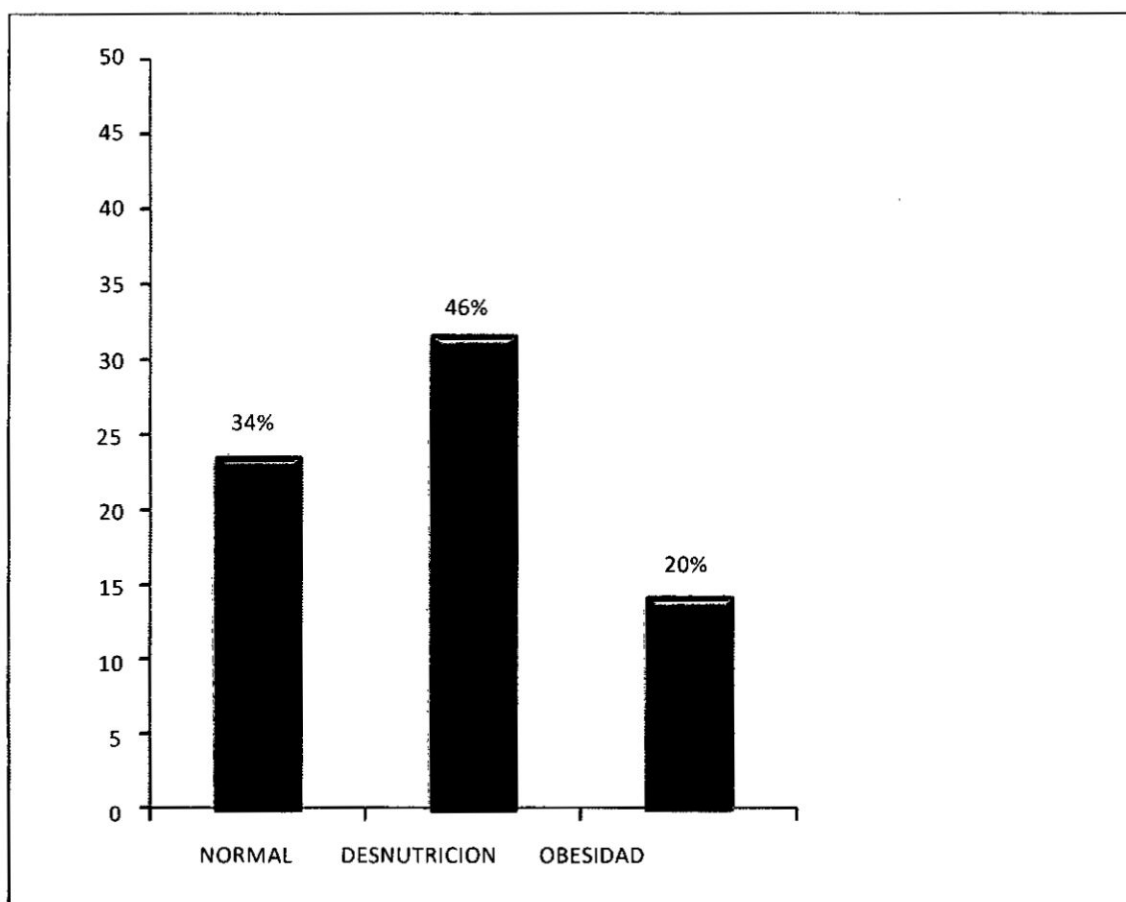
<b>Conocimientos sobre Alimentación complementaria</b>	<b>Conocen</b>		<b>Desconocen</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Definición sobre Alimentación Complementaria</b>	32	46	38	54	70	100
<b>Alimentos de inicio de la alimentación complementaria</b>	21	30	49	70	70	100
<b>Edad de inicio de alimentación Complementaria</b>	37	48	33	52	70	100
<b>Cantidad de alimentos según Edad</b>	14	20	56	80	70	100
<b>Frecuencia de alimentos</b>	42	60	28	40	70	100
<b>Consistencia de alimentos</b>	21	30	49	70	70	100
<b>Alimentos potencialmente Alergénicos</b>	7	10	63	90	70	100
<b>Entorno del niño mientras recibe los alimentos</b>	35	50	35	50	70	100
<b>Medidas higiénicas en la preparación de alimentos</b>	42	60	28	40	70	100

Fuente: Encuesta Realizada

## B.2 ESTADONUTRICIONAL

Gráfico N° 4.2

Estado Nutricional del Niño menor de 2 años de edad que acuden al Consultorio CRED del C.S Livitaca 2015-2017



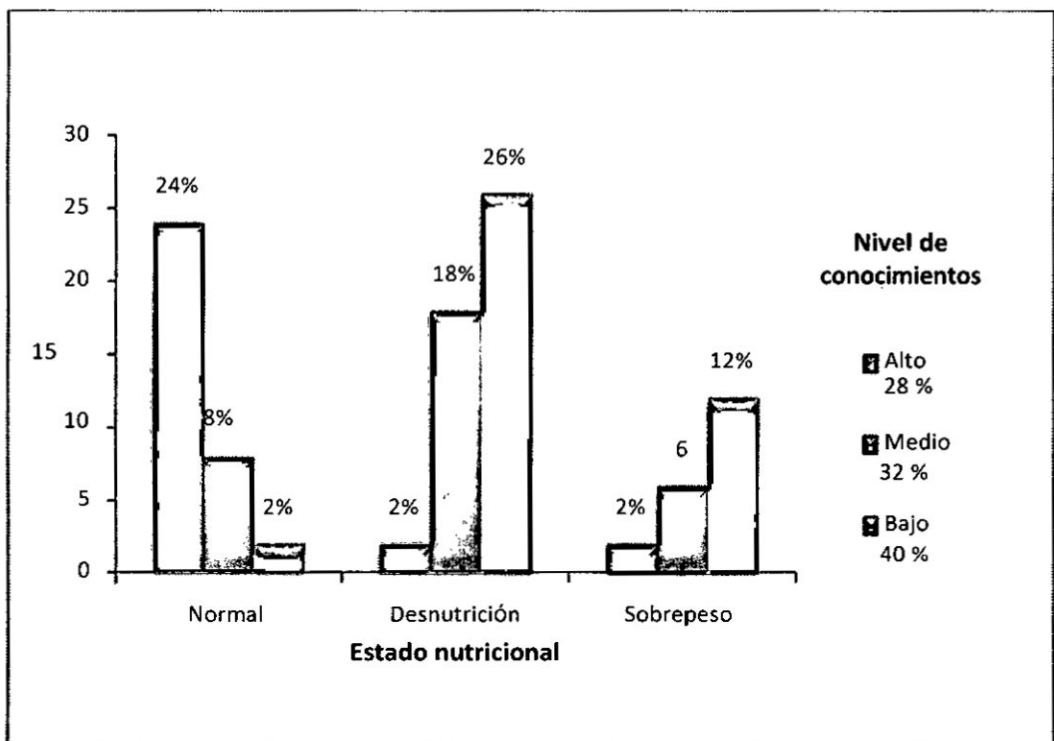
Fuente: Encuesta Realizada

Acerca del estado nutricional tenemos que del total de niños evaluados 100% (70), el 34% (24) poseen un estado nutricional normal, el 46% (32) presenta desnutrición y el 20% (14) sobrepeso.

### B.3 RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y EL ESTADO NUTRICIONAL

Gráfico N° 4.3

**Relación entre el nivel de conocimientos de las madres sobre Alimentación Complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años que acuden al Consultorio CRED del C.S Livitaca 2015-2017**



Fuente: Encuesta Realizada

Acerca del nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de sus niños tenemos que del 100% (70) de madres encuestadas el 28% representa a las **madres con conocimiento alto**, de los cuales se desprende que el 24% tienen niños con estado nutricional normal, el 2% desnutrición y el 2% restantes sobrepeso. Asimismo tenemos al as



madres cuyo **conocimiento es medio** en relación a la alimentación complementaria y que representan el 32%, de los cuales se desprende que el 8% de sus niños posee estado nutricional normal, el 18% son niños con desnutrición y el 6% restante son niños son sobrepeso. Finalmente tenemos a las madres cuyo **conocimiento sobre alimentación complementaria es bajo** y que representan el 40% de los cuales tenemos que el 2% de estas madres tienen niños con estado nutricional normal; el 26% representan a madres con niños con desnutrición y el 12% madres de niños son sobrepeso

## V. CONCLUSIONES

Como parte final del presente informe se han desprendido las siguientes conclusiones de acuerdo al objetivo propuesto y son las siguientes:

- A) Existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años de edad.
- B) El nivel de conocimientos que poseen las madres sobre alimentación complementaria en su mayoría es bajo.
- C) El estado nutricional de la mayoría de los niños menores de 2 años de edad se encuentra entre desnutrición y sobrepeso, seguido de un significativo grupo de niños con estado nutricional normal.

## VI. RECOMENDACIONES

- a) Se debe realizar un monitoreo, supervisión y evaluación a las madres a fin de fortalecer la información que recibe sobre alimentación complementaria, señalando la importancia de no consumir alimentos que no aportan nutrientes al organismo del niño y fomentando el aprovechamiento de todos los alimentos disponibles en la comunidad para que se ofrezcan a los niños de una forma gradual y en el momento oportuno y así poder erradicar los grandes problemas de salud infantil como la desnutrición y la obesidad.
- b) Se debe realizar un seguimiento minucioso a los lactantes y niños que presentan problemas de mal nutrición, según el indicador de peso para la talla, como son la desnutrición aguda, sobrepeso y obesidad para tomar en cuenta otros factores que estén afectando en el crecimiento del lactante o el niño, diferente a alimentación complementaria y poder aplicar un plan de atención completa.
- c) Promover la importancia de las adecuadas prácticas de alimentación complementaria, fortaleciendo el conocimiento tomando en cuenta las costumbres de la población y concientizándole sobre lo fundamental que es esta etapa de la alimentación del niño como forma de prevención de la desnutrición o sobrepeso infantil.

- d) Crear grupos de apoyo entre las mismas madres de la comunidad, donde existe una o varias madres líderes para capacitarlos en temas relacionados en nutrición con el fin de fomentar el apoyo a las madres de la comunidad y crear conciencia del manejo adecuado de la alimentación y estado nutricional de los niños menores de 2 años.
- e) Promocionar a las madres la importancia del lavado de manos la higiene durante la preparación de alimentos para prevenir las enfermedades prevalentes de la infancia.
- f) En las sesiones demostrativas de preparación de alimentos se debe utilizar alimentos propios de la zona para no tener dificultades en el momento de la preparación.

## VII. REFERENCIALES

- 1.- Instituto Nacional de estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud Familiar. ENDES Perú 2014.
- 2.- Instituto Nacional de estadística e Informática. Factores asociados a la desnutrición crónica infantil en el Perú.
- 3 - Arlette Beltrán y Janice Seinfeld. Desnutrición crónica Infantil en el Perú: Un problema persistente. 2014
- 4.- Fondo de las naciones unidas para la infancia UNICEF. La desnutrición infantil, causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. 2013
- 5.- Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años R. M. – N° 990 - 2014/Minsa. Lima – Perú 2010
- 6.- ENFASIS. Alimentación. Junio 2014.
- 7.- Wilzon Daza, Silvana Dadán. Alimentación complementaria en el primer año de vida. 2013
- 8.- Arlette Beltrán y Janice Seinfeld. Desnutrición crónica Infantil en el Perú: Un problema persistente. 2014
- 9.- Peter Belohlavek. Conocimiento: la ventaja competitiva. 1ª Ed. Blue Eagle Group, 2013.
- 10.- Black R, Allen L, Bhutta Z, Caulfield L, De Onis M, Ezzati M, Mather C, Rivera J, for the Maternal and Child Under nutrition Study Group. Maternal and child under nutrition: global and regional exposures and health consequences. Lancet, Series Maternal and Child Under nutrition; 2012: 5-22.

- 11.- Victoria C, Adair L, Fall C, Hall al P, Martorell R, Ritcher L, Sachdev H, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child under nutrition: consequences for adult health and human capital. Lancet, Series Maternal and Child Under nutrition; 2013: 23-40.
- 12.- Alimentación y Nutrición del niño pequeño: Memoria de la Reunión Subregional de los Países de Sudamérica, 2-4 diciembre 2011. Lima, Perú”
- 13.- Conocimiento materno sobre alimentación complementaria en la nutrición del lactante. Trujillo-2015 Segura Moreno, Janet Katerine; Vásquez Celiz, María Audelina.
- 14.- “Relación de los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre alimentación complementaria con el estado nutricional de los niños y niñas que acuden a consulta externa de pediatría en el Hospital del IESS de Latacunga en el período Junio-Septiembre del 2013” Escobar Álvarez, María Belén, Latacunga – Ecuador.
- 15.- “Conocimientos de madres sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional de niños(as) de 12 meses - Centro de Salud Chejoña 2015” Churata Arias Hayluz Gretty

# **ANEXOS**

## ENTREVISTA-ENCUESTA DIRIGIDA A LA MADRE DEL NIÑO

### I.-Introducción

Sra. buenos días, soy la Lic. Dora Choquecondo Farfán. Estoy realizando la encuesta para obtener la información acerca del Conocimiento que tienen las madres sobre la alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años por el cual solicito su colaboración respondiendo con la mayor sinceridad posible.

Gracias por su participación.

### II.- Datos generales

#### A) De la madre:

- Edad de la madre:.....
- Grado de instrucción: Primaria ( ) Secundaria( ) Superior ( )
- Ocupación: Empleada ( ) Ama de casa( ) Independiente ( )
- Estado civil: Soltera ( ) Casada ( ) Conviviente( )

#### B) Datos relacionados con el niño:

- Fecha de nacimiento:.....
- Sexo: M ( ) F ( )
- Peso:.....
- Talla:.....
- Diagnóstico del estado nutricional (carné):.....

### INSTRUCCIONES:

A continuación, lea cuidadosamente cada pregunta y luego marque con una ASPA (X), la respuesta que usted crea la más adecuada.

### III.-Datos Específicos

#### 1.- ¿Qué es la alimentación complementaria?

- a) Es darle al niño solamente leche materna.
- b) Es incluir otros alimentos aparte de la leche materna
- c) Es darle solamente alimentos sólidos.
- d) Es darle leche en polvo.
- e) No sabe



**7.- ¿Cuántas veces al día se debe alimentar al niño de 1año?**

- a) 2 veces
- b) 3 veces
- c) 4 veces
- d) 5 veces
- e) No sabe

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

- a) 2tazas.
- b) 1/2taza
- c) 3/4 de taza
- d) 1taza
- e) No sabe

**9.- ¿Cuál es la mejor combinación de alimentos para el niño de 18meses?**

- a) Mazamorras, sopas y leche materna
- b) Leche, mazamorras y sopa de res.
- c) Comida de la olla familiar y leche materna
- d) Alimentos aplastados, purés y sopa de pollo.
- e) Otros:.....

**10.- ¿Qué combinación es la más adecuada para el almuerzo del niño de 6meses?**

- a) Puré + hígado + fruta o jugo de fruta
- b) Arroz + hígado + mate de hierba
- c) Puré de papa +sopa+ jugo de fruta.
- d) Caldo de hueso de res + arroz +jugo de frutas
- e) Otros:.....

**11.- ¿A qué edad se debe empezar la alimentación complementaria en el niño?**

- a) 4 meses
- b) 5 meses
- c) 6 meses
- d) 7 meses
- e) No sabe

**12.- ¿A qué edad el niño debe comer todos los alimentos de la olla familiar?**

- a) Menos de seis meses
- b) Seis meses
- c) Al año
- d) 9 meses
- e) A los 2 años

**13.- ¿Cuál de los siguientes alimentos no debe comer el niño antes de cumplir el 1er año?**

- |                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| a) carne de pollo  | f) naranjas        |
| b) clara del huevo | g) chocolates      |
| c) dulces          | h) leche evaporada |
| d) arroz           | i) yema de huevo   |
| e) pescado         | j) mandarinas      |

**14.- ¿Qué es la sopa?**

- a) Un alimento muy rico en vitaminas.
- b) Muy importante en la alimentación del niño.
- c) Innecesaria, no alimenta y solo llena al niño.
- d) Necesario para que el niño crezca fuerte y sano.

**15.- Los alimentos que dan más fuerza y energía al niño son:**

- |             |             |
|-------------|-------------|
| a) Camotes  | f) lechugas |
| b) Pescado  | g) fideos   |
| c) papas    | h) pollo    |
| d) arroz    | i) yucas    |
| e) vainitas | j) tomates  |

**16.- Los alimentos que ayudan a crecer más al niño son:**

- |                 |             |
|-----------------|-------------|
| a) Pollo        | f) apio     |
| b) Pescado      | g) lentejas |
| c) Arroz        | h) camotes  |
| d) Carne de res | i) hígado   |
| e) zanahorias   | j) papas    |

**17.- ¿Cuál de los siguientes alimentos nutren más al niño?**

- a) Sopa y jugo de frutas
- b) Segundo y leche
- c) Puré y sopa

**IMAGEN 1**  
**VISITAS DOMICILIARIAS**



**IMAGEN 2**  
**APLICACIÓN DE ENCUESTAS**



Fuente: Elaboración propia, 2017

**IMAGEN 3-8**  
**SESION DEMOSTRATIVA DE LAVADO DE MANOS**



Fuente: Elaboración propia, 2017

**IMAGEN 9**  
**SESION EDUCATIVA SOBRE LA PREVECIÓN DE ENFERMEDADES**  
**DIARREICAS Y PARASITARIAS**



**IMAGEN 10**  
**SESION EDUCATIVA SOBRE ALIMENTACION Y NUTRICION**



Fuente: Elaboración propia, 2017

**IMAGEN 11**  
**SESION DEMOSTRATIVAS DE PREPARACION DE ALIMENTOS PARA NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS**



**IMAGEN 12**



Fuente: Elaboración propia, 2017

IMAGEN 13



IMAGEN 14



Fuente: Elaboración propia, 2017