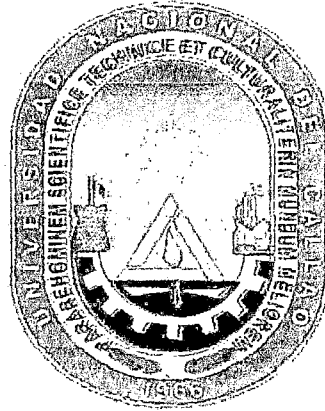


**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**"RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA
MADRE SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y LA
VARIACIÓN DE LA CURVA PONDERAL DEL NIÑO DE 6 A 12
MESES, C.S. MÁRQUEZ – CALLAO, 2011"**

TESIS

Para obtener el título profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA

SÁNCHEZ BARRIOS, CYNTIA MILENA

ASESORA

Mg. Nancy Chalco Castillo

CALLAO – PERÚ

2011

**"RELACIÓN ENTRE EL NIVEL
DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE
SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA
Y LA VARIACIÓN DE LA CURVA
PONDERAL DEL NIÑO DE 6 A 12 MESES,
C.S. MÁRQUEZ - CALLAO, 2011"**

DEDICATORIA

A Dios, que desde un primer momento me bendijo brindándome a unos padres maravillosos; y a lo largo de mi vida ha iluminado mi camino otorgándome la sabiduría y la salud para lograr mis objetivos.

A mis padres, Amelia y Rubén, quienes son mis mejores amigos y se han convertido en el motor de mi vida, siendo los protagonistas principales de mis triunfos y metas profesionales.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, por brindarme todo lo necesario para ser una mejor persona y una excelente profesional, y especialmente darme su apoyo incondicional en la realización de esta investigación.

A la Universidad Nacional del Callao, por ser mi casa de estudio y brindarme a través de sus excelentes profesores los conocimientos necesarios para formarme como profesional en enfermería.

A mi asesora, Mg. Nancy Chalco Castillo, por su orientación, enseñanza y apoyo en el desarrollo de la presente investigación.

A los profesores y expertos participantes: Mg. Angélica Díaz Tinoco, Mg. Zoila Díaz Tavera, Mg. Ana López y Rojas, Lic. Kadi Ureta Soto, Lic. Yrene Blas Sancho, Lic. Javier Cárdenas Tenorio, Lic. Marlon Hernández, Lic. César Durand, Lic. Virginia Quispe y la Lic. Amparo Gomero; que debido a su larga trayectoria y experiencia me brindaron sus conocimientos y acertadas sugerencias para la realización de esta investigación.

A mis amigos, Johever y Leslie, que de diferente manera contribuyeron a la culminación de este trabajo, apoyándome de manera moral y humana en los momentos de dificultad.

ÍNDICE

ÍNDICE DE CUADROS.....	07
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	08
RESUMEN.....	09
SUMARY.....	11
INTRODUCCIÓN.....	13
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	16
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	19
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	20
1.4 PROPÓSITO.....	21
1.5 OBJETIVOS.....	21
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL.....	23
2.1 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	23
2.2 BASES TEÓRICAS.....	31
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	60
2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	62
2.5 HIPÓTESIS.....	67

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	68
3.1 TIPO DE ESTUDIO	68
3.2 DISEÑO METODOLÓGICO	68
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	69
3.4 ÁREA DE ESTUDIO	70
3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	70
3.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	73
3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	75
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	76
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	84
CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	93
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	96
BIBLIOGRAFÍA	100
ANEXOS	103

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO N° 1:

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE
SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y LA VARIACIÓN DE
LA CURVA PONDERAL DEL NIÑO DE 6 – 12 MESES, C.S.
MÁRQUEZ – CALLAO. FEBRERO, 2011.....76

CUADRO N° 2:

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL NIÑO DE 6 – 12 MESES,
C.S. MÁRQUEZ – CALLAO. FEBRERO, 2011.....78

CUADRO N° 2.1:

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE SEGÚN LOS
ASPECTOS DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL NIÑO
DE 6 – 12 MESES, C.S. MÁRQUEZ – CALLAO. FEBRERO, 201180

CUADRO N° 3:

VARIACIÓN DE LA CURVA PONDERAL DEL NIÑO DE 6 – 12
MESES, C.S. MÁRQUEZ – CALLAO. FEBRERO, 201182

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1:

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE
SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y LA VARIACIÓN DE
LA CURVA PONDERAL DEL NIÑO DE 6 – 12 MESES, C.S.
MÁRQUEZ – CALLAO. FEBRERO, 2011.....77

GRÁFICO N° 2:

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL NIÑO DE 6 – 12 MESES,
C.S. MÁRQUEZ – CALLAO. FEBRERO, 2011.....79

GRÁFICO N° 2.1:

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE SEGÚN LOS
ASPECTOS DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL NIÑO
DE 6 – 12 MESES, C.S. MÁRQUEZ – CALLAO. FEBRERO, 201181

GRÁFICO N° 3:

VARIACIÓN DE LA CURVA PONDERAL DEL NIÑO DE 6 – 12
MESES, C.S. MÁRQUEZ – CALLAO. FEBRERO, 2011.....83

RESUMEN

La inadecuada cantidad y calidad de la alimentación y el poco equilibrio de vitaminas, proteínas, calcio y otros componentes que necesita el organismo del niño menor de 1 año para su correcto funcionamiento, se encuentra sujeta a diversos factores, entre los cuales destaca el deficiente o inadecuado conocimiento que pueden tener las madres sobre la alimentación complementaria, conocimiento que debe ser brindado por el personal de salud y que las madres deben aprender y aplicar para generar en sus niños un adecuado crecimiento y desarrollo. Ello justifica la realización del presente estudio titulado "Relación entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y la variación de la curva ponderal del niño de 6 a 12 meses que acuden al consultorio de Crecimiento y Desarrollo en el C.S. Márquez – Callao", que tuvo como objetivo general determinar la relación entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y la variación de la curva ponderal del niño que acude a dicho centro, confirmándose la hipótesis de la relación significativa entre ambas variables.

En este estudio aplicativo, cuantitativo, descriptivo-correlacional y de corte transversal, la muestra estuvo constituida por 47 madres que asistieron al consultorio de crecimiento y desarrollo, la cual se obtuvo por muestreo no probabilístico, a quienes se aplicó como técnica: la entrevista y como instrumento: el cuestionario. Entre las principales conclusiones se encontró que existe relación significativa entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y la variación de la curva ponderal del

niño de 6 a 12 meses ($p=0.004$); el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria es de nivel medio en su mayoría (57.4%) con tendencia a un nivel bajo (7.7%); y la variación de la curva ponderal del niño es estacionaria (horizontal) en casi la mitad de los participantes (55.3%) con tendencia a una variación ascendente (40.4%).

Palabras claves: Nivel de conocimiento, alimentación complementaria, curva ponderal.

SUMMARY

Inadequate quantity and quality of food and poor balance of vitamins, protein, calcium and other components needed by the body of the child under 1 year for proper operation is subject to various factors, among which the poor or that may have inadequate knowledge of mothers on complementary feeding, knowledge that must be provided by health personnel and mothers must learn and apply to their children generate adequate growth and development.

This justifies the implementation of this study entitled "Relationship between the level of knowledge of mothers on complementary feeding and changes in the child's weight curve from 6 to 12 months attending the Growth and Development office in the C.S. Márquez - Callao, which had as its overall objective to determine the relationship between the level of knowledge of mothers on complementary feeding and changes in the child's weight curve that goes to the center, confirming the hypothesis of a significant relationship between both variables.

In this study, application, quantitative, descriptive correlational cross-sectional sample consisted of 47 mothers who attended the clinic for growth and development, which was obtained by non-probability sampling, who were applied as a technique: the interview and as an instrument: the questionnaire. Key findings showed that a significant relationship between the level of knowledge of mothers on complementary feeding and changes in the child's weight curve from 6 to 12 months ($p = 0.004$), level of knowledge of the mother on feeding additional mid-level is mostly (57.4%) with a tendency to a low level (7.7%) and the change in the child's weight curve is

stationary (horizontal) in almost half of respondents (55.3%) with trend to an upward variation (40.4%).

Keywords: Level of knowledge, food supplements, weight curve.

INTRODUCCIÓN

El primer año de vida es el periodo donde se produce un crecimiento y desarrollo acelerado en el niño. Durante esta etapa la alimentación de los niños pasa por dos momentos; el primero corresponde a los primeros 6 meses de vida donde la alimentación está a base de leche materna exclusiva y, el segundo comprende desde los 6 meses hasta el año en la cual la alimentación del niño está a base de alimentos diferentes a la leche materna que lo complementan sin anularla.

En el segundo momento, los niños se vuelven muy vulnerables y sensibles; su alimentación se ve condicionada por el ritmo de crecimiento, la tolerancia a los diferentes alimentos, la capacidad digestiva, el grado de autonomía y las habilidades propias de ellos. Es así que, la alimentación adecuada durante esta etapa es fundamental para el desarrollo del potencial humano completo de cada niño y para la promoción del crecimiento óptimo.

Por lo tanto, las madres como cuidadoras directas de la salud del niño deben poseer una información coherente y completa acerca de cómo alimentar adecuadamente a sus hijos durante la alimentación complementaria, donde sus prácticas de alimentación estarán condicionadas por el nivel de conocimiento que presenten. Este conocimiento en su totalidad, debe haber sido proporcionado por el profesional de enfermería, que es el encargado de la atención integral del niño sano, donde la enfermera debe asistir y educar a la madre para que el niño no presente problemas derivados de una nutrición inadecuada, que afecta no solo al desarrollo físico, sino también al sistema inmunitario y al desarrollo intelectual y emocional. Así, estando la madre

expuesta a la consejería sobre los cuidados de la primera infancia, adquirirá nuevos conocimientos que lo conducirán a cambios de actitudes, lo que a su vez dará como resultado que el niño alcance los estándares promedios de peso.

Por lo antes mencionado, he tenido conveniente realizar esta investigación titulada: "Relación entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y la variación de la curva ponderal del niño de 6 a 12 meses que acude al consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Márquez", que tiene como objetivo general determinar la relación entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y la variación de la curva ponderal del niño de 6 a 12 meses.

El propósito de esta investigación es crear un marco referencial para contribuir a la creación o reformulación de Estrategias de Educación en Salud orientadas al área preventivo promocional, dando énfasis a la función educadora de la enfermera, siendo estas destinadas a incrementar el conocimiento sobre la alimentación complementaria, mejorar el nivel nutricional de los niños y potenciar un adecuado crecimiento y desarrollo.

La presente investigación se encuentra estructurada de la siguiente manera:

CAPITULO I: El problema, el cual contiene el planteamiento, formulación del problema, justificación, el propósito y los objetivos tanto generales como específicos de la investigación. **CAPITULO II: Marco Teórico**, el cual nos muestra los antecedentes de la investigación, la base teórica, la operacionalización de las variables y la hipótesis. **CAPITULO III:**

Metodología, en la cual se detalla el tipo y diseño de estudio, la población y la muestra, área de estudio, técnica e instrumento y la recolección y procesamiento de datos. **CAPITULO IV: Resultados**, en la cual se muestra el análisis e interpretación de los resultados. **CAPITULO V: Discusión**, donde se fundamenta científicamente los resultados encontrados. **CAPITULO VI: Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones** de la investigación y finalmente se concluye con la **Referencia Bibliográfica, Bibliografía y Anexos**.

I. CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial la malnutrición es responsable, directa o indirectamente, del 60% de los 10.9 millones de muertes que ocurren anualmente entre niños y niñas menores de 5 años y, más de las dos terceras partes de estas muertes están asociadas con prácticas de alimentación poco apropiadas durante el primer año de vida ⁽¹⁾. Es así que en el 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS), estimó que el 32% de los niños menores de cinco años (178 millones de niños) tenían retraso del crecimiento, es decir, que su estatura era inferior a dos desviaciones estándar por debajo de la mediana de la talla para la edad de la población de referencia. En ese año, más del 40% de los casos de retraso de crecimiento se registraron en las regiones de África y Asia Sudoriental; en torno al 25% se localizaron en la Región del Mediterráneo Oriental y el 10–15% lo fueron en las regiones de las Américas y el Pacífico Occidental ⁽²⁾.

De acuerdo al Informe del estado mundial de la infancia 2009 del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), un 27% de la población infantil (alrededor de 146 millones de niños) se encuentran malnutridos y, que los niños en los países del Tercer Mundo pueden nacer con desnutrición debido a la mala alimentación que llevan las madres durante el embarazo, agravándose aún más la situación; además, que a esto se le suma un estudio del Instituto Internacional de Investigación y Códigos Alimentarios el cual alerta de que 132 millones de niños pasarán hambre en el 2020, un

dato alarmante que pone a prueba a todos los organismos internacionales y nacionales⁽³⁾.

En el Perú, la reducción de la desnutrición infantil crónica constituye uno de los objetivos básicos de la política social. Según El Sistema de Información del Estado Nutricional – SIEN 2009, el porcentaje de desnutrición crónica es de 18.6 % ⁽⁴⁾. Así también, en el informe de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2009 (Primer Semestre), se aprecia un descenso en la tasa de desnutrición crónica en niños menores de cinco años, descendiendo de 27.5% (en el 2008) a un 24.2 % (2009) ⁽⁵⁾. Por lo tanto, en el Perú, la cuarta parte de los niños menores de cinco años son desnutridos crónicos. A pesar de este descenso, la gravedad de esta situación resulta evidente cuando se observan datos departamentales, los cuales indican que en 9 departamentos, más del 30% de los niños de 0 a 5 años presentan desnutrición crónica, siendo Huancavelica el caso más alarmante con casi la mitad de sus niños desnutridos⁽⁶⁾. Así, entre los departamentos con índices altos de desnutrición crónica tenemos: Huancavelica (53.6%), Ayacucho (41.4%), Cajamarca (39.8%), Huánuco (39.2%) y Cusco (38.4%); por el contrario, en Lima (8.6%), Moquegua (5,1%) y Tacna (2.1%), se observa que la desnutrición a disminuido apreciablemente ⁽⁴⁾.

En el Callao, según últimos datos estipulados por el Sistema de Información del Estado Nutricional - SIEN 2010, la tasa de desnutridos crónicos es de 6.3 %, disminuyendo este porcentaje en comparación al año 2009 que fue de 7.7 %. Dentro de este marco, el distrito que presenta un número mayor

de niños con desnutrición crónica es Carmen de la Legua con un 14.1 %, seguido de Ventanilla con un 7.1 % y en tercer lugar el Callao con 5.6 % ⁽⁷⁾.

Además, a la desnutrición se le agrega un problema aún más importante que es la anemia. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y ENDES 2008, el mayor porcentaje de Anemia se presenta en los niños de 6 a 8 meses con un 75% y 9 a 11 meses con un 75.9%, momentos en que se inicia la alimentación complementaria y se convierte en un tiempo crítico para el desarrollo cerebral ⁽⁸⁾.

Por lo tanto, entre las causas que conlleva a la desnutrición infantil, según la UNICEF (2009), se encuentra la inadecuada cantidad y calidad de la alimentación, el poco equilibrio de vitaminas, proteínas, calcio y otros componentes que el organismo del niño necesita para su funcionamiento adecuado ⁽³⁾. Estas causas en su mayoría, se ven influenciadas por el deficiente o inadecuado conocimiento que pueden tener las madres para alimentar a sus hijos, conocimientos que deben ser brindados por el personal de salud y que las madres deben aprender y aplicar. Es así que, en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño (CRED) del Centro de Salud Márquez, se observó que las madres poseían un conocimiento deficiente o equivocado referente a la preparación, consistencia, frecuencia y cantidad de los alimentos, entre otros, evidenciándose en respuestas tales como: "señorita desde los 5 meses yo ya le doy de comer porque él me pide comida, mueve su boquita cuando sirvo la comida", "yo le doy sopitas especialmente el caldo de gallina que es nutritivo", "señorita en el almuerzo solo me come dos cucharadas, así que le insisto para que termine todo el

plato”, “el doctor anterior me dijo que mi niño que está enfermo sólo le de sopitas”; cuyas consecuencias se veían reflejado en la variación de la curva ponderal, presentando una curva estacionaria o desacelerada registrada en el carnet de control de crecimiento y desarrollo del niño. Además las madres manifestaban, que cada miembro del equipo de salud le proporcionaba información diferente creando dudas en ellas y sin saber que hacer después.

Por la realidad anteriormente expuesta, se ve la necesidad de conocer la relación que existe entre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y la variación en la curva ponderal del niño de 6 a 12 meses que acuden a este consultorio.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y la variación de la curva ponderal del niño de 6 a 12 meses que acuden al consultorio de Crecimiento y Desarrollo (CRED), en el C.S. Márquez – Callao, 2011?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La nutrición adecuada durante la infancia y niñez temprana es fundamental para el desarrollo del potencial humano completo de cada niño. La etapa comprendida entre el nacimiento y los dos años de edad, es una "ventana de tiempo crítica" para la promoción del crecimiento, la salud y el desarrollo óptimo, ya que en esta edad ocurren alteraciones en el crecimiento, deficiencias de ciertos micronutrientes y enfermedades comunes de la niñez; por lo tanto pasado los dos años de edad, es muy difícil revertir la falla de crecimiento ocurrida anteriormente. Así también, esta es una etapa de experiencias y aprendizajes nuevos para la madre, por lo cual debe tener los conocimientos e información objetiva, coherente y completa para afrontar esta situación.

Además, siendo el Perú un país en vías de desarrollo y participe del cumplimiento de uno de los objetivos del milenio, el cual es reducir la tasa de desnutrición infantil, es importante y necesario conocer el nivel de información que poseen las madres sobre alimentación complementaria para así orientar las actividades preventivo promocionales realizadas por la enfermera, con el fin de promover conocimientos sobre la introducción adecuada de la alimentación complementaria, contribuyendo a mejorar las practicas de alimentación que brinde al niño reflejándose el ascenso de la curva ponderal, previniendo complicaciones en su crecimiento y desarrollo cognitivo, emocional y social.

Por otro lado, esta investigación permitirá la reflexión del profesional de enfermería y reforzará su desempeño como educadora y consejera, la cual

está fundamentada por Nola Pender, quién menciona que las enfermeras van a formar parte del entorno interpersonal de las madres y ejercerán una gran influencia en el desarrollo de sus conductas, generando un proceso de aprendizaje y formando promotoras de salud.

1.4 PROPÓSITO

El propósito de la investigación es brindar información actualizada y relevante a los miembros del equipo de salud, especialmente a la enfermera encargada del Consultorio de CRED, y crear un marco referencial para contribuir a la creación o reformulación de Estrategias de Educación en Salud orientadas al área preventivo promocional, dando énfasis a la función educadora de la enfermera, siendo estas destinadas a incrementar el conocimientos sobre la alimentación complementaria, mejorar el nivel nutricional de los niños y potenciar su adecuado crecimiento y desarrollo.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la relación entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y la variación de la curva ponderal del niño de 6 a 12 meses que acuden al consultorio de CRED, en el C.S. Márquez – Callao, 2011.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de conocimiento que tiene a madre sobre alimentación complementaria.
- Identificar la variación de la curva ponderal del niño de 6 a 12 meses que acuden al consultorio de CRED.
- Relacionar el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria con la variación de la curva ponderal del niño de 6 a 12 meses.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

2.1 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1 Antecedentes Internacionales

- ↳ CRUZ, Yesmina y col. en su investigación “Lactancia materna, alimentación complementaria y malnutrición infantil en los Andes de Bolivia”, 2010; el cual su objetivo fue caracterizar los niveles de desnutrición y las prácticas de alimentación de los infantes; siendo un estudio cualitativo que contó con una población divididos en grupos focales a las que aplicó encuestas y generó discusiones; y le permitió obtener como resultado que: la mayoría de las madres terminan de manera precoz la lactancia materna exclusiva e introducen líquidos u otros alimentos demasiado pronto (de uno a cuatro meses de edad) en la dieta del infante; un grupo pequeño de mamás (aproximadamente 12%) inició la alimentación complementaria a los seis meses de edad; el tipo de alimentación complementaria introducido se basa en dar cucharadas de caldo ralo dos a tres veces al día; en más del 75% de los hogares visitados no ejercen buenas prácticas de higiene en la manipulación de los alimentos; no reciben la cantidad adecuada de alimentos conforme van creciendo los niños; las comidas son acuosas o sólidas sin aumentos graduales en la consistencia; los padres dan alimentos complementarios máximo 3 veces por día ⁽⁹⁾.
- ↳ CAZÓN, Sonia y col. en su trabajo de investigación titulado “Conocimientos y prácticas sobre lactancia materna y alimentación

complementaria en madres adolescentes con niños menores de 2 años en la comunidad de San Andrés de la ciudad de Tarija – Bolivia”, 2008; tuvo como objetivo identificar los conocimientos y prácticas sobre lactancia materna y alimentación complementaria que tienen las madres con niños menores de dos años; cuyo estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal; utilizó una muestra de 56 madres a las que le aplicó una encuesta como técnica y un cuestionario como instrumento; obteniendo como resultado que del total de las madres encuestadas, el conocimiento es favorable debido a que el 80% de las madres adolescentes tienen información sobre el inicio de la alimentación complementaria y el 76% de las madres dan de lactar a sus niños hasta los 2 años ⁽¹⁰⁾.

↳ ZULETA, Clara y col. en su estudio “Percepciones, conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en comunidades rurales de Huehuetenango y Chimaltenango – Guatemala”, 2008; cuyo objetivo fue identificar los factores que facilitan y dificultan la adopción de prácticas seleccionadas de alimentación complementaria (Consistencia de los alimentos, frecuencia de alimentación y variedad de alimentos), siendo su estudio de tipo cualitativo; donde utilizó la técnica de grupos focales conformados por 139 personas a las que aplicó una guía de investigación sobre las prácticas de alimentación complementaria; y obtuvo como resultados que: la mayoría de los niños continúa recibiendo leche materna después de los seis meses; la mayoría de madres inician la alimentación complementaria alrededor de los seis meses, sin embargo, los principales alimentos usados al inicio no son adecuados en términos

de densidad energética y de nutrientes; la frecuencia de alimentación es la misma que la frecuencia de alimentación de la familia y la variedad de alimentos es muy pobre para cubrir los requerimientos nutricionales de los niños ⁽¹¹⁾.

↳ SÁENZ, María y col. en su investigación "Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá", 2007; donde el objetivo fue identificar las características de las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria; siendo un estudio cualitativo y cuantitativo de método descriptivo, el cual contó con una población de 199 madres a las que aplicó la encuesta como técnica; encontrando que: el 63 % de los casos inició la alimentación complementaria a los 6 meses, en un 28 % a los 4 meses de edad y un pequeño porcentaje tardíamente después de los 12 meses; a partir de los seis meses un 37.6% de las madres complementó la lactancia con otro tipo de leche, mientras que el 40 % de las madres mantuvo la lactancia materna hasta los 12 meses ⁽¹²⁾.

↳ ÁVILA, Gustavo y col. en su estudio "Conocimientos y prácticas sobre Nutrición Infantil, Enfermedades Diarreicas y Respiratorias en Lempira, Honduras", 2001; tuvo como objetivo determinar los conocimientos y prácticas de las madres de niños menores de 24 meses sobre nutrición infantil; siendo un estudio de tipo cuantitativo de corte transversal que contó con una muestra de 139 personas a la que aplicó una encuesta como técnica; encontrando como resultado que: un 12.7% de las madres entrevistadas alimentan con comidas antes de los seis meses y, el resto

de las madres indicaron que la alimentación complementaria se debe iniciar de los seis meses en adelante; con respecto a la alimentación del lactante se observó que las madres con bebés menores de seis meses, el 31% están recibiendo inapropiadamente agua, té o café e introduciendo otras comidas no recomendadas como alimentos blandos (19.4%) y frutas (10.3%); entre los niños de 6-9 meses los alimentos menos consumidos son los vegetales con hojas verdes oscuras (16.9%) y las verduras ricas en vitamina A como las zanahorias, ayote, mango y papayas (29.5%) ⁽¹³⁾.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

↳ CARDENAS, Lourdes en su estudio titulado "Relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses que acuden al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita – Lima", 2009; cuyo objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses; siendo un estudio cuantitativo, aplicativo, descriptivo de corte transversal; que contó con una población de 55 madres; a las cuales aplicó la encuesta como técnica y el cuestionario como instrumento; obteniendo como resultados que el 58.2% de las madres tienen un nivel medio de conocimiento sobre alimentación complementaria y el 32.7% tienen un nivel bajo; con respecto a sus características de la alimentación obtuvo que el 83.64% empezó la alimentación complementaria a los 6 meses, 50.91% conoce las

características adecuadas del entorno, 81.82% conoce las prácticas adecuadas de higiene, 72.73% brinda comidas de adecuada consistencia, el 50.91% desconoce sobre la adecuada frecuencia de los alimentos, 74.55% no brindan una cantidad adecuada de comida ⁽¹⁴⁾.

↳ JIMÉNEZ, César en su estudio titulado “Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Fortaleza – Lima”, 2008; tuvo como objetivo identificar el inicio de la alimentación complementaria; siendo de nivel aplicativo, cuantitativo, correlacional de corte transversal; usó como muestra un total de 45 madres a las cuales se le aplicó la entrevista como técnica y el cuestionario como instrumento; y obtuvo como conclusión que: la mayoría de los lactantes inició la alimentación complementaria a partir de los 6 meses, un menor porcentaje inició la alimentación complementaria antes de los 6 meses o después de los 7 meses de edad⁽¹⁵⁾.

↳ BARBA, Horacio en su estudio “Características de la alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal que acude a la estrategia sanitaria de crecimiento y desarrollo de niño sano del Centro de Salud Fortaleza – Lima”, 2008; donde el objetivo fue determinar las características de la alimentación que recibe el niño; siendo un estudio de nivel aplicativo, cuantitativo, descriptivo de corte transversal; utilizó una muestra de 67 madres, a las que aplicó la entrevista – encuesta como técnica y el formulario tipo cuestionario como instrumento; y encontró que: el 85.1% posee características de la

alimentación en forma adecuada y 14.9% inadecuadas; con respecto a la cantidad de la alimentación el 58.2% de los niños reciben de manera adecuada y 41.8% inadecuada; acerca de la frecuencia de la alimentación el 79.1% de los niños reciben inadecuadamente y 20.9% de forma adecuada; sobre la consistencia de la alimentación el 94.0% lo reciben de manera inadecuada y 6% de forma adecuada; en cuanto a la interacción de la madre con el niño el 89.6% se realiza de manera inadecuada y el 10.4% es de forma adecuada; en cuanto a las prácticas de higiene en la alimentación que tiene la madre, el 76.1% presentan practicas de higiene adecuadas y 23.9% lo realizan de forma inadecuada (16).

↳ BENITES, Jenny en su trabajo de investigación titulado "Relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que asisten al Consultorio de CRED, en el C.S. Conde de la Vega Baja, Cercado de Lima", 2007; cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos de las madres y el estado nutricional del niño; donde su estudio fue de nivel aplicativo, cuantitativo, descriptivo-correlacional de corte transversal; el cual contó con una población de 50 madres a quienes aplicó la entrevista como técnica y el formulario junto a la ficha de evaluación nutricional como instrumentos; y obtuvo como resultado que: el 16% de las madres tienen un nivel de conocimiento bajo y el 42% tiene un nivel de conocimiento medio y alto cada uno; con respecto al tipo de alimentación, el 50% de las madre mencionan a los caldos como alimento de inicio de la alimentación

complementaria; el 58% de las madres desconocen la frecuencia de los alimentos que se debe brindar al lactante durante el día; el 49% de las madres desconoce la cantidad de alimento que debe recibir el lactante de acuerdo a la edad; el 70% de las madres desconoce la inclusión de los alimentos de acuerdo a la edad; del 84% de las madres que tienen un nivel de conocimiento alto o medio, el 66% tienen a su niño con un estado nutricional normal; el 83% de los niños con sobrepeso corresponden a las madres con nivel de conocimiento alto cuyos niños fluctúan entre 6 a 7 meses de edad; el 62% de las madres con nivel de conocimiento bajo tienen niños con malnutrición por defecto ⁽¹⁷⁾.

↳ GÓMEZ, Betty en su investigación "Nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria para la prevención de anemia en lactantes internados en el Servicio de Pediatría del Hospital EsSalud en San Juan de Lurigancho-Lima", 2006; tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento que tienen las madres de lactantes hospitalizados sobre alimentación complementaria; siendo un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal; contando con una muestra de 34 madres; usó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario; llegando a la conclusión que el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria es regular en un 50 % y alto en un 41.2%, y el inicio se dio cuando el lactante tiene más de 6 meses de edad (64.7%) ⁽¹⁸⁾.

↳ BEGAZO, José en su estudio "Factores determinantes de desnutrición infantil en niños menores de 2 años de edad de la provincia del Collao –

Puno”, 2006; tuvo como objetivo identificar los factores que determinan desnutrición infantil en niños menores de 2 años; siendo su estudio observacional, prospectivo, transversal que contó con una muestra de 33 niños; obtuvo como resultado que: el tiempo de lactancia materna en niños mayores de 6 meses es mayor de 20 meses, la alimentación complementaria fue iniciada en un 82.5% de la población entre los 5 a 6 meses de edad, el consumo de proteína de origen animal en la dieta es alto (57%) al igual que el de vegetal (43%), el 82% de la población iniciaron con papillas y el 15.6% paralelos con sopas ⁽¹⁹⁾.

↳ NÚÑEZ, Julia en su estudio “Factores que influyen en el inicio de la alimentación complementaria en el niño menor de 1 año en el Consultorio de CRED del Instituto Especializado Materno Perinatal – Lima”, 2006; cuyo objetivo fue determinar cuales son los factores que influyen en el inicio de la alimentación complementaria en el niño menor de un año; siendo su estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal; con una población de 56 madres a las que aplicó una encuesta –entrevista como técnica y un cuestionario como instrumento; cuyos resultados fueron que: el 53.3% de los niños inician la alimentación complementaria tempranamente entre los 3 y 5 meses ⁽²⁰⁾.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 CONOCIMIENTO EN ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

A) TEORÍA DEL CONOCIMIENTO

El conocimiento es el conjunto de información adquirido por una persona a través de la experiencia o la educación, o a través de la introspección de un tema u objeto de la realidad.

Según el filósofo alemán Emmanuel Kant, existen tres tipos de conocimiento: analítico a priori, que es exacto y certero pero no informativo, porque sólo aclara lo que está contenido en las definiciones; sintético a posteriori, que transmite información sobre el mundo aprendido a partir de la experiencia, pero está sujeto a los errores de los sentidos; y sintético a priori, que se descubre por la intuición y es a la vez exacto y certero, ya que expresa las condiciones necesarias que la mente impone a todos los objetos de la experiencia ⁽²¹⁾. A su vez, menciona que existen tres fases del conocimiento:

- La sensibilidad, que es la primera facultad del conocimiento y es la capacidad de percibir el mundo y lo que en él se encuentra a través de los sentidos, existiendo dos tipos de sensibilidad: El sentido externo, por el cual percibimos el espacio; y el sentido interno, por el cual percibimos el tiempo.
- El entendimiento, que es la facultad de pensar los fenómenos; para ello, necesitamos una intuición y un concepto y por medio de la abstracción explicar la causa y el porqué existe.

- La razón, que es la facultad de la suprema unificación del conocimiento a partir de lo que se llama ideas o conceptos puros ⁽²²⁾.

Es así que para poder adquirir el conocimiento se hace uso de una pluralidad de procesos cognitivos tales como la percepción, memoria, experiencia (tentativas seguidas de éxito o fracaso), razonamiento, enseñanza-aprendizaje, testimonio de terceros, etc.; generándose en un proceso de interacción continua e implicando una búsqueda individual de su significación por parte de cada persona, comprendiendo tres funciones: el pensar (inteligencia), el querer (voluntad y componente emocional) y el hacer (acción).

Por lo tanto, en este proceso de adquisición de conocimientos, la madre debe obtener una información objetiva, coherente y completa respecto a prácticas adecuadas de alimentación complementaria, principalmente mediante el proceso de enseñanza aprendizaje que se da entre la madre y el profesional de salud.

B) ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

La alimentación complementaria comprende un conjunto de aspectos que permiten su comprensión y aprendizaje, en el cual se describe la manera y forma de cómo brindar los alimentos. Estos aspectos son:

b.1) Conceptos Generales

1. Definición

La alimentación complementaria es un proceso de introducción de alimentos adicionales diferentes a la leche materna que se va dando de manera

gradual y progresiva y termina cuando el niño recibe una alimentación muy parecida a la del resto de la familia, constituyéndose en un complemento de la leche materna sin anularla.

Este alimento complementario viene a ser cualquier nutriente líquido o sólido que se proporciona al niño, los cuales se dividen en dos categorías:

- ✓ **Transicionales:** Los cuales están preparados para cubrir las necesidades nutricionales específicas del niño.
- ✓ **Familiares:** Las que entran a formar parte de la dieta de la familia.

La alimentación complementaria está condicionada en el niño por las experiencias gustativas prenatales (a través del líquido amniótico) y posnatales tempranas (leche materna) de la dieta materna, influyendo estas sobre las preferencias en sabores y olores en el bebé y determinando en parte su actitud de aceptación o rechazo hacia nuevos alimentos, olores y sabores. Por otra parte, el niño mostrará preferencias por los alimentos cuando estos se presentan frecuentemente, influyendo el aprendizaje y la experiencia ganados durante el proceso de alimentación.

2. Objetivos de la Alimentación Complementaria

Debido a que la introducción de la alimentación complementaria es una nueva etapa tanto para el niño como para la madre, sus objetivos estarán orientados a:

- Cubrir todas las necesidades nutricionales del niño.

- Favorecer la interrelación madre – hijo, ayudando a la transición del lactante desde una dieta predominantemente líquida hasta los alimentos fundamentalmente sólidos (dieta del adulto).
- Favorecer al establecimiento de hábitos saludables de alimentación.

b.2) Administración de los Alimentos

Los conocimientos que la madre debe tener sobre la administración de los alimentos están en base a los siguientes puntos:

1. Continuación de la Lactancia Materna

Según la OMS y la Asociación Española de Pediatría (AEP), recomiendan ofrecer leche materna exclusiva desde el nacimiento hasta alrededor de los 6 meses (o al menos durante los 4 primeros meses) e introducir la alimentación complementaria a partir de entonces (6 meses o 26 semanas) mientras se continúa el amamantamiento frecuente y a demanda hasta los 2 años o más ⁽²³⁾.

Durante esta etapa, la leche materna sigue siendo un importante aporte nutricional en la alimentación del niño(a) debido a:

- Tiene un contenido de grasa relativamente alto comparado con la mayoría de alimentos complementarios, siendo una fuente clave de energía y ácidos grasos esenciales
- Brinda cantidades sustanciales de calcio, vitamina A y riboflavina.
- Constituye un impacto nutricional durante períodos de enfermedad cuando el apetito del niño(a) hacia otros alimentos se ve disminuido.

- Aporta al bebé consuelo y apoyo emocional mientras aprende a recibir nuevos alimentos.
- Protege contra infecciones, reduciendo el riesgo de enfermedades crónicas de la infancia y obesidad y brindando mejores resultados cognitivos.

2. Cantidad de ingesta de leche materna

La ingesta mínima de leche materna no debe ser inferior a 500 ml (4-5 tomas mínimo). Por lo general, se recomienda que el niño de la edad de 6 – 8 meses debe consumir leche materna por lo menos ocho veces durante el día y la noche; entre los 9 – 11 meses debe ingerir por lo menos seis veces durante el día y la noche y; a partir del año debe darle después de cada comida (por lo menos 5 veces al día).

Por otro lado, se recomienda que hasta los 12 meses los alimentos deben administrarse después o entre tomas de pecho para no crear ansiedad en el lactante cuando está excesivamente hambriento, lo que podría inducirle a rechazos innecesarios.

3. Inicio de la Alimentación Complementaria

Se debe iniciar a partir de los 6 meses de edad ya que conforme los niños(as) crecen, se vuelven más activos y la lactancia materna resulta insuficiente para cubrir sus necesidades nutricionales. Es a partir de esta edad, donde el niño alcanza un grado de maduración que lo prepara para la introducción de otros alimentos, esta maduración se basa en:

- ⊕ **Maduración digestiva:** La función digestiva 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). Además a esta edad empiezan a salir los dientes, importantes para la masticación. Si se introduce alimentos antes de esta edad, se produce intolerancias o sensibilización a los alimentos que van a ser importantes en su vida posterior.

- ⊕ **Maduración renal:** A esa edad, 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, el cual permite la adecuada eliminación de los desechos producidos por el metabolismo de los alimentos.

- ⊕ **Maduración sensorial:** Evoluciona la percepción por parte de los sentidos posibilitando la identificación de distintos sabores, texturas y temperaturas, convirtiéndose en un factor importante en el proceso de aprendizaje para la preferencia de los alimentos.

- ⊕ **Desarrollo psicomotor:** A medida que el niño crece comienza a adquirir y desarrollar habilidades psicomotoras; así que, para iniciar el proceso de alimentación, a los 5 meses el bebé empieza a llevarse objetos a la boca; a los 6 meses los músculos y nervios de la boca se desarrollan iniciando los movimientos de masticación, pueden mover la mandíbula hacia arriba y hacia abajo, controlan mejor la lengua, 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 iniciando la autonomía de su alimentación.

- Φ Maduración inmune: La introducción de alimentos complementarios supone la exposición a nuevos antígenos y cambios en la flora digestiva con repercusión en el equilibrio inmunológico intestinal. Por lo tanto, se convierte en un momento de gran influencia sobre el patrón de inmunorespuesta y los factores específicos tolerogénicos y protectores del intestino que aporta la leche humana, modulando y previniendo la aparición de alergias y reacciones adversas.

Además, la diferencia entre la cantidad de energía y nutrientes que un niño(a) necesita y la cantidad que proviene de la leche materna se hace más grande conforme la niño(a) va adquiriendo más edad, por lo que es importante que tenga una alimentación complementaria ya que si la brecha no es cubierta, el niño(a) puede detener su crecimiento o crecer lentamente, por eso la alimentación complementaria puede iniciarse a los 4 meses siempre y cuando el crecimiento del niño no ha sido adecuado.

Por el contrario, si la alimentación complementaria se inicia a temprana edad puede generar una serie de peligros para el niño, ya que su inmadurez neuromuscular genera problemas de deglución presentando excesos de tos al momento de ser alimentados y en ocasiones se observan signos de dificultad respiratoria lo que sucede cuando una pequeña fracción de papilla deglutida alcanza la glotis del niño, También se asocia a la disminución de la frecuencia e intensidad de la succión y como consecuencia de la

producción láctea. Otros riesgos generados están relacionados con la carga renal de solutos del lactante durante los primeros meses de edad lo cual impide concentrar con la misma eficiencia a edades posteriores; y con la inmadurez digestiva generando síndromes diarreicos.

4. Cantidad de los alimentos

La capacidad gástrica del niño(a) guarda relación con su peso (30 g/kg de peso corporal), estimándose así el volumen de alimentos capaz de tolerar en cada comida. Alrededor del sexto mes de edad el niño (a) 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. Los lactantes aumentan gradualmente su aceptación a los alimentos nuevos mediante un incremento lento de la cantidad que aceptan.

La ración de alimento que se brinda al niño está determinada según la edad, es así que a partir de los 6 meses de edad se empezará con $\frac{1}{4}$ de plato mediano (2 a 3 cucharadas de comida) dos veces al día; entre los 7 y 8 meses, se aumentará a $\frac{1}{2}$ plato mediano (100 g ó 3 a 5 cucharadas aproximadamente) tres veces al día; entre los 9 y 11 meses, se incrementará a $\frac{3}{4}$ de plato mediano (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 plato mediano (200 g ó 7 a 10 cucharadas aproximadamente) tres veces al día, más dos entre comidas adicionales.

Desde los 6 meses de edad, el niño(a) 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. La incorporación de un nuevo alimento debe ser en volúmenes pequeños para prevenir posibles intolerancias y/o alergias. Se debe de introducir un solo alimento a la vez y ofrecerlo durante dos o tres días, lo que permite conocer su tolerancia.

5. Frecuencia de los alimentos

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

La frecuencia diaria de comidas es estimada en función de la energía requerida, la cual debe ser cubierta por los alimentos complementarios; la capacidad gástrica del niño, que en promedio es de 30 g/kg de peso corporal y; la densidad energética mínima valorada en 0,8 Kcal/g de alimento. Si la densidad energética o la cantidad de comida administrada son bajas, o si al niño(a) se le suspende la lactancia materna, requerirá de un mayor número de comidas para satisfacer sus necesidades nutricionales.

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

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

b.3) Preparación de los alimentos

1. Consistencia de los alimentos

A partir del sexto mes de edad el niño deberá iniciar la alimentación complementaria con preparaciones semisólidas que son alimentos aplastados en forma de papillas, mazamoras o purés (que deben ser blandas e hidratadas); entre los 7 y 8 meses, se dará principalmente alimentos triturados en las mismas formas de preparación; entre los 9 y 11 meses, se introducirán los alimentos picados; y finalmente, entre los 12 y 24 meses deberá integrarse a la alimentación de su entorno familiar.

A la hora de brindar los alimentos, se deben ofrecer primero preparaciones espesas y luego las líquidas. Las preparaciones líquidas (jugos, caldos) no contienen suficientes nutrientes porque su mayor contenido es agua; en cambio, las preparaciones espesas como purés o mazamorra, tienen la ventaja de poder concentrar alto contenido nutricional en una pequeña porción para satisfacer las necesidades nutricionales del niño(a).

Cuando se empieza a dar la alimentación complementaria, es importante que pase por un cedazo para evitar que contenga grumos o trozos duros que puedan ahogar al niño. A medida que el niño va creciendo, esto ya no será necesario debido a su capacidad de masticación.

2. Inclusión de alimentos de origen animal

A partir de los seis meses de edad las necesidades de hierro así como del zinc y calcio deben ser cubiertas con la alimentación complementaria, porque a los 6 meses de edad se produce un balance negativo especialmente del hierro. Dada las pequeñas cantidades de alimentos que los niños(as) consumen a esta edad, la densidad de estos nutrientes en las preparaciones tienen que ser altas. Los alimentos de origen vegetal, por si solos no satisfacen las necesidades de estos y otros nutrientes, por lo que se recomienda incluir carnes, aves, pescado, vísceras, sangrecita y huevo en la alimentación complementaria lo más pronto posible, de esta manera asegurar el aporte de:

- ☉ Hierro: Su deficiencia conlleva a la anemia y afecta el comportamiento del niño así como en su proceso de aprendizaje. Los alimentos fuentes de este mineral son las carnes, vísceras y sangrecita.
- ☉ Zinc: Importante para el crecimiento y desarrollo normal, favorece la cicatrización de heridas y aumenta la inmunidad natural contra infecciones. Las mejores fuentes del zinc, son las carnes, hígado, huevos y mariscos.
- ☉ Vitamina A: Participa en el crecimiento y desarrollo, mantiene la integridad de las células epiteliales de la mucosa de la boca, de los ojos, y del aparato digestivo y respiratorio. Los que tienen deficiencia de esta vitamina están en mayor riesgo de tener infecciones, especialmente episodios de diarrea y sarampión más frecuentes y severos. Las fuentes de vitamina A son el hígado y carnes.

- ☉ Calcio: Participa en la construcción de los huesos y en la salud dental. Se encuentra en los productos lácteos.

Por lo tanto, los alimentos de origen animal deben consumirse a diario y ser introducidos poco a poco. Entre ellos tenemos:

- ☞ Carnes: Aportan proteínas, vitaminas del grupo B y hierro. La carne debe ofrecerse desde el sexto mes comenzando por pollo (sin piel y huesos) por ser de fácil trituración y menor alergenicidad; se sigue posteriormente con ternera, pavo, vaca, cerdo o cordero en una cantidad de 10 – 15 gramos por día y aumentando 10 gramos por mes, máximo de 40 a 50 gramos/día. El hígado y la sangrecita son una fuente rica en hierro y vitamina además de un precio bajo. Se aconseja ofrecer las carnes picada, troceada o en puré y darlo con vegetales para potenciar la absorción y el aprovechamiento de proteínas y minerales.
- ☞ Pescado: Los pescados y mariscos son una excelente fuente de proteínas de alto valor biológico, contiene grasas que son principalmente no saturadas (de la familia de los omega 3 y omega 6) y aportan minerales, cloro, sodio, potasio y, sobre todo, fósforo, importantes para el desarrollo neuronal. Además son una buena fuente de hierro y zinc, y los pescados de mar de yodo.

La introducción de este alimento debe empezar a los 6 meses con pescado blanco cocido (merluza, rape, gallo, lenguado, etc.), por tener menor cantidad de grasa y ser potencialmente menos alergénico. En niños con antecedentes familiares de alergia o que presentan un cuadro alérgico durante su administración, deberán esperar su introducción

hasta el año de edad. Otra justificación a este retraso está en que tiene un alto contenido de sal y fósforo y puede contener sustancias nocivas, bien por su conservación (ácido bórico) o en su composición (mercurio). La introducción del pescado azul se retrasará hasta los 15 -18 meses. Se puede dar al niño triturado con verduras, o tomarlo desmenuzado. Es importante que esté libre de espinas.

↳ Huevos: Son una fuente excelente de proteínas de la mejor calidad biológica y fosfolípidos. 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 alergénica. Al 6 mes se puede introducir el huevo cocido de la siguiente manera: en la primera semana dar 1/4 de huevo cocido 2 veces por semana, en la segunda semana dar 1/2 huevo cocido y la tercera semana ya se le dará 1 huevo cocido dos a tres veces por semana veces por semana. No se recomienda que se consuma huevo crudo o parcialmente crudo (frito, pasado por agua), sino cocidos por el riesgo de transmisión de Salmonella y para facilitar la digestibilidad de la albúmina de la clara.

En niños con antecedentes familiares de alergia o que presentan un cuadro alérgico durante su administración, deberán esperar su introducción hasta el año de edad.

↳ Leche y derivados: Mientras la madre siga ofreciendo al niño leche materna entre 4 y 5 veces al día, el niño no precisa otro tipo de aporte lácteo ya que pueden producir alergia. A partir de los 6 meses se puede dar queso al niño; a partir de los 8 meses se pueda dar yogurt (de

preferencia naturales) y; a partir del año se puede dar leche de vaca, ya que ésta última se asocia a pérdidas de sangre en heces, un estado bajo en hierro (anemia) e intolerancias a leche a futuro.

3. Inclusión de alimentos de origen vegetal

Para asegurar el aporte de vitaminas, minerales y otras sustancias protectoras presentes en los vegetales, es necesario combinar la mayor variedad posible de verduras en la dieta y los suplementos vitamínicos no pueden reemplazarlas. La absorción de hierro en los vegetales se potencializa cuando va acompañado de alimentos contenidos de vitamina C.

Entre los alimentos de origen vegetal tenemos:

- **Cereales:** A menudo es el primer elemento distinto de la leche que se introduce en la dieta de los lactantes. Las papillas de cereales suministran proteínas, minerales, vitaminas (especialmente, tiamina), ácidos grasos esenciales y sobre todo, contribuyen al equilibrio energético total, debido a su elevado contenido en hidratos de carbono (80 Kcal/100 g) o por la adición de azúcares. Sin embargo, si este aporte llega a ser excesivo, es más fácil la sobrealimentación y, como consecuencia de ello, la obesidad que pudiera motivar problemas en un futuro.

Los cereales que se deben introducir entre los 4 – 6 meses son los que no contiene gluten como el arroz, sémola, maicena, harina de quinua y kiwiucha; y a partir de los 7 - 8 meses se puede dar mezcla de cereales con gluten (trigo, cebada, avena) a manera de prevención, según la

normativa de la Sociedad Europea de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN), ya que su introducción temprana de cereales con gluten (antes de los 4 meses) se relacionan con la aparición de diabetes tipo I y enfermedad celíaca en sujetos con riesgo genético para la enfermedad.

Los cereales se ofrecen en forma de papillas espesas y se deben utilizar con la leche habitual y añadir el cereal necesario. El pan, las galletas y la pasta llevan en su composición un alto contenido en cereales con gluten, y por tanto son fuentes adecuadas de carbohidratos, las cuales deben ser introducidas a partir de los 8 a 12 meses.

- **Tubérculos:** Son principales en la alimentación del niño y sirven de base en la preparación de los alimentos sirviéndose como purés. Entre ellos tenemos: papa, camote, yuca.
- **Menestras:** Las menestras contienen abundante fibra que ayuda a la regulación intestinal, mejora la flora gastrointestinal. Además es un alimento que contiene calcio y hierro, como las habas, las lentejas y el frejol panamito. Se recomienda iniciar su aporte a partir del 7° a 8° mes debido a su alto contenido en nitratos, siempre añadida a las verduras, con lo que se enriquece su valor biológico proteico. Su administración será muy gradual y progresiva, 1 ó 2 veces por semana, favoreciendo así el incremento de la actividad enzimática y digestiva y evitando la flatulencia.
- **Frutas:** Es el primer alimento que se recomienda introducir en los niños lactados al pecho. La papilla de fruta aporta residuos como la celulosa

(que condiciona la normalización del tránsito intestinal), carbohidratos (sacarosa), minerales y vitaminas como la vitamina A (presentes en frutas de color amarillo y naranja) y la vitamina C (que favorece al mantenimiento de los huesos y cartílagos, así como refuerza las defensas orgánicas sobre todo de las vías respiratorias altas). Suelen comenzar su administración en forma de zumo y a cucharaditas y más adelante en forma de papilla. Las frutas más recomendadas son naranja, manzana, pera, plátano de isla, papaya, mango, aguaje, camu camu y maracuyá.

Es aconsejable utilizar fruta fresca e ir introduciéndolas una a una en cortos períodos, para comprobar su tolerancia. Posteriormente, se puede dar como papilla batida hecha con manzana, plátano maduro y pera al que se añaden zumo de naranja y, posteriormente, fruta variada del tiempo. Es necesario dar una amplia gama de papillas de frutas para favorecer el aprendizaje alimentario y potenciar el desarrollo de los sentidos; además, se deben tomar recién preparadas porque las vitaminas B y C se oxidan muy rápidamente (antes de media hora).

Se aconseja administrar las frutas antes de comer o entre horas porque tiene un alto poder saciante. Debemos evitar las frutas potencialmente alergénicas, como: fresa, fresón, frambuesa, kiwi, mora y melocotón, por la capacidad de las mismas para liberar histamina y recurrir a las propias de cada región o temporada.

- **Verduras y hortalizas:** Se ofrecerán a partir del sexto mes en forma de purés, sustituyendo la toma del mediodía. Están constituidas fundamentalmente por agua, residuos de celulosa, vitaminas y minerales.

La introducción de las verduras se hace inicialmente con caldo vegetal para probar la tolerancia e iniciar la diversificación de los sabores y, posteriormente, darlas en forma de purés.

Se aconsejan verduras suaves del tipo de la zanahoria, apio, zapallo, calabaza, calabacín y tomate (alto contenido de vitamina C y su ingesta después de las comidas favorece la absorción de hierro proveniente de los vegetales). Se debe conseguir una mezcla de los distintos vegetales, para obtener una mejor distribución de los diversos aminoácidos (y aumentar así su valor biológico) y vitaminas.

Al inicio se evitarán las verduras flatulentas como la col, coliflor y el nabo (potencialmente bocígenas); las ricas en sustancias sulfuradas (cebollas, ajo, espárragos, etc.) y, por su potencial efecto metahemoglobinizante, también debe evitarse la administración de remolacha, betarraga y las de hoja verde ancha, como espinacas, habas y acelgas, por su contenido en nitratos, etc. Al puré de vegetales se le puede añadir una cucharadita de aceite y, posteriormente, carne alternándose con pescado. Las frutas y verduras deben consumirse a diario.

Tanto las verduras como las frutas deben administrarse diario para poder mejorar la digestión del niño y obtenga una fuente adecuada de protección inmunológica.

4. Agregar una cucharadita de aceite, mantequilla, margarina a las comidas

Las grasas provenientes de la alimentación infantil deben proporcionar entre el 30% y 40% de la energía total, aportando ácidos grasos esenciales en

niveles similares a los que se encuentran en la leche materna. La grasa es importante en la alimentación de la niña o niño, ya que:

- Aportan ácidos grasos esenciales: ácido linoléico y ácido linolénico.
- Favorece la absorción de vitaminas liposolubles (A, D, E, K)
- Incrementan la densidad energética de las comidas de la niña o niño.
- Mantiene la viscosidad de las comidas independientemente de su temperatura.

Una ingesta muy baja de grasa ocasiona una baja densidad energética que puede traducirse en un adelgazamiento infantil y una ingesta excesiva puede incrementar la obesidad infantil y enfermedades cardiovasculares en el futuro.

5. Necesidades de Yodo

El yodo es nutriente esencial para las funciones del organismo, siendo esencial en el crecimiento y desarrollo particularmente del cerebro. Sus necesidades se incrementan a partir de los 6 meses entre 40 y 50 ug/día. La deficiencia de yodo es un riesgo latente en toda la extensión de la sierra y selva del Perú, debido a los suelos pobres en yodo, consecuentemente los productos animales y vegetales nativos, no contienen las cantidades necesaria de yodo, por lo tanto para disminuir el riesgo de sufrir las deficiencias de este micronutriente en la población se recomienda la utilización de sal yodada en las comidas.

6. Azúcares refinados, miel y otros dulces

No es recomendable el consumo de azúcar, pues la dieta del bebé tiene un aporte adecuado de hidratos de carbono, por lo tanto debe brindarse los alimentos en su estado natural. No alimentar a los lactantes con miel ni jarabe de maíz ya que estos alimentos pueden contener esporas del *Clostridium Botulinum*, que pueden ser absorbidas a través del intestino inmaduro del lactante por lo que se desaconseja su consumo en menores de 1 año.

7. Ingesta de Líquidos

La única bebida necesaria durante la alimentación complementaria es el agua. El agua es un componente fundamental del organismo humano y en la infancia llega a constituir el 60-75% del total. Ya que la alimentación complementaria supone una mayor carga renal de solutos, no basta con los líquidos aportados por la leche y otros alimentos, debiendo ofrecérsele agua con frecuencia. Se puede dar de beber aproximadamente $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{3}$ de una taza 2 – 3 veces al día, separándola del horario de las tomas de leche.

También se le puede ofrecer jugos de frutas en las comidas, ya que contienen un mayor componente nutritivo y complementa adecuadamente las comidas de los niños.

Por el contrario, no se debe favorecer que tomen otras bebidas como zumos, batidos o refrescos, ni ofrecer a los niños té (negro, verde o de hierbas como la manzanilla) ya que éstos contienen taninos y otros compuestos que limitan la absorción de hierro y además, la costumbre frecuente de añadirles

sacarosa (azúcar) aumenta el riesgo de caries y puede limitar el consumo de alimentos con mayor densidad de nutrientes.

8. Combinación de los alimentos

La combinación de las comidas varía a medida que crece el niño. Las preparaciones deben realizarse a base de combinaciones de alimentos principales como: cereales, leguminosas (menestras), alimentos de origen animal, tubérculos, verduras, lácteos (derivados) y frutas; un ejemplo correcto de esto es puré de papa con espinaca + hígado + jugo de frutas.

La alimentación se inicia con una papilla o puré que debe ser preparada inicialmente con verduras, cereales y una pequeña cantidad de carne molida de pollo, pavo o vacuno sin grasa. Al año, los niños ya pueden comer las comidas consumidas por la familia excepto los que contengan condimentos picantes, exceso de sal, bebidas estimulantes (café, té negro, gaseosas, yerbas mate) y comidas con mucha grasa. Cuando se preparan las menestras (lentejas, arvejas, frejoles) se debe agregar 2 cucharadas de cereal (arroz, quinua, trigo, etc.).

Los alimentos se sirven sin mezclarlos al momento de servirlos.

Por otro lado, debido a que la alimentación del niño es variada, la madre también debe tener conocimiento que la introducción de estos nuevos alimentos traerá consigo cambios en el lactante tales como las características de las heces, las cuales van a pasar de una consistencia más suave a otra más fuerte y un color más oscuro lo cual indica un cambio en la dieta.

b.4) Manipulación de los Alimentos

Para evitar las enfermedades principalmente gastrointestinales, la manipulación de los alimentos juega un papel importante a la hora de administrarlos. Las medidas adecuadas son:

1. Prácticas de higiene

Las prácticas de higiene deben ser adecuadas para evitar infecciones, donde destacan las enfermedades diarreicas contraídas por agua y alimentos contaminados, para lo cual se recomienda:

- Lavado de manos con agua y jabón de la madre, antes de la preparación de los alimentos, antes de dar comer a la niña o niño, después de usar el baño o letrina y después de limpiar a un niño(a) que ha defecado. Igualmente, se debe mantener limpia las manos y la cara del niño(a).
- Lavar los alimentos que no serán cocidos (frutas y verduras) con abundante agua segura (hervida, purificada, filtrada o clorada).
- Utilizar utensilios limpios (tazas, vasos, platos, cucharas, ele.) para preparar y servir los alimentos.
- Evitar el uso de biberones y chupones debido a la dificultad para mantenerlos limpios, además de otros efectos negativos.
- Utilizar agua segura (potable, dorada o hervida) y mantenerla en recipientes limpios, tapados y en lugares frescos.
- Cuando el adulto prueba el alimento, debe lavar o cambiar la cuchara con la que alimentará al niño porque la comida se puede descomponer más fácilmente.

- Mantener los animales fuera del hogar.

2. Conservación de los alimentos

Los alimentos deben conservarse adecuadamente para evitar su descomposición, para ellos se debe hacer lo siguiente:

- Mantener los alimentos tapados o refrigerados y servirlos inmediatamente después de prepararlos.
- Conservar los alimentos en lugares seguros (libres de polvo, insectos, roedores y otros animales), para evitar la contaminación de los mismos.
- Colocar la basura o restos de comida en recipientes tapados y fuera de la vivienda.
- Los restos de la comida que la niña o niño pequeño dejan en el plato no se debe guardar para consumirlo posteriormente, pues se descomponen fácilmente, por ello deben ser consumidos al momento.
- Es necesario enfriar los alimentos calientes antes de dárselos al niño hasta que tengan aproximadamente la temperatura del cuerpo (37 grados) o menor, para evitar quemaduras, para ello no se deben soplar los alimentos para enfriarlos, porque se pueden contaminar con microorganismos que se encuentren en la boca del adulto que lo alimenta.

b.5) Alimentación durante la Enfermedad

Las enfermedades infecciosas son muy frecuentes en los primeros 2 años de vida, siendo este periodo el de mayor riesgo de desnutrición, en algunos

casos la enfermedad puede disminuir el apetito, por este motivo es necesario continuar con el aporte de energía y demás nutrientes para prevenir la pérdida de peso y evitar la desnutrición. Las recomendaciones de alimentación durante el proceso de enfermedad son:

- Ofrecer pequeñas cantidades de alimentos y con mayor frecuencia, entre seis y ocho veces.
- Incrementar líquidos.
- Mayor frecuencia de la lactancia materna.
- Brindar variedad de comidas; éstas deben ser favoritas, atractivas y en preparaciones que le agraden a la niña o niño.
- Si la niña o niño vomita después de recibir alimentos, es conveniente interrumpir temporalmente la alimentación, hidratarlo e intentar nuevamente, ofreciendo pequeñas cantidades de alimento según la tolerancia.
- Es recomendable que los niños(as) con sarampión, diarrea, infecciones respiratorias y otras infecciones ingieran alimentos ricos en vitamina A, para favorecer la recuperación de las mucosas digestivas y respiratorias y disminuir las complicaciones.
- Inmediatamente después de los procesos infecciosos, la niña o niño requiere de un mayor consumo de alimentos para acelerar su recuperación nutricional y crecimiento. Cuando la niña o niño recupera su apetito, se debe aprovechar para darle una comida adicional al día, además de las tres comidas principales y las dos entre comidas adicionales por un período de 2 semanas.

b.6) Alimentación Perceptiva

La alimentación complementaria óptima depende no sólo de que alimentos se le ofrece a la niña o niño en sus comidas (que dar de comer), sino también es importante la manera de cómo, cuándo, dónde y quién da de comer.

1. Interrelación madre hijo

La alimentación tiene que ser interactiva entre la madre y el niño, donde la madre tiene que estar atenta a las señales de hambre del niño(a) respondiendo con paciencia y amor y aplicando los siguientes principios del cuidado psicosocial:

- Hablar con los niños(as) durante las comidas, con contacto visual, reconociendo que los momentos de comer son espacios de aprendizaje y amor.
- Alimentarlos despacio y con paciencia, animándolos a comer pero sin forzarlos, ya que esto aumenta el estrés y disminuye su apetito.
- Dar de comer directamente a los niños(as) pequeños y ayudar físicamente a los niños(as) mayores cuando se alimentan solos, estando atentos y respondiendo a sus señales de apetito y saciedad.
- Cuando los niños (as) no desean comer, se debe experimentar con diferentes combinaciones de alimentos, sabores, texturas y maneras de animarlos a comer.
- Es importante que el padre participe en el cuidado y fortalecimiento de vínculos afectivos del niño.

2. Entorno adecuado de alimentación

Para que el niño pueda ingerir toda su comida, es importante que el entorno sea adecuado y estimulante para el niño, por ello se debe hacer lo siguiente:

- ☉ Crear un ambiente tranquilo y agradable a la hora de las comidas, en lo posible libre de tensiones, juego y elementos de distracción como la televisión.
- ☉ Contar con la presencia de los miembros de la familia presentes, especialmente en las horas de comida e incorporar al niño dentro de la mesa familiar.

La alimentación perceptiva está basado en el modelo de la **interacción padre - hijo** de **Kathryn E. Barnard**, quien resalta el papel de la enfermera en la orientación a las madres a ofrecer a sus hijos condiciones que promuevan su crecimiento social, emocional y cognitivo mediante una adecuada interrelación, la cual describe los siguientes puntos de su modelo:

- ✦ Claridad de señales del niño: El bebé o el niño deben mandar señales a su cuidador, indicando sus deseos, por lo cual, la habilidad y la claridad con las que estas pistas se mandan va hacer más fácil o más difícil a los cuidadores discernir las pistas y modificar su conducta.
- ✦ Respuesta del niño hacia su cuidador: Es la capacidad del niño de responder a los intentos del cuidador de comunicarse e interactuar.
- ✦ Sensibilidad del cuidador a las señales del niño: Es a capacidad del cuidador de reconocer y responder los mensajes del niño.

- ✦ Capacidad del cuidador para aliviar la sensación de malestar del niño:
Esta capacidad implica el reconocimiento del cuidador de las señales de malestar, la elección de una acción adecuada y la capacidad de darse cuenta y dar una respuesta.
- ✦ Actividades del cuidador para fomentar el crecimiento social y emocional:
Incluye el dominio afectivo y transmite un tono de sensación positiva.
- ✦ Actividades del cuidador para fomentar el crecimiento cognitivo: Las verbalizaciones del cuidador animando al niño a que responda permitiendo la exploración son algunos de los ejemplos de cómo puede fomentarse el crecimiento cognitivo.

2.2.2 VARIACIÓN DE LA CURVA PONDERAL

Durante el primer año, el crecimiento es muy rápido en el niño, donde su peso medio, de un niño de seis meses, es de 7.26 kg y es a partir de aquí que el aumento de su peso se vuelve más lento subiendo así entre el sexto y noveno mes entre 350 - 400 gramos mensuales y entre el noveno mes y el año de edad, el promedio mensual se sitúa entre 250 - 300 gramos, alcanzando así el triple del peso al nacer con un promedio de 9.75 kg.

En el niño menor de un año, el indicador principal es el peso para la edad; el cual, en el carnet de crecimiento y desarrollo va a estar representado por la **curva ponderal**, siendo esto una herramienta de medición y un indicador de la situación del niño, por lo tanto va a reflejar la masa corporal en relación a la edad cronológica, estando influido por la talla para la edad y por su peso para la talla, clasificándolo como un indicador global del crecimiento.

El registro secuencial del peso del niño constituye el método más adecuado para detectar desviaciones del crecimiento y a la vez permite realizar una evaluación del estado nutricional del niño. La gráfica de peso – edad, se encuentra situada entre dos coordenadas: el eje vertical para ubicar la línea que muestra el peso del niño, y el eje horizontal para ubicar la línea que muestra la edad del niño en meses.

Para interpretar los resultados de estas gráficas se va a observar detenidamente la orientación de la línea trazada (variación de la curva ponderal), variando de tres formas:

- ⊕ **Ascendente:** Indica que el crecimiento del niño es bueno, pero es necesario revisar las tablas de ganancia de peso para una clasificación certera. Este indicador de bueno sólo es válido hasta el año de edad, ya que a partir de ahí el niño consume alimentos de la olla familiar que puede influir en el desarrollo de la obesidad. Según las tablas establecidas por la OPS, la ganancia de peso entre los 6 a 12 meses tiene un promedio de 250 gr. por mes.
- ⊕ **Horizontal:** Es señal de peligro, el niño está en riesgo de desnutrición, necesita observación y controles más seguidos. Se identifica posibles factores determinantes (escaso aporte alimenticio, infecciones, etc.). Se considerará una variación horizontal entre 0 gr - <250 gr en relación al peso anterior.
- **Descendente:** Indica demasiado peligro, el niño requiere de una evaluación más compleja, al igual que el anterior se debe identificar

factores causales. Se considerará una variación descendente si el niño perdió peso en comparación al peso anterior.

Si la curva está en otra área diferente al verde (Amarillo, naranja o rojo) debe realizarse el seguimiento según el manual de Normas de Atención Integral del Niño.

2.2.3 ROL DE LA ENFERMERA EN LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL

Para que la madre adquiera conocimientos óptimos sobre adecuadas prácticas de alimentación complementaria y se vea reflejado en una correcta curva ponderal, la función de la enfermera debe ser fundamental, adecuada y objetiva. Según la Norma de Atención Integral del Niño – 2006, es función de la enfermera educar a la madre sobre la alimentación complementaria a través de las consejerías que brinda en los controles de crecimiento y desarrollo del niño sano. Esta función está respaldada por muchas teorías y modelos de enfermería, dentro de las cuales tenemos:

➤ **Hildegard E. Peplau:** Usa la teoría de la enfermera psicodinámica, donde plantea que la salud se va a desarrollar a través de un proceso terapéutico interpersonal entre la madre y la enfermera, y que el aprendizaje de esta última estará influenciada por el tipo de persona que sea la enfermera. Para Peplau, la enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que apunta a promover en la personalidad el movimiento de avance hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria, que se va a ver reflejado, en este caso, en un crecimiento adecuado y correcto del niño gracias a adecuadas prácticas de alimentación.

➤ **Nola J. Pender:** En su teoría Promoción de la Salud, menciona que cada madre está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual (por ejemplo el grado de instrucción) y sus factores variables; además dice que el entorno, no se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- perceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud. Por lo tanto, los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en la madre durante los controles de crecimiento y desarrollo, generando conductas positivas en la adecuada alimentación complementaria que debe brindar a su niño.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

- **Conocimiento en alimentación complementaria:** Es el conjunto de información adquiridos por la madre a través de la experiencia o la educación que recibe por parte del personal de salud.
- **Alimentación complementaria:** Es la introducción de alimentos semisólidos en la dieta del niño a partir de los 6 meses, la cual va a complementar a la leche materna que tiene que continuar hasta los 2 años.
- **Madre:** Es aquella persona, con o sin lazos consanguíneos, que se encarga del cuidado, alimentación y cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo del niño.
- **Niño de 6 meses a 1 año:** Son todos los niños que comprenden dichas edades, que se atienden en la Estrategia Sanitaria de Crecimiento y Desarrollo del niño sano del Centro de Salud Márquez.
- **Peso para la edad:** Es el indicador más conocido y de mayor uso en la Salud Pública, la cual permite una evaluación del estado general de nutrición del niño.
- **Curva ponderal:** Es la gráfica que tiene la forma de una curva que va a variar según el peso del niño de acuerdo a su edad; por lo cual se convierte en un indicador de la nutrición global.
- **Promoción de la salud:** consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la

misma, por lo tanto es la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.

- **Alimentación Perceptiva:** Es la alimentación brindada en un marco de afecto e interrelación directa entre la madre y el niño, respetando las necesidades de este último.
- **Desnutrición:** Es un estado nutricional anormal originado por una ingestión deficiente de nutrientes según los requerimientos fisiológicos.
- **Educación sobre alimentación complementaria:** Son los conocimientos impartidos por la enfermera a la madre durante el control de crecimiento y desarrollo, y que están en función de los nutrientes adecuados que debe brindar ella al niño para evitar la desnutrición.
- **Alimentos nutritivos:** Son los alimentos que contienen un alto valor biológico, esenciales para el adecuado crecimiento y desarrollo del niño.
- **Enfermera encargada del control de crecimiento y desarrollo del niño:** Es el profesional que ha cursado estudios dentro de una universidad, y aplica de forma integral, en el marco de la salud pública, los cuidados al niño y familia, permitiendo un desarrollo óptimo, brindando la adecuada consejería a la madre en un enfoque de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
Nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria	El conocimiento sobre alimentación complementaria es un conjunto integrado por información, interpretaciones y experiencias que poseen las madres acerca de este tema, el cual es un proceso que se inicia cuando se introduce cualquier tipo de alimento no lácteo, como complemento a la leche	Conceptos generales de la alimentación complementaria	Son los conocimientos fundamentales que debe tener la madre acerca de la alimentación complementaria, conociendo el significado de esta y su importancia reflejado en sus objetivos.	<ul style="list-style-type: none"> - Definición de alimentación complementaria. - Objetivos de la alimentación complementaria.
		Administración de los alimentos	Son los conocimientos que tiene la madre para brindar adecuadamente la leche materna y los alimentos complementarios.	<ul style="list-style-type: none"> - Continuación de la Lactancia Materna. - Cantidad de ingesta de leche

	<p>materna, dado diariamente de un modo regular y en cantidades significativas, culminando cuando el niño recibe una alimentación muy parecida a la del resto de la familia. Por lo tanto, este conocimiento va implicar una serie de aspectos, donde se detallará el proceso de alimentación complementaria.</p>			<p>materna.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edad de inicio de la alimentación complementaria. - Cantidad de los alimentos. - Frecuencia de los alimentos.
		<p>Preparación de los alimentos.</p>	<p>Son los conocimientos que tiene la madre sobre la manera de cómo usar los diferentes alimentos, preparándolos adecuadamente y dándole a su niño según la edad que tenga.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Consistencia de los alimentos. - Inclusión de alimentos de origen animal. - Inclusión de alimentos de origen vegetal. - Inclusión del aceite,

				<p>margarina o mantequilla a las comidas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inclusión de la sal a las comidas. - Inclusión del azúcar a las comidas. - Tipo de bebidas que debe ingerir el niño. - Combinación de los alimentos.
		Manipulación de los alimentos	Son los conocimientos que tiene la madre sobre el uso adecuado de los alimentos con respecto a	<ul style="list-style-type: none"> - Prácticas de higiene en la manipulación de los alimentos.

			<p>su higiene y conservación para prevenir las enfermedades especialmente diarreicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conservación de los alimentos.
		Alimentación del niño enfermo	<p>Son los conocimientos que tiene la madre sobre la forma adecuada de brindar los alimentos al niño durante los procesos infecciones con el fin de prevenir la pérdida de peso y evitar la desnutrición.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de alimento durante la enfermedad.
		Alimentación Perceptiva	<p>Son los conocimientos que tiene la madre sobre la forma de administrar los alimentos que incluye la manera de cómo,</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Interrelación entre la madre y el niño. - Entorno adecuado para la alimentación.

			cuándo, dónde y quién da de comer al niño, aplicando los principios del cuidado psicosocial.	
Variación de la curva ponderal de crecimiento del niño de 6 a 12 meses.	La curva ponderal es un instrumento que sirve para evaluar el crecimiento del niño en base a su peso y verificar si su desarrollo es adecuado desde una visión global, aportando información al profesional para la programación de actividades.	Peso para la edad	Es la gráfica que nos va a proporcionar información esencial acerca del peso del niño conforme a su edad, y que puede variar de 3 formas: <ul style="list-style-type: none"> - Ascendente - Horizontal - Descendente 	<ul style="list-style-type: none"> - Peso actual - Peso del control anterior

2.5 HIPÓTESIS

- **HI:** Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y la variación de la curva ponderal del niño de 6 a 12 meses que acuden al consultorio de CRED, en el C.S. Márquez – Callao, 2011.

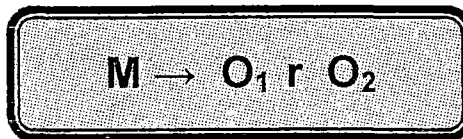
- **HO:** No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y la variación de la curva ponderal del niño de 6 a 12 meses que acuden al consultorio de CRED, en el C.S. Márquez – Callao, 2011.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, descriptivo – correlacional y de corte transversal; ya que se planteó un problema derivado de la práctica de enfermería, se dirigió el rumbo de la investigación, permitió describir e identificar las variables de estudio y establecer la relación existente entre el nivel de conocimientos que tiene las madres sobre alimentación complementaria y la variación de la curva ponderal del niño, realizándose en un determinado momento haciendo un corte en el tiempo.

3.2 DISEÑO METODOLÓGICO



Donde:

- ⊕ **M:** Representa la muestra en la que se realizó el estudio.
- ⊕ **O₁:** Representa la información de interés obtenida de la variable independiente: Nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria.
- ⊕ **O₂:** Representa la información de interés obtenida de la variable dependiente: Variación de la curva ponderal del niño de 6 a 12 meses.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo constituida por 53 madres de los niños de 6 – 12 meses que asistían al consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano en el mes de febrero (dicha población ya estaba programada por el establecimiento de salud).

El tamaño de la muestra se obtuvo aplicando la fórmula para poblaciones finitas (Anexo 3), estableciendo como nivel de confianza del 50% y un error relativo del 5%, obteniéndose una muestra de 47 madres, la cual fue representativa y proporcionó un análisis confiable y un mejor grado de precisión, permitiendo que los resultados sean estadísticamente significativos. Para la selección de las madres participantes, se utilizó el tipo de muestreo no probabilístico-accidental, debido a que se tomaron los casos que se presentaban hasta alcanzar el tamaño de la muestra deseada.

1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Madres de los niños de 6 a 12 meses que asisten mensualmente al Control de Crecimiento y desarrollo.
- Madres que acepten participar de la investigación, previo consentimiento informado.
- Madres que hayan dado la leche materna hasta los 6 meses.

2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Madres de los niños de 6 a 12 meses que se encuentran enfermos 15 días previos a la encuesta.
- Madres de los niños que no han asistido al control el mes anterior.

3.4 ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Centro de Salud Materno Infantil Márquez que se encuentra ubicado en el KM. 14.5 de la Av. Néstor Gambeta, dentro del distrito de Callao, Provincia Constitucional del Callao, departamento Lima. El consultorio de Crecimiento y Desarrollo de dicho centro se divide en dos áreas: el control propiamente dicho y el área de inmunizaciones; estando a cargo de la enfermera jefa del Centro de Salud la Lic. Virginia Quispe Huamaní. La atención que se brinda es de tipo ambulatorio, siendo la atención gratuita, brindándose el servicio de lunes a sábado de 8 a.m. a 1 p.m. y en ocasiones se programa turno tarde.

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos, se utilizó como técnica **la entrevista estructurada** la cual es una técnica flexible y ordenada, que generó una interrelación directa con la madre y favoreció a una mejor recolección de datos ya que permitió mejorar el significado de la pregunta o modificarla a manera que pueda ser comprendida por la madre, satisfaciéndose así las dudas o preguntas.

El instrumento que se utilizó fue el **cuestionario** estructurado por el propio investigador (Anexo 2), el cual fue elaborado por un sistema de preguntas de tipo cerradas de una sola alternativa correcta y constituida por 27 ítems, el cual permitió obtener información de la variable independiente (nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria. Además tuvo

un carácter anónimo y confidencial, el cual brindó seguridad y confianza al entrevistado.

Para la variable dependiente, se hizo uso del carnet de crecimiento y desarrollo de cada niño, extrayéndose los datos del peso anterior y actual y registrándose en un ítem del cuestionario para determinar su variación.

Las partes del cuestionario fueron cuatro:

- **Introducción:** Donde se incluye la presentación, el objetivo de la investigación y se recalca su confidencialidad.
- **Instrucciones:** Explica de que manera se va a manejar las preguntas.
- **Datos generales:** Incluye los datos tanto de la madre como del niño de 6 – 12 meses. Aquí se coloca el dato obtenido respecto a la variación de la curva ponderal.
- **Contenido propiamente dicho:** Conformado por un conjunto de ítems, los cuales se encuentran divididos en los siguientes aspectos: Conceptos generales (02 ítems), Administración (05 ítems), Preparación (13 ítems), Manipulación (02 ítems), Alimentación del niño enfermo (01 ítem) y Alimentación perceptiva (02 ítems).

Por cada respuesta correcta se le otorgó 1 punto y por cada incorrecta se le asignó el valor de 0 puntos, obteniéndose así un:

- **Puntaje máximo:** 27 puntos

- **Puntaje mínimo:** 0 puntos.

La escala de medición que se utilizó para la variable independiente fue la Escala de Estaninos (Anexo 6), donde se categorizó de la siguiente forma:

© Nivel de Conocimientos:

↳ **Alto** : 18 - 27

↳ **Medio** : 14 - 17

↳ **Bajo** : 0 - 13

Para la Variación de la Curva Ponderal, se categorizó según la ganancia de peso por mes establecido en la literatura, así tenemos:

- **Ascendente** : ≥ 250 gr
- **Horizontal** : $0 - < 250$ gr
- **Descendente**: < 0 gr

3.5.1 Validez y confiabilidad del instrumento

El cuestionario fue sometido a validez de contenido y constructo mediante Juicio de Expertos, participando 08 profesionales con amplia trayectoria profesional y experiencia laboral, los cuales fueron: 02 enfermeras a cargo del consultorio de CRED, 02 nutricionistas, 03 metodólogos y 01 estadístico; cuyas opiniones y recomendaciones contribuyeron a la mejora del instrumento. Los puntajes obtenidos fueron sometidos a una prueba binomial mediante la tabla de concordancia, encontrándose que el valor de significancia ($p=0.008$) superó los valores establecidos, siendo el valor $p < 0.05$ y considerado estadísticamente significativo (Anexo 4).

Luego de realizar las modificaciones en el instrumento según las recomendaciones dadas por los expertos, se realizó una prueba piloto con 15 madres asistentes al consultorio de CRED del Centro de Salud Carmen de la Legua, donde los resultados fueron sometidos a validez estadística mediante la prueba coeficiente de confiabilidad Kuder Richardson obteniéndose un valor de 0.75, siendo el instrumento confiable (Anexo 5).

3.5.2 Consideraciones éticas

Previo a la aplicación del instrumento se hizo uso de un consentimiento informado (Anexo 1), el cual se le entregó a la madre para su aprobación de participar voluntariamente en la investigación. En este documento se le indicó a la madre los objetivos y el propósito de la investigación, además de la importancia de su participación. Así mismo se recalcó que la participación es voluntaria y anónima.

3.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Se solicitó la autorización al director de la DIRESA, el Dr. Ricardo Aldo Luna Morales, previa carta de presentación emitida por la Universidad Nacional del Callao, para poder ejecutar el estudio de investigación en el Centro de Salud Márquez, proporcionándome las facilidades correspondientes.
- Se presentó la credencial otorgada por la DIRESA al Médico Jefe del Centro de Salud Márquez, el Dr. Darío Luna del Carpio, para que autorice la realización de la investigación y recolectar la información requerida.

- Se coordinó con la enfermera encargada del Consultorio de Crecimiento y Desarrollo, la Lic. Virginia Quispe Huamaní, para contar con las respectivas facilidades del desarrollo del estudio.
- El instrumento fue aplicado en el mes de febrero, llevándose a cabo en horarios de atención de CRED. El tiempo para la aplicación del instrumento fue de 20 minutos.
- Previo a la aplicación del instrumento, se entregó el consentimiento informado a las madres para su autorización de participar voluntariamente, brindándoles una explicación breve y clara de los objetivos del estudio así como la importancia del rol de los entrevistados.
- La recolección y procesamiento de datos estuvo a cargo de la propia investigadora y un colaborador que fue entrenado previo a la aplicación del instrumento.
- El control de calidad de los datos recolectados estuvo a cargo de la investigadora responsable.
- Conforme se aplicó el instrumento, la información inconsistente o ausente formó parte del criterio de eliminación.

3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Luego de recolectar los datos, estos fueron procesados mediante el uso de estadística descriptiva usando el paquete estadístico de Excel 2007, previa elaboración de la tabla matriz. Los resultados fueron presentados en gráficos y/o cuadros estadísticos para su análisis e interpretación respectiva.

Luego, los datos fueron ingresados al programa estadístico SPSS v. 12 y se aplicó la prueba de significancia estadística Chi-cuadrado (X^2) (Anexo 7) para determinar la relación de las variables de interés, obteniéndose un valor de $X^2 = 15.480$ ($p=0.004$, altamente significativo).

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

CUADRO N° 1

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y LA VARIACIÓN DE LA CURVA PONDERAL DEL NIÑO DE 6 – 12 MESES, C.S. MÁRQUEZ – CALLAO FEBRERO, 2011

NIVEL DE CONOCIMIENTO	VARIACIÓN DE LA CURVA PONDERAL						TOTAL	
	Ascendente		Horizontal		Descendente			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alto	6	12.8	1	2.1	-	-	7	14.9
Medio	13	27.7	13	27.7	1	2.1	27	57.4
Bajo	-	-	12	25.5	1	2.1	13	27.7
TOTAL	19	40.4	26	55.3	2	4.3	47	100

Fuente: Entrevista realizada a las madres de los niños de 6 a 12 meses que asisten al C.S. Márquez – Callao, 2011.

Chi-cuadrado: 15.480 (p= 0.004)

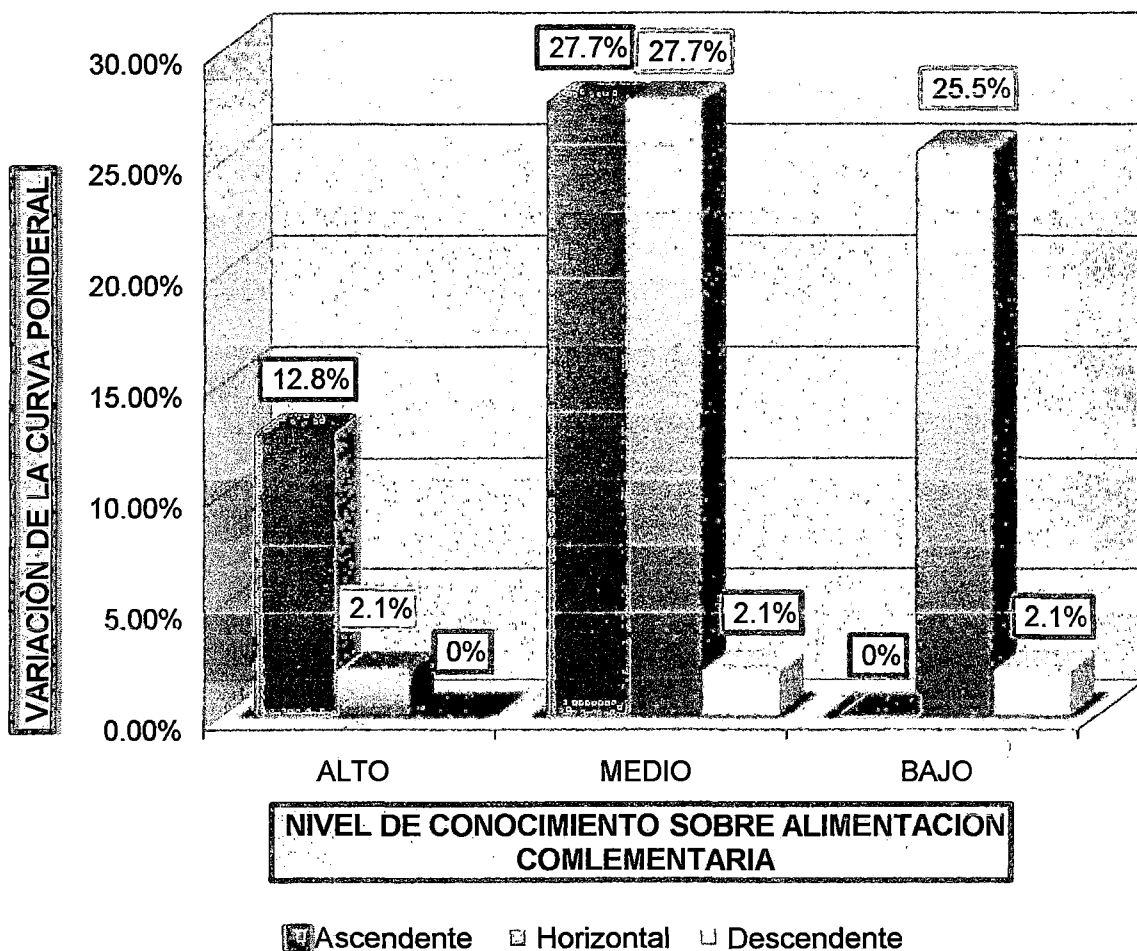
En el cuadro N° 1 se observa que existe una relación **significativa** (p=0.004) entre el nivel de conocimiento de las madre sobre alimentación complementaria y la variación de la curva ponderal del niño de 6 a 12 meses.

Del total de las madres encuestadas el 57.4% presentan un conocimiento medio y casi la mitad de ellas (27.7%) tienen sus niños con curva ponderal horizontal; mientras que un 27.7% de las madres tiene un conocimiento bajo donde casi el total de ellas tienen sus hijos con curva ponderal también horizontal.

GRAFICO N° 1

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y LA VARIACIÓN DE LA CURVA PONDERAL DEL NIÑO DE 6 – 12 MESES, C.S. MÁRQUEZ – CALLAO

FEBRERO, 2011



Fuente: Cuadro N° 1

CUADRO N° 2

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL NIÑO DE 6 – 12 MESES, C.S. MÁRQUEZ – CALLAO ENERO – FEBRERO, 2011

NIVEL DE CONOCIMIENTO	N	%
Alto	7	14.9
Medio	27	57.4
Bajo	13	27.7
TOTAL	47	100.0

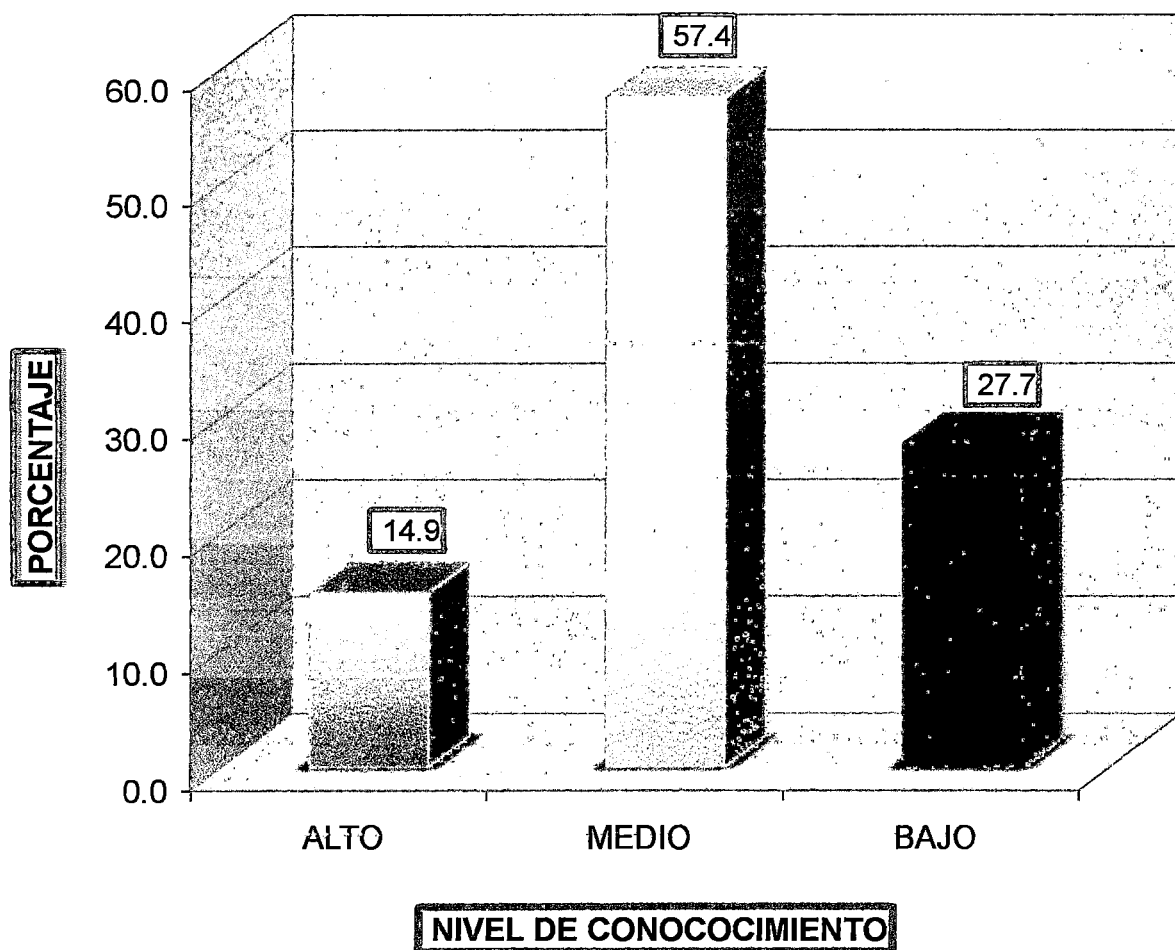
Fuente: Entrevista realizada a las madres de los niños de 6 a 12 meses que asisten al C.S. Márquez – Callao, 2011.

En el cuadro N° 2 se evidencia que del total de las madres encuestadas (47), el 14.9% (7 madres) presentan un conocimiento alto sobre alimentación complementaria, el 57.4% (27 madres) presentan un conocimiento medio y el 27.7% (13 madres) presentan un conocimiento bajo.

GRAFICO Nº 2

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA DEL NIÑO DE 6 – 12 MESES, C.S. MÁRQUEZ – CALLAO

FEBRERO, 2011



Fuente: Cuadro Nº 2

CUADRO N° 2.1

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE SEGÚN LOS ASPECTOS DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL NIÑO DE 6 – 12 MESES,

C.S. MÁRQUEZ – CALLAO. FEBRERO, 2011

ASPECTOS	ALTO		MEDIO		BAJO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Concepto generales	20	42.6	23	48.9	4	8.5	47	100
Administración	5	10.6	19	40.4	23	49	47	100
Preparación	9	19.1	20	42.6	18	38.3	47	100
Manipulación	24	50.4	17	36.8	6	12.8	47	100
Alimentación del niño enfermo	8	17.	-	-	39	83	47	100
Alimentación perceptiva	13	27.7	17	36.2	17	36.1	47	100

Fuente: Entrevista realizada a las madres de los niños de 6 a 12 meses que asisten al C.S. Márquez – Callao, 2011.

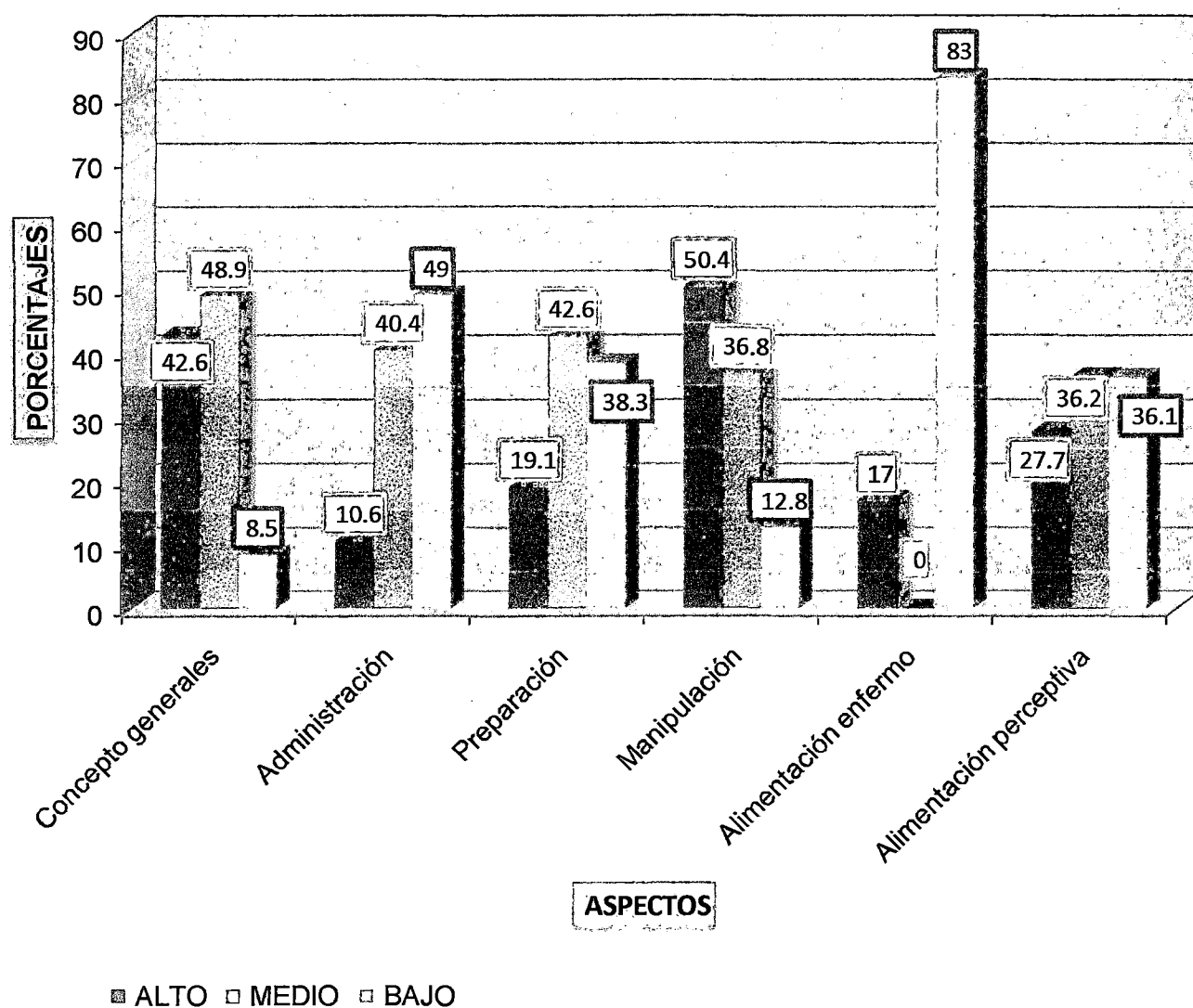
En el cuadro N° 2.1 se manifiesta que del total de las madres encuestadas el nivel de conocimiento es medio, principalmente en las áreas de conceptos generales (48.9%), preparación (42.6%) y la alimentación perceptiva (36.2%); por otro lado el conocimiento es bajo con respecto al niño enfermo,

donde un 83% de las madres desconoce esta práctica. Sólo se observa un conocimiento alto con respecto manipulación de los alimentos, alcanzando un 50.4%.

GRÁFICO N° 2.1

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE SEGÚN LOS ASPECTOS DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL NIÑO DE 6 – 12 MESES,

C.S. MÁRQUEZ – CALLAO. FEBRERO, 2011



Fuente: Cuadro N° 2.1

CUADRO N° 3

VARIACIÓN DE LA CURVA PONDERAL DEL NIÑO

DE 6 – 12 MESES, C.S. MÁRQUEZ – CALLAO

FEBRERO, 2011

VARIACIÓN DE LA CURVA PONDERAL	N	%
Ascendente	19	40.4
Horizontal	26	55.3
Descendente	2	4.3
TOTAL	47	100.0

Fuente: Entrevista realizada a las madres de los niños de 6 a 12 meses que asisten al C.S. Márquez – Callao, 2011.

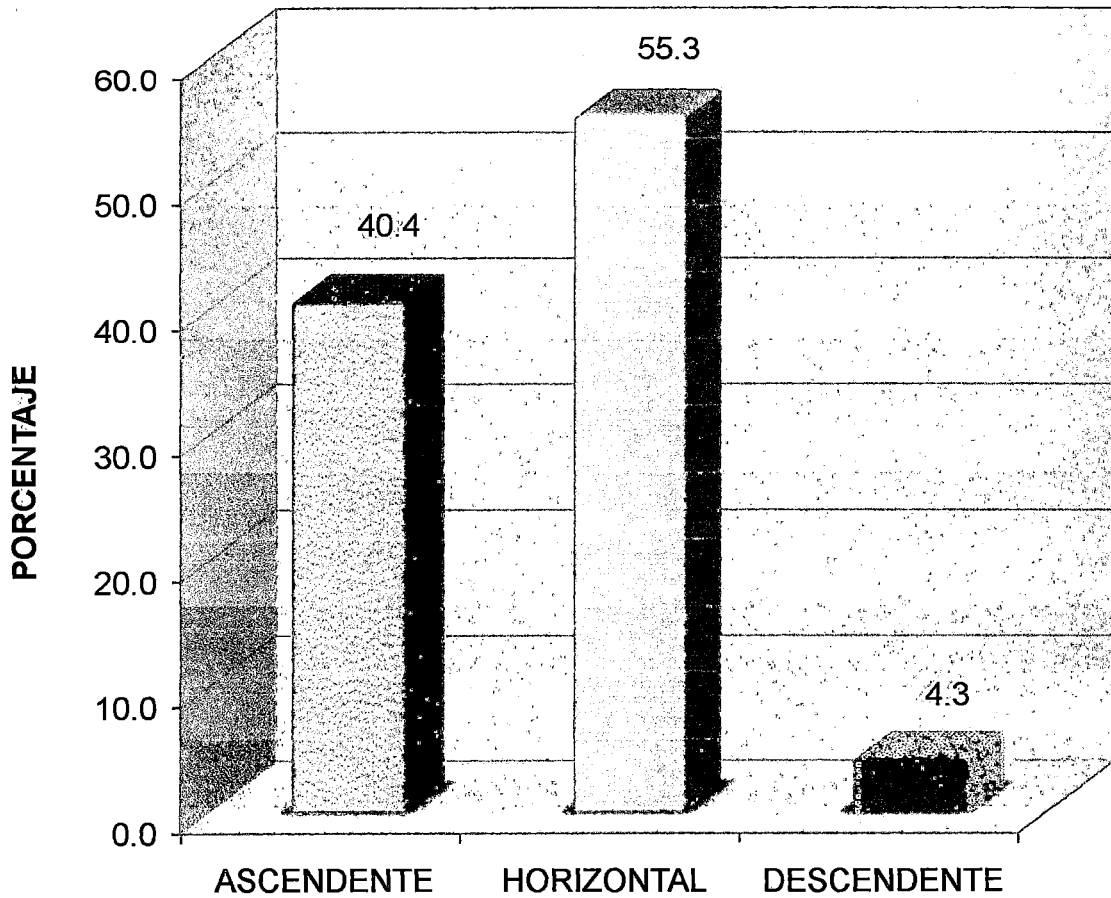
En el cuadro N° 3 se muestra que el 40.4% de los niños de las madres encuestadas presentan una variación de la curva ponderal ascendente (19 niños), el 55.3% presentan una variación de la curva ponderal horizontal (26 niños) y el 4.3 % presentan una variación de la curva ponderal descendente (2 niños).

GRAFICO N° 3

VARIACIÓN DE LA CURVA PONDERAL DEL NIÑO

DE 6 – 12 MESES, C.S. MÁRQUEZ – CALLAO

FEBRERO, 2011



VARIACIÓN DE LA CURVA PONDERAL

Fuente: Cuadro N° 3

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

La edad comprendida entre 6 meses y un año constituye una ventana crítica en el desarrollo integral del niño (desarrollo cognitivo, emocional y social), influenciada principalmente por la inclusión de un nuevo régimen alimenticio denominado "alimentación complementaria", constituyéndose en una nueva etapa, no solamente para el niño, sino también para la madre. La alimentación complementaria asume nuevos retos para la madre, ya que ella como cuidadora directa del niño, debe poseer y/o adquirir conocimientos adecuados, óptimos, completos y coherentes sobre este nuevo régimen alimenticio, con la finalidad de prevenir complicaciones en el crecimiento y desarrollo del potencial humano del niño. Si los conocimientos que posee la madre sobre la alimentación del niño son adecuados, ésta se verá reflejada en un aumento gradual y progresivo de la curva ponderal del niño, indicando su correcto crecimiento y desarrollo. Es así que la presente investigación encontró que existe una relación significativa ($p=0.004$) entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y la variación de la curva ponderal del niño de 6 – 12 meses, donde más de la mitad de las madres encuestadas presentaron un nivel de conocimiento medio con tendencia a un nivel bajo, la cual se reflejó en una curva ponderal horizontal de sus niños, representando casi el 60% del total de la muestra seleccionada.

En relación al **nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria**, se observó que casi el 60% de las madres presentan un nivel de conocimiento medio y más de la cuarta parte un nivel de

conocimiento bajo, resultados similares a lo obtenido por Cárdenas Lourdes ⁽¹⁴⁾ que encontró que el 58.2% de las madres encuestadas tienen un conocimiento medio y 32.7% un nivel bajo; y Barba Horacio ⁽¹⁶⁾ que encontró que el 14.9% de las madres poseían un conocimiento inadecuado. Pero, estos resultados difieren de lo obtenido por Cazón Sonia ⁽¹⁰⁾, quién en su estudio encontró que el 80% de madres poseían una información adecuada sobre este tema; y Benites Jenny ⁽¹⁷⁾ encontró que casi el 50% de las madres poseían un nivel de conocimiento alto sobre alimentación complementaria.

Además, los resultados obtenidos en esta investigación no corroboran lo manifestado en la literatura, donde la madre debe poseer conocimientos objetivos, coherentes y uniformes que deben ser adquiridos y reforzados en la consejería brindada por la enfermera en el consultorio de CRED y reflejados en adecuadas prácticas de alimentación.

Para un mejor análisis sobre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria, ésta se puede dividir en los siguientes aspectos:

- ↳ En relación a los **conceptos generales**: Se observa que las madres poseen un nivel de conocimiento medio con tendencia a bajo, donde se resalta el desconocimiento con respecto a los objetivos de la alimentación complementaria (Anexo 8), mostrando que el 57.47% de las madres no conocen cuales son dichos objetivos que, según la literatura, su conocimiento es importante porque va a orientar las acciones de la madre, basándose no sólo en cubrir las necesidades nutricionales del niño, sino

también en favorecer su interrelación con él y generar sus hábitos alimenticios; por lo tanto, su importancia radica en los beneficios que se crea para ambos con proyección al futuro.

↳ En relación a su **administración**: Se observa que casi la mitad de las madres poseen un conocimiento bajo con tendencia a un conocimiento medio.

Uno de los puntos resaltantes en este aspecto (Anexo 9) está en relación a la **continuación de la leche materna** y su **cantidad** a administrar, donde casi el 50% de las madres no conocen hasta que edad debe lactar el niño y en que cantidad, suprimiéndole la leche materna al inicio de la alimentación complementaria o dándoles de lactar hasta el año en cantidades inferiores suprimiéndola a partir de esta edad. Este resultado difiere de lo obtenido por Begazo José ⁽¹⁹⁾ en donde los niños evaluados superaban los 20 meses de lactancia materna. Según la OMS, se recomienda ofrecer leche materna hasta los dos años en forma frecuente y a demanda (toma mínima de cinco veces al día), ya que su aporte sigue siendo importante, brindando contenidos altos de vitaminas, proteínas y grasas, protegiendo contra las enfermedades infecciosas y ayudando el desarrollo cognitivo.

Con respecto al **inicio** de la alimentación complementaria, el 78.72% lo hizo a los 6 meses, resultado que es similar a lo obtenido por Zuleta Clara ⁽¹¹⁾, Sáenz María ⁽¹²⁾ y Begazo José ⁽¹⁹⁾ en sus estudios de investigación, resultados que difieren de lo obtenido por Núñez Julia donde el 53.3% de los niños comenzaron a comer alrededor de los 3 y 5 meses de edad. A partir de los 6 meses se debe introducir otros alimentos diferentes a la leche materna debido a que esta ya no cubre las necesidades nutricionales

del niño, y su postergación puede generar deficiencias en el crecimiento del niño de manera holística; por el contrario si ésta es introducida a temprana edad, se genera una serie de dificultades a nivel renal, digestiva, sensorial, motriz e inmune debido a su inmadurez que sólo se alcanza alrededor de los 6 meses.

Otro aspecto también resaltante es referente a la **cantidad** de alimentos brindados, donde el 74.47% no administra una cantidad adecuada de alimentos según la edad del niño. Resultados similares obtuvieron los investigadores Cárdenas Lourdes ⁽¹⁴⁾ y Benites Jenny ⁽¹⁷⁾, donde el 74.55% y 49% de las madres respectivamente desconoce este aspecto; el cual difiere de Barba Horacio ⁽¹⁶⁾ donde casi el 60% de las madres conoce la cantidad adecuada de alimentos que se debe brindar. Los lactantes aumentan gradualmente la aceptación de las comidas mediante un incremento lento de la cantidad que acepten. Dicha cantidad está establecida de acuerdo a la edad que posee el niño y que se ha definido según la capacidad gástrica de él, por lo tanto su ingesta inadecuada puede provocar en él un exceso o déficit (desnutrición) de peso, la cual éste último puede causar más daño en el niño menor de una año afectando primordialmente al área cognitiva.

Por último, otro aspecto resaltante dentro de la administración de los alimentos, está en base a la **frecuencia** de alimentación, donde el 68% de las madres no conoce cual es el número de veces que debe alimentar al niño según su edad. Resultados semejantes encontraron Cruz Yesmina y Zuleta Clara, donde la mayoría de las madres brindan alimentación a sus niños 3 veces al día sin considerar la edad. El número de comidas que se

ofrece al niño durante el día depende de la energía requerida por éste, la cual varía según su edad, aumentándose de manera gradual y progresiva; empezando a los 6 meses con 2 comidas y terminando al año con 5 comidas al día. El aumento en la cantidad de veces en un niño que recién empieza a comer lo puede conducir la obesidad o sobrepeso a futuro; por el contrario, si ésta se administra pocas veces puede que no se cubra las necesidades nutricionales, convirtiéndolo en un niño desnutrido.

↳ En relación a su **preparación**: Se observa que casi el 80% de las madres poseen un conocimiento entre medio y bajo. Dentro de este aspecto (Anexo 10), la **consistencia** al preparar los alimentos es inadecuado, donde el 61.70% no conoce sobre como dar los alimentos al niño según edad; datos similares obtuvieron Barba Horacio donde el 94% de la madres brindan de manera inadecuada los alimentos; y Cruz Yesmina donde las madres dan comidas acuosas (sopas) o sólidas sin aumentos graduales en la consistencia. Estos resultados difieren de lo que obtuvo Cárdenas Lourdes donde el 72.73% brinda comidas de consistencia adecuada. A medida que el niño crece aumenta su desarrollo psicomotriz permitiéndole una mejor deglución de los alimentos, los cuales van aumentando de consistencia de manera gradual y progresiva, empezando a los 6 meses con comidas aplastadas, a los 7 – 8 trituradas, a los 9 -11 en trozos y a los 12 la consistencia de propia de la comida familiar. Si los alimentos no se brindan según la secuencia cronológica, pueden ocasionar en el niño problemas como atragantamiento, dificultad para masticar, saciedad temprana, entre otros, los cuales pueden ser perjudiciales para su salud.

Otro aspecto de gran controversia y duda en las madres es la **inclusión del pescado y huevo** a la dieta del niño, inclusión que casi el 60% de las madres desconoce. Según la Consejería Nutricional 2010, la inclusión de estos alimentos debe darse a partir de los 6 meses, sólo postergándose su administración hasta el año en caso de presentar un cuadro alérgico o por la presencia de antecedentes familiares. En este sentido, se observa que la mayoría de las madres no son informadas adecuadamente haciendo su inclusión tardíamente.

Con respecto a las frutas que se debe incluir, se observa que el 87.23% desconoce la adecuada **inclusión de los cítricos** a la dieta del niño. Muchas de las madres encuestadas referían que no incluía la naranja ni la mandarina en la dieta del niño porque producía alergias y además porque el personal de salud le había informado de esa manera. Según la literatura, se debe incluir la naranja y mandarina a la dieta del niño porque poseen vitamina A y C, el cual este último ayuda a fijar el hierro proveniente de las comidas; por el contrario las frutas que no se debe a dar hasta el año es la fresa y melocotón.

Otro punto resaltante es la **inclusión del azúcar** en las comidas, donde el 97.8% de las madres desconocen de esta práctica. La dieta del bebé tiene un aporte adecuado de hidratos de carbono, por lo tanto debe brindarse los alimentos en su estado natural, limitando la predisposición por los dulces a futuro, eliminando la causa de la caries dental.

Por último, con respecto al **tipo de bebidas** que se brinda al niño, el 46% de las madres no conoce sobre las bebidas adecuadas que el niño debe ingerir; resultados similares obtuvo Ávila Gustavo ⁽¹³⁾, donde el 31% de las

madres brindaban líquidos inadecuados tales como té o café. La ingesta correcta de líquidos está a base de agua y jugo de frutas, evitándose las infusiones o bebidas prohibidas como gaseosas o refrescos en sobre, las cuales contienen compuestos que evitan la absorción de los nutrientes provenientes de la dieta.

↳ En relación a la **manipulación** de los alimentos: Se observa que 51% de las madres poseen un conocimiento alto y un 36% un conocimiento medio. Con respecto a este aspecto (Anexo 11), el dato resaltante está en base a las prácticas de higiene, donde el 61.7% de las madres conoce su correcto manejo. Dichos resultados son similares a lo obtenido por Cárdenas Lourdes y Barba Horacio, quienes encontraron que las madres tenían un conocimiento adecuado en las prácticas de higiene en un 81.82% y 76.1% respectivamente; en contraposición a lo encontrado por Cruz Yesmina, donde el 75% de las madres realizaban inadecuadas prácticas de higiene. El conocimiento de las madres sobre las adecuadas prácticas de higiene ayudan a evitar infecciones principalmente las enfermedades diarreicas contraídas por agua y alimentos contaminados o por el inadecuado lavado de las manos de la madre.

↳ En relación a la **alimentación del niño durante la enfermedad**: Se observa que el 82.98% de las madres poseen un conocimiento bajo de alimentación cuando el niño está enfermo, brindando alimentos de poco aporte nutricional como la sopa, siendo este el principal causante de que el niño no recupere su peso rápidamente y restablezca su salud. Las enfermedades infecciosas son muy frecuentes en los primeros 2 años de vida siendo este periodo el de mayor riesgo de desnutrición donde en

algunos casos la enfermedad puede disminuir el apetito, por este motivo es necesario continuar con el aporte de energía y demás nutrientes para prevenir la pérdida de peso y evitar la desnutrición, para ello se brinda los mismos alimentos de siempre en pequeñas cantidades y en mayor frecuencia en compañía de abundantes líquidos y leche materna.

↳ En relación a la **alimentación perceptiva** del niño: Se observa que el 37% de las madres posee un conocimiento medio y bajo respectivamente con respecto a este tema; en el cual destaca principalmente que la madre no conoce sobre el adecuado entorno de alimentación en un 57.45% (Anexo 12), brindando los alimentos en cualquier lugar y siendo estos ambientes llenos de distractores especialmente de los programas emitidos por televisión. Al brindar los alimentos se debe crear un ambiente tranquilo y agradable, en lo posible libre de tensiones, juegos y elementos de distracción como la televisión; ya que esto permite generar nuevos hábitos alimenticios en el niño y crea una interrelación estrecha entre el niño y la madre.

En relación a la **variación de la curva ponderal del niño**, se observó que el 55% de los niños entre las edades de 6 – 12 meses presentaban una curva ponderal estacionaria y un 40.4% una curva ponderal ascendente, este último puede ser justificado debido al exceso referente a la cantidad y frecuencia de los alimentos que la madre brinda al niño siendo éstos inadecuados según lo correspondiente a su edad. La curva ponderal constituye una herramienta de medición y es un indicador de la situación del niño en relación a la edad cronológica, donde su registro secuencial del peso constituye el método más adecuado para detectar desviaciones del crecimiento variando en tres

maneras: ascendente, que indica que el crecimiento es bueno; horizontal que indica posible riesgo de desnutrición necesitando una mejor seguimiento; y descendente que implica demasiado peligro. Después de los 6 meses, el aporte de la leche materna no cubre las necesidades nutricionales del niño, por lo tanto ésta debe ser complementada con alimentos adecuados y nutritivos que la madre debe brindar y que su efecto será evidenciado en una curva ascendente, la cual será un indicador de óptima salud.

Por lo tanto, se observa que existe una serie de conocimientos inadecuados en relación a la alimentación complementaria, conocimientos erróneos que siguen sucediendo a lo largo de los años (reflejados en trabajos anteriores) y que no han sido subsanados por el profesional de enfermería, quién es el que brinda la atención integral al niño menor de un año cada mes a través de los controles de Crecimiento y Desarrollo, en donde debe brindar la consejería nutricional proporcionando los conocimientos adecuados sobre alimentación complementaria y corrigiendo los conocimientos erróneos; cuyos resultados de la efectividad de esta educación serán medidos a través de la curva pondera ascendente que debe mostrar el niño.

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

CONCLUSIONES

La presente investigación, basado en sus objetivos, obtuvo las siguientes conclusiones:

- ▶ Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y la variación de la curva ponderal del niño de 6 a 12 meses que acude al consultorio de crecimiento y desarrollo ($p=0.004$).
- ▶ El nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementario es de nivel medio en su mayoría (57.4%) con tendencia a un nivel bajo (27.7%).
- ▶ Entre los aspectos de la alimentación complementaria, la madre posee un conocimiento alto en relación a la manipulación de los alimentos (50.4%); mientras que los puntos críticos de conocimiento (nivel bajo) se encuentran con respecto a su administración (49%), alimentación durante la enfermedad (83%) y la alimentación perceptiva (36.1%).
- ▶ La variación de la curva ponderal de los niños refleja una tendencia de lo horizontal (55.3%) a lo ascendente (40.4%) en la mayoría de los casos.

RECOMENDACIONES

- Realizar estudios de investigación respecto a los factores que intervienen en el conocimiento de la madre durante la alimentación complementaria.
- Realizar estudios con enfoques cualitativos para determinar variables influyentes en el estado nutricional del niño y en las actitudes de las madres hacia la práctica adecuada de alimentación complementaria.
- El profesional de enfermería debe implementar nuevas estrategias de educación sobre alimentación complementaria, donde se informe a la madre de manera simple, clara, didáctica y comprensiva sobre qué, cómo, dónde y cuándo se deben dar los alimentos según la edad del niño.
- Se debe organizar cursos de capacitación y actualización permanente en el profesional de enfermería sobre alimentación complementaria, con la finalidad de brindar un conocimiento actualizado de las nuevas tendencias en la nutrición del niño y así mejorar la consejería nutricional impartida en los consultorios de crecimiento y desarrollo de las instituciones sanitarias del primer nivel de atención en salud.
- La información brindada por los profesionales de salud sobre la alimentación complementaria hacia las madres deben poseer un carácter unificado y acorde con las nuevas tendencias y tecnologías impuestas por el organismo rector en salud en materia de nutrición infantil, y de esta manera poder brindar información correcta y poder evitar confusiones y dudas en las madres, distorsionando las adecuadas prácticas de alimentación.

- Con respecto al Centro de Salud, se debe implementar una nueva estrategia de educación basada en la realización de talleres demostrativos y redemostrativos de alimentación, la cual debe estar destinada a toda madre cuyo niño(a) va a iniciar la alimentación complementaria; siendo esta en base a los recursos disponibles que posee ella.

LIMITACIONES

La limitación de la presenta investigación está dado a que las conclusiones solo pueden ser generalizadas en la población de estudio.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- (1) NUTRINET.ORG. (n.d) **La desnutrición un problema mundial y actual**. Consultado del 28 de Julio del 2010, de:
<http://rdominicana.nutrinet.org/areas-tematicas/materno-infantil/74-la-desnutricion-un-problema-mundial-y-actual>
- (2) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2007). **Estadísticas Sanitarias Mundiales**. Consultado el 02 de Agosto, de:
http://www.who.int/whosis/whostat/WHS2007Sp_Parte1.pdf
- (3) VILLALVILLA, X. (2009). **Desnutrición infantil: los efectos de un problema mundial. Las causas van más allá de una mala alimentación**. Consultado el 02 de Agosto del 2010, de:
<http://www.clavesocial.com/desnutricion-infantil-los-efectos-de-un-problema-mundial.html>
- (4) CENTRO NACIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN. (2009). **Sistema de información del estado nutricional (SIEN) / Desnutrición crónica y anemia 2009**. Lima-Perú. Editorial MINSAs.
- (5) INEI – ENDES (2009). **Indicadores de Salud y Nutrición/Informe Primer Semestre 2009**. Lima –Perú. Editorial MINSAs
- (6) UNICEF/ INS. (2008). **Estado de la Niñez en el Perú**. Lima – Perú. Primera edición

- (7) GARCÍA, Julio. (2010). **Situación del estado nutricional del niño y niña menor de 5 años.** IV Jornada Científica de Nutrición. DIRESA - Callao
- (8) GUERRA, Jesús (2010). **Estrategias para la prevención de la Anemia nutricional.** IV Jornada Científica de Nutrición. DIRESA - Callao
- (9) CRUZ, Yesmina y otros. (2010). **Lactancia materna, alimentación complementaria y malnutrición infantil.** Bolivia
- (10) CAZÓN, Sonia y otros. (2008). **Conocimientos y prácticas sobre lactancia materna y alimentación complementaria en madres adolescentes con niños menores de 2 años en la comunidad de San Andrés.** Bolivia
- (11) ZULETA, Clara. (2008). **Percepciones, conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en comunidades rurales de Huehuetenango y Chimaltenango.** Guatemala
- (12) SÁENZ, María y otros. (2007). **Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá.** Colombia
- (13) ÁVILA, Gustavo y otros. (2001). **Conocimientos y prácticas sobre Nutrición Infantil, Enfermedades Diarreicas y Respiratorias en Lempira.** Honduras

- (14) CÁRDENAS, Lourdes. (2009). **Relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 meses a 24 meses que acuden al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita. Lima**
- (15) JIMÉNEZ, Cesar. (2008). **Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Fortaleza. Lima**
- (16) BARBA, Horacio. (2008). **Características de la alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal que acude a la estrategia sanitaria de crecimiento y desarrollo de niño sano del Centro de Salud Fortaleza. Lima**
- (17) BENITES, Jenny. (2007). **Relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que asisten al Consultorio de CRED, en el C.S. Conde de la Vega Baja. Lima**
- (18) GÓMEZ, Betty. (2006). **Nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria para la prevención de anemia en lactantes internados en el Servicio de Pediatría del Hospital Es Salud en San Juan de Lurigancho. Lima.**
- (19) BEGAZO, José. (2006). **Factores determinantes de desnutrición infantil en niños menores de 2 años de edad de la provincia de el Collao. Puno**

- (20) NÚÑEZ, Julia. (2006). **Factores que influyen en el inicio de la alimentación complementaria en el niño menor de 1 año en el Consultorio de CRED del Instituto Especializado Materno Perinatal.** Lima
- (21) **Epistemología - Teoría del conocimiento** (n.d). Consultado el 10 de setiembre, de: <http://www.monografias.com/trabajos/epistemologia2l>
- (22) **Historia de la filosofía/Filosofía Clásica/Kant/El saber en Kant.** (n.d). Consultado el 10 de setiembre, en:
[http://es.wikibooks.org/wiki/Historia_de_la_filosof%C3%](http://es.wikibooks.org/wiki/Historia_de_la_filosof%C3%9A)
- (23) HERNÁNDEZ, María. (2006). **Alimentación complementaria.** Curso de Actualización/Pediatría. Madrid-España. Editorial AEPap

BIBLIOGRAFÍA

- CENTRO NACIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN. (2004). **Lineamientos d Nutrición Materno Infantil del Perú.** Lima – Perú. MINSA/INS
- CERECEDA, María del Pilar. (2008). **Dietética de la teoría a la práctica: alimentación en las diferentes etapas de la vida.** Lima-Perú, UNMSM.
- DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD (2004). **Lineamientos técnico normativos para la promoción de alimentación y nutrición saludable.** Lima – Perú. MINSA
- DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. (2006). **Modelo de Abordaje de promoción de la salud. Acciones a desarrollar en el eje temático de Alimentación y Nutrición Saludable.** Lima – Perú. MINSA
- HERNÁNDEZ, María. (2006). **Alimentación complementaria.** Curso de Actualización/Pediatría. Madrid-España. Editorial AEPap
- MARRINER, Ann y otros (2003). **Modelos y teorías de Enfermería.** España, 5° edición. Editorial Elseiver S.A
- MEDRANO, Mery y otros. (2002). **Guía de atención para el menor de 5 años.** Lima – Perú. Editorial Grafitec.
- MINISTERIO DE SALUD (2006). **Norma técnica de Atención Integral de Salud Del Niño.** Lima - Perú. MINSA

- MINISTERIO DE SALUD (2006). **Reglamento de Alimentación Infantil.**
Lima – Perú. 1° Edición. Editorial Ebra.
- MINISTERIO DE SALUD (2009). **Norma técnica de Salud para la Evaluación de Crecimiento y Desarrollo del Niño(a) meno de 9 años.**
Lima – Perú
- MINISTERIO DE SALUD (2010). **Consejería nutricional. En el marco de la atención de salud materno – infantil.** Lima – Perú. Editorial MINSA.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2009). **Alimentación y nutrición del niño pequeño.** Washington, D.C. OPS
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2003). **Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado.** Washington D.C. Editorial OPS
- PINEDA, Elia y otros (2008). **Metodología de la Investigación.** Washington, D.C. 3° Edición. OPS
- WONG, Donna. (1995). **Enfermería Pediátrica.** Madrid-España, 4° Edición, Editorial Mosby/Doyma Libros

FUENTES ELECTRÓNICAS:

- CORONEL, R. (2007). **La alimentación complementaria en el lactante.**
Consultado el 11 de setiembre en:
http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Alimentacion_complementaria_lactante.pdf

- **Alimentación complementaria del lactante.** (2007), Consultado el 11 de Setiembre del 2010, en:
<http://www.uji.es/bin/serveis/prev/prodserv/salut/alim.pdf>

- **La alimentación de los niños de más de seis meses** (2008). Consultado de 11 de Setiembre del 2010, de:
<ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/008/y5740s/y5740s11.pdf>

- **Definición del conocimiento.** (n.d). Consultado el 9 de Setiembre del 2010, de: <http://definicion.de/conocimiento/>

- **Conocimiento.** (n.d). Consultado el 9 de Setiembre del 2010, de:
es.wikipedia.org/wiki/Conocimiento

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado	105
Anexo 2: Cuestionario.....	106
Anexo 3: Determinación del tamaño de la muestra	110
Anexo 4: Prueba Binomial.....	111
Anexo 5: Prueba de Confiabilidad.....	112
Anexo 6: Escala de Estaninos.....	113
Anexo 7: Prueba de significancia estadística Chi-cuadrado.....	114
Anexo 8: Nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria en los conceptos generales, C.S. Márquez – Callao. Febrero, 2011	115
Anexo 9: Nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria en la administración de los alimentos, C.S. Márquez – Callao. Febrero, 2011	115
Anexo 10: Nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria en la preparación de los alimentos, C.S. Márquez – Callao. Febrero, 2011	116
Anexo 11: Nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria en la manipulación de los alimentos, C.S. Márquez – Callao. Febrero, 2011	117
Anexo 12: Nivel de conocimiento de la madre sobre la alimentación perceptiva durante la alimentación complementaria, C.S. Márquez – Callao. Febrero, 2011	117
Anexo 13: Cuadros Estadísticos	118

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente trabajo de investigación titulado "Relación entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y la variación de la curva ponderal del niño de 6 a 12 meses que acuden al consultorio de CRED, en el C.S. Márquez", es realizado por Cyntia Sánchez Barrios, egresada de la carrera Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional del Callao, con el objetivo de determinar la relación de los conocimientos sobre alimentación complementaria con la variación de la curva ponderal del niño, a fin de poder brindar un marco referencial al centro de salud y se pueda reformular las estrategias de educación a la madre correspondiente a este tema. Si acepta participar de este estudio, tendrá que responder objetivamente un cuestionario ANÓNIMO de 27 preguntas contando con un tiempo aproximado de 30 minutos. Habiendo sido informada de los fines de este estudio:

Yo _____

Acepto voluntariamente mi participación en este estudio y estoy dispuesta a responder todas las preguntas del cuestionario, teniendo la confianza plena de que la información que se vierta será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confió en que la investigadora utilizará adecuadamente dicha información asegurándome de la misma confidencialidad. Así mismo, si tengo alguna duda me podré comunicar al número celular 999554701 propio de la autora. Al firmar este documento, doy mi consentimiento de participar en este estudio como voluntario.

FIRMA

ANEXO 2



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CÓDIGO		

CUESTIONARIO

I. PRESENTACIÓN

Sra. Buenos días, soy Cyntia Sánchez Barrios, Egresada de Enfermería de la Universidad Nacional del Callao y estoy realizando una investigación con el objetivo de obtener información sobre el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación complementaria y su relación con la variación de la curva ponderal. Este cuestionario es ANÓNIMO y confidencial, le agradecemos de antemano su colaboración.

II. INSTRUCCIONES

Lea detenidamente cada pregunta, responda o marque con un aspa (x) la respuesta correcta y según la edad de su niño.

III. DATOS GENERALES

- Datos de la Madre:

- Edad:años
- Grado de instrucción:
 - Sin instrucción ()
 - Primaria ()
 - Secundaria ()
 - Técnica ()
 - Universitario ()
- Lugar de procedencia:
 - Costa ()
 - Sierra ()
 - Selva ()
- Número de hijos:

- Datos del Niño:

- Edad del niño:.....meses
- Peso actual:.....(Kg) Peso anterior:.....(Kg)
- Sexo: Masculino () Femenino ()

IV. PREGUNTAS:

1. ¿Qué entiende usted por alimentación complementaria?
 - a) Dar al niño sólo leche materna.
 - b) Dar sopitas al niño.
 - c) Empezar a dar alimentos más leche materna.
 - d) Empezar a dar alimentos y dejar de dar la leche materna.

2. ¿Cuáles son los objetivos de la alimentación complementaria?
 - a) Cubrir las necesidades nutricionales del niño.
 - b) Favorecer la interrelación madre – hijo.
 - c) Generar hábitos saludables de alimentación.
 - d) Todas las anteriores

3. ¿Hasta qué edad se debe dar leche materna una vez iniciada la alimentación complementaria?
 - a) Hasta los 6 meses.
 - b) Hasta el año de edad.
 - c) Hasta el año y medio (18 meses).
 - d) Hasta los 2 años.

4. ¿Cuántas veces al día debe tomar la leche materna durante la alimentación complementaria?
 - a) 1-2 veces
 - b) 3-4 veces
 - c) 5 veces a más
 - d) No debe ingerir.

5. ¿A qué edad se debe iniciar en dar de comer al niño, aparte de la leche materna?
 - a) 4 meses a menos
 - b) 5 meses
 - c) 6 meses
 - d) 7 meses

6. Según la edad actual de su niño ¿Qué cantidad de comida en cucharadas se le debe dar de comer?
 - a) 2 - 3 cucharadas (1/4 de plato mediano)
 - b) 3 - 5 cucharadas (1/2 de plato mediano)
 - c) 5 - 7 cucharadas (3/4 de plato mediano)
 - d) 7 – 10 cucharadas (1 de plato mediano)

7. Según la edad actual de su niño ¿Cuántas veces al día se le debe dar de comer?
 - a) 2 veces
 - b) 3 veces
 - c) 4 veces
 - d) 5 veces

8. ¿Qué tipo de preparación de alimentos se debe dar al niño al inicio de la alimentación complementaria, aparte de la leche materna?
 - a) sopas
 - b) purés, papillas, mazamorras
 - c) sopas y jugos
 - d) comida de la olla familiar

9. Según la edad actual de su niño ¿Cómo se le debe dar los alimentos?
 - a) Licuados.
 - b) Aplastados.
 - c) Triturados.
 - d) Picados (En trozos).

10. ¿Con qué frecuencia se le debe dar los alimentos de origen animal (como carnes, sangrecita, hígado, huevo, pescado)?
- | | |
|----------------|------------|
| a) Diario. | c) Semanal |
| b) Interdiario | d) Mensual |
11. ¿A partir de qué edad se le debe empezar a dar el pescado?
- | | |
|------------------|-------------------|
| a) A los 6 meses | c) A los 12 meses |
| b) A los 9 meses | d) A los 15 meses |
12. ¿A partir de qué edad se le debe dar el huevo?
- | | |
|------------------|-------------------|
| a) A los 6 meses | c) A los 12 meses |
| b) A los 9 meses | d) A los 15 meses |
13. ¿Con qué frecuencia se debe dar las frutas y verduras al niño?
- | | |
|----------------|------------|
| a) Diario. | c) Semanal |
| b) Interdiario | d) Mensual |
14. ¿A qué edad se le debe dar la avena y el pan al niño?
- | | |
|------------------|---------------------|
| a) A los 6 meses | c) 9 -10 meses |
| b) 7 - 8 meses | d) A partir del año |
15. ¿Qué frutas NO se debe dar al niño al inicio de la alimentación complementaria por la posibilidad de producir alergias?
- | | |
|-----------------------|---------------------|
| a) Naranja, mandarina | c) Manzana, plátano |
| b) Fresa, melocotón | d) Naranja, fresa |
16. ¿Qué se debe agregar a las comidas, para aumentar la energía en el niño y mejorar la digestión?
- | | |
|--|-----------------------------|
| a) Aceite vegetal, margarina o mantequilla | c) Laxantes naturales |
| b) Manteca. | d) No se debe agregar nada. |
17. ¿Qué condimentos se debe usar para preparar los alimentos del niño?
- | | |
|----------------------|-------------------------------|
| a) Sal | c) Ajinomoto |
| b) Pimienta y comino | d) No usar ningún condimento. |
18. ¿Qué se debe usar para endulzar las mazamorras, papillas y jugos del bebé?
- | | |
|-----------|-------------------------------|
| a) Azúcar | c) Endulzantes naturales |
| b) Miel | d) No usar ningún endulzante. |
19. ¿Qué bebidas se le debe dar al niño durante la alimentación complementaria?
- | | |
|--|------------------------|
| a) Agua y jugo de frutas. | c) Sólo jugo de frutas |
| b) Infusiones (té, manzanilla, anís, etc.) y jugo de frutas. | d) Sólo infusiones. |
20. ¿Qué combinación es adecuada para el almuerzo de su niño?
- | |
|--|
| a) puré + hígado + fruta o jugo de fruta |
| b) puré + hígado + mate de hierba |
| c) puré de papa + jugo de fruta |
| d) sopa o caldo + jugo de frutas |

21. ¿Qué prácticas de higiene se debe seguir al preparar los alimentos?
- Retirarse los anillos, sujetarse el cabello y lavarse las manos.
 - Lavarse las manos y sujetarse el cabello.
 - Usar alcohol gel sin necesidad de lavarse las manos.
 - Sólo lavarse las manos
22. Para el mantenimiento y manipulación de los alimentos, que se debe hacer.
- Mantener tapados los alimentos y servirlos en platos limpios y secos.
 - Mantener la comida refrigerada y servir en un plato recién lavado.
 - Si la comida se encuentra en lugar fresco no es necesario taparlo y se sirve en un plato limpio.
 - Se mantiene la comida tapada y para servir la comida se coge los platos por dentro para verificar si están limpios y secos.
23. ¿Qué se debe hacer con los alimentos que deja el niño en el plato?
- Se guarda en un lugar fresco para luego recalentarlo y darle al niño.
 - Se devuelve a la olla para no desperdiciarlo.
 - Lo guarda en la refrigeradora para su conservación.
 - Se elimina la comida sobrante.
24. ¿Cómo debe ser la alimentación complementaria que se brinda al niño cuando está enfermo?
- Sólo sopitas y abundante líquido.
 - Lo mismo de siempre pero en menos cantidades y menor frecuencia.
 - Lo mismo de siempre pero en menor cantidad y mayor frecuencia.
 - Sólo sopitas y leche materna.
25. ¿Si el niño no desea comer, que se debe hacer?
- La madre debe forzar al niño para que termine su comida.
 - Debe hablar con el niño animándolo a comer, sin forzarlo.
 - Debe hablar con el niño y forzarlo a que termine su comida.
 - Ante la primera negativa de comer no debe insistir.
26. ¿Que debe hacer la madre durante la administración de las comidas?
- Dar caricias, masajes y conversar con su niño cantándole y jugando con él.
 - Debe gritar para que el niño tenga miedo y coma su comida.
 - Debe darse la comida sin ningún tipo de conversación para que no se distraiga.
 - Sólo debe conversar con él, diciéndole que coma la comida.
27. ¿Cómo debe ser el lugar donde el niño recibe sus alimentos?
- Debe comer con el televisor prendido para que se distraiga y coma.
 - No debe haber ningún tipo de distracción, solo el niño y la madre.
 - El ambiente debe ser ruidoso para que el niño se distraiga y pueda comer.
 - No importa en que lugar sea, con tal de que el niño coma.

¡GRACIAS!

ANEXO 3

DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para el cálculo de la muestra se apela a la siguiente fórmula:

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

Donde:

- n: Es el tamaño de la muestra.
- N: Es el tamaño de la población de 53 madres que acuden al consultorio de CRED con sus niños de 6 a 12 meses.
- Z: Es el valor correspondiente a la distribución de Gauss de 1.96.
- p: Proporción esperada de la característica a evaluar equivalente a 0.5.
- q: Es 1-p (q = 0.5)
- e: Es el error de muestreo equivalente a 0.05.

$$n = \frac{1.96^2 * 53 * 0.5 * 0.5}{0.05^2(53 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{50.9012}{1.0904}$$

$$n = 47 \text{ madres}$$

ANEXO 4

ANÁLISIS DE CONCORDANCIA (PRUEBA BINOMIAL)

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

ÍTEMS	Nº DE EXPERTOS								VALOR BINOMIAL (p)
	1	2	3	4	5	6	7	8	
¿El instrumento responde al planteamiento del problema?	1	1	1	1	1	1	1	1	0.008
¿El instrumento responde a los objetivos del problema?	1	1	1	1	1	1	1	1	0.008
¿Las dimensiones que se han tomado en cuenta son adecuadas para la elaboración del instrumento?	1	1	1	1	1	1	1	1	0.008
¿El instrumento responde a la operacionalización de las variables?	1	1	1	1	1	1	1	1	0.008
¿La estructura que presenta el instrumento es secuencial?	1	1	1	1	1	1	1	1	0.008
¿Los ítems están redactados en forma clara y precisa?	1	1	1	1	1	1	1	1	0.008
¿El número de ítems es adecuado?	1	1	1	1	1	1	1	1	0.008
¿Los ítems del instrumento son válidos?	1	1	1	1	1	1	1	1	0.008
¿Se debe incrementar el número de ítems?	1	1	1	1	1	1	1	1	0.008
¿Se debe eliminar algunos ítems?	1	1	1	1	1	1	1	1	0.008

Donde:

Favorable = 1

Desfavorable = 0

Si $p < 0.05$; la concordancia es significativa

ANEXO 5

PRUEBA DE CONFIABILIDAD

CÁLCULO DEL COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD

KUDER RICHARSON

PROCEDIMIENTO

Para encontrar el grado de consistencia interna que posee el instrumento se hizo uso del coeficiente de confiabilidad de KUDER RICHARSON (KR20), aplicándose la siguiente fórmula:

$$KR20 = \left(\frac{K}{K-1} \right) \left(1 - \frac{\sum p_i q_i}{S_T^2} \right)$$

- Donde:

K: Numero de ítems del instrumento.

p_i: Proporción de respuestas correctas para cada ítem.

q_i: Proporción de respuestas incorrectas para cada ítem.

p_i q_i: Variación de cada pregunta.

S²_T: Varianza de los puntajes totales.

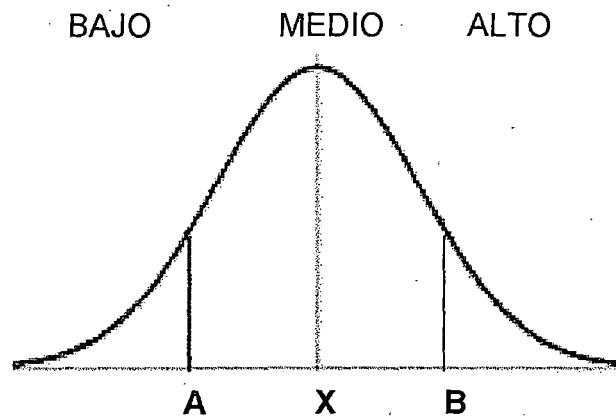
- Reemplazando:

$$KR20 = \left(\frac{27}{27-1} \right) \left(1 - \frac{4.79}{16.91} \right) = 0.75$$

Para que un instrumento sea confiable tiene que ser: $KR20 > 0.6$, por lo tanto el instrumento a utilizar es confiable al tener como **KR20 0.75**.

ANEXO 6

ESCALA DE PUNTUACIÓN DE ESTANINOS PARA LA OBTENCIÓN DE LA VARIABLE NIVEL DE CONOCIMIENTOS



$$A = x - 0.75 (DS)$$

$$B = X + 0.75 (DS)$$

Donde:

X = Media Aritmética

DS = Desviación Estándar

Siendo intervalos:

Alto = $b+1 - MAX$

Medio = $a+1 - b$

Bajo = mínimo - a

Reemplazando

$$a = x - 0.75 (DS)$$

$$a = 15.06 - 0.75 (2.35)$$

$$a = 13.3$$

$$b = x + 0.75 (DS)$$

$$b = 15.03 + 0.75 (2.35)$$

$$b = 16.8$$

Niveles

✓ Conocimiento Alto = 18 - 22

✓ Conocimiento Medio = 14 - 17

✓ Conocimiento Bajo = 0 - 13

ANEXO 7

PRUEBA DE SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA

CHI- CUADRADO (X^2)

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15.480(a)	4	.004
Razón de verosimilitud	20.441	4	.000
Asociación lineal por lineal	13.542	1	.000
N de casos válidos	47		

A 5 casillas (55.6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 30.

↳ El valor de Chi – Cuadrado es igual a 15.480 ($p = 0.004$), por lo tanto se **AFIRMA** la hipótesis planteada en este estudio.

ANEXO 8

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA EN LOS CONCEPTOS GENERALES,
C.S. MÁRQUEZ – CALLAO. FEBRERO, 2011**

CONCEPTOS GENERALES	CONOCEN		NO CONOCEN		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Definición de A.C.	43	91.49	4	8.51	47	100%
Objetivos de la A.C.	20	42.55	27	57.47	47	100%

ANEXO 9

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA EN LA ADMINISTRACIÓN DE LOS ALIMENTOS,
C.S. MÁRQUEZ – CALLAO. FEBRERO, 2011**

ADMINISTRACIÓN	CONOCEN		NO CONOCEN		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Continuación de la lactancia materna	28	59.57	19	40.43	47	100%
Cantidad de ingesta de leche materna	24	51.06	23	48.94	47	100%
Edad de inicio de la A.C.	37	78.72	10	21.28	47	100%
Cantidad	12	25.53	35	74.47	47	100%
Frecuencia	15	31.91	32	68.09	47	100%

ANEXO 10

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN LA PREPARACIÓN DE LOS ALIMENTOS, C.S. MÁRQUEZ – CALLAO. FEBRERO, 2011

PREPARACIÓN	CONOCEN		NO CONOCEN		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Consistencia						
<i>Al inicio de la A.C.</i>	32	68.09	15	31.91	47	100%
<i>Según edad</i>	18	38.30	29	61.70	47	100%
Inclusión de alimentos de origen animal						
<i>Inclusión del huevo</i>	20	42.55	27	57.45	47	100%
<i>Inclusión del pescado</i>	23	48.94	24	51.06	47	100%
<i>Frecuencia</i>	31	65.96	16	34.04	47	100%
Inclusión de los alimentos de origen vegetal						
<i>Inclusión de alim. sin gluten</i>	35	74.47	12	25.53	47	100%
<i>Inclusión de frutas</i>	25	53.19	22	46.81	47	100%
<i>Frecuencia de frutas y verduras</i>	06	12.77	41	87.23	47	100%
Inclusión del aceite	44	93.62	3	6.38	47	100%
Inclusión de la sal	31	65.96	6	34.04	47	100%
Inclusión del azúcar	01	2.13	46	97.87	47	100%
Tipo de bebidas	25	53.19	22	46.81	47	100%
Combinación de los alimentos	33	70.21	14	29.79	47	100%

ANEXO 11

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA EN LA MANIPULACIÓN DE LOS ALIMENTOS,
C.S. MÁRQUEZ – CALLAO. FEBRERO, 2011

MANIPULACIÓN	CONOCEN		NO CONOCEN		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Prácticas de higiene	29	61.70	18	38.30	47	100%
Conservación	36	76.60	11	23.40	47	100%

ANEXO 12

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA MADRE SOBRE LA ALIMENTACIÓN
PERCEPTIVA DURANTE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA,
C.S. MÁRQUEZ – CALLAO. FEBRERO, 2011

ALIMENTACIÓN PERCEPTIVA	CONOCEN		NO CONOCEN		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Interrelación madre hijo						
<i>Ante la negación de comer</i>	30	63.83	17	36.17	47	100%
<i>Forma de administración</i>	36	76.60	11	23.40	47	100%
Entorno	20	42.55	27	57.45	47	100%

ANEXO 13

CUADROS ESTADÍSTICOS

CUADRO N° 1
DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES SEGÚN EDAD
C.S. MÁRQUEZ – CALLAO. FEBRERO 2011

EDAD	N	%
16 - 25	29	42.6
26 - 34	19	40.4
35 -	08	17
TOTAL	47	100

CUADRO N° 2
DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN
C.S. MÁRQUEZ – CALLAO. FEBRERO 2011

Grado de instrucción	N	%
Sin instrucción	-	-
Primaria	4	8.6
Secundaria	34	72.3
Superior	9	19.1
Total	47	100

CUADRO N° 3
DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA
C.S. MÁRQUEZ – CALLAO. FEBRERO 2011

Procedencia	N	%
Costa	38	80.9
Sierra	07	14.9
Selva	02	4.2
Total	47	100

CUADRO N° 4
DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑO SEGÚN EDAD
C.S. MÁRQUEZ – CALLAO. FEBRERO 2011

EDAD	N	%
6	6	12.8
7-8	13	27.7
9 - 11	17	36.2
12	12	25.5
TOTAL	47	100

CUADRO N° 5
DISTRIBUCIÓN DE LOS NIÑOS SEGÚN SEXO
C.S. MÁRQUEZ – CALLAO. FEBRERO 2011

Sexo	N	%
Masculino	23	48.9
Femenino	24	51.1
Total	47	100