

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



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA
EN NIÑOS DE 6 A 11 MESES DEL CENTRO DE SALUD HUANCARAY;
ANDAHUAYLAS – APURIMAC, 2019**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CRECIMIENTO,
DESARROLLO DEL NIÑO Y ESTIMULACIÓN DE LA PRIMERA INFANCIA**

NIEVES MILAGROS ESPINOZA POLICARPO

Callao - 2020

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. ALICIA LOURDES MERINO LOZANO PRESIDENTA
- DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA SECRETARIA
- MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO VOCAL

ASESORA: DRA. ANA ELVIRA YAMUNIQUE MORALES

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 134-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 21 de Agosto del 2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

AGRADECIMIENTO

A la universidad Nacional del Callao, por contribuir a mi desarrollo profesional.

A mis docentes, por compartir sus experiencias adquiridas durante el recorrer de su vida profesional.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO I: DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	7
1.1. Descripción de la situación problemática	7
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	11
1.1. Antecedentes	11
1.1.1. A nivel internacional.....	11
1.1.2. A nivel nacional.....	13
1.2. Bases teóricas.....	15
1.2.1. Teoría de Enfermería: Florence Nightingale	15
1.2.2. Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender	16
1.2.3. Teoría de enfermería transcultural: Madeleine Leininger.....	17
1.3. Marco conceptual.....	18
1.3.1. La alimentación complementaria	18
1.3.2. La alimentación complementaria en entornos comunitarios	20
1.3.3. Características de la alimentación complementaria.....	20
1.3.4. Riesgos de iniciar la alimentación complementaria a destiempo (27).....	23
1.3.5. La desnutrición.....	24
1.4. Definición de términos básicos.....	25
CAPITULO III: PLAN DE INTERVENCIONES.....	27
3.1. Justificación.....	27
3.2. Objetivos	27
3.2.1. Objetivo general.....	27
3.2.2. Objetivos específicos	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es el proceso mediante el cual la madre alimenta a su hijo a través de sus senos, convirtiéndose en su alimento exclusivo durante sus primeros 6 meses de vida ya que contiene todos los nutrientes que el niño necesita para un adecuado crecimiento y desarrollo (1)

A partir del sexto mes de vida, la leche materna ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del niño, por lo que se inicia la etapa conocida como alimentación complementaria, la cual consiste en adicionar alimentos diferentes a la leche materna y que sean nutricionalmente adecuados, hasta que el menor pueda ingresar, de manera progresiva, a una alimentación completa que le permita compartir alimentos sanos con el resto de miembros del hogar.

La etapa de alimentación complementaria es sumamente importante ya que de ella dependerá que el niño desarrolle una adecuada protección contra diferentes enfermedades, la malnutrición y otras complicaciones que podrían afectar su salud a futuro. Así, son las madres y personas a cargo del niño las que emplean sus conocimientos para elegir los alimentos, cantidades, frecuencia, consistencia, etc.

Sin embargo, en la actualidad se aprecia que muchos niños no desarrollan una adecuada etapa de alimentación complementaria, sea porque la leche materna les es retirada anticipadamente o por desconocimiento de las personas a cargo del niño en la selección y preparación de los alimentos. Esto ha ocasionado que existan altas tasas de malnutrición y el inicio de algunas enfermedades, lo que es ocasionado por diversos factores: sociales, económicos, tradicionales, sanitarios, desconocimiento, etc. Esta situación termina por generar efectos contraproducentes tanto para los menores lactantes, ya que los vuelve más vulnerables a contraer distintas enfermedades, para las madres y/o personas a cargo del cuidado del menor que debe redoblar esfuerzos para combatir la malnutrición, así como al mismo sistema de salud que debe hacer frente a las consecuencias que esto acarrea.

Por ello, es relevante tomar en cuenta el primer periodo de la alimentación complementaria, que va desde los 6 a 11 meses de edad, para brindarle al menor una

adecuada alimentación complementaria, pues es durante esta etapa donde todavía se encuentran más protegidos al recibir más atención de los padres y en la mayoría de los casos aún cuentan con la leche materna, por lo que se tiene más herramientas para potenciar una adecuada alimentación complementaria. (2)

En el Centro de Salud de Huancaray, de la provincia de Andahuaylas, en la región Apurímac, se han incrementado los casos de aquellos niños y niñas que entre los 6 y 11 meses de edad han presentado un insuficiente estado de salud, acompañado con un inadecuado desarrollo y peso corporal, despertando una gran preocupación en la comunidad.

Por tanto, el presente informe tiene como finalidad presentar la experiencia del profesional de enfermería a fin de mostrar la intervención de este sector sanitario en la alimentación complementaria de niños lactantes entre 6 a 11 meses en este centro de salud.

Por la relevancia de la problemática, es necesario desarrollar el presente trabajo de investigación, de análisis crítico y reflexivo. Su estructuración está compuesta por capítulos, cumpliendo los tipos de citado y referencia bibliográfica de estilo Vancouver.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

1.1. Descripción de la situación problemática

La leche materna es considerada como la mejor y más importante fuente nutritiva para el niño en sus primeros 6 meses de vida, a tal punto que le otorga seis veces más posibilidades de supervivencia que cualquier otra intervención preventiva (3).

Sin embargo, cuando deja de ser suficiente para atender las necesidades nutricionales de los niños lactantes, se debe añadir alimentos complementarios a su dieta. Durante proceso, que abarca desde los 6 a 24 meses aproximadamente, el niño es muy vulnerable y por ende más propenso a la malnutrición (4).

Además, es necesario tener en cuenta que a partir del sexto mes de vida los niños empiezan a explorar activamente sus alrededores, por lo que están expuestos a todo tipo de microbios, lo cual se acentúa en hogares donde las condiciones sanitarias son muy pobres. Por tanto, el consenso siempre ha sido que la edad apropiada para introducir alimentos complementarios es a los 6 meses de vida (5).

Durante los 6 a 11 meses de vida es recomendable que el niño consuma alimentos de todos los grupos nutricionales en forma progresiva, en pequeñas cantidades y consistencia fácilmente digerible como purés y trozos pequeños, pero evitando en esta etapa los alimentos alérgenos. Esto le permitirá nutrirse adecuadamente y desarrollar su capacidad de deglutir. Esta es una etapa de nutrición que constituye la transición entre los nuevos alimentos bajo una consistencia especial hasta que ya pueda degustar todos los alimentos saludables con el resto de la familia una vez que cumpla el año de edad (6).

Si bien es indispensable que el niño consuma alimentos que complementen su nutrición, no es menos cierto que la alimentación por leche materna debe seguir acompañando su dieta hasta al menos los 2 años.

A pesar de la importancia de la lactancia materna y la alimentación complementaria en esta etapa, a nivel mundial solo un 40% de los lactantes de 0 a 6 meses se alimenta exclusivamente con leche materna, son muy pocos los niños que reciben alimentación complementaria segura y adecuada desde el punto de vista nutricional; inclusive, en muchos países menos de un cuarto de los niños de 6 a 23 meses acceden a una dieta

diversa y comidas apropiadas a su edad. La Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) calcula que si todos los niños de 0 a 23 meses se amamantaran de forma óptima, cada año se podría salvar la vida de al menos 820 000 niños menores de 5 años (7).

A nivel mundial, la malnutrición es responsable del 45% de decesos en niños. Para el año 2015, un 23.5% de niños en todo el mundo padecían de desnutrición crónica y un 6.5% padecía de sobrepeso. En el caso de América Latina y el Caribe, el 11.6% de niños padecían de desnutrición crónica y el 7.1% de sobrepeso, evidenciándose esta última tasa más elevada que el promedio mundial (8).

En nuestro país, de acuerdo a los datos recopilados por el Instituto Nacional de Salud, entre los años 2015 a 2019 ha habido una disminución de la desnutrición crónica en niños menores de 3 años de 16.7% a 14.8%, siendo las regiones más afectadas las de Huancavelica (27.6%), Cajamarca (25%), Loreto (23.3%), mientras que Apurímac se encuentra cerca al promedio nacional (18.7%) (9).

Asimismo, dentro de los años 2015 a 2019 se ha presentado un incremento del sobrepeso de 6.5% en el año 2015 al 7.0% al año 2019, existiendo más incidencia en las regiones de Tacna (11.9%), Callao (10.8%), Lima (10.2%), mientras que Apurímac se encuentra en el penúltimo lugar (3.8%). En cuanto a la anemia, entre los niños de 6 a 35 meses se ha presentado una disminución de 49.8% a 37.0% entre los años 2015 a 2019, siendo las regiones más afectadas las de Ucayali (60.4%), Madre de Dios (55.5%), Cusco (52.7%), estando muy cerca la región Apurímac (45.2%) con algunos casos de anemia moderada. (10)

Por otro lado, un estudio del Instituto Nacional de Salud presentó que la diversidad alimentaria en niños de nuestro país es muy diversa de acuerdo a su edad, sexo, factor socioeconómico, grado de instrucción de la persona jefa de hogar, entre otros.

Así, tenemos que si bien hay menor diversidad alimentaria entre los niños de 6 a 11 meses (62.4%) y los niños de 12 a 23 meses (80.3%), se puede evidenciar también que los niños de 6 a 11 meses son los menos propensos a padecer desnutrición crónica (0.3%), mientras que los niños de 12 a 23 meses presentan ligero incremento (1.1%). En cuanto al género, se aprecia que los niños tienen mayor frecuencia alimentaria (78.5%) que las niñas (72.5%) y se va incrementando a medida que aumenta la edad.

Respecto a la clasificación socioeconómica, se aprecia que los niños en condición de pobreza tuvieron mayor frecuencia de diversidad alimentaria (80.2%), seguidos de los niños no pobres (74.7%) y los niños en extrema pobreza (66.8%).

Algunos de los aspectos más interesantes que concluye el mencionado estudio es que 3 de cada 5 niños peruanos tuvieron diversidad alimentaria mínima de acuerdo a los criterios de la OMS, lo cual puede estar asociado al inicio tardío de la alimentación complementaria (es decir, pasados los 6 meses), la inseguridad alimentaria y el bajo nivel educativo de las madres o las personas cuidadoras de los niños que limitaría su consumo de alimentos. Este último aspecto se condice con el hecho de que la diversidad alimentaria sea mayor en la zona urbana, en Lima Metropolitana y el resto de la costa, y aumenta gradualmente de acuerdo al nivel educativo de la persona jefa de hogar.

Finalmente, se encontró que la edad entre 6 y 11 meses constituye un factor protector para prevenir la desnutrición crónica, posiblemente porque los niños se encuentran protegidos por la extensión de la leche materna y una mayor atención de los padres (2).

Un adecuado estado nutricional del niño le permite un buen desarrollo tanto físico como mental, mejorando su proceso de aprendizaje, ser menos propenso a enfermedades, así como alcanzar un peso y una talla adecuada.

Esta situación, así como los estudios anteriormente mencionados, arrojan que no existen adecuadas prácticas alimentarias dentro del hogar de aquellos niños que requieren alimentación complementaria, situación que puede responder a diversos factores como el grado de instrucción de las personas cuidadoras, el nivel socioeconómico, la debida atención que merece un niño dentro de esta etapa por parte de la persona que lo cuida, etc.

Por este motivo, la OMS ha identificado la adecuada alimentación complementaria no solo depende de la disponibilidad de diversidad de alimentos en el hogar, sino también de las prácticas de las personas cuidadoras, puesto que la alimentación del menor requiere de cuidados y estimulación activa, sobretudo en el periodo de transición de 6 a 11 meses. Por ello, se concluye que las personas a cargo del cuidado del niño necesitan un apoyo especializado para alimentarlos adecuadamente. (4)

Durante el ejercicio de mi profesión como enfermera del Centro de Salud de Huancaray, de la provincia de Andahuaylas en la región Apurímac, he apreciado, tal y como han arrojado también los datos presentados anteriormente, que al iniciar la alimentación complementaria en el sexto mes, los niños y niñas tienden a recibirla de manera inadecuada, lo que trae como consecuencia que adquieran un inadecuado peso, talla y/o enfermedades como desnutrición, sobrepeso o anemia.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes

1.1.1. A nivel internacional

- RAMÍREZ CHÁVEZ J., (2017), en Quetzaltenango, Guatemala, realizó un trabajo titulado: “Prácticas de alimentación complementaria en niños de 6 meses a menores de 2 años, con retardo de crecimiento, en los caseríos de Chuisamayac, Xolquilá y Chinimá, Aldea Tzampoj, Aanta Catarina Ixtahuacán, Sololá, Guatemala. Año 2017”. Tuvo por objetivo Determinar las prácticas de alimentación complementaria que realizan las madres en niños de 6 meses a menores de 2 años con retardo del Crecimiento, de los caseríos de Chuisamayac, Xolquilá y Chinimá, Aldea Tzampoj, Santa Catarina Ixtahuacán Sololá; así como caracterizar los aspectos sociodemográficos de los sujetos estudiados y describir las prácticas de alimentación complementarias del grupo estudiado.

La metodología empleada fue cuantitativa, de diseño descriptivo, de corte transversal; a través de la recolección de datos de manera personal e individual a las madres y cuidadoras de los niños en modalidad administrada, con un universo total de 91 madres de niños de 6 meses a menores de 2 años.

Se concluyó que en relación a las prácticas de alimentación complementaria, la mayoría de las madres tienen practicas inadecuadas pues inicia la alimentación complementaria a sus hijos después de los seis meses, preparan inadecuadamente la consistencia de los alimentos, incorrectamente le dan pecho y comida a sus niños de acuerdo a su edad, le dan pacha y en ella le dan atoles, café y leche de bote; no obstante, de las practicas adecuadas se evidencia que las madres, en un porcentaje mayor, reconocen que siguen dando pecho, le sirven 2 a 3 comidas al día a sus hijos, le sirven refacciones y mantienen adecuadas prácticas de aseo personal y en la preparación de los alimentos. Asimismo, que las madres identifican adecuadamente las vitaminas que entregan en los servicios de salud para administrarlas a sus hijos y tienen una adecuada práctica de llevar el control de talla y peso. (11)

- PADILLA PÉREZ C., (2017), en Barranquilla, Colombia, realizó un trabajo titulado: “Creencias y prácticas de alimentación de los cuidadores de niños y niñas, hacia las intervenciones proporcionadas por el programa de recuperación nutricional con enfoque comunitario RNEC La Boquilla – Cartagena, 2016”. Su objetivo fue determinar las creencias y prácticas de los cuidadores de niños y niñas hacia las intervenciones proporcionadas por el Programa de Recuperación Nutricional con Enfoque Comunitario (RNEC) La Boquilla-Cartagena, 2016; asimismo, caracterizar los aspectos sociodemográficos de los cuidadores (sexo, parentesco, edad, número de hijos, características sociales, nivel educativo), durante el segundo periodo del 2016, relacionar las creencias en la alimentación con los aspectos sociodemográficos de los cuidadores y estudiar las prácticas alimentarias con los aspectos sociodemográficos.

La metodología empleada fue: descriptivo transversal, a partir del levantamiento de información correspondiente a cuidadores que participan en el programa RNEC en La Boquilla-Cartagena, se combinaron diversas fuentes de investigación y fuentes de observación primaria; asimismo, se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada con un universo de todos los cuidadores de los niños y niñas beneficiados del programa RNEC – La Boquilla que suman un total de 55 personas.

Se concluyó que en este grupo de cuidadores predomina el sexo femenino, lo que evidencia la prevalencia del tradicionalismo cultural en este aspecto; asimismo, que los cuidadores consideran que es mejor brindar lactancia materna por más de dos años, las madres primerizas en su mayoría dejan de dar lactancia materna antes del primer año de vida y que consideran que el inicio de la alimentación complementaria es a los 6 meses. Respecto a los tipos de alimentos, se evidencia que se consume mayoritariamente granos y productos, dejando relegado el consumo de proteínas, frutas y leguminosas, y que la dieta líquida es más usual. (12)

- IÑIGUEZ LEÓN J., (2017), en Loja, Ecuador, realizó un trabajo titulado: “Manejo de alimentación complementaria en los lactantes que asisten a consulta externa en el Hospital Universitario de Motupe en el periodo diciembre 2015–septiembre 2016”. Su objetivo fue determinar el manejo de la alimentación complementaria

en los lactantes que asisten a Consulta Externa en el Hospital Universitario de Motupe, determinar la edad a la que inician la alimentación complementaria los niños, estimar el consumo de alimentos en los niños de 6 a 23 meses, establecer las conductas y prácticas de higiene que tienen la madre o persona encargada del cuidado del niño al momento de brindar alimentos y evaluar el estado nutricional de los lactantes mediante indicadores antropométricos.

La metodología empleada fue de tipo cualitativo, descriptivo, transversal, cuya población estuvo constituida por 50 lactantes de 6 a 23 meses que asistieron a Consulta Externa en el Hospital Universitario de Motupe que cumplían con los criterios de inclusión, con una recopilación de datos a través de una encuesta.

Se concluyó que los lactantes entre 6 a 23 meses no tienen un buen manejo de la Alimentación Complementaria puesto que se incumplen con las recomendaciones dadas por el MSP en cuanto a la edad inicio de la AC y el consumo de alimentos, más de los lactantes recibió alimentos diferentes a la leche materna a partir del sexto mes, que un alto porcentaje de lactantes no tiene un consumo adecuado de alimentos pues infringen las recomendaciones en cuanto al tipo de alimentos que deben consumir, el tiempo de contacto con los alimentos nuevos, la frecuencia, cantidad y textura de los alimentos. (13)

1.1.2. A nivel nacional

- ORDOÑEZ ORIHUELA, E.; CASTRO PEREZ, L., (2018), en Huancayo, realizaron un trabajo titulado: "Nivel de conocimiento de las madres de niños de 6 a 11 meses sobre alimentación complementaria en el Puesto de Salud Muqui-Jauja. 2018". Su objetivo fue determinar el nivel de conocimiento de las madres de niños de 6 a 11 meses sobre las características y beneficios de la alimentación complementaria en el puesto de salud Muqui- Jauja 2018; asimismo, identificar el nivel de conocimiento de las madres de niños de 6 a 11 meses sobre las características y beneficios de la alimentación complementaria.

La metodología empleada fue del método científico como método general y el método descriptivo; como método específico. Asimismo, el nivel de investigación fue descriptivo, porque se describió metódica y sistemáticamente las características del problema, para su desarrollo se utilizaron preguntas con

expresiones predictivas que al final comprobó los supuestos planteados en la investigación y el universo de estudio estuvo constituido por 27 madres de niños de 6 a 11 meses de edad que acudieron al consultorio de crecimiento y desarrollo del puesto de salud de Muqui.

Se concluyó que del total de 100% (27) madres encuestadas, 18.5% (5) madres presentan un nivel de conocimiento bajo, 70.4% (19) madres presentan un nivel de conocimiento medio y 11.1% (3) madres presentan un nivel de conocimiento alto. Siendo el mayor porcentaje del 70.4% (19) presentan un nivel de conocimiento medio sobre la alimentación complementaria en niños de 6 a 11 meses y la conclusión general; se determinó que de las 27 madres encuestadas en el puesto de salud de Muqui, el mayor porcentaje del 70.4% (19) tienen un nivel de conocimiento medio sobre la alimentación complementaria. (14)

- TELLO HUANCA, M.; TELLO HUANCA, S., (2018). En Callao realizaron el trabajo titulado “Conocimiento de alimentación complementaria por madres asociados a estado nutrición de niñas (os) centro de salud metropolitano Abancay 2018”. Su objetivo fue determinar el conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria que están asociados al estado nutricional de niñas(os) de 6 a 24 meses en el Centro de Salud Metropolitano Abancay de, julio a octubre de 2018; asimismo, determinar si las consistencias, cantidades, frecuencias, los beneficios e higiene, calidad y el entorno de la alimentación complementaria están asociados al estado nutricional de estos niños.

La metodología empleada fue un diseño de investigación no experimental cuantitativo y descriptivo. El universo total estudiado fueron 78 madres acompañantes a niñas(os) cuyas edades fueron de 6 a 24 meses de edad.

Se concluyó que no existe asociación entre el conocimiento de consistencias y frecuencias, de beneficios, higiene y calidad de la alimentación complementaria por madres y el estado nutricional de los niños evaluados; sin embargo, sí existe asociación entre el conocimiento de entorno sobre alimentación complementaria por madres y el estado nutricional de los niños. (15)

- CAJAMALQUI PAREDES, E., HUANCAYA YARINGAÑO, I., (2018) en Callao realizaron el trabajo titulado: “Nivel de conocimiento de las madres sobre

alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses en el Centro de Salud La Libertad-Huancayo 2017”. Su objetivo fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud La Libertad Huancayo 2017; asimismo, identificar el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria y evaluar el estado nutricional de los niños.

La metodología empleada fue un estudio cuantitativo, de corte transversal y prospectivo, y el diseño de investigación es correlacional. El universo total de personas entrevistadas se constituye por 99 madres con sus niños de 6 a 12 meses, que acuden mensualmente al consultorio de Crecimiento y desarrollo del Centro de Salud La Libertad-Huancayo.

Se concluyó que la mayoría de las madres que participan en la investigación tienen un nivel medio de conocimiento sobre alimentación complementaria y sus correspondientes niños tienen un estado nutricional normal, asimismo en el caso de las madres que tienen un nivel alto de conocimiento sobre alimentación complementaria sus niños tienen también un estado nutricional normal predominantemente, lo contrario ocurre con aquellas madres que tienen un nivel bajo de conocimiento sobre alimentación complementaria, un porcentaje mayor de niños presentan desnutrición crónica. (16)

1.2. Bases teóricas

1.2.1. Teoría de Enfermería: Florence Nightingale

Considerada como la primera teórica en enfermería, Florence Nightingale fue influenciada por la experiencia que vivió como enfermera en la Guerra de Crimea, formulando sus ideas y valores en base al cuidado de los soldados heridos en combate, aplicando sus conocimientos al estudio de la realidad (17).

Ella se centró en definir el entorno y las características que lo afectan o influyen en él. El objetivo fundamental de su modelo es conservar la energía vital del paciente, basándose en el medio ambiente y el entorno saludable, pues estos eran necesarios para aplicar un adecuado cuidado de la enfermería.

Manifiesta que el papel de la enfermera es desarrollar habilidades para observar y atender a los pacientes, medir su mejoría o su respuesta ante sus intervenciones, cuidados y formas de alimentación, mientras procura que el paciente pasa por el proceso de recuperación mantenido por la naturaleza. Asimismo, es preciso que las enfermeras valorar la ingesta alimentaria para satisfacer las necesidades alimentarias (18).

De este contexto radica su metaparadigma de que la enfermera primero debe “aprender a aprender”, pues solo a raíz de ello podrá transmitir los conocimientos adquiridos a la madre. Para ello, utilizará técnicas como la observación, la reflexión y su destreza práctica, de ahí su afirmación que el aprendizaje de las enfermeras debe ser constante y no quedar en la inscripción de un título profesional, siendo su aprendizaje pragmático la base para transmitir no solo el conocimiento, sino las herramientas de cómo actuar y preparar una adecuada alimentación a sus hijos (19).

Esto último es justamente lo que se busca rescatar de la teoría de Florence Nightingale, el hecho de que la persona profesional en enfermería aprenda a aprender, conozca su entorno y las condiciones que lo rodean para que así pueda transmitir lo aprendido, en este caso, a las personas encargadas del cuidado de los niños entre 6 y 11 meses de edad para garantizarles así una adecuada alimentación complementaria.

1.2.2. Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender

Nola Pender manifiesta que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud. Para ello, su modelo pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en interacción con su entorno, destacando las características de las personas con la experiencia, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados a los comportamientos o conductas de salud que se pretende alcanzar. (20)

Para Pender, es relevante la teoría del aprendizaje social y la valoración de las expectativas de la motivación humana. Así, su Modelo de Promoción de la

Salud expone cómo las características y experiencias individuales, así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta, llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud. Para lograr ello, establece que se requiere de una conducta previa relacionada y factores personales como biológicos, psicológicos y socioculturales; luego, que en base a ello se obtendrá cogniciones y un afecto relativo a la conducta específica, sean los beneficios percibidos, las barreras, la autoeficacia, el afecto relacionado al comportamiento, las influencias interpersonales. Estos componentes se relacionan e influyen para adoptar un compromiso para un plan de acción, el cual será la antesala para lograr lo esperado, que es una conducta promotora de salud. (20)

De esta forma, la conducta esperada en este modelo busca ser óptima para lograr el resultado final esperado, que es procurar para el paciente un beneficioso estado de salud dirigido por el profesional de enfermería. Así, estando este modelo más enfocado en el actuar del profesional, se espera que la enfermera encargada del cuidado y seguimiento de los niños lactantes entre 6 y 11 meses brinden la atención y cuidado en base a sus propias experiencias, emociones y expectativas como profesionales para brindar un óptimo desarrollo de estos menores, orientándolos a una adecuada introducción a la alimentación complementaria, tanto a los propios niños como a sus padres y/o adultos que los tengan bajo su cuidado.

1.2.3. Teoría de enfermería transcultural: Madeleine Leininger

La enfermera norteamericana Madeleine Leininger desarrolló y dio a conocer su teoría de los cuidados culturales. Enlazando la enfermería con conocimientos de la antropología, Leininger plantea su teoría basándose en el estudio y análisis de las diferentes culturas del mundo desde sus valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad de los modelos de conducta, con el fin de desarrollar una base de conocimiento científico y humanístico que permita la práctica de la actividad sanitaria específica de las culturas (21).

La teoría de enfermería transcultural plantea que el conocimiento de la estructura cultural y social de una comunidad, individuo o grupo puede definir el logro de objetivos en las prácticas asistenciales de enfermería. Así, tiene como fin brindar cuidados los sistemas tradicionales, pero incorporando sistemas profesionales, generando así un cuidado de la salud coherente con la cultura. (21)

Para incorporar el concepto de cultura, la enfermería transcultural se basa en un concepto más útil de la misma, llevando al profesional de enfermería a adiestrarse, conocer la realidad socio-política y la participación de la comunidad que influye en el individuo. En este punto, es clave tomar en cuenta y aceptar las diferencias culturales y valores propios, dejando de lado estereotipos e ideas preconcebidas adquiridas en los centros educativos y profesionales, a fin de aplicarlas asertivamente para brindar al paciente cuidados coherentes con su cultura, dándole calidad a los mismos. (22)

Así, a través de la aplicación de la enfermería transcultural se espera que el personal de enfermería a cargo de evaluar a los niños de entre 6 a 11 meses que se encuentran en la etapa de alimentación complementaria aprenda la cultura del entorno del menor, dejando de lado estereotipos o ideas preconcebidas respecto a una adecuada alimentación, y a partir del respeto y valoración de las creencias culturales de la madre, adultos a cargo del menor y su entorno en general, se brinde un adecuado cuidado, acompañamiento y orientación de su alimentación complementaria.

1.3. Marco conceptual

1.3.1. La alimentación complementaria

Consiste en el proceso que comienza cuando la leche materna, por sí sola, ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del niño, por lo que deberá agregarse a la dieta del menor alimentos sólidos y semisólidos para que la complemente. Lo recomendable es que se introduzca a partir del sexto mes de vida, cuando la cavidad bucal del menor se encuentra más desarrollada y en condiciones de digerir los alimentos, así como un mejor desarrollo renal y

psicomotor. Tiene como misión ofrecer energía y nutrientes adicionales para complementar a la leche materna, pero no para sustituirla. (23)

Durante el periodo de los 6 a 11 meses los niños se encuentran en un elevado riesgo de desnutrición, debido a que, con frecuencia, los alimentos complementarios son de baja calidad nutricional y son administrados demasiado antes o demasiado tarde, en cantidades pequeñas o poco frecuentes; asimismo, la interrupción prematura o poca frecuencia de leche materna también son factores contribuyentes. Para ello, la Organización Panamericana de la Salud ha establecido los Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado, brindando una guía sobre los comportamientos deseables, así como recomendaciones sobre cantidad, frecuencia, entre otros. (7) Los cuales se detallan a continuación:

- Principio 1: Practicar la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad, introducir los alimentos complementarios a partir de los 6 meses de edad (180 días) y continuar con la lactancia materna.
- Principio 2: Continuar con la lactancia materna frecuente y a demanda hasta los 2 años de edad o más.
- Principio 3: Practicar la alimentación perceptiva, aplicando los principios de cuidado psico-social.
- Principio 4: Ejercer buenas prácticas de higiene y manejo de los alimentos.
- Principio 5: Comenzar a los seis meses de edad con cantidades pequeñas de alimentos y aumentar la cantidad conforme crece el niño, mientras se mantiene la lactancia materna.
- Principio 6: Aumentar la consistencia y la variedad de los alimentos gradualmente conforme crece el niño, adaptándose a los requisitos y habilidades de los niños.
- Principio 7: Aumentar el número de veces que el niño consume los alimentos complementarios, conforme va creciendo.

- Principio 8: Dar una variedad de alimentos ricos en nutrientes para asegurarse de cubrir las necesidades nutricionales.
- Principio 9: Utilizar alimentos complementarios fortificados o suplementos de vitaminas y minerales para los lactantes de acuerdo a sus necesidades.
- Principio 10: Aumentar la ingesta de líquidos durante las enfermedades incluyendo leche materna (lactancia más frecuente), y alentar al niño a comer alimentos suaves, variados, apetecedores y que sean sus favoritos. Después de la enfermedad, dar alimentos con mayor frecuencia de lo normal y alentar al niño a que coma más.

1.3.2. La alimentación complementaria en entornos comunitarios

En aquellos lugares o zonas donde se detecta que la desnutrición es un factor repetitivo en niños que se encuentran en etapa de alimentación complementaria, se requiere de una intervención para prevenir o tratar el retraso del crecimiento mediante la optimización y el apoyo de bienestar nutricional en niños, incluyendo la alimentación basada en comunidad, provisionando a los niños alimentos más allá de la dieta brindada en el hogar, que puede brindarse a través de centros comunitarios, centros de salud, escuelas, entre otros. (24)

Para crear un adecuado entorno macro de apoyo se requiere muchas veces de reorientación. En estos aspectos se necesita resaltar aspectos como la nutrición como indicador de resultado y su mejora como parte del proceso de desarrollo; la seguridad alimentaria y nutrición como un derecho humano; un marco conceptual para mostrar que una participación multisectorial mejora el estado nutricional; la función de diferentes sectores para proveer a la población con servicios de calidad; función y contribución de la comunidad y la naturaleza de la participación comunitaria; y la contribución de la descentralización para crear un enfoque adecuado para la comunidad. (25)

1.3.3. Características de la alimentación complementaria

Si bien la alimentación complementaria debe iniciar a partir de los 6 meses de vida del lactante de acuerdo a los factores anteriormente explicados, no existe

ninguna razón científica que indique o identifique cual será el primer alimento del lactante, pues deberá tenerse en cuenta las costumbres regionales y su entorno. (26)

El periodo de los 6 a 9 meses es el más crítico para la alimentación complementaria, por ser una de introducción a nuevas texturas, consistencias y sabores. Por tanto, el éxito de esta etapa es crucial para del éxito y desarrollo de las demás, pudiendo incluso decaer en una desnutrición crónica. Para que la alimentación complementaria resulte exitosa debe cumplir con cuatro requisitos sumamente importantes: frecuencia, consistencia, cantidad y contenido nutricional. (23)

a) Frecuencia: La frecuencia diaria de comidas ha sido estimada en función a la energía requerida que debe ser cubierta por los alimentos complementarios. Teniendo en cuenta que la capacidad gástrica del menor es pequeña (aproximadamente 30ml/kg de peso) y una mínima densidad energética (0,8 kcal/g de alimento), es importante ofrecer alimentos de alta densidad energética y con una alta cantidad de micronutrientes. Las cantidades pueden aumentarse a medida que el niño crece. Para ello, como norma general se recomienda para un lactante sano:

- De 6 a 9 meses: 2 a 3 comidas, con 2 comidas principales.
- De 9 a 11 meses: 3 a 4 comidas, con 3 comidas principales y 1 refrigerio.
- De 12 a 24 meses: 4 a 5 comidas al día, con 3 comidas principales y 2 refrigerios.

b) Consistencia: La maduración neuromuscular del lactante no le permite pasar directamente del pecho a los alimentos de la mesa familiar. Por ello son necesarios alimentos de “transición”, especialmente adaptados para esta primera etapa, hasta que, aproximadamente al año, el niño es capaz de alimentarse en la mesa familiar. Por ello, la consistencia de los alimentos debe incrementarse de manera gradual conforme el niño va aprendiendo a comer. Entre los 6 y 9 meses de edad la consistencia debe ser en alimentos semisólidos como mazamorras o

purés. Posterior a esa edad, ya se puede iniciar con los alimentos blandos hasta llegar poco a poco a los sólidos.

c) Cantidad: Esta característica está referida al volumen de los alimentos por cada comida. No obstante. No se debe forzar al niño a comer más de lo que su capacidad gástrica se lo permita. Teniendo en cuenta los parámetros ya señalados, lo aconsejable es que entre los 6 y 8 meses el niño reciba 130 kcal/día; entre los 9 y 11 meses, 300 kcal/día; y entre los 12 y 23 meses un aproximado de 130 kcal/día.

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

d) Contenido nutricional: Las experiencias gustativas prenatales (a través del líquido amniótico) y posnatales tempranas (leche materna) condicionadas por la dieta materna influyen sobre las preferencias en sabores y olores en el bebé y determinan en parte su actitud de aceptación o rechazo hacia nuevos alimentos, olores y sabores. Así, para asegurar que el niño consuma todos los nutrientes que su cuerpo necesita, es importante que las comidas sean variadas.

Durante los 6 a 7 meses, Lo mejor es ofrecer purés de un solo alimento, sin azúcar ni sal ni especias como: patata cocida o arroz o cereales sin gluten diluidos con un poco de leche materna o con agua, una o dos veces al día y siempre después del pecho. Posteriormente, para mejorar su aceptación suele ser útil ofrecer el alimento nuevo junto con uno conocido que al bebé le guste. Es preferible ofrecer inicialmente sabores salados (sin sal añadida) y es importante no ofrecer alimentos excesivamente dulces.

De los 8 a 11 meses, los niños ya son capaces de comer alimentos blandos que pueden coger por sí mismos. Aquí, los vegetales deben cocerse para ablandarlos y las carnes trocearse y triturarse en puré no muy fino. Se deben

ofrecer alimentos para comer por sí solos (zanahoria cocida, pera, pan) con cada comida y el pan puede untarse con mantequilla o margarina o aceite. Los alimentos con azúcar añadido como las galletas, pasteles o bizcochos deben desaconsejarse. Los derivados lácteos sin azúcar añadido pueden estar presentes en la dieta desde los 9 meses.

Entre los principales nutrientes esenciales es preciso mencionar a las carnes, pues estas tienen un valor especial por la cantidad y calidad de proteínas que contienen y por el hierro que posee, nutrientes que son esenciales para el crecimiento físico, así como el desarrollo y formación del cerebro. Si bien el hierro es pobremente absorbido, es fuente importante de proteína, calcio y vitamina A, nutrientes igualmente necesarios para el crecimiento. Por otro lado, en el caso del huevo, su consumo debe ser a partir del año puesto que algunas veces genera reacciones alérgicas. Estos alimentos deben ser consumidos diariamente y no pueden ser reemplazados por otros de origen vegetal porque la proteína y el hierro que contienen son de menor calidad. Otro de los nutrientes esenciales es el yodo, indispensable para el desarrollo mental, para ello se recomienda el uso de sal adecuadamente yodada para la preparación de los alimentos del menor, la cual debe incluirse de manera gradual conforme se vaya desarrollando su sistema renal.

1.3.4. Riesgos de iniciar la alimentación complementaria a destiempo (27)

a) Posibles inconvenientes de ofrecerlo prematuramente:

- Interfiere con la alimentación al pecho en perjuicio de ésta.
- Carga excesiva de solutos renales e hiperosmolaridad (incapacidad del riñón de los niños pequeños para expulsar a través de la orina la ingesta excesiva de determinados nutrientes, especialmente proteínas y sodio).
- Puede producir alergia a determinados alimentos o adelantar su aparición.
- Conlleva un riesgo de trastornos de la regulación del apetito.
- Puede contener constituyentes perjudiciales para lactantes pequeños.
- Puede contener aditivos y contaminantes.

b) Riesgos por su introducción tardía

- Entre los principales riesgos identificados por la OMS, se señala que el niño podría verse afectado en su crecimiento por falta de algún nutriente o de energía.
- Los menores pueden mostrar desinterés por algunos alimentos (sobre todo cuando empiezan a aparecer de manera tardía).
- Podrían verse afectadas las capacidades motrices orales, como la capacidad de masticar, así como la aceptación de nuevos sabores y texturas.
- Deficiencias nutricionales específicas (hierro, Vitamina A, zinc)
- Se ha encontrado que la introducción tardía de alimentos sólidos se ha asociado con el aumento del riesgo de sensibilización alérgica a alimentos y alérgenos inhalados.

1.3.5. La desnutrición

La desnutrición consiste principalmente en la ingesta insuficiente de nutrientes en cuanto a calidad y cantidad, la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas. La desnutrición materna y de la niñez contribuye a más de un tercio de las muertes totales en la niñez, a más de 10% de la carga global de enfermedades y es el mayor factor que contribuye a la mortalidad de la niñez. Por lo tanto, la reducción del retraso del crecimiento del lactante y del niño pequeño es esencial para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la supervivencia de la niñez, así como es esencial para la erradicación de la extrema pobreza y del hambre. (28)

Las causas más directas del retraso del crecimiento son las malas prácticas de lactancia materna, de alimentación complementaria y las enfermedades infecciosas. La ingesta insuficiente de energía y nutrientes es el resultado de inapropiadas prácticas de alimentación, calidad de la dieta empleada en la alimentación complementaria y entre la población que vive en pobreza extrema, la inseguridad alimentaria en el hogar. El principal problema es que la mayoría de hogares no cuentan con los recursos para cubrir las necesidades de los

micronutrientes (alimentos de origen animal y/o alimentos fortificados), así como los nutrientes críticos como hierro, zinc, vitamina B6, riboflavina, niacina, calcio, vitamina A, tiamina, foga y vitamina C. Si bien su ingesta puede ser elevada, su biodisponibilidad en la dieta es pobre, por lo que su absorción será baja. (28)

Así, para conocer y evaluar el estado nutricional de un niño es necesario llevar a cabo un monitoreo de su crecimiento. Para ello, es necesario el uso de medidas antropométricas como el seguimiento del peso adecuado, así como incluir el monitoreo de la longitud en países donde únicamente se utiliza el peso para identificar a los niños con posible desnutrición. El peso bajo para la edad puede ocurrir en un niño con peso para la longitud/ talla normal y, pese a que la longitud podría haber sido medida, este niño puede ser erróneamente clasificado como “desnutrido”.

Por tanto, el control periódico de la salud, así como estos parámetros antropométricos, pudiendo complementarse con parámetros bioquímicos y una evaluación clínica, son los elementos más valiosos para la detección precoz de alguna alteración nutricional, evitando así la desnutrición o una malnutrición con estándares con sobrepeso o talla baja.

1.4. Definición de términos básicos

1.4.1. Enfermera: Profesional de la salud que se encarga del cuidado de la persona y su relación con el entorno en múltiples tareas que requieren de conocimientos científicos y habilidad práctica para garantizar un buen procedimiento. Debe poseer capacidades como autonomía, para aplicar conocimientos generados a través de la investigación en la práctica para cambiar los cuidados de atención a las personas, familia y comunidad, según la mejor evidencia disponible; liderazgo, para proponer y ejecutar los planes de cuidado y guiar a sus pares y a la familia del paciente en el proceso; y cuidado, buscando así mantener y preservar la salud desde el inicio del evento hasta el desenlace. (29)

1.4.2. Intervención de enfermería: Es todo aquel tratamiento, basado en un conocimiento y juicio clínico, que realiza el profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente, sea en conservar o recuperar

su salud. Puede ser directo cuando es realizado directamente con el paciente y/o la familia a través de prácticas propias de la profesión, y puede ser indirecta cuando es realizado sin el paciente pero para su beneficio. (30)

1.4.3. Lactante: El lactante es el niño que se alimenta fundamentalmente de leche. Comprende la edad que va desde el nacimiento a 12 meses. El lactante menor o que se encuentra en periodo de lactancia comprende desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida, que es cuando el alimento es exclusivo de leche materna, el periodo transicional que ocupa desde el sexto mes hasta el año de vida es el que comporta el inicio de la alimentación complementaria. (31)

1.4.4. Lactancia materna exclusiva: Lactancia materna exclusiva significa que el lactante recibe solamente leche del pecho de su madre o de una nodriza, o recibe leche materna extraída del pecho y no recibe ningún tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua, con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos. (27)

1.4.5. Leche materna: es aquella leche producida, en este caso, por la persona del género femenino de la especie humana, la cual contiene todos los nutrientes que necesita un lactante durante los primeros seis meses de vida, incluyendo grasa, carbohidratos, proteínas, vitaminas, minerales y agua. Se digiere fácilmente y se utiliza de manera eficiente. La leche materna también contiene factores bioactivos que fortalecen el sistema inmunológico inmaduro del lactante, brindándole protección contra la infección; además posee otros factores que favorecen la digestión y absorción de los nutrientes. (27)

CAPITULO III: PLAN DE INTERVENCIONES

3.1. Justificación

El desarrollo del presente informe va permitir identificar las labores efectivas de la intervención de enfermería para una promover una adecuada alimentación complementaria de los niños menores entre 6 y 11 meses de edad.

Con las adecuadas intervenciones de enfermería se permitirá promover y difundir en los hogares donde que tienen a su cuidado a un niño de la edad mencionada una los indicadores para una adecuada alimentación.

Así, con este informe se busca brindar un beneficio a los hogares que tienen entre sus miembros a niños que se encuentra en transición a la alimentación complementaria, garantizando la promoción y cuidado de menores sin desnutrición crónica, desnutrición aguda, sobrepeso u obesidad, con una talla y peso óptimo. Asimismo, constituye un beneficio para la sociedad en su conjunto puesto que permitirá prevenir futuras enfermedades mórbidas como problemas cardiovasculares, diabetes, entre otros, puesto que las prácticas de alimentación inapropiadas son grandes obstáculos al desarrollo sostenible y la reducción de la pobreza. De esta forma, se busca promover el Objetivo 3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Dentro de este informe se propondrán nuevas intervenciones que permitirán al profesional de enfermería optimizar su labor dentro de la comunidad, específicamente en Huancaray, a fin de contribuir a una mejor promoción de la alimentación complementaria y la continuación de la lactancia materna. Esto se verá reflejado en una disminución de los índices de desnutrición y un inadecuado peso y talla de los menores entre 6 y 11 meses, así como la prevención de futuras enfermedades.

3.2. Objetivos

3.2.1. Objetivo general

Describir cual es la labor de la intervención de enfermería en la alimentación complementaria de los lactantes menores entre 6 a 11 meses de edad en el Centro de Salud de Huancaray, de la provincia de Andahuaylas en la región Apurímac.

3.2.2. Objetivos específicos

- Sensibilización a los padres y cuidadores sobre la importancia de la alimentación complementaria en niños de 6 a 11 meses del Centro de Salud Huancaray.
- Coordinar con el personal de enfermería para la realización del presente plan de intervención.
- Evaluar el estado nutricional de los niños entre 6 y 11 meses del Centro de Salud de Huancaray.
- Determinar (EXPLICAR) si las cantidades, consistencias, frecuencias, higiene y calidad de la alimentación complementaria que brindan las madres y personas a cargo del niño se asocian al estado nutricional de los niños entre 6 y 11 meses del Centro de Salud de Huancaray en Andahuaylas.

3.3. Metas:

Al culminar el plan de intervención se alcanzará un 90% de mejora en la alimentación complementaria en niños de 6 a 11 meses.

3.4. Programación de actividades

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
Reuniones de coordinación de equipo multidisciplinario.	Reunión realizada	01 Reunión de coordinación	90% de profesional capacitado.	1 hora. Mes: Agosto,	Lic. En Nutricion y dietoterapia
Actualización de la sala situacional	Sala actualizada	01 sala actualizada.	Implementar la sala situacional al 100%.	Mes: Agosto, Octubre y Diciembre.	Lic. Enf. Nieves Espinoza Policarpo
Sensibilización a las madres y padres acerca de la importancia de la alimentación complementaria en sus niños de 6 a 11 meses.	Charlas educativas Sesiones demostrativas en preparación de alimentos.	3 charlas educativas 2 sesiones demostrativas en preparación de alimentos.	El 100% de las madres logra comprender la importancia de la alimentación complementaria.	45 minutos cada charla Mes 12 de agosto y 12 de octubre. 2 horas de sesiones demostrativas en preparación de alimentos.	Lic. Enf. Nieves Espinoza Policarpo Lic. En Nutricion y dietoterapia Roxana Laura Allasi
Capacitación al personal del servicio de enfermería acerca del plan de intervención en alimentación complementaria en niños de 6 a 11 meses.	Charla educativa	1 Charla educativa	El 100% del personal del servicio de enfermería conoce acerca del plan de intervención en alimentación complementaria de 6 a 11 meses.	45 minutos 10 de septiembre.	Lic. En Nutricion y dietoterapia Roxana Laura Allasi
Preparación de alimentos en niños de 6	Sesiones demostrativa	10 sesiones	El 90% asiste a las	1 hora por sesión	Lic. En Nutricion y

a 8 meses.	s	demostrativas	sesiones demostrativas	Agosto, Setiembre, Octubre, Noviembre y diciembre: 2 por semana	dietoterapia Roxana Laura Allasi
Preparación de alimentos en niños de 9 a 11 meses.	Sesiones demostrativas	10 sesiones demostrativas	El 90% asiste a las sesiones demostrativas	1 hora por sesión Agosto, Setiembre, Octubre, Noviembre y diciembre: 2 por semana	Lic. En Nutricion y dietoterapia Roxana Laura Allasi
Elaboración de material sencillo con las recetas de las preparaciones modelo.	Trípticos o dípticos	5 trípticos y dípticos respectivamente.	El 100% de las madres obtiene la información respectiva.	Agosto, Octubre y Diciembre.	Lic. En Nutricion y dietoterapia Roxana Laura Allasi Lic. Enf. Nieves Espinoza Policarpo

3.5. Recursos.

3.5.1 MATERIALES

DESCRIPCION	CANTIDAD
Balde con agua	01
Jabón liquido	01
Papel toalla	02
Kit de sesiones demostrativas	02
Mesa	01
Alimentos sancochados	La cantidad que trae cada participante

3.5.2 HUMANOS

N°	Profesional/ TÉCNICO	Apellidos y nombre
1	Licenciada en Enfermería	Nieves M. Espinoza Policarpo
2	Licenciada en Nutrición y dietoterapia	Roxana Laura Allasi
3	Técnico en Enfermería	Feliciano Farfan Lozano

3.4.1.- CRONOGRAMA:

ACTIVIDADES	MESES 2019				
	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
ADMINISTRATIVAS					
Reuniones de coordinación con equipo multidisciplinario.	X				
Actualización de la sala situacional	X		X		X
CAPACITACION					
Sensibilización a las madres y padres acerca de la importancia de la alimentación complementaria en sus niños de 6 a 11 meses	X		X		
Capacitación al personal del servicio de enfermería acerca del plan de intervención en alimentación en niños de 6 a 11 meses.		X			
PREVENTIVO - PROMOCIONALES					
Preparación de alimentos en niños de 6 a 8 meses.	X	X	X	X	X
Preparación de alimentos en niños de 9 a 11 meses.	X	X	X	X	X
Elaboración de material sencillo con las recetas de las preparaciones modelo.	X		X		X

3.4.2.- PROGRAMACION

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
Reuniones de coordinación con equipo multidisciplinario.	Reunión realizada	01 reunión de coordinación.	90% de profesional capacitado	1 hora. Mes: Agosto	Lic. En Nutricion y dietoterapia Lic. Enfermeria
Actualización de la sala situacional	Sala organizada	01 Sala actualizada	100% datos actualizados	Mes: Agosto, Octubre y Diciembre	Enfermera responsable. Nieves M. Espinoza Policarpo.
Sensibilización a las madres y padres acerca de la importancia de la alimentación complementaria en sus niños de 6 a 11 meses	Charlas educativas. Sesiones demostrativas en preparación de alimentos.	3 charlas educativas 2 sesiones demostrativas en preparación de alimentos.	El 100% de Madres y padres comprenden la importancia y mejoraran en la alimentación complementaria	45 minutos cada sesión educativa. Meses: 12 Agosto – 12 Octubre 2 horas de sesiones demostrativas	Lic. Enf. De turno. Lic En Nutricion y Dietoterapia.

<p>Capacitación al personal del servicio de enfermería acerca del plan de intervención en alimentación en niños de 6 a 11 meses.</p>	<p>Sesión educativa.</p>	<p>1 sesión educativa.</p>	<p>100 % del Personal de enfermería conoce acerca del plan de intervención en alimentación en niños de 6 a 11 meses.</p>	<p>45 minutos. 10 Setiembre.</p>	<p>Lic, Nutricion y dietoterapia. Roxana Laura Allasi. Lic. Enf. Nieves Espinoza Policarpo.</p>
<p>Preparación de alimentos en niños de 6 a 8 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantizar la práctica adecuada en preparación de alimentos y una adecuada alimentación complementaria para el buen crecimiento del niño. 	<p>Sesiones demostrativas</p>	<p>10 sesiones demostrativas</p>	<p>90% de asistencia a las sesiones demostrativas</p>	<p>1 hora por sesion. Meses: Agosto, setiembre, Octubre, Noviembre, Diciembre</p>	<p>Lic, Nutricion y dietoterapia. Lic. Enfermeria de turno.</p>
<p>Preparación de alimentos en niños de 9 a 11 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Madres y cuidadoras capacitadas y sensibilizadas en preparación de alimentos. 	<p>Sesiones demostrativas.</p>	<p>10 sesiones demostrativas.</p>	<p>90% de asistencia a las sesiones demostrativas</p>	<p>1 hora por sesion. Meses: Agosto, setiembre, Octubre, Noviembre, Diciembre</p>	<p>Lic, Nutricion y dietoterapia. Lic. Enfermeria de turno.</p>

Elaboración de material sencillo con las recetas de las preparaciones modelo.	Trípticos o dípticos	5 trípticos y dípticos respectivamente.	El 100% de las madres obtiene la información respectiva.	Agosto, Octubre y Diciembre.	Lic, Nutricion y dietoterapia. Lic. Enfermeria de turno. .

3.5.- RECURSOS:

3.5.1.- MATERIALES

DESCRIPCION	CANTIDAD
Rotafolio	02 unidad
Trípticos sobre alimentación complementaria.	100 unidades
Papel bond	200 unidades
Lapiceros	100 unidades
Plumones	1 caja
Papelografos	10 unidades
Cinta de embalaje	2 unidades
Kit de alimentos para sesión demostrativa	2 kit
Balde	01
Jabón liquido	01

3.5.2.- RECURSOS HUMANOS:

NOMBRE Y APELLIDOS	PROFESIONAL
Nieves Espinoza Policarpo	Licenciada en Enfermería.
Roxana Laura Allasi	Licenciada en Nutricion y Dietoterapia.
Feliciano Farfan Lozano	Técnico en enfermería.

3.6. Ejecución

OBJETIVO	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTIFICO
Realizar Reuniones de coordinación con equipo multidisciplinario.	Desarrollo de reuniones programadas con el equipo multidisciplinario.	La capacitación continua permite mejorar las habilidades competencias y capacidades del profesional de enfermería.
Ejecutar la Actualización de la sala situacional	Compromiso para la elaboración de la sala situacional	Los datos estadísticos nos brindan apoyo a la toma de decisiones y una intervención oportuna en el avance de las metas.
Sensibilizar a las madres y padres acerca de la importancia de la alimentación complementaria en sus niños de 6 a 11 meses	Se realiza sesiones educativas y demostrativas intra y extra murales, sobre la importancia de la alimentación del niño, dirigido a la población de la jurisdicción del puesto de salud	Es fundamental para poder realizar las intervenciones, poder trabajar con la familia y ayudarles a mejorar sus estilos de vida.
Capacitación al personal del	Desarrollo de	La capacitación continua permite

servicio de enfermería acerca del plan de intervención en alimentación en niños de 6 a 11 meses.	capacitación al personal de enfermería.	mejorar las habilidades competencias y capacidades del profesional de enfermería.
Preparación de alimentos en niños de 6 a 8 meses.	Desarrollo de Sesiones educativas y demostrativas sobre preparación de alimentos: cantidad, consistencia frecuencia.	Es el método educativo “aprender haciendo “qué permite el aprendizaje mediante la practica en tres momentos: antes, durante y después de las acciones demostrativas.
Preparación de alimentos en niños de 9 a 11 meses	Desarrollo de Sesiones educativas y demostrativas sobre preparación de alimentos: cantidad, consistencia frecuencia.	Es el método educativo “aprender haciendo “qué permite el aprendizaje mediante la practica en tres momentos: antes, durante y después de las acciones demostrativas.
Elaboración de material sencillo con las recetas de las preparaciones modelo	Elaborar trípticos, dípticos.	Es útil para enviar una información y así poder transmitir un mensaje a un grupo de personas.

Se logra ejecutar todas las actividades programadas en el plan de intervención, que se ha elaborado.

3.7. Evaluación.

- Se realizó con efectividad todas las sesiones educativas y demostrativas en preparación de alimentos y se brindó información sobre la alimentación complementaria que deben de llevar los niños de 6 a 11 meses de la población de la jurisdicción del centro de salud Huancaray.
- Se logró mejorar la alimentación complementaria en un 50% debido a los escasos recursos económicos en algunas familias.

CONCLUSIONES

- Se logró sensibilizar a los padres y cuidadores de los niños menores de un año al 80%.
- Se logró Coordinar con el personal de enfermería para la realización del presente plan de intervención.
- Se logró evaluar el estado nutricional de los niños de 6 a 11 meses al 100%; de las cuales se tiene un 11.1% con talla baja para su edad.
- Se logró Determinar si las cantidades, consistencias, frecuencias, higiene y calidad de la alimentación complementaria que brindan las madres y personas a cargo del niño se asocian al estado nutricional de los niños entre 6 y 11 meses del Centro de Salud de Huancaray en Andahuaylas.

RECOMENDACIONES

- Que se cumpla el incremento del PBI en el sector salud; especialmente en el nivel primario.
- Que el colegio de enfermeros del Perú ofrezca diplomados, para mantener la capacitación permanente de los profesionales de enfermería en relación a crecimiento y desarrollo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cúidate Plus. Lactancia materna. Unidad Editorial Revistas, S.L. España. [internet 2020; citado junio 2020]. Disponible en: <https://cuidateplus.marca.com/familia/bebe/diccionario/lactancia-materna.html#:~:text=La%20lactancia%20materna%20es%20el,menos%20hasta%20los%20dos%20a%C3%B1os.>
2. Tarqui-Mamani C, Alvarez-Dongo D, Gómez-Guizado G y Rosales-Pimentel S. Diversidad alimentaria en los niños peruanos de 6 a 35 meses. 2016. An Fac med. 2016;77 (3):219-24 [internet 2016; citado en junio 2020]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v77n3/a04v77n3.pdf>
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Lactancia materna. [internet; citado en mayo 2020]. Disponible en: unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alimentación complementaria. [Internet, citado en mayo 2020] Disponible en: https://www.who.int/nutrition/topics/complementary_feeding/es/.
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Organización Mundial de la Salud (OMS). Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Asociación Española de Pediatría. Washington DC. [Internet 2003, citado en junio 2020]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/1-orientacion_para_la_ac.pdf.
6. Departamento de Salud Nutricional del Ministerio de Salud (MINSa) de la República de Panamá con la colaboración de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO).. Guías Alimentarias para los

menores de 2 años de Panamá. Panamá. Primera Edición. [Internet 2018; citado en junio 2020]. Disponible en: <http://www.fao.org/3/CA1014ES/ca1014es.pdf>

7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alimentación del lactante y del niño pequeño. [Internet 1 de abril de 2020; citado en junio 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
8. Organización Panamericana de la Salud. Guías Alimentarias con Conceptos de Alimentación Perceptiva para Menores de 2 años en América Latina y el Caribe (ALC). Seminario Virtual “Guías Alimentarias Perceptivas para Niñas y Niños Menores de 2 Años”. [Internet, 6 de noviembre de 2017; citado en junio 2020]. Disponible en: <https://www.Guias-America-Latina-y-Caribe--Sofia-Segura-Perez.pdf>.
9. Instituto Nacional de Salud. Perú. Estado nutricional de niños peruanos menores de 5 años. [Internet 2019; citado en mayo 2020]. Disponible en: https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/van/sala_nutricional/sala_1/2020/sala_situacional_estado_nutricional_ninos_menores_de_5_anos_sienhis_2019.pdf.
10. Instituto Nacional de Salud. Perú. Anemia en niños peruanos menores de 5 años. [Internet 2019; citado en mayo 2020]. Disponible en: https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/van/sala_nutricional/sala_4/2020/sala_situacional_anemia_en_ninos_menores_de_5_anos_sienhis_2019.pdf.
11. Ramírez Chávez J. Prácticas de alimentación complementaria en niños de 6 meses a menores de 2 años, con retardo de crecimiento, en los caseríos de Chuisamayac, Xolquilá y Chinimá, Aldea Tzampoj, Aanta Catarina Ixtahuacán, Sololá, Guatemala. Quetzaltenango 2017. [Tesis] para obtener el grado académico de licenciada en enfermería. Universidad Rafael Landívar. 2017.

12. Padilla Pérez C. Creencias y prácticas de alimentación de los cuidadores de niños y niñas, hacia las intervenciones proporcionadas por el programa de recuperación nutricional con enfoque comunitario RNEC La Boquilla – Cartagena, 2016. [tesis] para optar el grado de Magister en Salud Pública. Universidad del Norte. 2017.
13. Iñiguez León J. Manejo de alimentación complementaria en los lactantes que asisten a consulta externa en el Hospital Universitario de Motupe en el periodo diciembre 2015–septiembre 2016. [Tesis] para optar el título de médico general. Universidad Nacional de Loja. 2017.
14. Ordoñez Orihuela, E.; Castro Pérez, L. Nivel de conocimiento de las madres de niños de 6 a 11 meses sobre alimentación complementaria en el Puesto de Salud Muqui- Jauja. 2018. [Tesis] para optar el título de licenciada en enfermería. Universidad Privada de Huancayo “Franklin Roosevelt”. 2018.
15. Tello Huanca, M.; Tello Huanca, S. Conocimiento de alimentación complementaria por madres asociados a estado nutrición de niñas (os) centro de salud metropolitano Abancay 2018. [Tesis] para optar el título de segunda especialidad profesional enfermería en crecimiento, desarrollo del niño y estimulación de la primera infancia. Universidad Nacional del Callao. 2018.
16. Cajamalqui Paredes, E., Huancaya Yaringaño, I. Nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional de los niños de 6 a 12 meses en el Centro de Salud La Libertad- Huancayo 2017. [Tesis] para optar el título de segunda especialidad profesional en enfermería en crecimiento, desarrollo del niño y estimulación de la primera infancia. Universidad Nacional del Callao. 2018.
17. Fernández, C.; Gusiné, F; Pardo, A.; Sales, D. El modelo de Florence Nightingale. Revista Rol de Enfermería N.º 90. [Internet; citado en mayo de 2020] Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/100805/1/011238.pdf>

18. Cisneros G., F. Teorías y modelos de Enfermería. Programa de Enfermería. Universidad del Cauca. Popayán [Internet, 2005; citado en mayo de 2020]. Disponible en: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>
19. Attewell, Alex. Florence Nightingale (1820 - 1910). *Perspectivas: revista trimestral de educación comparada* (París. UNESCO: Oficina Internacional de Educación), vol. XXVIII, n° 1, marzo 1998, págs. 173-189. [internet; citado en mayo de 2020] Disponible en: <http://www.ibe.unesco.org/sites/default/files/nightins.PDF>.
20. Aristizábal Hoyos, G. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria. ENEO-UNAM*. Vol 8. Año. 8. No. 4. [Internet, 2011; citado en mayo 2020]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>
21. Pérez Pimentel, S. Enfermería transcultural como método para la gestión del cuidado en una comunidad urbana. *Rev Cubana Enfermer* v.25. [internet julio-diciembre 2009; citado julio 2020]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000200003#:~:text=La%20teor%C3%ADa%20de%20cuidados%20culturales,las%20pr%C3%A1cticas%20asistenciales%20de%20enfermer%C3%ADa
22. Castrillón Chamadoira, E. La enfermera transcultural y el desarrollo de la competencia cultural. *Cultura de los cuidados*. [internet, 2015; citado en julio de 2020]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.11>>
23. Hernández Aguilar, M. Alimentación complementaria. En: M. AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría*. Exlibris Ediciones. Pp. 249-56. [Internet 2006; citado en mayo de 2006]. Madrid. 2006. Disponible en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/complementaria.pdf>

24. Organización Mundial de la Salud. Alimentación suplementaria en el ámbito de la comunidad como refuerzo del crecimiento infantil. [Internet, citado en mayo de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/elena/titles/child_growth/es/
25. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Factores Determinantes del Éxito de los Programas de Alimentación y Nutrición Comunitarios. Roma. [Internet 2005; citado en mayo de 2020]. Disponible en: <http://www.fao.org/3/y5030s00.htm#Contents>
26. Vallejos Tuñoque, Cecilia. Alimentación complementaria: las primeras comidas del niño. Renut 2007. Pp. 15-24. [Internet 2007; citado en mayo de 2020]. Disponible en: https://www.iidenut.org/pdf_revista_res/Renut%201/RENUT%202007%20RES_1_15-24.pdf
27. Torras, Eulàlia. Los alimentos complementarios. Página Web alba, lactancia materna. [internet, citado en mayo de 2020]. Disponible en: <https://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-4-cuando-los-ninos-crecen/los-alimentos-complementarios/#ancla>
28. Organización Panamericana de la Salud. La Desnutrición en Lactantes y Niños Pequeños en América Latina y El Caribe: Alcanzando los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Washington, D.C. [Internet 2008, citado en mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/la-desnutricion-en-ninos-pequenos-en-am-lat-caribe.pdf>
29. De Arco-Canoles, O; Suarez-Calle, Z. Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. Univ. Salud. 2018; 20(2):171-182. [Internet 2018; citado en mayo de 2020]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182002.121>
30. Actualización en enfermería. Listado de intervenciones NIC. Página web. [Internet, citado en mayo de 2020]. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/listado-intervenciones->

ANEXOS

Actividad N° 01: Sensibilizar a las madres y padres acerca de la importancia de la alimentación complementaria en sus niños de 6 a 11 meses



Actividad N° 02: Preparación de alimentos en niños de 6 a 11 meses.

