

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



**“PLAN DE INTERVENCIÓN: EDUCACIÓN EN
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA A LAS MADRES QUE
ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y
DESARROLLO DEL CENTRO DE SALUD TAHUANTINSUYO
ALTO. LIMA. 2021”**

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

Lic. Enf. ROSA YSABEL VÁSQUEZ CALDERÓN

Callao, 2021

PERÚ

DEDICATORIA

En primer lugar, a Dios, por mantenerme con salud a mí y mi familia, en estos tiempos de pandemia, esperando que pase pronto.

A mi familia, mis hijos los cuales son mi motivo y mi mayor fortaleza para cumplir mis sueños anhelados. A mis docentes por encaminarme y guiarme con sus conocimientos en el desarrollo de este trabajo.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por hacerme fuerte para enfrentar los retos de la vida y mantenga la luz de la fe en mi corazón.

A mi madre amada por motivarme en continuar fortaleciendo mis conocimientos y su apoyo constante.

A mis estimados docentes, por apoyarme en la elaboración de este informe y la gran paciencia que tuvieron conmigo.

ÍNDICE

Págs.:

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCCIÓN..... | 2 |
| CAPÍTULO I. | |
| DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA..... | 4 |
| CAPÍTULO II. | |
| MARCO TEÓRICO..... | 9 |
| 2.1 Antecedentes..... | 9 |
| 2.1.1 Antecedentes Internacionales..... | 9 |
| 2.1.2 Antecedentes Nacionales | 14 |
| 2.2 Bases Teóricas..... | 20 |
| 2.3 Bases Conceptuales | 23 |
| CAPÍTULO III. | |
| PLAN DE INTERVENCIÓN..... | 36 |
| 3.1 Justificación..... | 36 |
| 3.2 Objetivos..... | 37 |
| 3.2.1 Objetivo General | 37 |
| 3.2.2 Objetivos Específicos | 37 |
| 3.3 Metas..... | 37 |
| 3.4 Programación de Actividades | 38 |
| 3.5 Recursos..... | 41 |
| 3.6 Ejecución..... | 42 |
| 3.7 Evaluación..... | 43 |
| CONCLUSIONES..... | 44 |
| RECOMENDACIONES..... | 45 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 46 |
| ANEXOS..... | 53 |

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo académico está enfocado en un plan de intervención educativa sobre alimentación complementaria del lactante menor de un año, orientado a las madres para mejoramiento del estado nutricional y desarrollo psicomotor del niño.

Se entiende por alimentación complementaria la oferta de alimentos o líquidos a los lactantes para complementar la leche materna.

La anemia y la desnutrición son problemas que han afectado a la población peruana durante décadas, el desarrollo de estrategias a nivel multisectorial está permitiendo disminuir la problemática. La educación juega un papel indispensable, es por eso la necesidad de aplicar intervenciones de calidad que permitan mejorar los conocimientos y prácticas de las madres para conseguir niños sanos y bien nutridos.

Es por eso que, las madres y los cuidadores necesitan tener acceso a información objetiva, coherente y completa acerca de las prácticas apropiadas de alimentación, libre de toda influencia comercial. En particular, deben estar informados acerca del período recomendado de lactancia natural exclusiva y continua; el momento de introducción de los alimentos complementarios; qué tipos de alimentos tienen que utilizar, en qué cantidad y con qué frecuencia y cómo darlos de forma inocua.

El inicio de la alimentación complementaria supone para los lactantes la entrada en un mundo de sabores, olores y consistencias nuevos.

Por otro lado, cuando la alimentación complementaria no se inicia de la forma apropiada, la desnutrición tiende a presentarse en sus diversas formas como la más común de las enfermedades, sus causas se deben en general a deficientes recursos económicos o a enfermedades que comprometen el buen estado nutricional.

El presente trabajo de académico titulado “PLAN DE INTERVENCIÓN: EDUCACIÓN EN ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA A LAS MADRES

QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL CENTRO DE SALUD TAHUANTINSUYO ALTO. LIMA. 2021". Tiene como finalidad mejorar el nivel de conocimientos en alimentación complementaria a las madres que acuden al consultorio de CRED del Centro de Salud Tahuantinsuyo Alto – Independencia.

Para el desarrollo del presente trabajo académico se implementó un plan de intervención que vaya orientado a la educación de las madres en cuanto a la alimentación complementaria, los cuales permitan al niño o niña aportar energía y nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo sin destetar al niño, crear hábitos de alimentación correctos, estimular el desarrollo psico-emocional y sensorial y su integración a la dieta familiar.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Al hablar sobre alimentación complementaria nos referimos al papel fundamental que representa en los hábitos de un niño.

La edad en que inician los niños la alimentación es una etapa especialmente sensible en el desarrollo del lactante ya que, como señala la guía para la alimentación del lactante y niño pequeño para la Región Europea, de la OMS/UNICEF, los primeros 2 ó 3 años de la vida son los más cruciales para un desarrollo físico y mental normal, y los problemas derivados de una nutrición inadecuada en esta etapa de la vida afectan no sólo al desarrollo físico, sino también al sistema inmunitario y al desarrollo intelectual y emocional (1).

Así también la OPS/OMS, define la alimentación complementaria como el proceso que comienza cuando la leche materna sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y, por ende, otros alimentos y líquidos son necesarios además de la leche materna. El rango de edad óptimo para dar alimentación complementaria está habitualmente entre los 6 y 24 meses de edad, si bien la lactancia materna puede continuar hasta después de los dos años (2).

En tanto, si la alimentación del niño no se ajusta a los requerimientos adicionales de estos nutrimentos, su crecimiento y desarrollo puede verse afectado, generando una desnutrición de diferentes grados. (3)

Según los datos y cifras de la OMS en el 2020, 52 millones de niños menores de 5 años presentan desnutrición, 17 millones padecen desnutrición grave, y 155 millones sufren retraso del crecimiento, mientras que 41 millones tienen sobrepeso o son obesos. Así mismo, alrededor del 45% de las muertes de menores de 5 años tienen que ver con la

desnutrición. En su mayoría se registran en los países de ingresos bajos y medianos. Al mismo tiempo, en esos países están aumentando las tasas de sobrepeso y obesidad en la niñez. Las repercusiones en el desarrollo y las consecuencias de índole económica, social y médica de la carga mundial de la malnutrición son graves y duraderas, para las personas y sus familias, para las comunidades y para los países. (4)

El Banco Mundial, mostro algunos datos de países como el Reino Unido, Alemania y Finlandia donde la prevalencia de anemia ferropénica fue de 13.5% en niños de 6 a 59 meses de edad. (5)

La UNICEF en su informe, recuerda que los malos hábitos alimenticios empiezan desde los primeros días de vida. Es común que cuando los niños pasan de la leche a los alimentos sólidos, se les proporcionen alimentos inapropiados. El resultado es que casi el 45% de los menores de 2 años no come frutas ni verduras y cerca del 60% no come huevo, lácteos, pescado o carne. Así mismo, hace mención que la desnutrición crónica en los niños menores de 5 años de los países de Latinoamérica se presenta de la siguiente manera: Guatemala como uno de los países con más alta tasa de desnutrición crónica (49%) el sexto a nivel mundial, le sigue Honduras con un 29%, Bolivia 27%, Ecuador 26%. A nivel de América Latina, el Perú se ubica por debajo de países como Guatemala (48,0%), Haití (28,5%), Nicaragua (21,7%), Belice (21,6%), El Salvador (19,2%), Panamá (19,1%) y Guyana (18,2%). (6).

En América Latina y el Caribe existen 22,5 millones de niños que presentan anemia ferropénica y la máxima prevalencia de la malnutrición severa se concentra en los niños de entre 6 y 24 meses de edad, ello se manifiesta por el retraso del crecimiento (9). Según la información obtenida, el hambre y los costos humanos, sociales y económicos contribuyen a agravar estos problemas en el mundo. (7)

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe mostraron cifras, donde la malnutrición por deficiencia como en la Argentina, el Brasil, Chile y Jamaica presentan prevalencia de desnutrición global bajo 2,5%, mientras que, en el otro extremo, más del 10% de los niños y niñas en Guatemala, Guyana y Haití presentan esta condición. La desnutrición crónica es un problema en la mayoría de los países (67%) y un 10% de su población la sufre. Así, en la región habría más de 7 millones de niños y niñas con desnutrición crónica. (8)

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018, en México, la prevalencia nacional de desnutrición crónica en niños menores de 5 años es de 14.2%, lo que corresponde a más de 1.9 millones de niñas y niños en México, mientras que el bajo peso se ubicó en 4.8%, y la emaciación en 1.4%.⁴ Las niñas y los niños con desnutrición crónica tienen una mayor susceptibilidad a las infecciones, retardo en el crecimiento físico y desarrollo cognitivo, menor rendimiento escolar, mayor susceptibilidad a desarrollar enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión y enfermedad coronaria a lo largo del curso de la vida, menor productividad y potencial de ingresos en su vida adulta.(9)

En tanto, Bolivia, desde los principios de la nutrición adecuada se considera que el primer alimento del día es el más importante. Según los datos se pudo ver que un alto porcentaje niñas y niños (alrededor del 50%), el día anterior a la encuesta en el desayuno consumió pan, leche, siendo tal vez la leche el alimento con mayor valor nutricional consumido al despertar, aunque un 19,5% de niñas y niños consumieron frutas y el 24% tomaron alguna bebida. Durante el día, los alimentos que fueron consumidos por un mayor porcentaje de niñas y niños (arriba del 57%) fueron pan, carnes, tubérculos y verduras. Alrededor del 36% consumió leguminosas, leche, fruta y comida preparada. Parecería que un importante porcentaje de niñas y niños tiene una alimentación variada, que es el otro principio de una

caso de la desnutrición crónica infantil, en Huancavelica es significativamente más alto al promedio nacional: que es 12%. En Loreto son 20 832 los niños menores de cinco años (32%) afectados por la desnutrición crónica. (13)

El Ministerio de Salud (MINSA) en el 2018 reportó que San Juan de Lurigancho es el distrito con mayor porcentaje de niños entre 6 a 35 meses con anemia y en estado de malnutrición, con un 48,9%, equivalente a 23 mil 432 menores. (14)

Durante mi experiencia como asistencial en el área de consultorio de Cred del Centro de Salud Tahuantinsuyo Alto, del distrito de independencia, donde su población fue de 739 niños menores de un año atendidos durante el 2020, de los cuales el 45% presenta una desnutrición moderada y el 49% una anemia leve y el 15% anemia moderada, de los meses de enero hasta marzo, ya que no se realizó las evaluaciones posteriores a esos meses debido a la pandemia causada por el Covid 19. El control de crecimiento y desarrollo se reactivó nuevamente a partir de octubre, donde se observó que la obesidad y la anemia aumentaron en los niños menores de un año, el 54% de los niños presentaban desnutrición moderada y el 65% de los niños presentaban anemia, según datos estadísticos del establecimiento. Durante la evaluación del control de crecimiento y desarrollo de niños menores de 1 año se interactúo con las madres quienes refirieron lo siguiente: “desconozco que es una alimentación complementaria”, “yo le doy lo mismo que como”, “no hago alimentos ricos en hierro”, “mi dinero no alcanza para comprarle las papillas”, “le doy alimentos triturados, picados, aplastados a base de frutas”, “no tengo tiempo para estar preparándoles esas cosas” “solo le doy mi pecho” solo verduras , entre otros aspectos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Internacionales

CUELLA V (2017) en Uruguay, en su un estudio “**Evolución del estado nutricional en niños menores de 5 años beneficiarios de un programa alimentario, al ingreso, a los 3 y 6 meses de tratamiento que acuden al hospital distrital de la ciudad de coronel bogado**” cuya Metodología fue un estudio de cohorte retrospectivo, observacional, descriptivo con componente analítico de casos consecutivos, evaluados durante setiembre de 2016 a marzo de 2017. Resultados: fueron evaluados 40 pacientes. El 52,50% (n=21) corresponde al sexo masculino y 47,50% (n=19) al femenino. La edad promedio fue de 13.606 ± 14.52 meses. El 37.50% (n=15) provino de una zona rural y el 62.50% (n=21) de zona urbana. Se encontró desnutrición al ingreso 15%, a los 3 meses 10% y a los 6 meses no se detectaron casos de desnutrición. Riesgo de desnutrición al ingreso 85%, a los 3 meses 45% y finalmente a los 6 meses 16%. Por último, 45% presentaron peso adecuado a los 3 meses y 84% a los 6 meses. El aumento total de peso promedio durante los meses de tratamiento fue $:2,81 \pm 1,16$ kg. El 85 % tiene un ingreso menor al sueldo mínimo, 58% accedió solo a la educación primaria, 53% no tiene acceso a agua potable, 38% no cuenta con baño moderno, 27% no cumplió los 6 meses de lactancia materna exclusiva, 27% presento bajo peso al nacer. No se observó relación significativa de los factores en relación al estado nutricional a los 3 meses. Conclusiones: Se observó una tendencia hacia la mejoría del

estado nutricional a través de un Programa alimentario que brinda apoyo nutricional. (15).

Cuando las madres adquieren un nivel de preparación o conocimientos en relación a una alimentación adecuada de los niños, el estado nutricional de los niños mejora, esto a partir de un programa alimentario.

ASQUI R. (2017) en Ecuador, en su estudio “Programa educativo para prevenir la desnutrición en niños de 3 – 5 años del centro de desarrollo de la niñez 268, del Cantón Arosemena Tola” cuyo objetivo fue diseñar un programa educativo para la prevención de la desnutrición en los niños de 3 a 5 años del Centro de Desarrollo de la Niñez 268, en el Cantón Arosemena Tola. Métodos: Se realizó un estudio de tipo exploratorio, descriptivo y explicativo en un universo de 65 madres de familia de los niños de 3 a 5 años del Centro de Desarrollo de la Niñez 268, del Cantón Arosemena Tola, a quienes se le aplicó una encuesta sobre la desnutrición y detectar el nivel de conocimiento sobre una correcta alimentación. Resultados: Se identificó que en las madres de los niños de 3 a 5 años el nivel conocimiento sobre alimentos nutritivos el 74% de la población, desconocen acerca de los alimentos nutritivos, mientras tanto el 49% de las madres alimentan a sus niños 3 veces al día cuando lo ideal debería ser 5 comidas, el 68% desconoce sobre la incorporación de los 5 grupos alimenticios. Conclusiones: Predominó el desconocimiento sobre la desnutrición sus consecuencias, factores de riesgo y sobre los adecuados tiempos de alimentación para su óptimo crecimiento y desarrollo. (16)

En el estudio se identificó que las madres en su mayoría de veces desconocen sobre los alimentos nutritivos y la frecuencia de los alimentos en los niños de 3 a 5 años, generando como consecuencia alteraciones en el crecimiento y desarrollo.

ACOSTA N. (2017) en Ecuador, en su estudio “Factores de riesgo de desnutrición en niños menores de 5 años estudio realizado en el Centro de Salud Fertisa Distrito (09D02) desde enero 2016 a enero 2017” cuyo objetivo principal fue determinar la Prevalencia de la Desnutrición y de los factores de Riesgo asociados a la Desnutrición en un Grupo de 200 Niños menores de 5 años atendidos en el Centro de Salud Fertisa Distrito (09D02). en la Ciudad de Guayaquil, desde enero 2016 a enero 2017. El método de estudio fue Observacional Longitudinal de Cohorte Prospectivo, se eligió el método cualitativo, por su Variable, la Desnutrición Infantil. Se realizó la revisión de las Historias Clínicas, Evaluación y Control de un Universo de 200 niños en un tiempo límite de 1 año. Resultados: Este estudio se realizó con la Revisión de las Historias Clínicas de los niños de 0 a 5 años de edad que acudieron para ser atendidos en el Centro de Salud Fertisa, obteniéndose un total de 200 pacientes de los cuales se escogieron aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión obteniéndose una muestra de 92 pacientes. Con Diagnostico de Desnutrición con los datos peso/edad, talla /edad y la aplicación de encuestas a las madres de Familia. Al valorar el estado nutricional de los niños (as) menores de 5 años de edad atendidos se observa que el 54% del Universo de niños presentaron un estado Nutricional normal, y 46% pacientes con Desnutrición Así mismo el grupo de edad más afectado es el preescolar. Y la tasa de prevalencia según sexo predomina el sexo femenino con 59%. Conclusiones: Se determinó la Prevalencia de la Desnutrición, así como los factores de Riesgo Relevantes los cuales están relacionados con la Desnutrición en los niños menores de 5 años que acuden al Centro de Salud Fertisa, encontrándose que tanto los factores biológicos, sociales y ambientales producen desnutrición en este grupo vulnerable. (17)

El estudio demuestra la prevalencia de la desnutrición, asociándose directamente a los factores biológicos y sociales en los niños de 0 a 5 años. Es importante recordar que, dentro del factor biológico se encuentran patologías propias del niño que impiden la absorción de los nutrientes, así mismo alterando este estado nutricional. En tanto, el factor social cumple un papel importante, ya que, en este campo la madre y los cuidadores son responsables directos del estado nutricional del niño.

ABDURAHMAN A, ET AL (2019) en Irán, en su estudio “Magnitud y determinantes de las prácticas de alimentación complementaria en Etiopía”, con el objetivo de determinar la magnitud y las determinaciones de las practicas sobre alimentación complementaria; el estudio tipo cuantitativo, correlacional, revisión sistemática, la población por 26 artículos, la técnica fue la revisión bibliográfica e instrumento los artículos. Los resultados fueron que la frecuencia mínima de comida y la dieta mínima aceptable fue de 61%, 18%, 56% y 10% respectivamente, la prevalencia más alta de inicio oportuno de la alimentación complementaria fue en el norte 86,2%, y el 17 menor en el sur 20,5%. Las conclusiones fueron que las estimaciones reflejan una prevalencia de los niños iniciaron oportunamente la alimentación complementaria. (18)

Este estudio demuestra que, la alimentación complementaria se inició de forma oportuna en la mayoría de los niños. Es importante resaltar que una alimentación acertada favorece en el desarrollo y crecimiento de los niños desde temprana edad.

QUILUMBAQUIN E (2019) en Ecuador, realizó un estudio titulado: “Prácticas de ablactación en niños que asisten al Centro de Salud N° 1 de la Ciudad de Esmeraldas”, con el objetivo de determinar las prácticas de ablactación en niños; estudio de tipo cuantitativo,

experimental, método descriptivo, de corte transversal, la población estuvo constituida por 58 madres, utilizaron como técnica la encuesta e instrumento un cuestionario. Los resultados fueron que el 60% incorporaron alimentos sólidos a partir de los 6 y 7 meses, el 14% a partir de los 4 a 5 meses, el 10% lo realiza a los 10 o 11 meses por miedo a que sus hijos puedan atragantarse. Las conclusiones fueron que las prácticas de las madres sobre ablactación, manipulación y preparación de alimentos son adecuadas, iniciaron la alimentación complementaria a los 6 meses, además emplearon verduras y frutas en la elaboración de las primeras papillas para sus niños. (19)

En este estudio se demuestra que, las madres realizaron prácticas de ablactación es decir la iniciación de una alimentación complementaria fueron adecuadas; esto incluye la preparación, manipulación, frecuencia de alimentos.

MEDINA T (2019) en Ecuador, realizó una investigación sobre:

“Alimentación en niños/as de 6 a 24 meses: actitudes y prácticas de las madres que acuden al Centro de Salud Obrapia”, con el objetivo de determinar las actitudes y prácticas de las madres en la alimentación de sus niños/as; el estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo, corte transversal, y diseño correlacional, la población estuvo constituida por 91 madres, la técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Los resultados fueron que el 74% están en desacuerdo a obligar al niño a consumir todo el alimento, 52% es indiferente al cansancio, falta de apoyo, tensión, frente a la alimentación del niño, 57% están en desacuerdo que familiares brinden la alimentación a su hijo, 64% está en desacuerdo al utilizar medios de distracción, con respecto a las prácticas el 52% no utiliza agua hervida para la higiene y preparación de los alimentos. Las conclusiones fueron que las madres 18 están

en desacuerdo al momento de obligar al niño a comer toda la comida, la mitad de ellas les es indiferente el cansancio, y la falta de apoyo, piensan que el niño debe tener una alimentación adecuada en libertad y no ser obligado a alimentarse. (20)

Este estudio demuestra que las actitudes y prácticas de las madres respecto a la alimentación de los niños son desfavorables, ya que durante la preparación de los alimentos no utilizan agua hervida para la higiene y preparación. Así mismo, demuestran cierta indiferencia al cansancio, tensión durante la alimentación del niño. El proceso de alimentación de un niño debe llevarse en un ambiente de calma y armonía, brindándole los espacios de libertad y sin presión en el momento de la alimentación.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

ROBLES D. (2017) en su estudio “Factores socioeconomicos y desnutrición de niños menores de cinco años, puesto de salud pisonaypata, apurimac, 2017” tuvo como objetivo evaluar la relación que existe entre los factores socioeconómicos y la desnutrición de niños menores de cinco años atendidos en el puesto de salud de Pisonaypata Apurímac en el 2017. El método que se utilizó fue descriptivo puesto que describe las variables observadas en la realidad, el diseño de la investigación fue correlacional de corte transversal, de tipo cuantitativa.

La muestra de estudio estuvo conformada por 107 madres de niños menores de 5 años. Los resultados arrojaron que el 32.71% de las madres encuestadas presentan un nivel alto con respecto a la variable factores socioeconómicos, el 43.93% presentan un nivel medio y un 23.36% un nivel bajo, también se evidencia que el 29.91% de los niños menores de cinco años presentan un nivel alto con respecto a la variable desnutrición, el 42.99% presentan un nivel

medio y un 27.10% un nivel bajo. Y según la correlación de Spearman se obtuvo que la variable factores socioeconómicos está relacionada directa y positivamente con la variable desnutrición, según la correlación de Spearman de 0.678 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis principal y se rechaza la hipótesis nula. Se recomienda a los directivos del Puesto de Salud Pisonaypata, priorizar los cursos de capacitación, talleres, seminarios al personal de enfermería, sobre el conocimiento y las prácticas de alimentación nutritiva en niños, para lograr se brinde información de una manera clara y sencilla, a la comunidad. (21)

La alimentación de un niño, no es necesario la inclusión de alimentos caros y que no aporte un valor nutritivo. Existen alimentos locales y accesibles a la olla familiar, alimentos con propiedades nutricionales. Es importante que, el personal de salud genere y sensibilice a través de las sesiones educativa y demostrativas en torno a una adecuada nutrición del niño que empieza comer alimentos sólidos.

GRADO V. (2019) en su estudio “Estado nutricional en menores de 5 años que asisten al consultorio CRED del centro de salud Perú 3 zona del distrito SMP 2019” cuyo objetivo fue determinar el estado nutricional de los niños menores de 5 años que asisten al control CRED del centro de salud Perú 3 zona del distrito SMP, 2019. Material y método: Estudio descriptivo, de corte transversal, retrospectivo, realizado en 200 niños menores de 5 años, atendidos en el CRED del Centro de Salud Perú 3 zona en el mes de abril 2019. La técnica utilizada fue el trabajo en campo en relación a la medida de peso (kg) y talla en (cm), con las Curvas de Crecimiento de Valoración Antropométrica, establecidas por el Ministerio de Salud

del Perú. Resultados: Del total de niños menores de 5 años evaluados, el 71.5% y el 14% pertenecieron al grupo etario del rango de edad de 0-12 meses y 13-24 meses, respectivamente. Para el componente peso/edad, 31 (15.5%) niños tuvieron ganancia inadecuada; 8 (4%) tuvieron sobrepeso; y 1(0.5%) tuvo obesidad. Para el componente talla/edad, 32 (16%) tuvieron ganancia inadecuada; y 1 (0.5%) tuvo sobrepeso. Para el componente peso/talla, 7 (3.5%) tuvieron ganancia inadecuada; 10 (5%) tuvieron sobrepeso; y solo 1 (0.5%) presentó obesidad. El estado nutricional afectó principalmente a los niños de 0-12 (8.7%) meses, seguidos de los niños de 14-24 meses (3.8%). Conclusión: Cerca la mitad de niños menores de 5 años que asisten al control CRED del centro de salud Perú III zona SMP 2019 tuvieron un estado nutricional inadecuado. (22).

Cuando se habla de desnutrición, no solo nos referimos a un niño delgado. Existe una conceptualización en relación al niño obeso, mientras más obeso “niño saludable” lo cual es representa un concepto equivocado por los padres o la sociedad en sí. Un niño con sobrepeso u obeso representa un estado de mal nutrición.

AIQUE S (2016) en su estudio “La desnutrición y su relación en logro de aprendizajes en niños y niñas de cinco años en la institución educativa inicial n° 719 “Yuveni”. Cuyo objetivo fue determinar la relación entre “La Desnutrición Y Su Relación En Logro De Aprendizajes En Niños Y Niñas

De Cinco Años En La I.E.I.N° 719 “Yuveni” Del Distrito De Vilcabamba De La Provincia De La Convención En El Año 2015. El tipo y diseño de investigación es correlacional; La población de estudio constituye 15 padres de familia de la Institución Educativa Inicial N° 719 de “Yuveni” para ello se utilizó la técnica de la encuesta con el instrumento de cuestionario estructurado con cuatro escala de

calificación; siendo la conclusión principal que la relación entre “la desnutrición y su relación en logro de aprendizajes en niños y niñas de cinco años en la I.E.I. N° 719 de Yuveni del distrito de Vilcabamba de la provincia de la Convención en el año 2015” (23)

La mala o poca alimentación y la desnutrición en la infancia afectan el comportamiento y el rendimiento escolar durante toda su etapa de crecimiento. Además, esta impide el desarrollo conductual y cognitivo y afecta el rendimiento escolar y la salud reproductiva, debilitando así la futura productividad en el trabajo.

SOLES H (2017) en su estudio “Factores asociados a estado de desnutrición en niños menores de 5 años. Centro de Salud Santa, 2017”. Cuyo objetivo fue determinar cuáles son los factores asociados a la desnutrición en menores de 5 años, el tipo de investigación fue descriptivo correlacional y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 30 niños con desnutrición crónica y 30 niños sanos que reunieron los criterios de inclusión. La desnutrición crónica es tipo de desnutrición más predominante (100%) según el indicador talla/edad, seguido desnutrición global (26,7%) según el indicador Peso/edad, solo el 6,7% de los niños presenta desnutrición aguda. Referente a los factores socioeconómicos la mayoría de las madres en estudio tiene una edad fluctuante de 18 a 34 años, ha cursado secundaria y son amas de casa. Los factores sociales asociados a la desnutrición fueron el nivel de instrucción [χ^2 : 8,879; p: 0,031], el ingreso económico familiar [χ^2 : 14,571; p: 0,002] y las prácticas alimentarias [χ^2 : 39,095; p: 0,000]. No habiendo asociación con la edad materna, ni la ocupación. (24)

En cuanto a factores socioeconómicos, la educación de la madre y el índice de riqueza del hogar son predictores importantes para la reducción de la desnutrición crónica infantil, por el lado de los

factores ambientales a nivel del hogar, la desnutrición crónica infantil está directamente relacionada tipo de instalaciones sanitarias, la fuente de agua potable, el piso y la pared de la vivienda, tipo de combustible para cocinar, el tipo de combustible para cocinar, las instalaciones sanitarias y, las formas de eliminación de heces de los niños menores. Cuando más inadecuadas son las condiciones ambientales del hogar mayor es la probabilidad de que el niño sea desnutrido crónico y viceversa.

QUISPE CH. (2015) en su estudio “Estado nutricional de los niños menores de 5 años de la institución educativa inicial 608 de Tinta, Cusco 2015” cuyo objetivo fue determinar el Estado Nutricional de los Niños Menores de 5 Años de la Institución Educativa Inicial 608 de Tinta, Cusco 2015. La metodología fue descriptivo, transversal, la población fue de 64 preescolares y la muestra fue 45 preescolares de la Institución Educativa Inicial 608 Tinta, obtenida a través de un muestreo probabilística. En los resultados generales se observa que el 67% tienen 4 años de edad y el 38% son de sexo masculino y un 62% son sexo femenino, el 86% niños cuyos familiares viven en el Distrito de Tinta y en 40% de las madres tiene el nivel de instrucción secundaria completa, 47% de madres de familia tienen 2 hijos y el 46% su ingreso económico mensuales son 501-1000 soles el 62% de madres familia tienen trabajo independiente y el 60% de madres de familia son convivientes. En la medición antropométrica y el estado nutricional de los niños se llegó a una conclusión que los niños que tienen riesgo nutricional el 13% según Peso/ Edad y podemos mencionar que los niños tienen desnutrición crónica en un 5% según T/E de tal forma el 6% se encuentran en riesgo nutricional que es Peso/ Talla. (25)

El retraso en el crecimiento la estatura es inferior a la que corresponde según la edad del niño o de la persona que sufre

desnutrición. La desnutrición infantil tiene severas consecuencias sobre el desarrollo físico e intelectual de los niños, afectando su capacidad de aprendizaje, generando problemas de salud infantil y agravando los riesgos de enfermar y morir.

ZEVALLOS B (2015) en su estudio “Anemia nutricional y rendimiento académico de escolares de la institución educativa Jesús el Nazareno Huancayo, 2015” Tuvo como objetivo determinar la relación entre anemia nutricional y rendimiento académico de los escolares de la Institución Educativa Jesús el Nazareno Huancayo, 2015. La metodología del trabajo fue de tipo aplicada, con un nivel de investigación descriptivocorrelacional y un diseño no experimental, transversal descriptivo. La muestra estuvo conformada por 245 escolares de ambos géneros, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Los resultados encontrados fueron: La prevalencia de anemia de los escolares fue 21,7% donde 32 (13,1%) niños presentaban anemia leve de los cuales 31 (12,7%) niños tenían calificación de A (logro previsto), 1 (0,4%) niño tuvo calificación de C (en inicio); y 21 (8,6%) niños presentaban anemia moderada de ello 20 (8,2%) niños tenían calificación de A (logro previsto), 1 (0,4%) niño tuvo calificación de C (en inicio); y 192 (78,4%) niños no presentaban anemia de ello 188 (76,7%) niños tenían calificación de A (logro previsto), 2 (0,8%) niños obtuvieron calificación de B (en proceso) y 2 (0,8%) niños tenían calificación de C (en inicio). Estadísticamente se comprueba que con un nivel de significación de $\alpha=0,05$ y para 4 grados de libertad se acepta la hipótesis nula. En conclusión, la relación entre anemia nutricional y rendimiento académico no es directa ni significativa en los escolares de la Institución Educativa Jesús el Nazareno. (26)

La anemia es la disminución del nivel de concentración de hemoglobina o de glóbulos rojos en la sangre, como resultado de

una insuficiente ingesta de alimentos con hierro o de no haberse alimentado con leche materna en forma exclusiva los primeros seis meses de vida. El desarrollo mental o cognitivo incluye funciones de ejecución del pensamiento, memoria, razonamiento, atención, procesamiento visual, así como solución de problemas.

2.2 Bases Teóricas

A. Modelos de Adopción del rol materno-Ramona Mercer

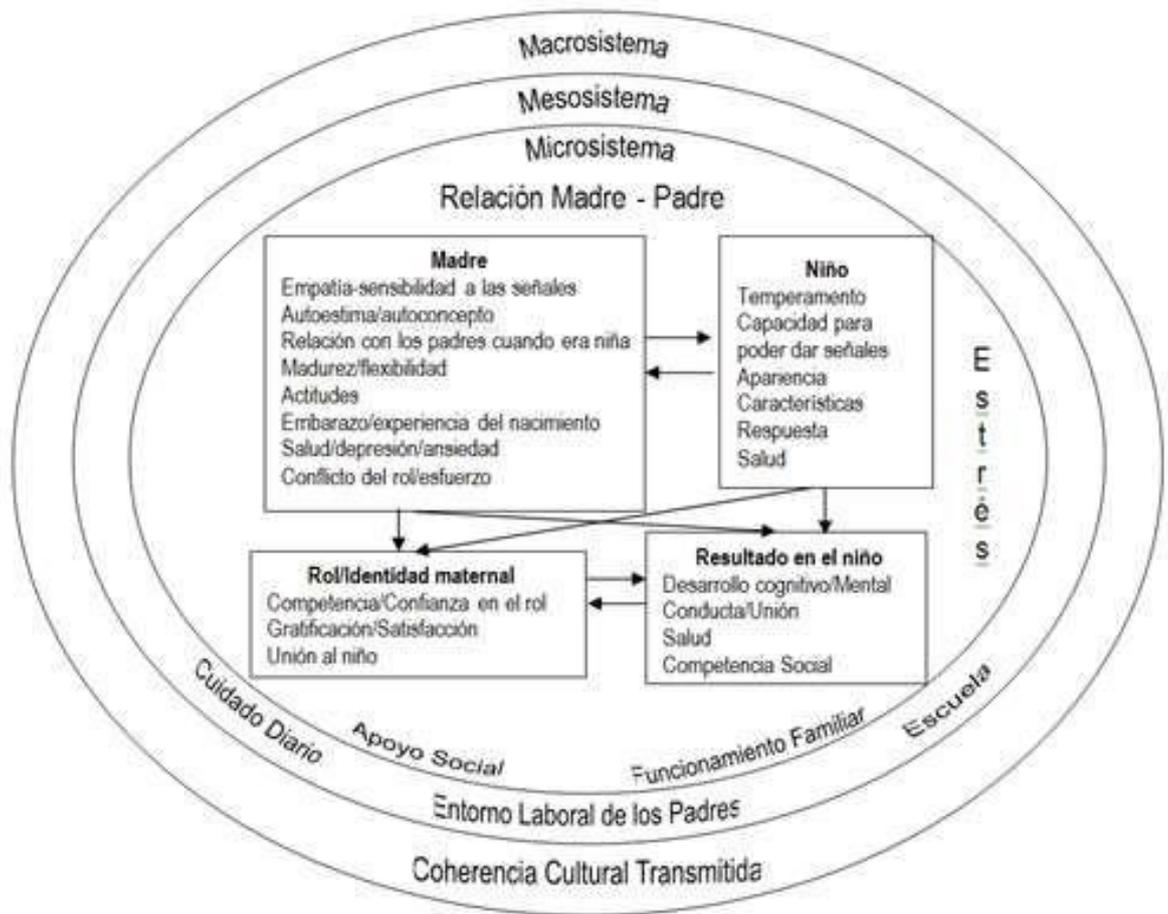
Una de las relaciones más cruciales en la dinámica humana es la relación entre una madre e hijo, el apego seguro del bebé a su madre o madre sustituta es crucial para el crecimiento y desarrollo normal, una parte integral de la capacidad para desarrollar un sentido de dominio, identidad y autoestima, el objetivo desarrollar una fuerte identidad materna a lo largo de la vida de una mujer fue la base de la teoría del logro materno de Ramona Mercer. (27)

Mercer es bien conocida en la especialidad de enfermería en el aspecto materno-infantil, quien desarrolló el modelo de logro materno - convertirse en madre, es una teoría de rango medio, basada en la evidencia, se ocupa principalmente de la relación materna e infantil, los conceptos y definiciones principales del logro del rol materno: es un proceso de desarrollo e interacción que ocurre durante un período de tiempo, durante el cual la madre se apega a su bebé, ve sus necesidades, mantiene supervisión directa, ve sobre su alimentación, adquiere competencia en las tareas de cuidado involucrándose en su rol y expresa placer y satisfacción en su rol. La flexibilidad de las actitudes de crianza de hijos aumenta con un mayor desarrollo, las madres mayores tienen el potencial de responder de manera menos rígida a sus bebés y ver cada situación con respecto a ellos, las actitudes de crianza, actitudes o creencias maternas acerca de la crianza de los hijos, percepción de su estado de salud anterior, y estado de salud actual. (27)

El modelo de rol materno en la alimentación del lactante fue diseñado para explicar cómo características maternas (personales, cognitivas y estado de salud), el rol materno (prácticas maternas de alimentación) y las características del lactante se relacionan e influyen en el estado nutricional del lactante. Este se orienta a la diada madre-hijo, las edades de los lactantes pueden oscilar entre los 0 y 12 meses. (27)

La madre debe moverse hacia una nueva psicología este es el período en el que la madre comienza a desarrollar su propia identidad materna y se siente más cómoda con sus habilidades de toma de decisiones y con la maternidad, logra la identidad maternal que generalmente ocurre aproximadamente cuatro meses después del nacimiento y dos meses antes de aplicar la alimentación complementaria, la madre debe tener en cuenta al acercarse ya el periodo de introducción de alimentos blandos, semisólidos y sólidos. Los conceptos del modelo se organizan en un esquema gráfico [Figura 1]. En este se muestran 11 conceptos centrales dentro de un círculo que delimita las relaciones entre las características maternas personales, cognitivas y estado de salud, características del lactante, el rol materno en la alimentación y el resultado en el lactante, mediante este círculo se representa el microsistema social, donde solo la madre y el lactante participan. En este modelo las flechas continuas unidireccionales denotan la relación entre los conceptos.

FIGURA 1. TEORÍA DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO (MERCER, 1981)



B. Teoría de la Diversidad y de la Universalidad de los Cuidados Culturales de Madeleine Leininger.

La cultura representa los modos de vida sistematizados y los valores de las personas que influyen en sus decisiones y en sus acciones. Leininger define la enfermería transcultural como un estudio comparativo y el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados; la expresión, las creencias de la salud, la enfermedad y el modelo de conducta. (28)

El propósito de su teoría es descubrir ciertas particularidades y universalidades; es decir, lo común de los cuidados que ejercen las personas sobre sus descendientes, según la concepción que tienen del mundo, la perspectiva social y otras dimensiones, para después optar por cuidados culturalmente congruentes con determinadas concepciones culturales, creencias, costumbres, ideologías, etc. Y por ende mantener o recuperar el bienestar de su salud de manera adecuada.

Leininger menciona en su teoría, que la enfermería transcultural tiene la capacidad para desarrollar el saber y la práctica en el cuidado de enfermería realizando acciones basados en los estilos de vida y según la cultura de cada persona, familia o comunidad; de manera que la atención sea más efectiva, satisfactoria y coherente. Así, los pacientes se sienten satisfechos porque reciben una buena atención, lo que se transforma en una fuerza de recuperación de la calidad de la salud. (29)

En su teoría Leininger formula cuatro principios, uno de ellos propone tres modos de acción y decisión con base cultural; el primero corresponde a la preservación y mantenimiento de los cuidados culturales; el segundo es la acomodación o negociación de los cuidados culturales y el tercero es la reorientación o reestructuración de los cuidados culturales. Estos modos, para la teórica, son factores clave para llegar a un cuidado coherente, seguro y significativo. (29)

2.3. Bases Conceptuales

2.3.1. Alimentación complementaria.

La Organización Mundial de Salud definió Alimentación Complementaria como “el proceso que se inicia cuando la lactancia

materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto, son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna”. (30)

La alimentación complementaria es la incorporación de alimentos diferentes a la leche humana o fórmula, a la alimentación del lactante. Complementa el aporte de nutrientes de la leche, sin desplazarla ni sustituirla. Abarca alimentos sólidos, semisólidos y líquidos, cuya selección dependerá de factores nutricionales, sociales, económicos y culturales. Comprende el período entre el inicio de los alimentos semisólidos hasta el momento en el que el niño se alimenta en forma similar al adulto (4-6 a 24 meses). Otras denominaciones son: “beikost”, término de origen alemán que se refiere a “alimento más allá de”; “weaning”, de origen anglosajón y se refiere a destete. La palabra “ablactación”, antes utilizada como sinónimo, debería dejar de usarse, pues en latín significa “sin leche”. (30)

A. Inicio de la alimentación complementaria

Alrededor de los 6 meses, la leche materna puede no cubrir las necesidades de energía y de algunos nutrientes en su totalidad para la mayoría de los lactantes, quienes, por otra parte, han alcanzado a esta edad un grado de maduración suficiente y están preparados para la introducción de otros alimentos:

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

- **Maduración renal:** a los 6 meses la filtración glomerular es del 60-80% de la del adulto y las capacidades de concentración y de excreción de sodio, fosfatos e hidrogeniones son mayores que al nacimiento, aunque aún limitadas entre los 6 y los 12 meses.
- **Desarrollo psicomotor:** hacia los 5 meses el bebé empieza a llevarse objetos a la boca; a los 6 meses el lactante inicia los movimientos de masticación, desaparece el reflejo de extrusión lingual y es capaz de llevar hacia atrás el bolo alimenticio para su deglución; hacia los 8 meses la 34 mayoría se sientan sin apoyo y tienen suficiente flexibilidad lingual para tragar alimentos más espesos; hacia los 10 meses pueden beber con una taza, manejar una cuchara y coger alimentos con sus dedos.
- **Maduración inmune:** la introducción de alimentación complementaria supone la exposición a nuevos antígenos y cambios en la flora digestiva con repercusión en el equilibrio inmunológico intestinal. Es un momento de gran influencia sobre el patrón de inmunorespuesta, y los factores específicos tolero génicos y protectores del intestino que aporta la leche humana pueden modular y prevenir la aparición de alergias y reacciones adversas. (31)

B. Cantidad de alimentos

Es conveniente recordar que la capacidad gástrica del lactante es pequeña (aproximadamente 30 ml/kg de peso) por lo que es importante ofrecer alimentos de alta densidad energética y con una cantidad elevada de micronutrientes, en toma pequeña y frecuente. Se recomienda comenzar con raciones pequeñas, aumentando la cantidad a medida que el niño crece, mientras se continúa ofreciendo el pecho con frecuencia. (32)

- Niños de 6 - 8 meses: servir la mitad de un plato mediano de comida espesa cada vez que se le ofrezca de comer, debe iniciar con dos o tres cucharadas hasta llegar a cinco.
- Niños de 9 - 11 meses: servir casi completo el plato mediano (3/4) de comida picada cada vez que se le ofrezca de comer, cinco a siete cucharadas. (32)

C. Frecuencia de alimentos

El número apropiado de comidas depende de la densidad energética de éstas y la cantidad que consuma en cada una de ellas. Como norma general para el lactante sano amamantado de nuestro medio, se aconseja:

- 2 a 3 comidas por día entre los 6 y 8 meses
- 3 o 4 comidas entre los 9 y 11 meses
- 3 o 4 comidas y 2 “aperitivos nutritivos” (pequeñas cantidades de alimentos a comer entre comidas, fáciles de preparar y que puedan comer por sí solos: pieza de fruta, pan con queso...) durante todo el segundo año. (32)

Para la mayoría de los lactantes amamantados, entre 6 y 12 meses, la introducción lenta y progresiva de pequeñas cantidades de otros alimentos sin forzar y en el momento en que están “listos” para aceptarlos (el bebé suele mostrar su interés por los alimentos que se presentan en la mesa familiar) no interfiere con las tomas de pecho, siempre que no se fuerce al lactante a comerlos cuando está muy hambriento o claramente muestra señal de querer el pecho. (32)

Durante todo el primer año, la leche materna debe ser el principal alimento y es importante tener presente que la misión de la alimentación complementaria es ofrecer energía y nutrientes adicionales para complementar a la leche materna, pero no para sustituirla (32)

D. Frecuencia de la lactancia materna

En este periodo es de suma importancia la lactancia materna como un alimento óptimo hasta los 2 primeros años de vida y establece la necesidad de agregar la alimentación complementaria sin anular la lactancia materna (33)

- Para niños de 6 - 8 meses de edad darle de lactar todas las veces que la niña o niño quiera, por lo menos ocho veces durante el día y la noche.
- Para niños de 9 - 11 meses de edad continuar con la lactancia materna todas las veces que la niña o niño quiera, por lo menos seis veces durante el día y la noche.

E. Consistencia de los alimentos

La consistencia más apropiada de la comida dependerá de la edad y las habilidades de masticación que haya desarrollado el niño. Cuando se ofrece alimentos de consistencia inapropiada, es probable que el niño no sea capaz de consumir las cantidades suficientes para asegurar su crecimiento. (34)

- De los 6 a 9 meses: brindar al lactante alimentos de consistencia (machacados, papillas, suaves y espesos) Iniciar la introducción de alimentos diferentes a la leche materna, con comidas espesas como papillas, purés, mazamorras, utilizando alimentos de la olla familiar y de la zona.
- De los 9 a 12 meses: brindar al lactante alimentos de consistencia (picados o cortados en trocitos pequeños) Continúe dándole comidas espesas, pero ahora incluir preparaciones sólidas (picado o pequeños trocitos) y variadas utilizando alimentos de la olla familiar.

Durante la consejería promueva las preparaciones de consistencia espesa, de ser posible recomiende utilizar leche materna para preparar las papillas. Los alimentos complementarios deben ser lo

suficientemente espesos para mantenerse en la cuchara y que no se escurran hacia afuera, para que, en una pequeña porción de alimento, el niño obtenga la energía y nutrientes que necesita. Evite las preparaciones muy líquidas, jugos, refrescos, caldos o sopas, pues la mayoría son poco nutritivas y no aportan la energía y nutrientes suficientes para que el niño crezca y se desarrolle adecuadamente. Si la madre acostumbra a dar atoles o caldos al niño, recomiéndele dar primero las papillas nutritivas o comidas espesas para evitar que llene su estómago con alimentos poco nutritivos. (35)

F. Calidad de alimentos

- Niños de 6 – 8 meses: Agregar diariamente a sus comidas, por lo menos, una porción de alimentos de origen animal: huevo, queso, pescado, hígado, “sangrecita”, pollo, etc. Introducir los alimentos nuevos uno a la vez, aumentando poco a poco la variedad de los alimentos. (32)
- Niños de 9 – 12 meses: Agregar diariamente a sus comidas, por lo menos, una porción de alimento de origen animal: huevo, queso, pescado, cuy, hígado, “sangrecita”, pollo, etc.

G. Alimentación balanceada y combinación de alimentos

Ningún alimento único proporciona todos los nutrientes que el cuerpo requiere. Por esta razón el niño debe comer preparaciones balanceadas combinando diferentes alimentos. Éstas proporcionan energía, proteínas, vitaminas y minerales necesarios para el adecuado crecimiento y desarrollo del niño. (36)

- Preparaciones espesas, purés o segundos: Para promover una adecuada alimentación complementaria del niño es necesario utilizar alimentos variados, como los cereales, tubérculos, alimentos de origen animal, menestras, frutas y

verduras. Es conveniente decirle a la madre que no tiene que preparar una olla aparte para el niño, los alimentos que ella utiliza para la comida de toda la familia pueden ser la base de una buena papilla. Los tubérculos como la papa, camote, yuca y los cereales como el arroz, el trigo, la quinua, la kiwicha, los fideos, etc. son buenos alimentos para prepararle a los niños siempre y cuando sean espesos como purés, mazamoras o segundos y se combinen adecuadamente con los alimentos que se señalan a continuación:

- **Productos de origen animal que contienen hierro:** Los alimentos de origen animal contienen proteínas de alta calidad. Además, el hígado, bazo, sangrecita, el pescado contienen mucho hierro necesario para el crecimiento y desarrollo del niño. Si estos alimentos se encuentran disponibles en el hogar y al alcance del presupuesto familiar, es importante incluir estos alimentos en una pequeña cantidad (al menos 2 cucharadas) por lo menos 3 días a la semana en las comidas del niño para favorecer su crecimiento y desarrollo y evitar la anemia. (36)
- **Menestras o Leguminosas:** Las arvejas, habas, frijoles, lentejas, son muy nutritivas si se combinan con los cereales como el arroz, el maíz, el trigo, la cebada y/o tubérculos como la papa, la yuca, la oca, en una relación de dos porciones de cereal por una porción de menestra. Las menestras proporcionan también hierro en menor nivel de absorción que los de origen animal, pero son importantes fuentes de proteína y deben incluirse en la alimentación a partir de los 6 meses, teniendo cuidado de quitarle la cáscara cuando se utilizan granos enteros hasta que cumpla un año o en todo caso puede utilizar las harinas de habas, de arvejas o del frijol soya para preparar mazamoras .(36)

- Frutas y Verduras de color amarillo, anaranjado y hojas de color verde oscuro: deben ser parte de la alimentación del niño. Deben ofrecerse limpias, frescas, cocidas y en forma de puré, picadas o en jugos acompañando a las comidas. Darle 1 fruta y 1 verdura amarilla, anaranjada o de color verde oscuro cada día. (37)
- Las verduras de hojas de color verde oscuro como la espinaca, acelga, hojas de quinua, el jataco son ideales para la alimentación infantil. Así también las verduras amarillas o anaranjados como la zanahoria y el zapallo. Servir medio plato de comida espesa cada vez que le ofrezca de comer. Después de su comida darle pecho todas las veces que el niño quiera. La cartilla de alimentación contiene los mensajes indispensables para la alimentación del niño. Estos mensajes deben ser ofrecidos cada vez que el personal de salud esté en contacto con la madre de un niño menor de 6 años especialmente si es madre de un menor de 2 años .(37)
- Otros alimentos: La ingestión de grasas en el primer año de vida es fundamental para asegurar el aporte de energía dietética requerida. Entre el 40 y 60% de la energía ingerida por niños alimentados con leche materna proviene de grasas. No es recomendable limitar la cantidad o tipo de grasa en la dieta durante los primeros dos años de vida (37).
- Los aceites y grasas especialmente vegetales, deben añadirse en una pequeña cantidad (1 cucharadita) a la comida de los niños de 6 a 24 meses, ya que agregan una buena cantidad de energía en poco volumen de alimento. Además, suavizan las comidas y les dan un sabor agradable (37).

D. Higiene de los alimentos

La Organización Mundial de la Salud, difunde la "Reglas para la preparación higiénica de los alimentos, cuya aplicación sistemática reduce considerablemente el riesgo de la enfermedad de origen alimenticio. A continuación, presentaremos las reglas (38):

- Consumir alimentos que hayan sido tratados o manipulados higiénicamente. Hay alimentos que sólo son seguros si han sido tratados previamente y conservados a una temperatura adecuada.
- Cocinar correctamente los alimentos, pueden estar contaminados por microorganismos, pero si se cocinan bien esos microorganismos son destruidos por el calor.
- Consumir los alimentos inmediatamente después de ser cocinados, es la mejor manera de evitar que los gérmenes proliferen. No dejar nunca a temperatura ambiental los alimentos cocidos. - Calentar suficientemente los alimentos.
- Evitar el contacto entre los alimentos crudos y los cocinados
- Un alimento cocinado puede volverse a contaminar por contacto con alimentos crudos o si tiene comunicación con objetos (cuchillos, tablas, trapos, etc. que anteriormente hallan tocado un alimento crudo contaminado).
- Asegurar la correcta higiene de la persona que va manipular los alimentos y una limpieza adecuada en todas las superficies de la cocina. La persona que manipule los alimentos debe realizar estrictas prácticas higiénicas.
- Es importante que tenga las manos siempre lavándolas cada vez que haga falta y siempre que haga uso de los servicios higiénicos.
- En caso de una pequeña herida, se cubrirá con un depósito impermeable. Si la herida está infectada debe apartarse del contacto de los alimentos.

- Mantener los alimentos fuera del alcance de insectos, roedores y animales de compañía. Los animales son portadores de gérmenes patógenos que originan enfermedades de transmisión alimentaria.
- Utilizar exclusivamente agua potable. El agua potable no es solamente imprescindible para beber, sino también para preparar los alimentos. Debe tener exclusivamente uno de estos orígenes agua envasada o provenientes de la red pública de distribución de la población (un ligero sabor a cloro es garantía de potabilidad). En caso de necesidad agregar unas gotas de lejía de uso alimentario (38).

2.3.2. Problemas nutricional

Dentro de los problemas nutricionales se tiene lo siguiente:

a) Desnutrición:

Es un estado patológico caracterizada por la deficiencia de múltiples nutrientes primordiales para la alimentación.

La desnutrición presentada en alguna de su forma tiende en presentar considerables riesgos en la salud del ser humano, contribuyendo en un porcentaje considerable cerca de un tercio en las muertes infantiles. (39) Existen tres tipos de desnutrición:

1. Desnutrición aguda: Viene a ser el déficit de peso para la talla, que radica en el descenso de la masa corporal, mayormente es originado por un episodio agudo de enfermedades infecciosas o severos descensos de ingesta de calorías.
2. La desnutrición aguda se evalúa mediante los indicadores de peso para la talla. Esto servirá para medir el estado nutricional actual, es decir si está o no adelgazado. Teniendo como gran ventaja que no influye la edad del niño no siendo un indicador preciso.

3. . Desnutrición crónica: Viene a ser el atraso de crecimiento de la altura para la edad. Ligado a la pobreza, asociada con problemas de aprendizaje y un déficit desempeño económico. La DC se evalúa mediante los indicadores de T/E. 27 3. Desnutrición global: Viene a ser la falta de peso para la edad Insuficiencia ponderal. Este índice está compuesto por los dos anteriores ($P/T \times T/E = P/E$). (PESA, 2013)

b) ANEMIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define como anemia a la baja concentración de hemoglobina en la sangre por debajo del límite establecido como normal para la edad, el sexo y el estado fisiológico. Es el tipo de anemia más frecuente en la población general. Se trata de una anemia caracterizada por la disminución o ausencia de los depósitos de hierro, baja concentración de hierro sérico, baja saturación de transferrina y baja concentración de la Hb o del hematocrito. Se caracteriza por ser microcítica e hipocrómica es decir que el glóbulo rojo tiene un tamaño más pequeño que el normal y el contenido de hemoglobina es menor dando glóbulos rojos pálidos. Clasificación de la Anemia Ferropénica. (40)

1. Anemia Leve Los individuos con anemia leve suelen estar asintomáticos. Pueden quejarse de fatiga sueño, disnea y palpitaciones sobre todo después del ejercicio. Una característica muy importante es la disminución del apetito que influye de manera negativa en la nutrición del niño. Se considera anemia leve cuando se tiene un valor de hemoglobina de 11 - 11.4 gr/dl a nivel del mar.
2. Anemia Moderada A menudo están sintomáticos en reposo y son incapaces de tolerar esfuerzos importantes. El paciente puede ser consciente del estado hiperdinámico y quejarse de palpitaciones, la disminución del apetito es mayor, la palidez

es el signo físico que más se presenta en este tipo de anemia. La hemoglobina es entre 8 - 10.9 gr/dl a nivel del mar.

3. Anemia Severa Los síntomas de este tipo de anemia se extienden a otros sistemas orgánicos, pueden presentar mareos, cefaleas y sufrir de síncope, tinnitus o vértigo, muchos pacientes se muestran irritables y tienden dificultades para el sueño y la concentración. Los síntomas digestivos tales como: Anorexia e indigestión e incluso nauseas o irregularidades intestinales que son atribuibles a la derivación de la sangre fuera del lecho esplénico. Cuando la concentración de hemoglobina es inferior a 8 gr/dl a nivel del mar. (40)

2.3.3. Intervención educativa

Para que una intervención educativa cumpla sus objetivos es necesaria la participación activa del responsable de transmitir, compartir conocimientos y el que desea aprender. (41) La intervención educativa se desarrollará entre el que educa y el educador, ejecutando acciones que buscan el logro de un objetivo o una meta trazada, con anterioridad.

Uno de los roles de enfermería que trabaja en el Primer Nivel de Atención, es la educación sanitaria con objetivos preventivos, en este caso, prevenir la malnutrición de la niña o niño de 6 a 12 meses, con el objetivo de lograr que la madre o cuidadora aprenda en la práctica a preparar raciones alimenticias saludables, en cantidades y consistencia acordes a su edad.

2.3.4. Intervención educativa de enfermería

Basados en la Teoría del Cuidado Cultural y Universal, de la doctora Madeleine Leininger, las intervenciones educativas de enfermería se realizan tomando en cuenta que el sujeto de aprendizaje tiene su

propia forma de aprender, y que todo aprendizaje lo relaciona con sus creencias, costumbres que tiene internalizado desde muy pequeño o pequeña que tenía en la práctica en el seno familiar, lo cual es necesario sea respetado por el educador, que en este caso es el profesional enfermero, es decir, mostrarle que las escuchamos, comprendemos, que nos ponemos en su lugar, cuando nos muestra sus preocupaciones y que estamos para contribuir, para que sus cuidados brindados sean de los mejores, considerando su realidad social, económica y cultural.

CAPÍTULO III

PLAN DE INTERVENCION

3.1 Justificación

La desnutrición crónica infantil es un obstáculo para el desarrollo humano y reduce el desarrollo económico, trayendo consigo mortalidad, morbilidad y discapacidad en menores de un año; reduce la incapacidad física y productividad; tanto para su él, su familia y su país; disminuye la capacidad intelectual y de aprendizaje; detiene el crecimiento y desarrollo físico; y puede causar enfermedades crónicas cardiovasculares o metabólicas (14). La Anemia por deficiencia de Hierro constituye otro problema de salud con alta prevalencia, y que está directamente relacionado a la desnutrición crónica infantil, condición alarmante y desfavorable a las condiciones de salud de la población materna infantil.

Es por eso que, la alimentación complementaria es fundamental después de la lactancia materna exclusiva por seis meses, debe nutrirse al niño hasta los dos años de edad; por ende, es un arma para contrarrestar la desnutrición infantil y prevenir la anemia a temprana edad; sin embargo, una mala alimentación eleva las probabilidades del incremento de morbilidad y mortalidad; este padecimiento afectará durante toda su vida, incrementando los riesgos de sufrir enfermedades crónicas como son la diabetes, neumonía, diarrea, paludismo y sarampión, así como la baja estatura y no desarrollar el cerebro; asociándose a presentar consecuencias negativas a largo plazo.

Por ello, con la finalidad de contribuir en el mejoramiento de la salud, la reducción de la desnutrición crónica infantil y el mantenimiento de un buen estado de salud, se pretende desarrollar

un Plan de intervención relacionado a la educación en alimentación complementaria a las madres que acuden al consultorio de Cred centro de salud Tahuantinsuyo Alto Independencia Enero 2021; fortaleciendo practicas saludables en las madres los cuales permitan disminuir la desnutrición crónica infantil y la anemia.

3.2 Objetivos

3.2.1 Objetivo General

- Fortalecer conocimientos sobre alimentación complementaria a las madres que acuden al consultorio de CRED centro de salud Tahuantinsuyo alto 2021”

3.2.2 Objetivos Específicos

- Implementar y actualizar el padrón nominal de niños con anemia y desnutrición en un registro de seguimiento para facilitar la búsqueda oportuna de los niños menores de 1 año.
- Intervenir mediante sesiones educativas a las madres sobre alimentación complementaria en niños menores de un año.
- Realizar seguimiento de la anemia y desnutrición en niños menores de un año.

3.3 Metas

- Más del 90% de los niños menores de un año lograron disminuir anemia mediante el fortalecimiento del conocimiento en las madres sobre alimentación complementaria que acudieron al consultorio de CRED centro de salud Tahuantinsuyo alto 2021”

3.4. Programacion de Actividades

| ACTIVIDAD | UNIDAD DE MEDIDA | INDICADORES | META | CRONOGRAMA | RESPONSABLE |
|--|--|--|--|-------------------------------|--|
| <p><i>Implementar y actualizar el padrón nominal de niños con anemia y desnutrición en un registro de seguimiento para facilitar la búsqueda oportuna de los niños menores de 1 año.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponer de un mapa sectorizado y un padrón nominal actualizado | <p>Mapa Sectorizado (Independencia).</p> | <p>Relación de niños con anemia por sectores para el seguimiento oportuno.</p> | <p>90% de los niños menores de un año captados con desnutrición y anemia dentro del sector</p> | <p>Enero a Diciembre 2021</p> | <p>Licenciadas de enfermería, técnicos de enfermería, del Centro de salud Tahuantinsuyo Alto</p> |

| | | | | | |
|---|--|---|---|-------------------------------|--|
| <p><i>Intervenir mediante sesiones educativas a las madres sobre alimentación complementaria en niños menores de un año.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Demostrar mediante sesiones educativas la preparación de alimentos nutritivos ricos en hierro. | <p>Madres de niños menores de un año que acuden al consultorio de CRED</p> | <p>Historia clínica, registro parte diario de consejerías</p> | <p>100% de las madres con conocimiento fortalecido sobre alimentación</p> | <p>Enero a diciembre 2021</p> | <p>Licenciadas de enfermería, técnicos de enfermería, del Centro de salud Tahuantinsuyo Alto</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar sobre la importancia de prevenir los riesgos de la desnutrición y anemia • Sensibilizar sobre la importancia de la lactancia materna continua. • Promover las buenas prácticas de higiene y manipulación de alimentos. | | | <p>Complementaria.</p> | | |

| | | | | | |
|---|---|--|--|-------------------------------|--|
| <p><i>Realizar seguimiento de la anemia y desnutrición en niños menores de un año.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar la efectividad de la intervención educativa en las madres. • Tamizaje de hemoglobina en niños menores de un año. • Control de estado nutricional en CRED | <p>Niños menores de 1 año que acudieron a Consultorio CRED.</p> | <p>Registro en el parte diario. Registro en Padrón nominal. Registro en el aplicativo Sin Anemia</p> | <p>90% de los niños menores de un año con disminución de anemia y desnutrición .</p> | <p>Enero a diciembre 2021</p> | <p>Licenciadas de enfermería, técnicos de enfermería, del Centro de salud Tahuantinsuyo Alto</p> |
|---|---|--|--|-------------------------------|--|

3.5. Recursos

3.5.1. Recursos materiales

- Cartulina 50 pliegos pliegos (blanco, rosado, amarilla, celeste y verde)
- Plumones de Colores N° 56 (color rojo, azul, negro, verde, 5 unidades cada uno)
- Lápices de color
- Hojas bond A4 (2 millar)
- Rotafolio
- Trípticos
- Usb 2 unidades
- Una laptop
- Una impresora
- 16 pilas AA para el equipo del hemoglobinometria (nuevos)
- Un celular para monitorización de la alimentación complementaria en tiempos de covid 19

3.5.2. Recursos humanos

- Director del Centro de salud Tahuantinsuyo Alto
- Equipo de Gestión del Centro de salud Tahuantinsuyo Alto
- Administrador:
- Coordinadora de Enfermería:
- Profesionales de Enfermería responsables del área de Crecimiento y Desarrollo Niña / Niño y adolescente Centro de salud Tahuantinsuyo Alto
- Profesionales de Nutrición responsables de las Unidades del Centro de salud Tahuantinsuyo Alto

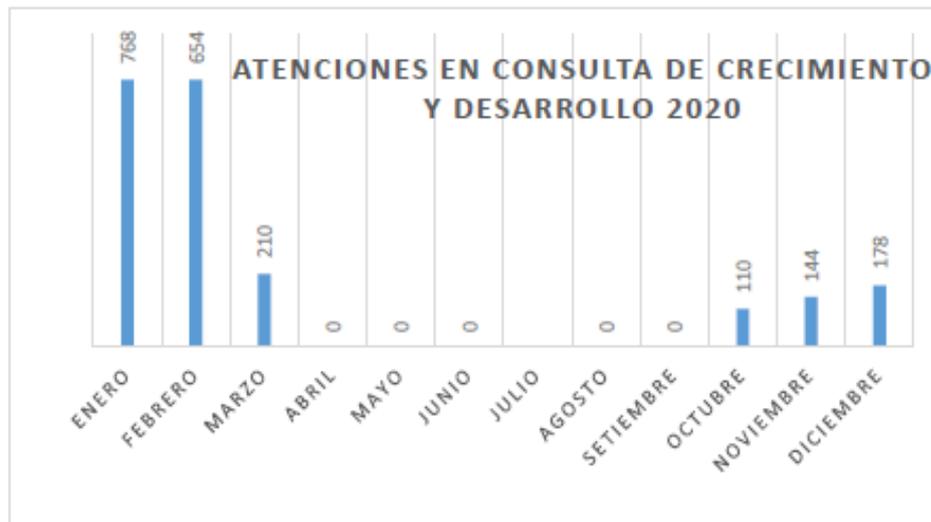
3.6. Ejecución

La ejecución de las actividades del plan de intervención se realizará de forma mensual para el presente año, con la participación de los diferentes profesionales de la salud de forma multidisciplinaria que laboran en el Centro de Salud Tahuantinsuyo alto del distrito de independencia, las intervenciones educativas hacia las madres en relación a la alimentación complementaria en los niños menores de un año se realizarán como parte diaria en las atenciones de los profesionales de enfermería. en los consultorios de CRED y vía telefónica. Demostración, por parte de la enfermera, a la madre del niño o niña, como preparar, en el almuerzo, a partir de la olla familiar, y dar a comer la ración alimenticia, al niño o niña a partir de 6 hasta 12 meses de edad, en su domicilio. Se aplicará el Plan de Intervención Educativa de Enfermería. Se usará una “CARTILLA DE ALIMENTACION”, promocionado por el Ministerio de Salud (MINS), como ayuda para realizar la intervención educativa. Así mismo, las actividades extramurales se retomarán pasada la pandemia por medio de las visitas domiciliarias, con la finalidad de que la alimentación completaría se esté aplicando correctamente por las madres, los cuales se evidenciarán en el estado nutricional del niño y el nivel de hemoglobina.

También se realizará las actividades administrativas para la actualización de los padrones nominales, la sectorización estará a cargo el comité multisectorial de los diferentes dirigentes de los AA.HH. para que exista compromiso y autoridades como la municipalidad con actores sociales y registro de seguimiento por edades y sectores (proviene niños de Independencia), actualización diaria del aplicativo

3.7 Evaluación

La intervención del plan se realizará en un 90%. Para evidenciar la efectividad de la intervención educativa sobre la alimentación complementaria en madres de niños menores a un año que acuden al consultorio de Cred, estos presentaran durante la evaluación, un crecimiento óptimo de acuerdo al peso, y los niveles de hemoglobina de acuerdo a los parámetros normal



CONCLUSIONES

1. La Anemia por deficiencia de Hierro y la desnutrición, constituyen problemas de salud con alta prevalencia, y que están directamente relacionados a la desnutrición crónica infantil, situación alarmante y desfavorable a las condiciones de salud de la población materna infantil.
2. La desnutrición infantil tiene severas consecuencias sobre el desarrollo físico e intelectual de los niños, afectando su capacidad de aprendizaje, generando problemas de salud infantil y agravando los riesgos de enfermar y morir.
3. La alimentación complementaria es fundamental después de la lactancia materna exclusiva por seis meses, nutriendo al niño y favoreciendo a contrarrestar la desnutrición infantil y prevenir la anemia a temprana edad.
4. Para que una intervención educativa cumpla sus objetivos es necesaria la participación activa del responsable de transmitir, compartir conocimientos y el que desea aprender, en este caso las madres de los niños menores de un año.

RECOMENDACIONES

1. Contribuir a disminuir los problemas de malnutrición, orientando a las madres desde su etapa de gestación, para que le den lactancia materna exclusiva desde la primera hora de nacido de su bebé hasta los 6 meses de edad, para luego iniciar la alimentación complementaria saludable.
2. Realizar la orientación a las madres o cuidadores de niños o niñas, desde que inician la alimentación complementaria, sobre la importancia que tiene el enseñar a comer saludable para prevenir problemas nutricionales.
3. Realizar intervenciones educativas sobre alimentación complementaria, durante las visitas domiciliarias, considerando motivar a las madres o cuidadores para que valoren nuestro interés en contribuir a prevenir problemas nutricionales, tempranamente, es decir, antes que estos se den.
4. Que el Ministerio de Salud promueva que dentro de las actividades de visitas de salud familiar (PROFAM), se priorice las intervenciones educativas con sesiones demostrativas en alimentación complementaria, específicamente, para niños y niñas de 6 a 12 meses de edad, para prevenir la anemia y otros problemas de malnutrición.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Organización Mundial de la Salud. Alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra 2020. [citado el 12 de enero del 2021]
Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-childfeeding>
2. OPS/OMS. Principios de orientación para la alimentación de niños no amamantados entre los 6 y los 24 meses de edad. [citado el 12 de enero del 2021] Disponible en:
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Principiosorientacion-para-la-alimentacion-de-los-ninos-no-amamantados.pdf>
3. Programa especial para la seguridad alimentaria (PESA/FAO). Fortaleciendo capacidades en alimentación y nutrición para promoción de la salud. Canada.2013[citado el 12 de enero del 2021]
Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-at775s.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. Malnutrición. Ginebra 2020. [citado el 12 de enero del 2021] Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/malnutrition#:~:text=Datos%20y%20cifras&ext=52%20millones%20de%20ni%C3%B1os%20menores,que%20ver%20con%20la%20desnutrici%C3%B3n.>
5. Estado Mundial de la Infancia 2019. Niños, alimentos y nutrición: crecer bien en un mundo en transformación. UNICEF, Nueva York [internet] Disponible en:
<https://www.unicef.org/media/62486/file/Estado-mundial-de-la-infancia2019.pdf>

6. Noticias ONU. La tercera parte de los niños menores de 5 años padece malnutrición.2019. Disponible en:
<https://news.un.org/es/story/2019/10/1463901>
7. Reyes Narvaez Silvia Elizabet, Contreras Contreras Ana Melva, Oyola Canto María Santos. Anemia y desnutrición infantil en zonas rurales: impacto de una intervención integral a nivel comunitario. Rev. investig. Altoandin. [Internet]. 2019 Jul [citado 2021 Ene 17]; 21(3): 205-214. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2313-29572019000300006&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.18271/ria.2019.478>.
8. ComisionEconomica para America Latina y el Caribe (CEPAL). Malnutrición en niños y niñas en América Latina y el Caribe.2018. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/enfoques/malnutricion-ninos-ninas-america-latinacaribe>
9. Anabelle Bonvecchio et al. Prevención de mala nutrición en niñas y niños en México ante la pandemia de COVID-19 Recomendaciones dirigidas a tomadores de decisiones. [en línea] 2020[citado 2021 Ene 17].Disponible en:
<https://www.unicef.org/mexico/media/4286/file/Posicionamiento%20Conjunto%20Nutricio%CC%81n.pdf>
10. UNICEF. La mala alimentación perjudica la salud de los niños en todo el mundo, advierte UNICEF [En línea] 2019 [citado 2021 Ene 17] Disponible en: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/la-mala-alimentacion-perjudicala-salud-de-los-ninos-en-todo-el-mundo>
11. Instituto Nacional de estadística e informática (INEI). Indicador de Resultados de los Programas Presupuestales, Primer semestre 2018 [internet] Perú, 2018
[citado el 13 de enero del 2021] Disponible en:

https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2018/ppr/Indicadores_de_Resultados_de_los_Programas_Presupuestales_ENDES_Primer_Semestre_2018.pdf

12. Instituto Nacional de estadística e informática (INEI). Encuesta Demográfica de salud y salud familiar 2017 [internet] Perú, 2017 [citado el 13 de enero del 2021] Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib_1643/libro.pdf
13. Instituto Nacional de estadística e informática (INEI). Desnutrición crónica afectó al 12,2% de la población menor de cinco años de edad en el año 2018 [internet] Perú, 2018 [citado el 13 de enero del 2021] Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/desnutricion-cronica-afecto-al-122-dela-poblacion-menor-de-cinco-anos-de-edad-en-el-ano-2018-11370/>
14. Ministerio de salud (MINSA). Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País, Periodo 2014–2016 [internet] : Disponible en:
https://www.google.com/search?rlz=1C1CHBF_esPE842PE842&q=norma+vancouver+ejemplos&tbm=isch&chips=q:estilo+vancouver+ejemplo,g_1:internet:cMwrUNxi_xo%3D&usg=AI4_-kS512l84yEJn-qNPizX1hFf2qTbbA&sa=X&ved=2ahUKEwitz6zkuqDuAhXipVvKkHYf9BFsQgloDKAR6BAgCEBY&biw=1517&bih=694#imgrc=xwjJ--0IVGe2sM
15. Cuellar Velázquez. Evolución del estado nutricional en niños menores de 5 años beneficiarios de un programa alimentario, al ingreso, a los 3 y 6 meses de tratamiento que acuden al hospital distrital de la ciudad de coronel bogado [tesis en línea] 2017. [citado 2021 Ene 17]. Universidad Nacional de Itapua-Uruguay. Disponible en:
https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/09/914096/fatima-cuellarbvsro_X3zsDeQ.pdf

16. Ashqui Ramirez. Programa educativo para prevenir la desnutrición en niños de 3 – 5 años del centro de desarrollo de la niñez 268, del Cantón Arosemena Tola” bogado [tesis en línea] 2017. [citado 2021 Ene 17]. Universidad Regional Autonoma los Andes-Ecuador.
Disponible en:
[http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/7062/1/PIUAE NF0632017.pdf](http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/7062/1/PIUAE%20NF0632017.pdf)
17. Acosta N. Factores de riesgo de desnutrición en niños menores de 5 años estudio realizado en el Centro de Salud Fertisa Distrito (09D02) desde enero a enero 2017[tesis en línea] 2017. [citado 2021 Ene 17]. Universidad de Guayaquil- Ecuador.
Disponible en:
<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31875>
18. Abdurahman A, Chaka E, Bule M, Niaz K. Magnitud y determinantes de las prácticas de alimentación complementaria en Etiopía: una revisión sistemática y metaanálisis. Teherán: Universidad de Teherán; 2019. [Internet]. 2019 [citado 2021 Ene 17].
Disponible desde:
<https://www.heliyon.com/article/e01865/pdf?download=true>
19. Quilumbaquin E. Prácticas de ablactación en niños que asisten al Centro de Salud N° 1 de la Ciudad de Esmeraldas. Esmeraldas: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2019. [Internet]. [citado 2021 Ene 17]. Disponible desde:
<https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/1846/1/QUILUMBAQUIN%20TITO%20%20ERIKAJAHAIRA.pdf>
20. Medina T. Alimentación en niños/as de 6 a 24 meses: actitudes y prácticas de las madres que acuden al Centro de Salud Obrapia. Loja: Universidad Nacional de Loja; 2019. [Internet]. [citado 2021 Ene 17]. Disponible desde:
<http://192.188.49.17/jspui/bitstream/123456789/21934/1/Tesis%20Tania%20Alexandra%20Medina%20Pacheco.pdf>

21. Farida RoBLES. Factores socioeconomicos y desnutrición de niños menores de cinco años, puesto de salud pisonaypata, apurimac, 2017 [Tesis en línea] 2017 [citado 2021 Ene 17]. Universidad Inca Garcilazo de la Vega. Disponible desde:
http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2295/TESIS_FARIDA%20ROBLES%20DIAZ.pdf?sequence=2&isAllowed=y
22. Grado V. Estado nutricional en menores de 5 años que asisten al consultorio CRED del centro de salud Perú 3 zona del distrito SMP 2019 [Tesis en línea] 2019 [citado 2021 Ene 17]. Universidad Nobert Wiener. Disponible desde:
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/3223/TESIS%20Grados%20Mery.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/3223/TESIS%20Grados%20Mery.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
23. Aique S. en su estudio “La desnutrición y su relación en logro de aprendizajes en niños y niñas de cinco años en la institución educativa inicial n° 719 “Yuveni [Tesis en línea] 2016 [citado 2021 Ene 17]. Universidad Alas Peruanasr. Disponible desde:
http://tesis.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/5709/Aique_Salas_Georgina_Luzmila.pdf?sequence=1&isAllowed=y
24. Soles H Factores asociados a estado de desnutrición en niños menores de 5 años. Centro de Salud Santa, 2017[Tesis en línea] 2017 [citado 2021 Ene 17].
Universidad San Pedro. Disponible desde:
http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/8737/Tesis_59605.pdf?sequence=1&isAllowed=y

25. Quispe CH. Estado nutricional de los niños menores de 5 años de la institución educativa inicial 608 de Tinta, Cusco 2015[Tesis en línea] 2015 [citado 2021 Ene 17]. Universidad Andina desde: http://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/UAC/551/3/Alicia_Tesis_bachiller_2016.pdf
26. Zevallos B. Anemia nutricional y rendimiento académico de escolares de la institución educativa Jesús el Nazareno Huancayo, 2015 [Tesis en línea] 2015 [citado 2021 Ene 17]. Universidad Nacional del Centro del Perú. Disponible desde: <http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/3968/Zevallos%20Blanco.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
27. Memoria de la reunión Subregional de los países de Mesoamérica. Alimentación y Nutrición del Niño Pequeño, Nicaragua 2010 2.
28. Wisbaum Wendy. La Desnutrición Infantil: Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. España 2011.
29. Brownlee Ann, Savage-King Felicity, Henderson Peggy. "La alimentación del lactante y del niño pequeño: Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Suiza. 2010.
30. De la cruz Sánchez Ernesto Elías, Rojas Piñango Albino. La Educación Alimentaria y Nutricional – Factor determinante de la salud y la calidad de vida. Venezuela 2013
31. MINSA: Documento Técnico Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017 – 2021
32. Escobar Álvarez. Prácticas de las madres sobre alimentación complementaria con el estado nutricional de los niños y niñas que acuden a consulta externa de pediatría en el hospital del IESS de Latacunga". Quito 2013
33. Sánchez Cacacho de Rivas. Prácticas de alimentación complementaria en lactantes de 6 a 11 meses 29 días de edad que

- asisten al centro de salud del municipio de san juan Sacatepéquez, julio - noviembre. Guatemala 2015
34. Soncco Trujillo. Conocimiento materno sobre alimentación complementaria y estado nutricional en niños menores de 1 año ACLAS Umari – Tambillo. 2015.
 35. García Pérez. Conocimiento de las madres de niños de 6 a 11 meses sobre alimentación complementaria en el puesto de salud Canchi Grande, Juliaca. Perú.
 36. Castro Sullca. Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años., Programa CRED de un C.S . SJM”, Perú 2015
 37. Alvarado, Guarin y Cañon Montañez Wilson. Adopción del rol maternal de la teorista Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la unidad Materno Infantil. Bucaramanga Colombia 2011
 38. Carpio Torres, Laurencio Gomero y Vergara Peña. Teoría de Nola Pender “Promoción de la Salud” Ancash 2011.
 39. La Biblioteca electrónica de Documentación Científica sobre medidas nutricionales de la OMS; Organización Mundial de la Salud. OMS Ginebra 2018
 40. Mira Dolly. Alimentación complementaria del niño de 0-24 meses Colombia 2012. 16.Nutrición Alimentación complementaria OMS. Ginebra 2011
 41. Cuadros-Mendoza, Vichido-Luna, Montijo - Barrios, Zarate Mondragón. Actualidades en Alimentación Complementaria. México 2017.

ANEXOS

ANEXO 1
CARTILLA DE ALIMENTACION, MINSA

Prepara estos alimentos para que tu bebé crezca sano y fuerte

| | | | | | | |
|--|--|--|---|---|---|---|
| <p>Dale 1 litro</p>  | | <p>Dale 1 litro</p>  | | <p>Dale lo que debe</p>  | | <p><i>Dale comidas espesas 5 veces al día</i></p> |
| <p>Carne</p>  | <p>Pescado</p>  | <p>Legumbres</p>  | <p>Verduras</p>  | <p>Hojas</p>  | <p><i>Agrega a sus comidas estos alimentos 3 días a la semana</i></p> | |
| <p>Zapallo</p>  | <p>Espinaca</p>  | <p>Carrotín</p>  | <p>Tomate</p>  | <p>Ajo</p>  | | <p><i>Dale 1 fruta y 1 verdura cada día</i></p> |
| <p>Naranja</p>  | <p>Mango</p>  | <p>Limon</p>  | <p>Papa</p>  | <p>Pilón</p>  | | |
|  <p><i>Dale un litro de leche a los dos años. Si debe darle leche hasta los dos años, a la misma hora, suplemento de hierro</i></p> |  <p><i>Evita el uso de alcohol durante el parto</i></p> |  <p><i>También debe recibir vitaminas A no al centro o por vía de agua (agua rosal)</i></p> | | | | |

MENSAJES IMPORTANTES DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

MENSAJES IMPORTANTES: Niño menor de 6 meses:

1. Ofrecer el pecho al niño lo más pronto posible después del parto.
2. Darle pecho todas las veces que el niño quiera, de día y de noche, por lo menos 10 veces en 24 horas.
3. Vaciar los dos senos en cada mamada y siempre iniciar con el seno que terminó la mamada anterior.
4. Desde que nace y hasta los 6 meses darle sólo pecho. No darle ninguna otra comida, ni líquidos, ni aguitas. Así el niño crecerá sano, alegre y juguetón.



MENSAJES IMPORTANTES: Niños de 6 - 8 meses:

1. Iniciar la alimentación con comidas espesas y variadas 5 veces al día (purés, papillas, mazamorras, utilizando alimentos de la olla familiar.)
2. Agregue a sus comidas por lo menos 2 cucharadas de alimentos de origen animal que contienen hierro al menos 3 días a la semana (pescado, hígado, sangrecita, bazo.)
3. Preparar menestras sin cascara (lentejas, habas, arvejas, frijoles) por lo menos 3 días a la semana. Por cada cucharada de menestras sirva 2 cucharadas de arroz, trigo, quinua, cebada, papa, camote, yuca o maíz.
4. Servir medio plato de comida espesa cada vez que le ofrezca de comer.
5. Darle 1 fruta y 1 verdura amarilla, anaranjada o de color verde oscuro cada día.
6. Agregar 1 cucharadita de aceite o grasa en sus comidas.
7. Después de su comida darle pecho todas las veces que el niño quiera.



Activar Windows
Ver la Configuración

MENSAJES IMPORTANTES: Niños de 9-12 meses:

1. Continúe dándole comidas espesas (desmenuzado o picadito) y variadas 5 veces al día utilizando alimentos de la olla familiar.
2. Agregar a sus comidas por lo menos 2 cucharadas de alimentos de origen animal que contienen hierro, al menos 3 días a la semana (hígado, pescado, sangrecita).
3. Preparar menestras sin cáscara, (lentejas, habas, arvejas, frijoles), por lo menos 3 días a la semana. Por cada cucharada de menestras sírvale 2 cucharadas de arroz, trigo, quinua, cebada, papa, camote, yuca o maíz
4. Servir 3/4 de plato de comida espesa o picadita.
5. Darle 1 fruta y 1 verdura de color amarillo, anaranjado o verde oscuro cada día.
6. Agregar 1 cucharadita de aceite o grasa en sus comidas.
7. Después de la comida darle pecho todas las veces que el niño quiera.



Activar Wind
Ver Configuración