



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

Efectividad del programa Madres del Futuro en el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria, de niños de 6 a 12 meses.

Centro de Salud de Lince

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL
DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

Presentada por

VILCA LOBATÓN, DIANA
YANTAS POMA, MARY LUZ

Asesor

MG. ERIK MARIO CHÁVEZ FLORES

Lima-Perú

2012

DEDICATORIA

A nuestro creador Dios, quien nos guía y da razón a nuestra existencia.

A mis padres, Marino Vilca e Idith Lobatón, quienes me inspiraron la fuerza y el deseo de superación profesional constante.

A Manuel, que me brindó su apoyo incondicional, compartiendo la alegría y la fe de vivir.

A mis padres, Sergio Yantas y Juana Poma, quienes inspiraron la fuerza y el deseo de superación constante.

A Ángel, que me brindó su apoyo incondicional, compartiendo la alegría y la fe de vivir.

AGRADECIMIENTO

Al magíster Erik Mario Chávez Flores, por su guía y estímulo constante desde el inicio hasta la finalización de la presente tesis.

A la magíster Mistral Carhuapoma Acosta, por alentar el deseo de seguir desarrollando el potencial para la investigación y por brindarnos una enseñanza de calidad.

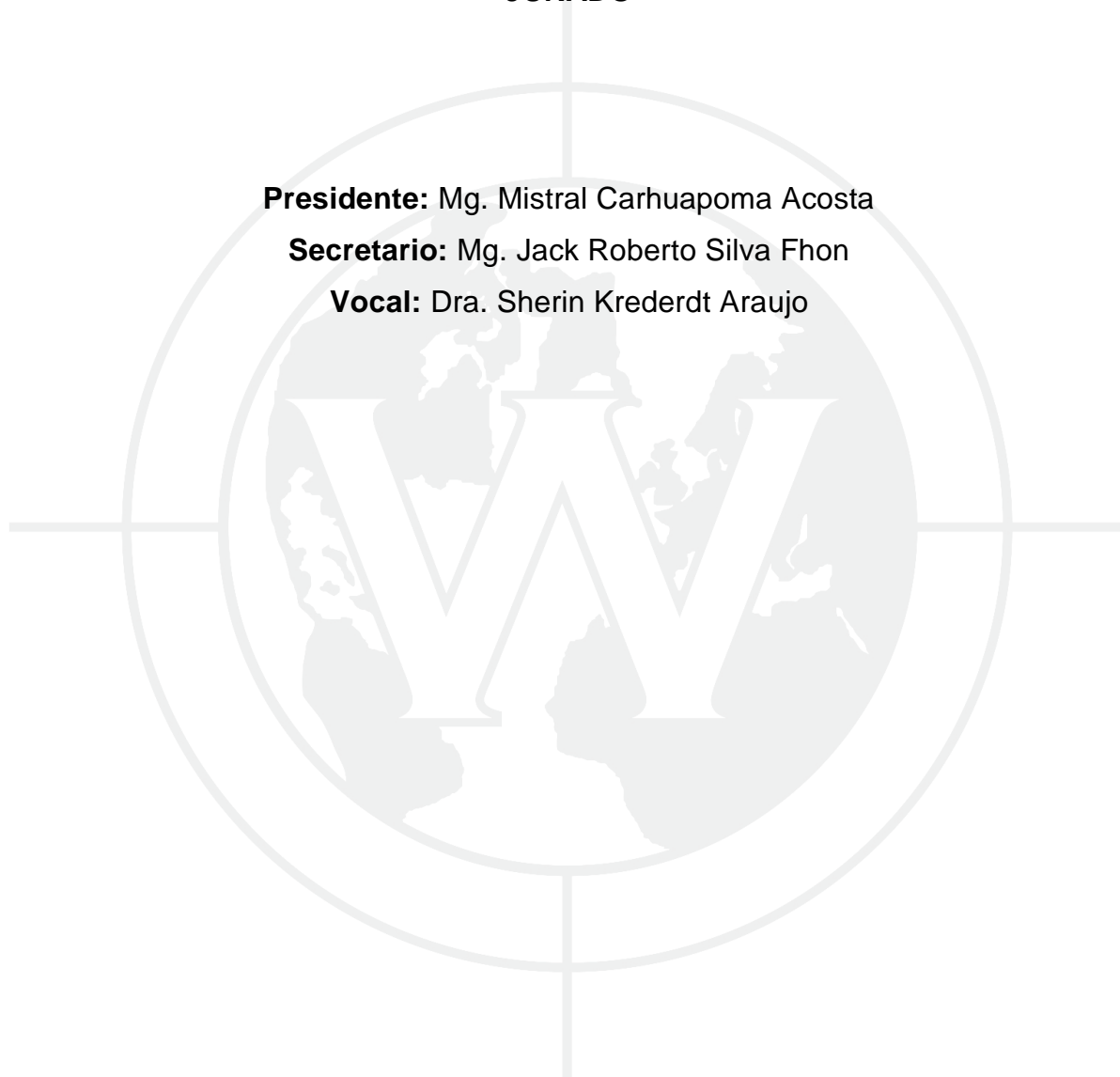
A la licenciada Elizabeth Castro Ascoy, enfermera jefe del Centro de Salud de Lince, que hizo posible la ejecución del estudio durante el período de octubre a diciembre de 2010.

JURADO

Presidente: Mg. Mistral Carhuapoma Acosta

Secretario: Mg. Jack Roberto Silva Fhon

Vocal: Dra. Sherin Krederdt Araujo



ÍNDICE

	Pág.
I. El problema	10
1.1. Planteamiento del problema	10
1.2. Formulación del problema	13
1.3. Justificación	13
1.4. Objetivos	15
II. Marco teórico	16
2.1. Antecedentes	16
2.2. Base teórica	20
2.2.1. Alimentación complementaria del niño	20
2.2.2. Importancia de la alimentación complementaria	28
2.2.3. Ventajas de una alimentación complementaria adecuada	28
2.2.4. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado	29
2.2.5. Preparación y almacenamiento seguro de los alimentos complementarios	30
2.2.6. Cantidad necesaria de alimentos complementarios	31
2.2.7. Consistencia de los alimentos	31
2.2.8. Frecuencia de alimentos y densidad energética	32
2.2.9. Contenido nutricional de alimentos complementarios	32
2.2.10. Necesidades nutricionales del niño de 6 a 12 meses	33
2.2.11. Razones de la alimentación complementaria entre los 6 y los 12 meses	34
2.2.12. Lineamientos específicos nutricionales del niño de 6-12 meses de edad	35

2.2.13. Conocimiento en las madres lactantes sobre alimentación de sus hijos menores de un año	36
2.2.14. Programa educativo	38
2.2.15. El conocimiento	40
2.3. Terminología básica	42
2.4. Hipótesis	44
2.5. Variables	44
III. Diseño metodológico	46
3.1. Tipo y nivel de investigación	46
3.2. Población y muestra	46
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	47
3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico	49
3.5. Aspectos éticos	49
IV. Resultados	52
V. Discusión	58
V. Conclusiones y recomendaciones	61
5.1. Conclusiones	61
5.2. Recomendaciones	62
Referencias bibliográficas	63
Anexos	66

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1	51
Gráfico 2	52
Gráfico 3	53
Gráfico 4	54
Gráfico 5	55
Gráfico 6	56
Gráfico 7	57

RESUMEN

La presente tesis tuvo como objetivo determinar la efectividad del programa Madres del Futuro en el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria de niños de 6 a 12 meses en el Centro de Salud de Lince. Fue de tipo preexperimental, con diseño pre-pos en un solo grupo.

La población de estudio estuvo conformada por 240 madres de niños de 6 a 12 meses de edad, que se atienden mensualmente en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud de Lince. Se tomó una muestra de 50 madres en base a criterios de inclusión y exclusión preestablecidos. Para recolectar los datos se usó un cuestionario de 15 preguntas con respuestas cerradas politómicas, cuya validez y confiabilidad se determinó mediante juicio de expertos (prueba binomial $p < 0,05$). Además, se utilizó el coeficiente Alfa de Crombach ($\rho = 0,73$). Los resultados muestran que el nivel de conocimientos de las madres antes de la ejecución del programa (pretest) fue de nivel medio (46 %), con tendencia a bajo (32 %), mientras que en el postest las madres alcanzaron un nivel alto (60 %), con tendencia a medio (40%). No se encontraron madres con nivel bajo.

Se concluye que el programa educativo implementado fue efectivo (chi cuadrado: 15,285).

Palabras claves: Programa educativo, alimentación complementaria, centro de salud, niños de 6 a 12 meses.

SUMMARY

This thesis aimed to determine the effectiveness of the "Mothers of the Future" in the level of knowledge of mothers on complementary feeding of children 6 to 12 months, Lince Health Center, was kind of experimental design pre-pre-post in one group, evaluates the effectiveness of the educational program "Future Mothers" to increase the level of knowledge on complementary feeding of children. The study population consisted of 240 mothers of children aged 6-12 months who were seen per month in the office of Growth and Development Health Center Lince, taking a sample of 50 mothers based on inclusion and exclusion criteria pre-established. To collect the data we used a questionnaire of 15 questions with close answers polytomous whose validity and reliability was determined by Expert Judgment (binomial test $p < 0.05$) and Cronbach's alpha coefficient ($\alpha = 0.73$). The results show that the level of knowledge of mothers before the execution of the program (pre-test) was intermediate (46%) with a tendency to low (32%), while in the post test mothers reached a high (60%) with tendency to half (40%), not being mothers with low level. We conclude that the educational program was implemented defectively. (Chi square: 15.285).

Keywords: Educational Program, Food Supplement, Health Center, Children 6 to 12 months.

I. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El Ministerio de Salud (Minsa) establece el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) como uno de sus lineamientos fundamentales para el período 2002-2012, así como su implementación. Esto supone, en términos generales, “priorizar y consolidar las acciones de atención integral con énfasis en la promoción y prevención, cuidando la salud, disminuyendo los riesgos y daños de las personas, en especial de los niños, mujeres, adultos mayores y discapacitados”¹.

La aplicación MAIS está permitiendo no solo mejorar la calidad de los servicios, sino generar mayor protagonismo y participación de la ciudadanía sobre las decisiones y acciones que afectan su salud, en el marco del enfoque de promoción de la salud, y avanzar hacia mejores niveles de bienestar integral de la persona, la familia y la comunidad.

Dentro del MAIS se encuentra el paquete de atención integral de salud del niño de 29 días a 11 meses y 29 días, que incluye atención de crecimiento y desarrollo; vigilancia nutricional; estimulación temprana; administración de micronutrientes (sulfato ferroso, vitamina A, según criterios de riesgo, protocolos y programación); inmunizaciones (DPT, APO, HVB, pentavalente, tetravalente, rotavirus, neumococos); temas educativos a los padres (prácticas claves para el crecimiento y desarrollo saludable, lactancia materna, alimentación complementaria); visita domiciliaria; atención a prioridades sanitarias y daños prevalentes (daños considerados en la Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia, AIEPI); y otras, según área o región.

Según los resultados preliminares del ENDES 2009, en el Perú, a mediados del año 2004 hubo un 22,9% de niños menores de cinco años con desnutrición crónica. A pesar del tiempo transcurrido, en 2009 esta cifra ha disminuido un 3,9%, es decir, tan solo el 19 %.

En el Centro de Salud Lince se brinda orientación sobre la alimentación balanceada para niños de 6 a 12 meses, en el consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo. Sin embargo, se desconoce si esta orientación es efectiva y cómo influye en el tipo de dieta que las madres brindan a sus hijos; al conversar con algunas madres sobre la alimentación de sus hijos, las respuestas que dieron fueron preocupantes, pues refieren lo siguiente:

“...no entendí muy bien lo que la enfermera me dijo respecto a las comidas de mi bebé”. (Madre de 30 años de edad).

“[...] cuando llego a casa, generalmente no dispongo de los alimentos que la enfermera me recomendó”. (Madre de 45 años).

“[...] a mi hijito de nueve meses no le gustan las menestras y no lo obligo a comer; en su lugar le preparo puré de papas amarillas”. (Madre de 23 años).

“[...] yo no cocino, cocina una chica porque yo trabajo, yo le indico lo que debe preparar, pero no estoy presente para ver cómo lo hace”. (Madre de 29 años).

Las respuestas obtenidas para estas preguntas indican que los conocimientos que tienen las madres sobre la alimentación complementaria son limitados, dejando de lado la alimentación en esta etapa, que es crítica para el crecimiento y el desarrollo del niño, dado que las sopas y calditos, alimentos con los que muchas madres inician equivocadamente esta alimentación, son de contenido nutricional bajo, motivo por el cual la desnutrición empieza a aumentar en este período. La capacidad gástrica del niño es pequeña, y sus requerimientos nutricionales son grandes, por encontrarse en la etapa de mayor crecimiento y desarrollo; el niño debe ser alimentado con mayor frecuencia, cuatro o cinco veces al día, con alimentos espesos como mazamorra, puré o papillas. Si se le da sopa, esta debe ser muy espesa.

En la entrevista realizada a la enfermera, ella refiere lo siguiente:

“Las madres tienen el problema de falta de tiempo para la alimentación de sus hijos, por trabajo y también por descuido”.

“La familia participa en la consejería, pero en bajo porcentaje”.

“Existe consejería nutricional desde el año 1945”.

“No hay cronograma para el programa sobre alimentación: se realiza a cada madre que acude al consultorio”.

Al respecto, Díaz sostiene que “[...] el nivel educativo de la madre influye de manera preponderante en sus actitudes y prácticas de salud y nutrición con relación a los niños, la falta de conocimiento en madres condiciona una alimentación inadecuada y así a la desnutrición”².

De ello se puede deducir que el grado de conocimiento de las madres es primordial para brindar una adecuada alimentación a sus hijos. Actualmente, se ha encontrado una relación directa entre el nivel de conocimiento, las prácticas alimentarias y el estado nutricional.

Con relación a la alimentación del niño, López afirma que “[...] el período de la vida en el cual la alimentación cobra la mayor importancia es durante los dos primeros años de vida. Así, en el acelerado ritmo de crecimiento en esta etapa, es necesaria una alimentación balanceada para su desarrollo”³.

El período desde el nacimiento hasta los dos años de edad se caracteriza por el rápido crecimiento, el aumento del peso y de la altura, que son los principales indicadores del estado nutricional del niño.

En esta fase de crecimiento y desarrollo, es fundamental el papel de la madre, ya que el niño no puede valerse por sí mismo: la madre debe tener el conocimiento básico de cómo alimentar a su niño. Por ello, es importante apostar por la alimentación, especialmente en los niños, ya que en esta etapa ellos desarrollan a su máxima expresión el cerebro, relacionado a la capacidad de asimilar conocimiento, interactuar con su entorno. Además, desarrollan su capacidad motora y de adaptación a nuevos ambientes y personas, entre otros. El hecho de que el niño está o mal alimentado durante los primeros años de vida puede tener un efecto contundente en su salud, en el futuro.

Esta situación problemática, expresada en las manifestaciones citadas, permite plantear las siguientes interrogantes:

- ¿Cuánto conocen las madres de los menores de 6 a 12 meses de edad acerca de la alimentación complementaria que requieren sus hijos?
- ¿Será efectivo el programa educativo relacionado con la alimentación de los niños de 6 a 12 meses de edad?, ¿incrementará los conocimientos de las madres?

A raíz de esta problemática, se ha seleccionado la principal interrogante para el estudio.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la efectividad del programa Madres del Futuro en el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria de niños de 6 a 12 meses en el Centro de Salud de Lince, entre octubre y diciembre de 2010?

1.3. Justificación

Debido a que el incremento de peso y talla durante los primeros años de edad muestran patrones típicos de mayor velocidad, una desaceleración o detención en el crecimiento, dentro de los valores considerados como normales, requiere de una evaluación en base a los factores que podrían haber desencadenado ese proceso.

En los últimos años, el aumento de niños con problemas de crecimiento se manifiesta en las tasas de incidencia y prevalencia de niños con bajo peso o talla baja que se detecta en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño, donde las madres muchas veces mantienen costumbres ancestrales en la crianza de sus hijos. La mayoría trabaja; además, desconocen las características de la alimentación complementaria. Esto trae consecuencias negativas para

el crecimiento del niño, como desnutrición, enfermedades diarreicas y respiratorias, entre otras, incrementando las tasas de morbilidad infantil.

Es necesario establecer cuánto y qué saben las madres sobre alimentación complementaria, para ayudar a dar solución a los problemas que están presentes durante este proceso de introducción de nuevos alimentos, que, de no ser tratados oportunamente, generarán otros problemas en el estado de salud del niño.

La enfermera del servicio de CRED debe brindar oportunamente la atención en las madres con niños que inician la etapa de la alimentación complementaria, porque se evidencia un panorama de riesgo en el que es necesario mejorar la consejería a la madre, a fin de fomentar una adecuada nutrición en este grupo poblacional vulnerable, mediante la implementación de estrategias preventivo-promocionales sobre alimentación complementaria.

Teóricamente, este estudio se justifica, ya que genera reflexión y debate académico sobre el conocimiento existente de la alimentación complementaria. Asimismo, se confrontan teorías y se contrastan resultados del conocimiento existente. El estudio propone una nueva estrategia para generar y llenar un vacío del conocimiento sobre alimentación complementaria. También sugiere nuevas ideas para futuras investigaciones, con una o más variables de estudio.

Tiene una justificación práctica, ya que su desarrollo ayuda a resolver un problema, o, por lo menos, propone estrategias que, de ser aplicadas, contribuirían a mejorar el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria, mediante un programa educativo llamado Madres del Futuro, en el Centro de Salud Lince.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar la efectividad del programa Madres del Futuro en el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria de niños de 6 a 12 meses, en el Centro de Salud de Lince.

1.4.2. Objetivos específicos

- Diferenciar el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria de niños de 6 a 12 meses antes del desarrollo del programa Madres del Futuro.
- Diferenciar el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria de niños de 6 a 12 meses después del desarrollo del programa Madres del Futuro.
- Contrastar los resultados obtenidos antes y después del desarrollo del programa Madres del Futuro.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Luego de una exhausta y minuciosa revisión bibliográfica, se encontró una variedad de trabajos relacionados con este tema de investigación.

2.1.1. Antecedentes internacionales

La Fundación FES Social (Colombia) realizó un estudio titulado *Factores asociados a la iniciación inapropiada de alimentación complementaria en el primer año de vida de infantes de Cali y Manizales*⁴, que tuvo como objetivo identificar los factores asociados a la iniciación inapropiada de la alimentación complementaria en el primer año de vida de infantes en mujeres primíparas de la zona urbana de Cali y Manizales. El estudio es cohorte prospectivo en una población de 197 mujeres en Manizales y 176 en Cali, que habían tenido su primer hijo en las 24 horas anteriores. Se aplicó la técnica de la entrevista, primero en las salas de puerperio, acerca de sus conocimientos, creencias e intenciones frente a la alimentación de los infantes, y luego en sus viviendas, con el fin de establecer el tipo de alimentos que estaban dando al recién nacido. Las conclusiones, entre otras, fueron las siguientes: “El inicio de AC inapropiada es alto en mujeres primíparas de Cali y Manizales. Los datos indican que existe un alto riesgo de que las mujeres de Cali y Manizales alimenten inapropiadamente a los infantes menores de un año”. “Existen deficiencias en conocimientos, percepciones e intenciones y características por intervenir para

mejorar la alimentación de los infantes de Cali y Manizales. Así, se observó que es preciso diseñar intervenciones orientadas a modificar los conocimientos frente a lactancia exclusiva y a los tiempos de iniciación de los diferentes tipos de alimentos”. “Asimismo, es importante tener en cuenta el efecto que las abuelas y el padre del bebé pueden tener sobre las creencias de las mujeres y, por tanto, sobre las prácticas alimentarias en los infantes” “Factores modificables y no modificables se encontraron asociados a la iniciación inapropiada de alimentación complementaria. Entre los no modificables se encontraron la edad y la ocupación de la mujer”.

Sáenz M., en su tesis presentada para obtener el título profesional de Licenciado en Enfermería, titulada *Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en un jardín infantil de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá-2007*⁵, con el objetivo de Identificar las características de las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria, llegó a la conclusión de que el 40 % de las madres mantienen la lactancia materna a los 12 meses, lo cual parece mostrar buenos conocimientos sobre los beneficios de una lactancia prolongada. Por otra parte, el inicio de la alimentación complementaria se hizo, en el 63 % de los casos, a los seis meses de vida, y en un 28 %, a los cuatro meses. Un pequeño porcentaje lo hizo tardíamente, después de los 12 meses, lo que refleja una buena información sobre la exclusividad de la lactancia en los primeros 12 meses.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Torres B. y Romero H. realizaron el estudio *Características de la alimentación que recibe el niño de 6 meses a un año con déficit en la curva ponderal que acude a la estrategia sanitaria nacional de crecimiento y desarrollo de niño sano del Centro de Salud Fortaleza 2007*⁶, con el objetivo de determinar las características de la alimentación que recibe el niño de seis meses a un año con déficit en la curva ponderal. Utilizaron una muestra conformada aleatoriamente por 67 niños. Se establecieron las siguientes conclusiones:

las características de la alimentación de la mayoría de niños de seis meses a un año con déficit en la curva ponderal son adecuadas, representado por la cantidad de la alimentación; el 58,2 % de los niños la recibe de manera adecuada; y el 41,8 %, de modo inadecuado. Asimismo, respecto de la higiene en la manipulación de los alimentos, en el 76,1 %, es adecuada y en el 23,9 % se realiza de forma inadecuada. La alimentación inadecuada se vincula a la frecuencia; el 79,1 % de niños recibe alimentación con frecuencia inferior a la necesaria. La consistencia de la alimentación en el 94 % es también inadecuada, y la interacción de la madre o encargada de la alimentación del niño es en 89,6 % inadecuada.

Gómez B. y Montano M. realizaron el trabajo *Nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria para la prevención de anemia en lactantes internados en el servicio de Pediatría del hospital de Essalud Aurelio Díaz Ufano, San Juan de Lurigancho-Lima, febrero de 2006*⁷, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento que tienen las madres de lactantes hospitalizados en el servicio de Pediatría sobre alimentación complementaria, para prevenir la anemia. Se llegó a las siguientes conclusiones: el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria es alto, y el inicio se dio cuando el lactante tenía más de seis meses de edad. De igual modo, es regular cuando ellas tienen más de 31 años de edad, y es alto en madres con grado de instrucción superior. El 88,2 % de las madres identifican al pescado como un alimento que contiene alto porcentaje de hierro, y el 79,5 % consideran que se debe dar suplementos de sulfato de hierro a los lactantes. Del total de lactantes en estudio, el 79,4 % presentan anemia moderada; y el 20,6 %, anemia severa.

Soncco M. realizó un trabajo sobre *Efectividad del programa educativo para la mejora de prácticas de alimentación complementaria en madres con niños de 6 a 12 meses de edad, en el asentamiento humano Los Olmos, Pucallpa, Perú 2005*⁸, con el objetivo de determinar la efectividad del programa educativo para la mejora de prácticas de alimentación complementaria de madres con niños de seis a 12 meses de edad en el asentamiento humano Los Olmos, Pucallpa,

en 2005. Está basado en el modelo de planeación Precede-Procede. Se llegó a las siguientes conclusiones: las 17 madres con niños seis a 12 meses constituyen la población de estudio. El 100 % participa activa y permanente, la mejora de prácticas de alimentación es significativa, logrando modificar las prácticas de alimentación en el 70,6 % de las madres. La efectividad se demostró principalmente en el cambio de actitud frente a la alimentación complementaria, seguido por la mejora de los conocimientos y prácticas adecuadas.

Mamani E. y Mendigure J. realizaron un trabajo sobre *Efectividad del programa educativo Niño Sano y Bien Nutrido para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas en seguridad nutricional aplicado a madres con niños menores de un año del centro de salud Moyopampa, Chosica, Lima-Perú 2008*⁹, con el objetivo de determinar la efectividad del programa educativo Niño Sano y Bien Nutrido, para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres con niños menores de un año sobre seguridad nutricional. Se concluyó que el grupo experimental logró incrementar su nivel de conocimiento de un promedio de 7,1 a uno 16,4, en comparación con el grupo control, que tuvo un promedio de 7,2 a 7,6 ($P < 0,05$). En cuanto al nivel de actitud, el grupo experimental presentó un promedio de 4,9 a 8,3, respectivo del grupo control de 5,8, disminuyendo a 0,7 ($P < 0,05$). Las prácticas sobre seguridad nutricional del grupo experimental muestran un promedio de 4,6 a 14, mientras que el grupo control tiene un promedio de 4,6 a 6 ($P < 0,05$). El programa ha generado un impacto significativo en el incremento de los conocimientos, la modificación de las actitudes y el fortalecimiento de las prácticas de las madres con niños menores de un año, sobre seguridad nutricional del grupo experimental en relación con el grupo control, de aquellas madres con las que no se desarrolló el programa educativo.

Benites R. realizó un trabajo sobre *Relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que asisten al Consultorio de CRED, en el C. S. Conde de la Vega Baja, enero 2007*¹⁰, con el objetivo de determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos de las madres y el estado

nutricional del niño. Se llegó a las siguientes conclusiones: existe relación significativa entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses de edad; el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria mayoritariamente fluctúa entre medio y alto, siendo el nivel bajo el de menor porcentaje. Los conocimientos que en mayor porcentaje tiene la madre son definición, edad inicio, consistencia, combinación y medidas higiénicas de la alimentación complementaria. La mayoría de las madres desconoce frecuencia, alimento de inicio, cantidad e inclusión de los alimentos en la alimentación complementaria. Con respecto al estado nutricional de los niños, predomina la normalidad y es mayor la malnutrición por defecto que por exceso.

De todos los antecedentes presentados se puede evidenciar que el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria es medio a alto, y se mejora con las prácticas. No obstante, al aplicar el programa se obtiene un incremento de los conocimientos, que es lo pretendido con el presente estudio, con las variables en mención.

2.2. Base teórica

2.2.1. Alimentación complementaria del niño

Según la OMS y la Unicef, la alimentación complementaria del niño consiste en la continuidad de la lactancia materna, con la misma frecuencia que antes, y en la introducción de alimentos espesos en la dieta del niño, los cuales se irán incluyendo de manera progresiva¹¹.

A partir de los seis meses de edad, ya se han cubierto los requerimientos nutricionales y se ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renales y su respectiva maduración neurológica, por lo que debe incrementarse la alimentación, de acuerdo a la edad del infante.

Inicialmente se le tendrá que dar de comer varias veces al día, ya que su consumo por comida es poco. Se le deben ofrecer, gradualmente, alimentos de diferentes texturas, tales como arroz graneado, papa aplastada, verduras finamente picadas, mazamorra, etc., los que deben estar bien cocidos y, de preferencia, recién preparados. Una alternativa, para que el infante consuma los alimentos comunes de la dieta del hogar, es sacar de la olla familiar los alimentos sólidos, aplastarlos con un tenedor y adicionar una cucharadita de aceite o margarina.

Entonces, el lactante pasará en forma gradual y adecuada de una alimentación completamente láctea y líquida a una alimentación mixta, similar a la que consume la familia, que deberá incluir la mayor variedad posible de alimentos y preparaciones al llegar al año de vida. Es la razón por la cual deben fomentarse las mezclas alimenticias, teniendo como base alimentos disponibles de cada región tales como, cereal más leguminosas, tubérculos más proteínas de origen animal, etc., teniendo en cuenta el costo. Es conveniente agregar carne tales como pescado, pollo, res, etc., y fomentar el empleo de los alimentos ricos en hierro y bajos en costo, tales como sangrecita, hígado, riñón, etc., y aquellos ricos en vitamina A, tales como hígado, camote, zapallo y zanahoria.

La selección de los primeros alimentos complementarios estará basada en la capacidad de ser aceptados y digeridos por el niño, además de constituir fuentes de nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo, los cuales no se pueden recibir a través de la leche materna a partir de los seis meses de vida.

Debido a la singularidad y a las diferencias por niño, es importante considerar, en la introducción paulatina de los alimentos sólidos, algunas características como peso, desarrollo, actividad y apetito, los cuales constituirán la guía para iniciar el proceso de adaptación con alimentos diferentes a la leche dentro de su dieta. En esta primera etapa de la alimentación es conveniente, en todos los niños, tal como se dijo anteriormente, ofrecer alimentos de textura suave, en forma de papillas que ayuden a su fácil digestión, elaboradas a partir de un solo ingrediente y en cantidades muy pequeñas.

Una vez que el niño haya aceptado una clase de alimento, es recomendable esperar de tres a cinco días para añadir uno nuevo, así como el incremento en la cantidad en forma lenta y progresiva, de acuerdo con el apetito y la respuesta del niño.

Los alimentos que se incluyen en la dieta del niño, según la alimentación complementaria y de acuerdo con la edad, de manera específica, son los siguientes:

A los seis meses. Se iniciará la alimentación con frutas, ya que estas aportan las energías suficientes, por ser fuentes de carbohidratos, vitaminas como la A y la C, minerales, antioxidantes y fibras que garantizan la adecuada digestión y asimilación.

Estas, por ser generalmente dulces, no solo son ricas nutricionalmente, sino que también son aceptadas favorablemente por el niño. Se recomienda comenzar con frutas como mamey, pera, manzana, plátano, melón y mango. Los purés de frutas y vegetales tienen la particularidad no solo de aportar los nutrientes propios y necesarios en esta etapa de vida del niño, sino que pueden ser fortificados con otros como el hierro, fundamental a los seis meses por agotarse las reservas del niño y no ser suficiente la leche materna. Ello se da por las necesidades de crecimiento mental y físico del niño, pues garantizan su óptimo desarrollo.

La incorporación de alimentos con fibra dietética es recomendable por su capacidad de atraer agua, intercambiar iones y absorber la bilis. Ella le confiere saciedad a la dieta, pues demora el vaciamiento gástrico, evita la constipación por el aumento del volumen del bolo fecal y mejora el metabolismo de los carbohidratos a través de su acción sobre la digestión de los almidones y la absorción de la glucosa. Estos aspectos favorecen una adecuada digestibilidad y asimilación de nutrientes.

Los vegetales aportan vitaminas y minerales necesarios para complementar los requerimientos del niño; de ahí que se sugiera su introducción con vegetales amarillos, rojos y verdes, ricos en intermediarios naturales del metabolismo de las vitaminas (en particular de la A), como en el caso de los carotenos.

Se recomienda iniciar el suministro de vegetales con tomate y zanahoria, no solo por su contenido en nutrientes, sino también por su fácil digestibilidad, baja toxicidad y aceptación por el niño.

A los siete meses. Se introducen los cereales sin trigo, fundamentalmente arroz, avena y maíz, los cuales aportan proteínas, minerales y vitaminas del complejo B, particularmente tiamina y ácidos grasos esenciales, haciéndose visible su alto valor energético. Además, pueden ser utilizados como soporte para alimentos fortificados.

Se recomienda retrasar la introducción de cereales con trigo en esta etapa, por su composición. El trigo contiene una proteína (gluten) que puede originar problemas inmunológicos de intolerancia a nivel intestinal (intolerancia al gluten) con afectaciones en la absorción de muchos nutrientes y con posibilidades de provocar retardo en el crecimiento, bajo peso, constipación o diarrea.

Los cereales, por contener almidón, son tolerados y digeridos perfectamente por el niño desde los cuatro meses, gracias a la acción de la amilasa pancreática y de las disacaridasas intestinales.

Junto con los cereales se introducen las leguminosas. Se recomienda comenzar con frijoles negros, colorados, bayos y chícharos. Las leguminosas, generalmente deficientes en metionina y ricas en lisina, se constituyen en una fuente de proteína vegetal adecuada, que, al combinarse con el arroz (cereal), que generalmente tiene deficiencia en lisina, logra complementar los aminoácidos deficitarios en cada uno de ellos, y garantizar así un suministro proteico de calidad superior, además de constituir otra fuente de energía en la dieta del niño. Con los cereales y las leguminosas se incorporan las grasas, elemento fundamental en la nutrición humana por su aporte energético, y por ser ellas o sus intermediarios transportadores de vitaminas liposolubles como la A, la D, la E y la K, y por estar relacionadas directamente con la formación de estructuras fundamentales, como las membranas celulares. El organismo necesita de fuentes exógenas de aceites esenciales, debido a su incapacidad para sintetizarlas, por lo que necesariamente tienen que ser incorporadas en la dieta.

Estos aceites se encuentran relacionados con procesos vitales para el niño, como el desarrollo de su sistema nervioso central. Por ello, en el séptimo mes de vida se incorporan aceites de origen vegetal, sanos y ricos en estos componentes. Se recomienda el uso de aceite de maní, soya y girasol.

A los ocho meses. En esta etapa el niño ya es capaz de asimilar proteínas más complejas que las de los vegetales, por lo que es recomendable la incorporación de proteínas de origen animal, como las carnes, las cuales aportan, además de proteínas de calidad con todos los aminoácidos esenciales y de buena digestibilidad, lípidos, minerales como hierro y zinc, y vitaminas, entre ellas las del complejo B.

Las carnes blancas, como la del pollo (sin piel), son las recomendadas para comenzar, por su reconocida facilidad para ser digeridas. Se incorporan de forma paulatina la carne de res, la de otras aves, conejo, caballo, pescado y vísceras, como el hígado. Se puede añadir en este mes a la dieta del niño la yema del huevo, siempre cocida, rica en proteínas, grasas, ácidos grasos esenciales, minerales como hierro y vitaminas, especialmente del complejo B. Se incorporan además los cereales con gluten (trigo, cebada) en forma de pan o galletas; pastas alimenticias (coditos, espaguetis, fideos).

A los nueve meses. El niño ya mastica, por lo que pueden administrarse frutas y vegetales en trocitos. Se incorpora la carne de cerdo, más derivados de la leche, como helados, o dulces caseros como flan, natilla, arroz con leche o pudín, pero sin la clara del huevo, no asimilada aún por el sistema enzimático del bebé y considerada además alergénica. Estos derivados lácteos son ricos en proteínas, fósforo y especialmente en calcio, nutriente de suma importancia en el crecimiento y desarrollo del bebé, por su estrecha relación con el metabolismo del sistema óseo y por su papel en la formación de membranas celulares y en la contracción muscular. Está reconocido que la leche y sus derivados constituyen la principal fuente de calcio.

A los diez meses. Se adicionan otras leguminosas, como garbanzos, menos digeribles que los incorporados en los primeros meses. En este tiempo puede añadirse a la dieta grasas de origen animal, en particular, la mantequilla.

A los once meses. Puede ofrecérsele al bebé en este mes gelatinas y queso crema, alimentos que por su contenido han necesitado de una mayor madurez digestiva del niño para ser procesados adecuadamente.

A los doce meses. El niño puede ya complementar su dieta con alimentos como jamón, huevo completo (se incorpora la clara, rica en proteína como la ovoalbúmina, de elevada calidad), otros quesos, alimentos fritos y carnes enlatadas. Además los jugos de frutas cítricas, retrasados en el esquema de ablactación por ser fuente de alérgenos en etapas tempranas.

Se recomienda incorporar verduras como col, coliflor y nabo, no introducidas anteriormente por ser flatulentas, y la espinaca y la beterraga, por producir trastornos con el metabolismo del hierro como la metahemoglobinemia, que no es más que la incapacidad que adquiere el hierro de la hemoglobina para transportar el oxígeno necesario en la hematosis. Ello puede tener un origen genético o adquirirse a través del consumo de alimentos o aguas de pozo con cantidades elevadas de nitratos o nitritos. La metahemoglobinemia del lactante ha sido reconocida como el resultado de la ingestión de verduras que contienen nitratos en elevada cantidad, como las espinacas. Este riesgo es mayor en edades tempranas, porque el bebé en los primeros meses de vida posee una menor acidez gástrica, mayor desarrollo de la flora intestinal nitrificante y menor actividad de la reductasa eritrocitaria. Por estas razones, el asentamiento de bacterias en el tramo superior del intestino delgado favorece la transformación directa de nitratos ingeridos en nitritos. La hemoglobina de los primeros meses de vida del niño (conocida como *hemoglobina fetal*) se transforma fácilmente en metahemoglobina y pierde su capacidad de almacenar oxígeno.

Es por ello que se recomienda que la espinaca sea incorporada al año de edad del niño, cuando su sistema digestivo ha alcanzado una madurez superior. Por estas mismas razones se retrasa la beterraga en su esquema de alimentación complementaria para el duodécimo mes.

El desarrollo de la alimentación evoluciona desde la succión del pulgar y la alimentación con cucharilla hasta la ingestión de alimentos sólidos, de ahí que debe ser gradual y adecuada desde su nacimiento y durante los primeros años de la vida, a fin de garantizar un desarrollo eficaz. La atención a los requerimientos nutricionales diarios es indispensable para alcanzar un pleno crecimiento y desarrollo.

Los nutrientes

Macronutrientes. Los carbohidratos, hidratos de carbono o glúcidos son sustancias compuestas de carbono, hidrógeno y oxígeno. Están presentes en las frutas, en algunos granos, como el arroz y el trigo, en menestras (garbanzos, arvejas y lentejas), en algunas hortalizas con alto contenido de almidón, como las papas y las zanahorias, y también en la leche, en el azúcar y la miel¹⁷.

Los alimentos que contienen los hidratos de carbono son energizantes. Los niños necesitan ingerirlos en gran cantidad para el normal desarrollo y crecimiento. Los ejemplos más claros son pan integral, arroz integral, avena, lentejas y frutas, que, además de contener nutrientes fundamentales, son ricos en fibras que favorecen el eficaz funcionamiento digestivo.

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

Las proteínas. Constan de grandes cadenas polipeptídicas, constituidas por aminoácidos unidos entre sí por enlaces peptídicos. El número y la secuencia de los aminoácidos es una información contenida en los genes y tiene influencia sobre los niveles estructurales.

Las proteínas poseen diversas funciones biológicas en el organismo: actúan como enzimas, como parte del sistema defensivo, como componentes estructurales, en el transporte de otras moléculas y como hormonas y receptores.

Se encuentran en una amplia variedad de alimentos (trigo, avena, arroz, huevos, queso, pescado, pollo, carnes rojas, semillas y todas las variedades de frijoles, garbanzos y lentejas).

Las proteínas son esenciales para la formación y el desarrollo de todas las células del cuerpo, y son utilizadas y reemplazadas constantemente.

Los lípidos o grasas pueden clasificarse en simples, derivados, compuestos, glucolípidos, terpenoides y esteroides. Las grasas simples se encuentran en tejido adiposo, manteca, tocino, sebo, aceites de pescado, aceite de oliva o aceite de maíz. Las grasas derivadas, por su parte, están en alimentos vegetales y animales, y también en formas complejas con otras sustancias. En cuanto a las grasas compuestas, estas se encuentran principalmente en tejidos animales, como el cerebro, en la yema del huevo y en las vísceras. Esta grasa es muy importante, porque desempeña un papel en la coagulación de la sangre. Se encuentra predominantemente en el tejido nervioso. Las grasas glucolípidas proporcionan, por hidrólisis de ácidos grasos, esfingosina, galactosa (o glucosa), pero no ácidos grasos. Incluye queratina y frenosina. Se encuentra en hojas de mielina, cerebro, bazo y otros tejidos. Las grasas terpenoides y esteroides son un grupo de compuestos, conformado por unidades repetidas de isopreno, vitamina A y E, también relacionadas químicamente con los terpenos. Se encuentran en aceites esenciales, ácidos de resinas, gomas, pigmentos de plantas (tales como carotenos y licopenos) y vitamina A.

El colesterol se encuentra en la yema del huevo, en productos lácteos y en tejidos animales. El ergosterol se halla en plantas y hongos; y-el-7-dehidro-colesterol, en tejidos animales debajo de la piel. Las grasas son conocidas comercialmente como saturadas, polisaturadas, monoinsaturadas, ácidos grasos trans, colesterol, omega 3 y omega 6. Los niños en edad de crecimiento hasta el año de edad en un alto porcentaje (50 %) y 35 de allí en adelante.

2.2.2. Importancia de la alimentación complementaria

Según Mira D., el objetivo de la alimentación complementaria es cubrir las necesidades nutricionales y de calorías que tiene el niño, ya que este es más activo y de más edad, por lo que la leche materna no es suficiente para aportar dichas necesidades nutricionales. Si no se satisfacen adecuadamente sus requerimientos, el niño no crece o lo hace más lentamente¹².

La ingesta de nuevos alimentos para el niño se debe convertir en un gran evento familiar, porque, además de evitar retraso en el crecimiento, deficiencia de nutrientes y aparición de enfermedades, se convierte en la alimentación definitiva para el resto de la existencia; además, permite al niño el aprendizaje de nuevas consistencias, temperaturas, sabores y ofrece la posibilidad de conocer y disfrutar diversos alimentos y preparaciones que consume la familia, así como de determinar gustos y rechazos y de brindar a los padres la oportunidad de desarrollar en su hijo una correcta conducta alimentaria (hábitos alimentarios saludables), estableciendo cálidas relaciones humanas que contribuyen, también, a su desarrollo psicológico y social.

2.2.3. Ventajas de una alimentación complementaria adecuada

Ballabriga y Carrascosa explican que el motivo más importante para la introducción de la alimentación complementaria es el aumento de las necesidades de energía o calorías para que el niño crezca de forma adecuada. La velocidad de crecimiento del niño aumenta a partir de los seis meses, y necesitaría tomar mucha cantidad de leche, tanto materna como de fórmula, para que se le proporcione la energía que requiere para crecer¹³.

Además, también puede comenzar a ser insuficiente el aporte de hierro o vitaminas. Que el niño tome otros alimentos no quiere decir que se tenga que suprimir la leche, que sigue siendo un alimento imprescindible.

La introducción de alimentos distintos de la leche o la fórmula láctea se debe a razones nutricionales y de desarrollo del infante. Los requerimientos nutricionales pueden mantenerse con la leche materna solo hasta determinada edad. Los nutrientes de la leche materna se vuelven insuficientes luego de seis meses de edad para los requerimientos nutricionales del infante. La leche humana ofrece valores bajos y relativamente independientes del consumo materno de hierro y zinc hacia los seis meses de edad, momento en que las reservas corporales de estos dos micronutrientes con las que nació el infante han disminuido sustancialmente; por lo que los alimentos complementarios deben cubrir esta brecha nutricional.

El desarrollo psicomotor y de las estructuras orales y la madurez del aparato digestivo permiten iniciar la alimentación complementaria en el segundo semestre de vida, con cambios paulatinos del tipo y la textura del alimento a medida que transcurre el primer año. El niño debe desarrollar hábitos alimentarios, fortalecidos con una adecuada introducción de alimentos complementarios. La introducción de la alimentación complementaria no debe hacerse antes de los seis meses, ni pasada esta edad, época en que los mecanismos de control y regulación de la ingesta están suficientemente establecidos.

2.2.4. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado

La OPS recomienda practicar la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los seis meses de edad, introducir los alimentos complementarios a partir de dichos seis meses (180 días) y continuar con la lactancia materna, con frecuencia y según la demanda, hasta los dos años de edad o más¹⁴.

También es recomendable seguir los requerimientos de la alimentación perceptiva y del cuidado psicosocial:

- Alimentar a los lactantes directamente y asistir a los niños mayores cuando comen por sí solos, respondiendo a sus signos de hambre y de satisfacción.
- Alimentar despacio y pacientemente y animar a los niños a comer, pero sin forzarlos.
- Si los niños rechazan varios alimentos, experimentar con diversas combinaciones, sabores, texturas y métodos para animarlos a comer.
- Minimizar las distracciones durante las horas de comida si el niño pierde interés rápidamente.
- Recordar que los momentos de comer son períodos de aprendizaje y amor, por lo que lo mejor es hablar con los niños y mantener el contacto visual.

2.2.5. Preparación y almacenamiento seguros de los alimentos complementarios

Ejercer buenas prácticas de higiene y manejo de los alimentos en los siguientes casos:

- Lavar las manos de las personas a cargo de los niños y las de los mismos niños antes de preparar alimentos y de comerlos.
- Guardar los alimentos de forma segura y servirlos inmediatamente después de su preparación.
- Utilizar utensilios limpios para preparar y servir los alimentos.
- Utilizar tazas y tazones limpios al alimentar a los niños.
- Evitar el uso de biberones, dado que es difícil mantenerlos limpios.

2.2.6. Cantidad necesaria de alimentos complementarios

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. La energía necesaria proveniente de los alimentos complementarios para niños con ingestas “promedio” de leche materna en países en vías de desarrollo es de aproximadamente 200 Kcal al día para niños entre seis y ocho meses de edad, 300 Kcal al día para niños entre los nueve y once meses. En países desarrollados se estima que las necesidades son algo diferentes (130, 310 y 580 kcal al día para niños entre los 6; 8 y 9; y 11, 12 y 23 meses, respectivamente) debido a las diferencias en la ingesta de leche materna.

2.2.7. Consistencia de los alimentos

Aumentar la consistencia y la variedad de los alimentos gradualmente, conforme crece el niño, adaptándose a sus requisitos y habilidades. Los lactantes pueden comer papillas, purés y alimentos semisólidos a partir de los seis meses de edad. A los ocho, la mayoría de niños también pueden consumir alimentos que se puedan comer con los dedos (meriendas que puedan servirse ellos por sí mismos). A los 12 meses, la mayoría de los niños puede comer el mismo tipo de alimentos que el resto de la familia. Deben evitarse los alimentos que puedan causar que los niños se atoren o se atraganten; es decir, alimentos cuya forma o consistencia implique el riesgo de que se pudiera bloquear la tráquea (por ejemplo, nueces, uvas, zanahorias crudas, etc).

2.2.8. Frecuencia de alimentos y densidad energética

Aumentar el número de veces que el niño consume los alimentos complementarios conforme va creciendo. La frecuencia diaria de comidas ha sido estimada en función a la energía requerida que debe ser cubierta por los alimentos complementarios, asumiendo una capacidad gástrica de 30 g/kg de peso corporal.

El número apropiado de comidas depende de la densidad energética de los alimentos locales y de las cantidades normalmente consumidas durante cada comida. Para el niño amamantado promedio de seis a ocho meses de edad, se deben proporcionar dos a tres comidas al día, de los 9 a 11 meses y de los 12 a los 24, el niño debe recibir de tres a cuatro comidas al día, además de meriendas nutritivas (una fruta, un pedazo de pan), ofrecidas una o dos veces al día, según lo desee el niño. Las meriendas se definen como alimentos consumidos entre comidas, y son generalmente alimentos que los niños consumen por sí mismos y que son convenientes y fáciles de preparar. Si la densidad energética o la cantidad de alimentos en cada comida es baja, o el niño ya no es amamantado, es posible que se requiera de comidas más frecuentes.

2.2.9. Contenido nutricional de alimentos complementarios

Dar una variedad de alimentos para asegurarse de cubrir las necesidades nutricionales, como carne, aves, pescado o huevos diariamente o, de no ser posible, lo más frecuentemente posible. Las dietas vegetarianas no logran cubrir las necesidades nutricionales a esta edad, a menos que se utilicen suplementos nutricionales o productos fortificados. Las frutas y verduras ricas en vitamina A deben ser consumidas a diario. Se debe proveer dietas con un contenido adecuado de grasa, evitando la administración de bebidas o jugos con un bajo valor nutritivo, como té, café o gaseosas. Limitar la cantidad de jugo ofrecido, para así evitar reemplazar o desplazar alimentos más nutritivos.

2.2.10. Necesidades nutricionales del niño de 6 a 12 meses

La alimentación complementaria en niño de 6 a 12 meses es el objetivo de cubrir las necesidades nutricionales y de calorías, ya que este es más activo y de más edad, y la leche materna no es suficiente para aportar dichas necesidades nutricionales.

El total de energía necesaria para niños sanos amamantados es aproximadamente de 615 kcal/d entre los seis y los ocho meses, 686 kcal/d entre los 9 y los 11 meses, y 894 kcal/d entre los 12 y los 23 meses de edad. El aporte energético necesario a partir de los alimentos complementarios se calcula restando el promedio de ingesta de energía proveniente de la leche materna del requerimiento total de energía, según edad. Entre niños amamantados, el promedio de ingesta es de 413, 379 y 346 kcal/d entre los 6 y los 8, entre los 9 y los 11 y a los 12 meses, respectivamente.

Si un niño consume más o menos leche materna que el promedio, la cantidad de energía necesaria proveniente de los alimentos complementarios variará. En la práctica, la persona encargada del niño no podrá saber la cantidad exacta de leche materna que consume, y tampoco podrá medir el contenido energético de los alimentos complementarios ofrecidos. Por lo tanto, la cantidad de alimentos ofrecidos debe estar basada en los principios de la alimentación perceptiva, asegurando las necesidades nutricionales del niño. Los alimentos familiares para niños amamantados tienen una densidad energética de entre 1,07 y 1,46 kcal/g.

Por ello, para proveer los requerimientos energéticos mencionados, la cantidad aproximada de alimentos complementarios recomendada es de 137 a 187 g/d entre los seis y los ocho meses, de 206 a 281 g/d entre los 9 y los 11 meses y de 378 a 515 g/d entre los 12 y los 23 meses. Sin embargo, debe hacerse notar que estas dietas no siempre satisfacen los requisitos de micronutrientes. Es poco probable que las dietas de los ejemplos cubran las ingestas recomendadas de hierro y, en menor grado, de zinc. Es importante no ser muy prescriptivo en cuanto a las cantidades de alimentos complementarios que deben ser consumidos, pues las necesidades de cada niño varían debido a diferencias en

la ingesta de leche materna y por la variabilidad de la tasa de crecimiento. Más aun, niños en proceso de recuperación de enfermedades o que viven en ambientes donde el desgaste de energía es mayor, pueden requerir de más energía. El requerimiento energético total estimado está basado en el requerimiento promedio para cubrir las necesidades del 97,5 % de la población. Se asume una capacidad gástrica funcional (30 g/kg de peso corporal de referencia) de 249 g/comida entre los seis y los ocho meses, de 285 g/comida entre los 9 y los 11 meses, y de 345 g/comida entre los 12 y los 23 meses.

2.2.11. Razones de la alimentación complementaria entre los 6 y los 12 meses

Todos los niños pronto o tarde muestran interés por la comida de los adultos. Probar nuevos sabores y texturas se convierte en una experiencia sensorial única y en una oportunidad de aprendizaje¹⁵.

- La cantidad de leche tiene un máximo de producción de entre 700 y 800 cc en 24 horas. Esta cantidad cubre las necesidades energéticas del niño, como máximo, hasta los seis meses.
- Las enzimas del niño que participan en la digestión de los alimentos alcanzan su madures a los seis meses de edad.
- Las enzimas responsables de digerir las proteínas están presentes desde el nacimiento, pero la pared intestinal es exageradamente permeable, por lo que pasan las proteínas directamente a la sangre, originando alergias. Esto persiste hasta los seis meses de edad.
- El niño nace con una reserva de hierro que dura hasta los seis meses, por eso es importante que el niño consuma alimentos sólidos, ricos en este mineral, a partir de esa edad.
- A los seis meses madura el reflejo de deglución de los niños y estos expresan su apetito. Generalmente a esa edad aparecen los primeros dientes.

2.2.12. Lineamientos específicos nutricionales del niño de 6-12 meses de edad

A partir de los seis meses de edad, el niño, además de continuar con lactancia materna, necesita iniciar la alimentación complementaria.

Cuando el niño empieza a comer otros alimentos diferentes de la leche materna, es necesario tener mucha paciencia, no forzarlo, gritarlo o asustarlo. El momento de comer debe ser tranquilo y lleno de cariño.

Una comunicación permanente a través de canto, de palabras tiernas y de caricias en la piel son las mejores formas de estimular esta relación afectiva entre el niño y sus padres o cuidadores¹⁶.

- Continuar con la lactancia materna hasta los dos años de edad o más.
- A partir de los seis meses de edad iniciar la alimentación complementaria.
- Practicar la alimentación interactiva estando atento a las señales del niño, respondiendo con paciencia y amor.
- Promover buenas prácticas de higiene en la manipulación de alimentos, para evitar infecciones.
- Iniciar con alimentos semisólidos (papillas, mazamorra, puré), evitando el uso de bebidas azucaradas de bajo valor nutritivo. Modificar gradualmente la consistencia, conforme el niño crezca y se desarrolle, de acuerdo a su edad, ofreciendo los alimentos aplastados, triturados y luego picados, hasta que se incorpore en la alimentación familiar.
- Alimentar al niño durante el día con tres comidas principales y dos adicionales entre comidas, conforme crece y se desarrolla según su edad.
- Incrementar la cantidad de alimentos que se le ofrecen en cada comida.
- Incluir diariamente alimentos de origen animal, como carnes, hígado, pescado sangrecita y huevo. Incorporar leche o productos lácteos en las comidas.
- Promover el consumo diario de frutas y de verduras disponibles en la zona.
- Enriquecer una de las comidas principales con una cucharadita de grasa (aceite, mantequilla, margarina).

- Suplementar con sulfato ferroso, vitamina A y margarina.
- Durante los procesos infecciosos, fraccionar, es decir, repartir en pequeñas cantidades las comidas, ofreciéndolas con mayor frecuencia, con la finalidad de mantener la ingesta adecuada. Ofrecer una comida extra hasta por dos semanas después de los procesos infecciosos.

2.2.13. Conocimiento en las madres lactantes sobre alimentación de sus hijos menores de un año

Durante la lactancia, el rol que la madre ha desempeñado en la salud de sus hijos se profundiza. Estos cambios se relacionan con la actitud y el conocimiento, atribuidos sobre todo a su educación; de este modo, se considera a las madres como promotoras del proceso de alimentación del menor, pues con su presencia no solo contribuyen con la alimentación y, por lo tanto, con la supervivencia del niño, sino que son el eje fundamental para el desarrollo de sus hijos durante los primeros años de vida¹⁸.

Las ventajas del conocimiento de la lactancia materna son múltiples para el niño y muy favorecedoras para la madre, pues la leche es el único alimento que asegura al recién nacido una alimentación adecuada y lo protege de enfermedades, infecciones y alergias. Es el alimento natural propio de la especie humana, y ningún otro puede comparársele en calidad, de manera que satisface mejor las necesidades nutritivas del niño, principalmente hasta los seis o siete meses de edad. No necesita preparación ni mayores conocimientos, siempre está disponible, con la temperatura ideal, no se contamina, el riesgo de sensibilidad alérgica es menor, proporciona mejor digestión, absorción y evolución psicológica, así como mayor protección inmunológica y estabilidad psicoafectiva, lo que favorecerá el desarrollo de un niño emocionalmente estable. De ahí la insistencia en que la madre conozca la importancia de que la lactancia se mantenga de forma exclusiva los primeros seis meses, porque, al aportarle al niño estos elementos, es menos probable que padezca alguna enfermedad, lo cual tiene su implicación social, pues muchas veces las progenitoras pasan meses sin trabajar

para dedicarse al cuidado de su bebé enfermo y, por tanto, se ven afectadas económicamente. Por otra parte, en ocasiones, cuando se indaga con ellas acerca de la lactancia del niño, manifiestan que esta no fue posible por la necesidad de incorporarse a trabajar; unas alegan razones de tipo personal (lo estético y lo físico), otras por disminución en la cantidad de leche y lentitud en el crecimiento y ganancia de peso del niño, y otras por desinformación por parte de los trabajadores de la salud, entre otras causas.

Según estimaciones de la OMS, podrían salvarse en el mundo más de un millón de vidas infantiles al año si todas las madres supieran que deben alimentar exclusivamente con leche materna a sus hijos durante los primeros cuatro meses de vida.

La lactancia materna exclusiva significa que el lactante recibe solamente leche del pecho de su madre o de una nodriza, o leche extraída del pecho sin ningún tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua, con excepción de solución de rehidratación oral, gotas, jarabes de suplementos vitamínicos, minerales o medicamentos.

Las madres deben saber que la alimentación complementaria es el proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo cual es necesario incorporar otros alimentos y líquidos. Generalmente se considera que la edad adecuada para la alimentación complementaria es desde los seis hasta los 23 meses de edad, aun cuando la lactancia materna debería continuar más allá de los dos años. Entre las recomendaciones de la OMS y de la Unicef para una alimentación infantil óptima, tal como se encuentran establecidas en la Estrategia Mundial, figuran la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida (180 días), e iniciar la alimentación complementaria, adecuada y segura, a partir de los seis meses de edad, manteniendo la lactancia materna hasta los dos años.

Al respecto, en la casuística, la mayoría de las madres lograron modificar positivamente los conocimientos y comprendieron los aspectos relacionados con los alimentos que aportan hierro a la dieta de su hijo; hallazgos similares a los obtenidos por Carralero y Zorribe en sus series (Carralero Dorado

y modificación de los conocimientos sobre la nutrición y el bajo peso al nacer). Además, es importante saber que el estado nutricional depende también del acceso al conocimiento suficiente sobre dietas idóneas, según los hábitos locales, los profesionales de la salud comprometidos con la atención primaria deben educar en este sentido, a fin de lograr cambios sobre tan importante materia de salud.

En cuanto a los conocimientos sobre las enfermedades que pueden contraer los lactantes por una mala selección de los alimentos en su dieta, se lograron modificaciones significativas al concluir la capacitación a los efectos.

El proceso de amamantar brinda beneficios a corto y a largo plazo, tanto al niño como a la madre, pues incluye la protección de estos contra gran variedad de procesos agudos y crónicos; por tanto, las desventajas de la sustitución de la leche materna son cada vez más reconocidas.

Se plantea que los niños que no reciben lactancia materna tienen seis veces mayor probabilidad de morir durante los primeros seis meses de vida que los que sí son alimentados por esta vía.

Existen deficiencias sobre comunicación de las ventajas alimentarias de este tipo en la población, relacionadas con las normas de higiene y manipulación de los alimentos que deben consumir sus hijos durante el período de lactancia, lo cual, a juicio de los autores, debe ser considerado un momento determinante en la alimentación, en cuyo proceso también influye el tiempo disponible para dicha función.

2.2.14. Programa educativo

Conjunto de actividades planificadas sistemáticamente, que inciden en diversos ámbitos de la educación, dirigidas a la consecución de objetivos diseñados institucionalmente y orientados a la introducción de novedades y mejoras en el sistema educativo. Los programas educativos se caracterizan por su condición de experimentalidad, por su carácter temporal y por suponer el empleo de unos recursos en favor de unas necesidades sociales y educativas que los justifican.

En el ámbito del área de programas educativos, el desarrollo de un programa pasa por tres fases diferenciadas:

Implantación, promoción y extensión. Cuando un programa nuevo se incorpora al área, lo hará en modo de experimentación, pasando a promoción a medida que se vaya difundiendo e implementando en el mayor número de centros, y a extensión para conseguir su consolidación dentro del sistema educativo¹⁹.

Un programa educativo es una serie de actividades de aprendizaje y de recursos dirigidos a las personas para que mejoren su vida.

Características de un programa educativo

Continuidad: aplicación secuencial.

Autoaplicable: fácil comprensión y uso.

Flexible: de acuerdo con el diagnóstico, complementa las áreas del aprendizaje.

- **Focalización:** es un término del análisis narrativo y cinematográfico. Corresponde a la información que se obtiene por el conocimiento del material dramático que transmite un personaje. Pertenece al registro del "saber". Existen diferentes grados de focalización: focalización externa e interna.
- **Explicación o desarrollo del tema:** se denomina *explicar* a la transmisión de conocimientos a terceros para que sean aprendidos y entendidos. Esta tarea implica que se puntualicen las relaciones causales y los efectos que conllevan, de modo tal que el receptor de la información pueda asimilarla del modo más fácil. Una explicación puede efectuarse de modo personalizado, es decir, con un individuo que la realice en tiempo real, o puede realizarse a través de textos, videos, audio, etc.; sin duda, la personal y la textual son las más extendidas, sobre todo en el ámbito educativo.
- Sensibilización, oferta y difusión.
- Distribución de material a los establecimientos educacionales.

- Monitoreo y acompañamiento y evaluación.
- **Motivación del tema:** estímulos que mueven a la persona a realizar determinadas acciones y a persistir en ellas para su culminación. Este término está relacionado con voluntad e interés.

2.2.15. El conocimiento

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección en el sentido más amplio del término. Se trata de múltiples datos interrelacionados, que al ser tomados por sí solos, tienen un menor valor cualitativo. Tiene su origen en la percepción sensorial, después llega el entendimiento y concluye, finalmente, en la razón. Se dice que el conocimiento tiene relación entre un sujeto y un objeto. El proceso de conocimiento involucra cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y representación (interna cognoscitiva). Su transmisión implica un proceso intelectual de enseñanza y aprendizaje. Transmitir una información es fácil, mucho más que transmitir conocimiento²⁰.

El conocimiento genera conocimiento mediante el uso de la capacidad de razonamiento o inferencia. Tiene una estructura y es elaborado, implica la existencia de redes de ricas relaciones semánticas entre entidades abstractas o materiales. Es siempre esclavo de un contexto, en la medida en que en el mundo real difícilmente puede existir completamente autocontenido. Así, para su transmisión es necesario que el emisor (maestro) conozca el contexto o modelo del mundo del receptor (aprendiz), puede ser explícito (cuando se puede recoger, manipular y transferir con facilidad) o tácito.

Este es el caso del conocimiento heurístico, resultado de la experiencia acumulada por individuos; también puede estar formalizado en diversos grados, pudiendo ser también informal. La mayor parte del conocimiento transferido verbalmente es informal.

Tipos de conocimiento

Conocimiento empírico. Se define como el conocimiento basado en la experiencia y en la percepción, que todo hombre adquiere debido a las diversas necesidades que se le presentan en la vida, adquirido muchas veces por instinto y no por pensamiento fundamentado, pues todo conocimiento que se genera no implica a la ciencia o leyes. Es así que existen personas con gran dominio de un determinado aspecto, sin haber recibido educación alguna.

Conocimiento científico. A diferencia del conocimiento empírico, el conocimiento científico es un saber crítico con fundamentos, metódico, verificable, sistemático, unificado, ordenado, universal, objetivo, racional, provisorio y que explica los sucesos a partir de leyes. Cabe indicar que para esto se utiliza también el método científico, que, aparte de otras cosas, muchas veces empieza trabajando en base a algo empírico que necesita ser probado.

Conocimiento explícito. A diferencia del conocimiento tácito, de este se sabe que se tiene y, para ejecutarlo, uno es consciente de ello. Por esto, es más fácil de transmitir o de representar en un lenguaje, debido a que sus características son ser estructurado y esquematizado.

Conocimiento tácito. Es conocido como el tipo de conocimiento inconsciente, del cual se puede hacer uso, lo que hace que pueda ser implementado y ejecutado de una forma mecánica, sin uno notar su contenido.

Conocimiento intuitivo. El conocimiento intuitivo está definido como la aprehensión inmediata de las experiencias internas o externas en su experimentación o percepción. Esto quiere decir que da una especie de sensación vaga sobre algo: se establece como la visión clara y directa de experimentar las cosas en su forma original.

Conocimiento revelado. Este tipo de conocimiento implica que todos los fenómenos que envuelve son inteligibles, implicando, para ello, siempre una actitud de fe, teniendo un fuerte peso en el comportamiento humano. Se da sobre algo oculto o un misterio que alguien desea manifestar o que se pretende conocer.

Para terminar, unas definiciones dadas por Kant:

A priori. Se lo considera como el conocimiento que es necesariamente verdadero y universal, y que por tanto no depende de experiencias. Se fundamenta en condiciones trascendentales que hacen posible la objetividad de la experiencia.

A posteriori. Basado en la experiencia.

Las diferentes formas de conocimiento humano interactúan en las actividades humanas, determinando diferentes respuestas o comportamientos que son fundamentales en los procesos de mantenimiento o recuperación de la salud y en la promoción de estilos de vida saludables desde la más temprana infancia; cuanto mejor educación para la salud posean las madres, la posibilidad de formar familias saludables sería mayor.

2.3. Terminología básica

Programa educativo Madres del Futuro. Es un instrumento que se utiliza para desarrollar actividades y demás contenidos sobre alimentación complementaria, así como estrategias y recursos que se quieren dar a conocer, dirigidos a las madres de familia con niños de 6 a 12 meses que acuden al centro de Salud de Lince.

Conocimiento. Conjunto de información sobre alimentación complementaria almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje y medidas antes de la aplicación y después de la aplicación del programa Madres del Futuro.

Alimentación complementaria. El concepto de alimentación complementaria es relativamente reciente. Se dice de aquella que complementa la lactancia materna, pero sin anularla. Revaloriza la lactancia materna como un alimento óptimo para los primeros tiempos de la vida y establece la necesidad de estudiar científicamente la alimentación, con objeto de cubrir las necesidades del niño a partir de los seis meses de edad.

Efectividad. Es la capacidad de lograr un efecto deseado, esperado o anhelado. En cambio, eficiencia es la capacidad de lograr el efecto en cuestión con el mínimo de recursos posibles viables. Stephen Covey define la efectividad como el equilibrio entre la eficacia y la eficiencia, entre la producción y la capacidad de producción ($E = P/CP$). Para ello, se basa en la fábula de Esopo *La gallina de los huevos de oro*, comparando los huevos de oro con la producción y la gallina con la capacidad que tiene de producirlos.

Al desarrollar un programa de enseñanza para uno o varios pacientes, es importante conocer algo sobre ellos. Por ejemplo, la edad es un factor que afecta tanto el aprendizaje como la enseñanza que se lleva a cabo para facilitarlos²¹.

El aprendizaje en los adultos suelen estar más orientado a objetivos que a los niños, y es más selectivos en los que aprenden. El adulto por lo general desea ver la importancia que tiene para su situación personal el material que aprenderá.

Bebé. El bebé es un ser humano recién nacido que no posee ningún comportamiento aprendido, por lo que no entiende y no conoce su entorno, por eso se maneja por puro instinto y con varios reflejos, aunque su capacidad de aprendizaje es hasta una cierta edad límite (discutida por los expertos, pero situada por la mayoría alrededor de los cuatro o cinco años), mucho mayor que la de los individuos adultos.

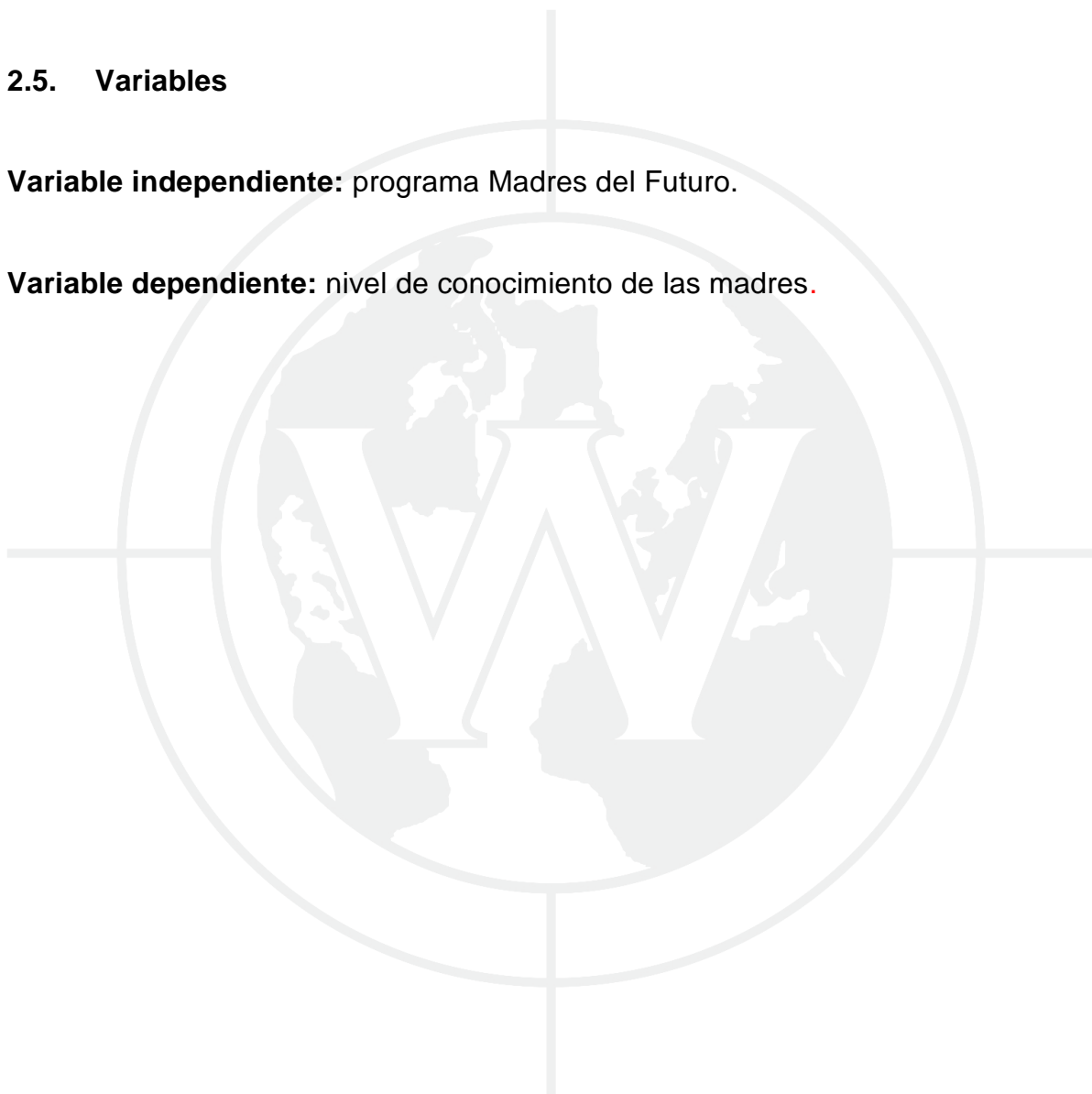
2.4. Hipótesis

El programa Madres del Futuro es efectivo en el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria de niños de 6 a 12 meses en el Centro de Salud de Lince.

2.5. Variables

Variable independiente: programa Madres del Futuro.

Variable dependiente: nivel de conocimiento de las madres.



Operacionalización de variables

VARIABLE	TIPOS DE VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR
(Variable dependiente) Nivel de conocimiento de las madres.	✓ Cualitativa	✓ Conceptualización ✓ Alimentación complementaria	✓ Definición ✓ Importancia ✓ Ventajas ✓ Inicio de la alimentación complementaria. ✓ Contenido nutricional. ✓ Preparación ✓ Forma y cantidad de administración. ✓ Consistencia ✓ Frecuencia. ✓ Conservación de los alimentos.	✓ Ordinal	✓ Alto ✓ Medio ✓ Bajo

III. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y nivel de investigación

Debido a las características del problema de la investigación realizada, el tipo de estudio fue cuantitativo aplicado, con diseño preexperimental, porque su grado de control es mínimo, con un solo grupo. Se realizó una medición inicial de los conocimientos de las madres de familia y luego se aplicó el programa Madres del Futuro sobre alimentación complementaria. Posteriormente se midió su efectividad, evidenciado el cambio en el nivel de conocimiento que tenían las madres sobre la alimentación complementaria, como consecuencia del desarrollo del programa educativo²³.

3.2. Población y muestra

La población estuvo constituida por el número total de 240 madres de niños de 6 a 12 meses de edad que acuden mensualmente al consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud de Lince.

El muestreo fue de tipo probabilístico, teniendo en cuenta las madres que acuden al servicio de Control y Crecimiento durante la semana: un total de 50 madres de familia. Para la selección de las personas participantes se han considerado los siguientes criterios de elección.

Requisitos

- La unidad de análisis serán las madres que acuden al Centro de Salud Lince.
- La unidad de muestreo es cada madre de familia.

Inclusión

- Madres que sepan leer y escribir.
- Madres que aceptan voluntariamente participar en el estudio.
- Madres que vivan dentro de la jurisdicción del Centro de Salud de Lince.

Exclusión

- Madres que tengan hijo mayor de un año y un día.
- Madres que tengan hijos menores de cinco meses y 30 días.
- Madres que tengan hijos con discapacidad mental.
- Madres que no pertenezcan a la jurisdicción del Centro de Salud de Lince.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

El estudio se realizó durante los meses de octubre a diciembre del año 2010, luego de contar con la autorización verbal del jefe del Centro de Salud y de la jefa de enfermeras. Posteriormente se obtuvo la aceptación de las madres que participaron en el programa educativo, previa información de los beneficios del programa para la salud de sus niños.

La técnica fue la encuesta. El instrumento aplicado fue un cuestionario con 15 preguntas cerradas politómicas, para determinar la efectividad del programa Madres del Futuro, midiendo el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria de niños de 6 a 12 meses de edad, y aplicando un pretest y postest. La aplicación del pretest fue para medir los conocimientos previos.

El desarrollo del programa Madres del Futuro consistió en lo siguiente:

- Desarrollo de una charla educativa sobre alimentación complementaria durante 20 minutos.
- Distribución de material autoinstruccional (volantes).
- Reforzamiento individual de los contenidos durante la consulta de CRED.

Aplicación del postest (después de cuatro semanas del pretest)

	Octubre	Noviembre	Diciembre
Aplicación del pretest	18 al 30		
Desarrollo del programa Madres del Futuro		2 sesiones	
Aplicación del postest		22 al 30	1 al 15
	Reforzamiento individual de los contenidos durante la consulta de CRED		

Es un instrumento en el que se organizan las actividades de aprendizaje y los recursos sobre alimentación complementaria dirigidos a las madres de niños de 6 a 12 meses de edad que acuden al Centro de Salud de Lince.

Durante la etapa de la elaboración del instrumento, y antes de su aplicación definitiva, se aplicó el primer cuestionario a las 50 participantes para determinar el estudio demográfico.

En cuanto al control de errores, los errores e inconsistencias de las encuestas fueron corregidos continuamente, hasta antes de su aplicación definitiva.

Para la validez, se aplicó la prueba binomial de acuerdo con los resultados obtenidos. Esto es significativo, pues el instrumento es válido según los juicios de expertos, 0,004 (anexo G).

Para determinar la confiabilidad se realizó una prueba piloto, de la que se obtuvo un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,73 (anexo F).

La confiabilidad de un instrumento de investigación está referida al grado en el cual una medición contiene errores variables; es decir, diferencias entre observaciones durante el trabajo de campo y que varían para una unidad de análisis.

3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico

La información obtenida con el instrumento se organizó en la hoja matriz de datos del sistema de cómputo para su procesamiento, haciendo uso del paquete estadístico para ciencias sociales SPSS, versión 17, en el cual se obtuvieron medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes y distribución del conocimiento según la escala de Staninos.

3.5. Aspectos éticos

En la investigación realizada se valoraron los aspectos éticos, respetando y protegiendo a las madres encuestadas, con autorización verbal previa del director de la institución, del cuerpo médico y de la jefa de enfermería, aplicando confidencialidad. Se tomaron en cuenta los principios éticos de la beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

Beneficencia

Este principio ético se basa en hacer el bien, ya que la investigación se enfocó en brindar información mediante un programa educativo con el propósito de incrementar el nivel de conocimiento de las madres de niños de 6 a 12 meses, haciendo que sea positiva dicha información tanto para la madre como para el niño.

No maleficencia

Este principio ético se basa en no hacer el mal mediante información errónea que se pueda brindar a las madres; por ello se realizó la preparación óptima de cada estudiante, para no dar alguna información que pudiese afectar la salud del niño.

Autonomía

Este principio toma en consideración el respeto por la autonomía de cada madre: sus costumbres, sus creencias y su forma de pensar y de actuar.

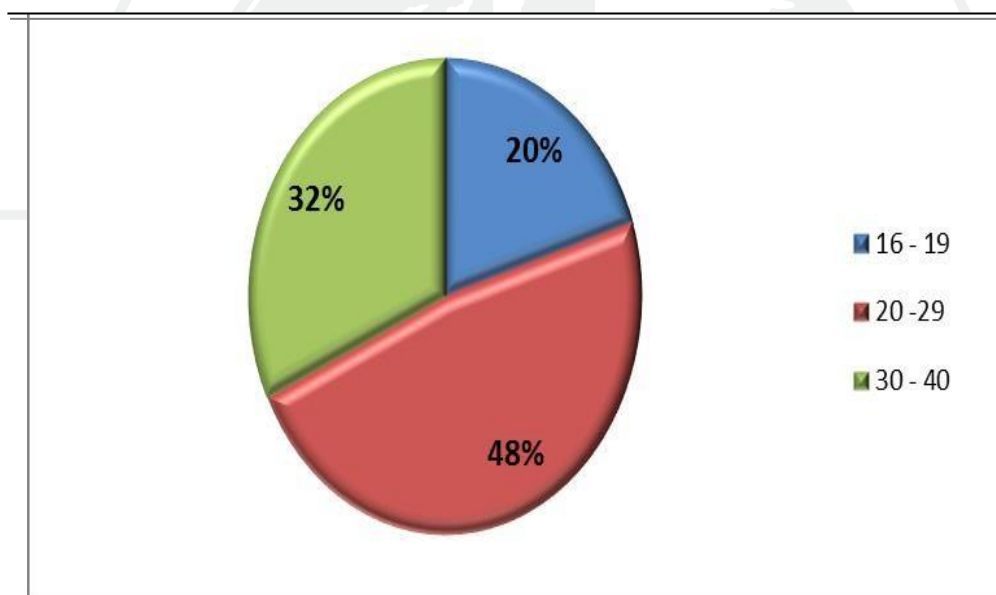
Justicia

Este principio se sustenta en dar la información equitativamente sin importar la raza, la condición socioeconómica, la edad o la religión. Es la obligación ética de dar a cada una de las personas igualdad sin discriminación alguna.

IV. RESULTADOS

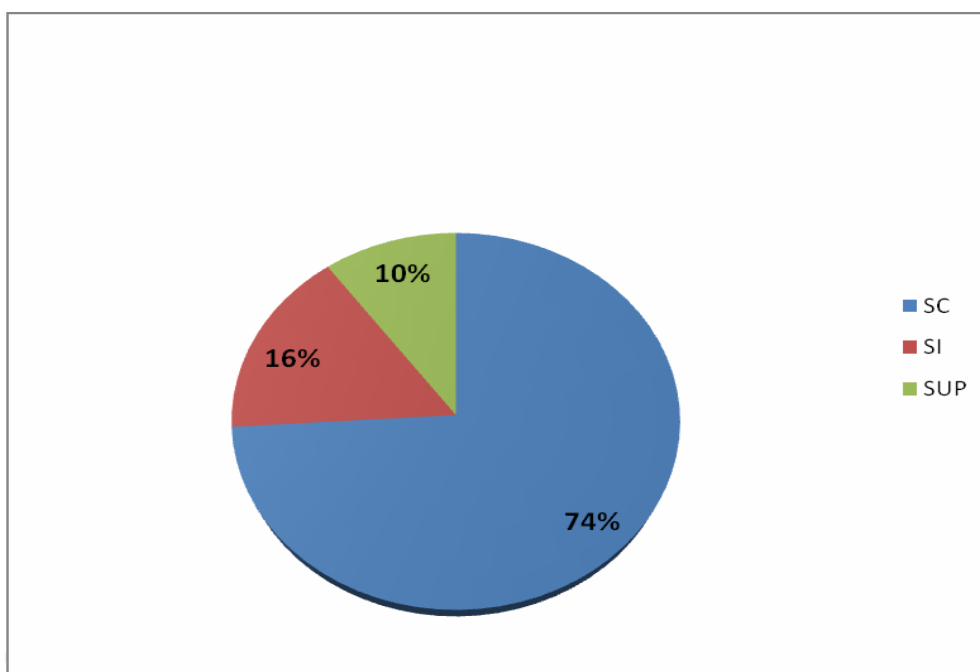
Características del grupo de madres

Gráfico 1. Edad de las madres que participaron en el programa Madres del Futuro



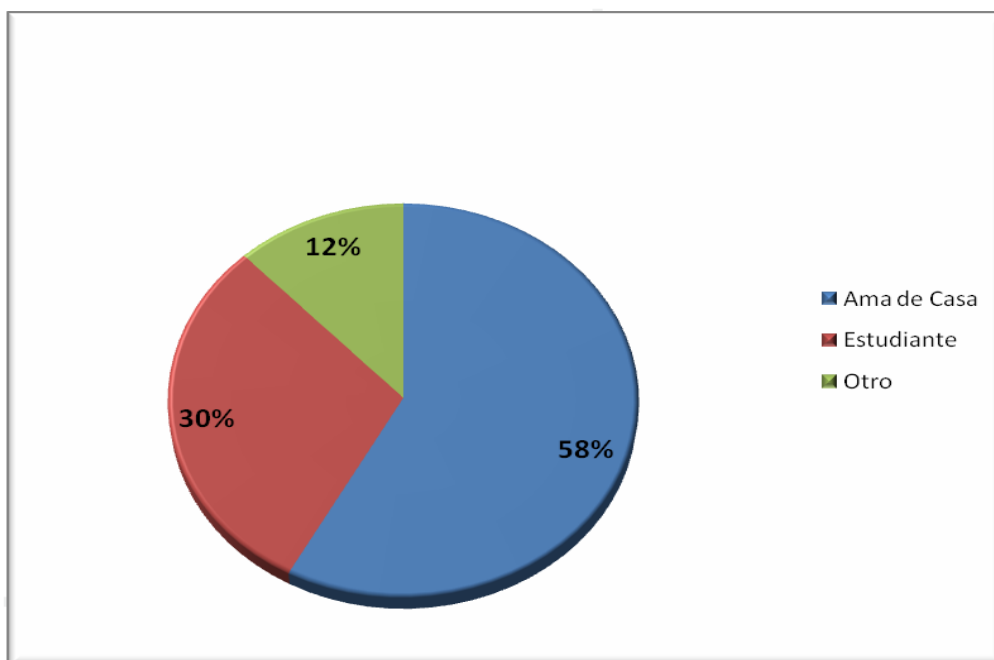
Del total de madres participantes, el 48 % tiene entre 20 y 29 años de edad. Las madres que tienen entre 30 y 40 años son el 32 % del margen de participación. La minoría tiene entre 16 y 19 años de edad, con el 20 %.

Gráfico 2. Grado de instrucción de las madres que participaron en el programa Madres del Futuro



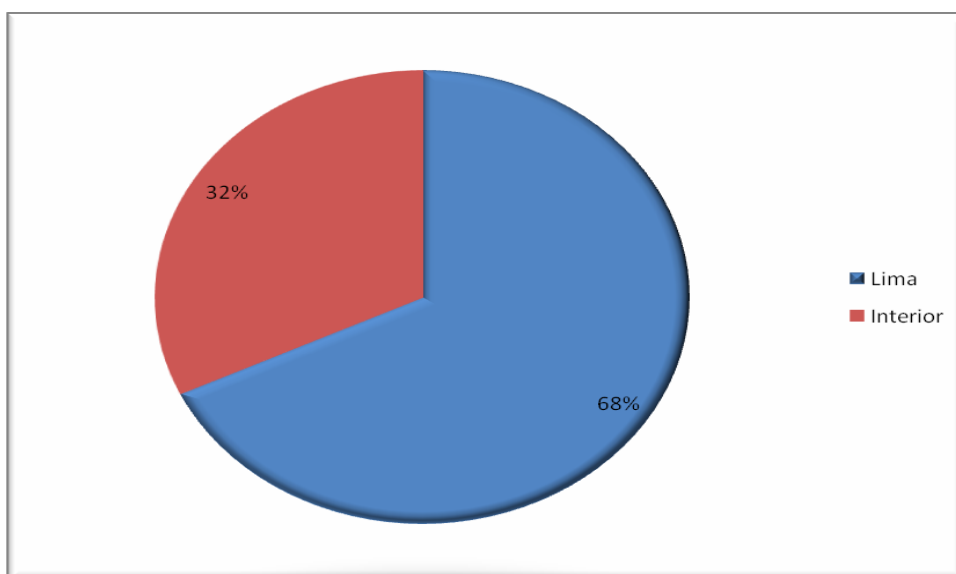
Sobre el nivel de instrucción, el 74 % de madres tienen nivel secundario completo. El 16 % tiene nivel secundario incompleto. Por último, como minoría, se tiene a aquellas madres que cuentan con el nivel superior de instrucción (10 %).

Gráfico 3. Ocupación de las madres que participaron en el programa Madres del Futuro



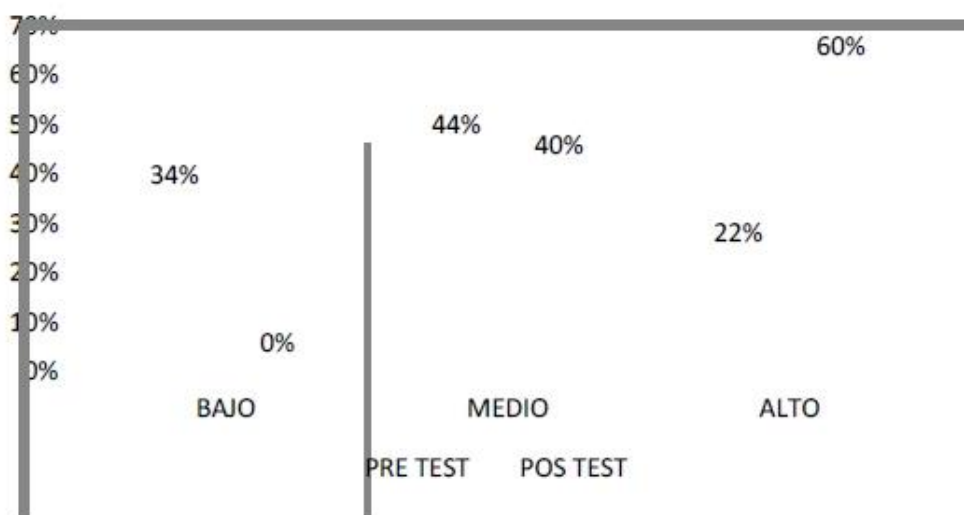
La ocupación a la que mayormente se dedican las madres del Centro de Salud de Lince es la de ama de casa (58 %). Las madres estudiantes son el 30 %. Por último, el 12 % realiza otras actividades (empresarias, profesionales, empleadas, etc.).

Gráfico 4. Procedencia de las madres que participaron en el programa Madres del Futuro



El lugar de procedencia de las madres es, en el 68 %, de fuera de Lima (Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huancayo, Ica, Iquitos, Tumbes y Ucayali). El 32 % declara que su lugar de procedencia es Lima.

Gráfico 5. Diferencias de los resultados obtenidos de las madres antes y después del desarrollo del programa Madres del futuro sobre alimentación complementaria de niños de 6 a 12 meses



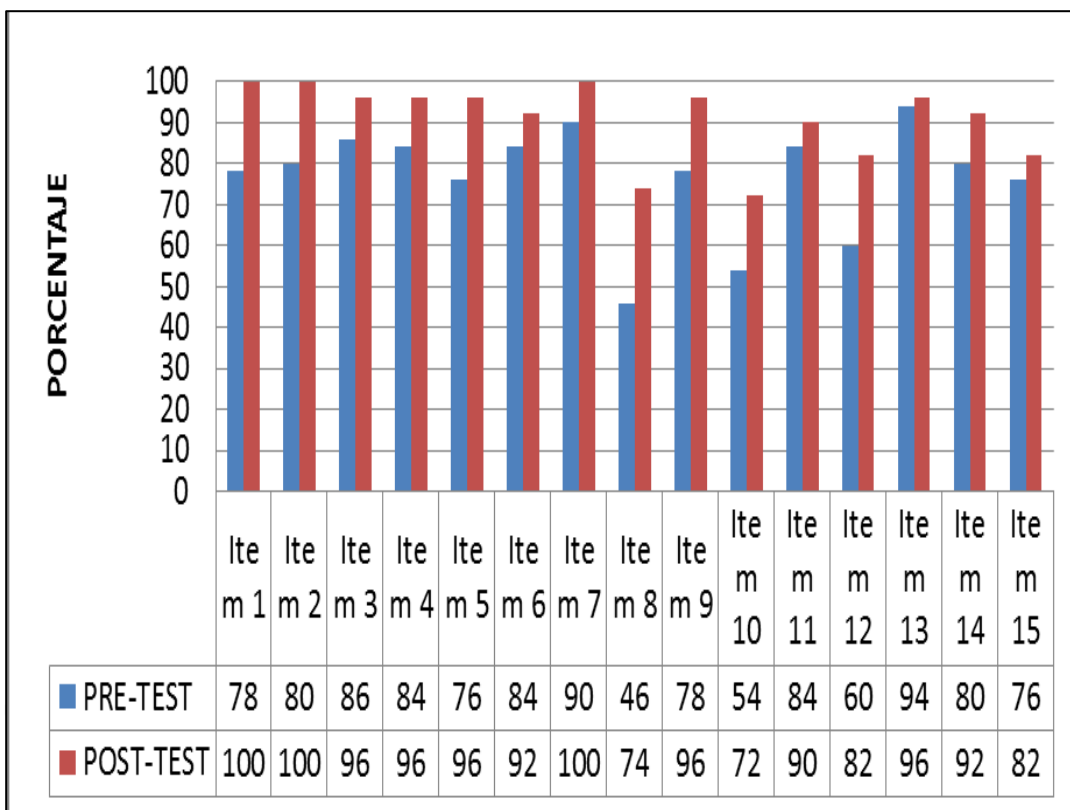
n= 50

Chi cuadrado: 15.285 gl: 2 Sig. : 0,000

En el pretest se evidencia que el nivel bajo muestra 34 % (17); en el postest ese nivel desapareció. Le sigue el nivel medio en el pretest, con 44 % (22). En el postest obtuvo 40 %. Por último, en el nivel alto del pretest se muestra 22 % (11); luego, en el postest, ese nivel aumenta a 60 %.

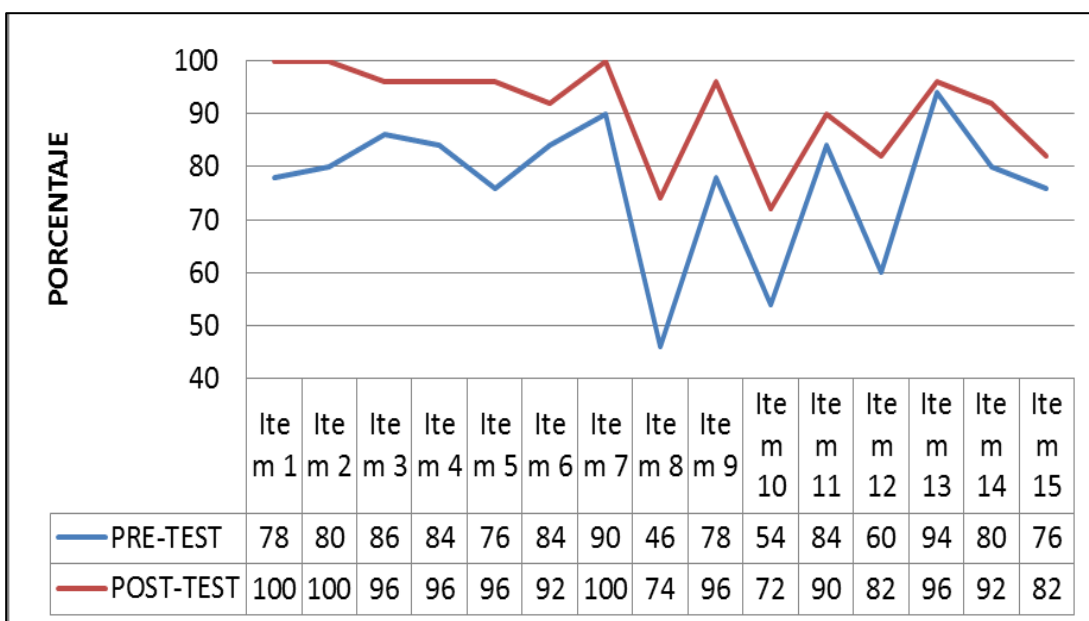
Se observa, en el grupo de las madres, que después de recibir el programa educativo el porcentaje del nivel bajo desaparece. Asimismo, el porcentaje del nivel medio y el del alto se incrementan considerablemente.

Gráfico 6. Distribucion porcentual de respuestas correctas, según ítems evaluados



n=50

Gráfico 7. Distribución porcentual de respuestas correctas, según ítems evaluados



n = 50

En los gráficos 6 y 7 se muestra el incremento de todos los ítems, pero se evidencia que aún mantienen debilidades en los ítems 8, 10 y 12. En los ítems 1, 2 y 7 se evidencian el 100 % de las respuestas correctas.

V. DISCUSIÓN

Los resultados muestran que el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria de niños de 6 a 12 meses se incrementa en el postest luego de participar en el programa Madres del Futuro, pasando de un 22 % (11) de madres con conocimientos altos (pretest) a un 60 % (30) de madres con conocimientos altos (postest).

Los hallazgos encontrados ponen de relieve el interés permanente de los salubristas por promover las bases de la alimentación saludable, como pilar fundamental de procesos adecuados de Crecimiento y desarrollo humanos; ampliamente sustentados por Dolly Mira¹², Ballabriga y Carrascosa¹³, en el sentido de que no puede pasar desapercibido el incremento en las necesidades nutricionales, cuando el bebé se torna más activo y se acelera el ritmo del crecimiento.

El interés por conocer la medida en que las madres de los niños menores poseen conocimientos acerca de la introducción de nuevos alimentos diferentes a la leche materna, paralelo a acciones deliberadas de enseñanza como es el caso del presente estudio.

El estudio realizado encuentra grandes similitudes con los hallazgos de Mamani y Mendigure⁹, quienes de modo similar en un trabajo experimental, lograron demostrar la efectividad de acciones educativas en los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres de niños menores de 12 meses; una diferencia importante en este estudio consistió en la utilización de grupo de estudio y grupo control, que permitió comparar las ventajas en el grupo de estudio, que se incrementó en los niveles medio y alto, tanto en el nivel de conocimientos como en las habilidades de alimentación al menor.

Durante la ejecución del estudio, se ha educado a las madres acerca de las importantes relaciones entre los aspectos biológicos que persiguen la nutrición del bebé, como también la inseparable necesidad de crear y mantener vínculos afectivos y espacios de diálogo y contacto físico durante los cuales, los padres pueden observar las características físicas y desenvolvimiento del niño, por lo cual la Organización Mundial de la salud (OMS), en términos de León, Cerqueira y De la Torre , señala que constituye la forma ideal de empoderar a las personas y familias para dirigir y controlar algunos factores personales, socioeconómicos y ambientales que afectan su salud.

La OMS del mismo modo, reconoce el papel positivo de las iniciativas educativas, debido que al desarrollarse de modo participativo, involucrar a personas que poseen distintos saberes y experiencias que una vez socializadas, son altamente significativas para todos los pobladores que participan en los programas de educación para la salud.

Un aspecto destacado por Davini M, se refiere a una dimensión del programa educativo desarrollado, la dimensión holística de las experiencias educativas con las madres; en estos espacios se promueve la salud física, mental, social y espiritual, porque las madres experimentan felicidad y paz al encontrar rutas para resolver problemas cotidianos pero inherentes a su rol y al ver crecer y desarrollarse a sus hijos menores, están en armonía consigo mismas porque sus seres queridos no son objeto de daño alguno al bienestar deseado.

Desarrollar acciones educativas y lograr mejoras en el nivel de conocimientos de las madres sobre aspectos nutricionales, conlleva desarrollo de equidad y sostenibilidad, porque los cambios que se producen en las personas y las comunidades aun siendo paulatinos y de mediano a largo plazo, una vez insertos en la vida de la comunidad, pasan a formar parte de una nueva cultura, la cultura de prevención y promoción de la salud. Fawcett y colaboradores (citado por OMS), destacan asimismo el valor de la educación sanitaria como catalizador del cambio; mediante la planificación y reajuste colaborativo de programas y contenidos educativos, se puede lograr el desarrollo de capacidades familiares y comunales para lograr mayores niveles de vida y de salud.

Los cambios obtenidos en el nivel de conocimientos de las madres, acerca de la alimentación complementaria de los niños de 6 a 12 meses de edad, revelan el potencial del aprendizaje materno y del comportamiento favorable a la salud, por lo que es deseable la continuidad de iniciativas similares, precisando cada vez más las condiciones de frecuencia, método y duración de los programas educativos a fin de lograr óptimo impacto en los beneficiarios. Al educar bien a una madre, se está promoviendo la salud de una familia, comunidad y por ende, la salud de las naciones.



VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

- La aplicación del programa Madres del Futuro demostró efectividad para incrementar el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria de los niños de 6 a 12 meses atendidos en el Centro de Salud de Lince.
- Antes del desarrollo del programa Madres del Futuro (pretest), el nivel de conocimientos de las madres respecto de la alimentación complementaria de los niños de 6 a 12 meses fue medio con tendencia a bajo.
- Después del desarrollo del programa Madres del Futuro (postest), el nivel de conocimiento de las madres respecto de la alimentación complementaria de los niños de 6 a 12 meses se incrementó y llegó a alto, con tendencia a medio (no se encontraron madres con nivel bajo).
- Los ítems que registraron incrementos estadísticamente significativos fueron los relacionados al ítems 3 (ventajas), al 8 (cantidad), al 9 (consistencia), a los 10 y 14 (frecuencia), al 11 (inicio de alimentos) y a los 12 y 15 (limitación de alimentos). Aquellos que alcanzaron significancia (100 % de respuestas correctas) estuvieron relacionados con el ítems 1 (definición de alimentación complementaria), con el 2 (importancia) y con el 7 (conservación de alimentos).
- No se encontró incremento significativo en los ítems 4 (relacionado al inicio de la alimentación complementaria), 5 (contenido nutricional), 6 (forma de preparación) y 13 (frecuencia).

6.2. Recomendaciones

- Al personal de Enfermería del Centro de Salud de Lince, se le recomienda continuar con la iniciativa emprendida, a fin de garantizar que las mejoras obtenidas permanezcan a favor de los niños que acuden al programa de Control de Crecimiento y Desarrollo. Además, se les sugiere aumentar la cantidad de participantes al programa.
- A todas las enfermeras y egresadas: perfeccionar cada vez más las competencias en el campo de la educación para la salud, por ser una herramienta indispensable en la inducción de cambios conductuales favorables a la salud individual, familiar y comunal, como en el caso de la alimentación complementaria.
- Realizar investigaciones con mayor tamaño de muestra, que abarquen el área de prácticas y actitudes no solo de la madre sino también de la familia, pues es esta la que brindará el apoyo necesario para que se dé una alimentación complementaria adecuada.
- A los profesionales de la salud se les recomienda continuar con las acciones educativas encaminadas a incrementar la cobertura de la enseñanza de alimentación complementaria en el país, no solo dentro de los establecimientos de salud, sino además en la comunidad, a través de medios de comunicación; más aun por parte de todo el personal de salud. Por otro lado, se sugiere continuar con las actividades académicas durante la formación de los profesionales de la salud, para que estén habilitados como líderes en los programas de promoción y prevención de alimentación complementaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud del Perú. (2006). Modelo de abordaje de promoción de la salud. Acciones a desarrollar en el eje temático de alimentación y nutrición saludable. [Consultado 17 de octubre de 2010]. Lima: Minsa; p. 12.
2. Díaz J. (2003). *Mapa de vulnerabilidad a la desnutrición crónica infantil*. Perú: Fesa; p.14
3. López N. (2005). *Acciones efectivas para reducir la desnutrición crónica*. Perú: Súper Gráfica; p. 14.
4. Fundación FES Social. (2009). *Factores asociados a la iniciación inapropiada de alimentación complementaria en el primer año de la vida de infantes de Cali y Manizales*. Colombia; p. 18.
5. Sáenz M. (2007). *Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en un jardín infantil de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá-2007*. [Citado en octubre de 2010]. Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v9n4/v9n4a11.pdf>
6. Torres B. & Romero H. (2008). *Características de la alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal que acude a la estrategia sanitaria nacional de crecimiento y desarrollo de niño sano del Centro de Salud Fortaleza-2008*. [Citado en noviembre de 2010]. Disponible en http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/id/51066842.htm

7. Gómez B. & Montano M. (2006). *Nivel de conocimientos de las madres sobre la alimentación complementaria para la prevención de la anemia en lactantes internados en el servicio de pediatría del hospital de Essalud ADU en San Juan de Lurigancho*. Lima. [Citado en enero de 2011]. Disponible en http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2008/jimenez_hc/jimenez_hc.pdf
8. Soncco M. (2005). *Efectividad del programa educativo para la mejora de prácticas de alimentación complementaria en madres con niños de 06 a 12 meses de edad, en el asentamiento humano Los Olmos, Pucallpa, Perú*. Disponible en <http://investigacion.upeu.edu.pe/index.php/Tesis:MSP0610>
9. Mamani E. & Mendigure J. (2008). *Efectividad del programa educativo niño sano y bien nutrido para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas en seguridad nutricional aplicado a madres con niños menores de 1 año del centro de salud Moyopampa, Chosica, Lima (Perú)*. [Citado en enero de 2011]. Disponible en <http://investigacion.upeu.edu.pe/index.php/Tesis:MSP0811>
10. Benites J. (2007). *Relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que asisten al Consultorio de CRED, en el C. S. Conde de la Vega Baja, enero 2007*. [Citado en enero de 2011]. Disponible en http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2008/benites_cj/pdf/benites_cj-TH.1.pdf
11. Ministerio de Salud del Perú. Proyecto Salud y Nutrición Básica.
12. Procedimientos y Protocolo de Atención en Salud Infantil. (1998).
13. Mira. D. (2010). *Alimentación complementaria del niño entre 0-24 meses*. Medellín: Hospital Universitario San Vicente de Paul. Publicado por el Ministerio de Salud. [Citado en octubre de 2010]. Disponible en http://www.elhospitalblog.com/mambo/index.php?option=com_content&task=view&id=129&Itemid=47

14. Ballabriga A. & Carrascosa A. (1998). *Nutrición en la infancia y adolescencia*. [Citado en octubre de 2010]. Disponible en http://www.unilibro.es/find_buy_es/libro/ergon/nutricion_en_lainfancia_y_adolescencia.asp?sku=524646&idaff=0
15. Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado*. Washington DC.
16. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación de la nutrición y alimentación complementaria*. Disponible en <http://www.slideshare.net/GaiLiN/la-nutricin-y-la-alimentacin>
17. Ministerio de Salud del Perú. (2004). *Lineamientos de nutrición materno-infantil del Perú*. [Citado en junio de 2012]. Disponible en http://www.bvs.minsa.gob.pe/local/INS/158_linnut.pdf
18. Ministerio de Salud del Perú. Proyecto Salud y Nutrición Básica. [Citado en junio de 2012].
19. Ministerio de Salud del Perú. (1998). *Procedimientos y protocolo de atención en salud infantil*. [Citado en octubre de 2010].
20. OMS/Unicef. (2003). *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*. [Citado en octubre de 2010]. Ginebra: OMS.
21. Definicion.de/conocimiento/ [Citado en julio de 2012].
22. wikipedia.org/wiki/Efectividad [Citado en octubre de 2010].
23. Du Gas B. & Gámez R. (2000). *Tratado de Enfermería práctica*. México: McGraw-Hill Interamericana; pp. 140-149. [Citado en julio de 2011].
24. Hernández Sampieri R., Fernández C & Batista P. (1991). *Metodología de la investigación*. (4.^a ed.). México: McGraw-Hill Interamericana; p. 187. [Citado en julio de 2012].

ANEXOS

Anexo A. Instrumento de recolección de datos cuestionario pre- y postest

Estimada Sra.

El presente cuestionario ha sido elaborado por un equipo de estudiantes de la escuela académico profesional de enfermería de la Universidad Norbert Wiener, con la finalidad de recoger información sobre los conocimientos que tienen ustedes acerca de alimentación complementaria de su niño, por lo que solicitamos su valiosa colaboración dando respuesta a las preguntas que se formula.

Esta encuesta es completamente ANONIMA, por lo que le pedimos responder las preguntas con absoluta sinceridad, veracidad y total confianza.

Muchas Gracias por su participación.

INSTRUCCIONES

Llenar los espacios en blanco y/o marcar con un aspa la alternativa que usted crea conveniente.

OBJETIVO:

Recoger información de las madres acerca de los conocimientos que tienen con respecto a la alimentación complementaria a niños de 6 – 12 meses y las prácticas que realizan.

I. DATOS GENERALES:

Edad del niño: _____

Edad de la Madre: _____

Ocupación: _____

Lugar de procedencia: _____

Grado de instrucción: _____

Con quienes vive: _____

¿Quién cuida y alimenta al niño? _____

II. DATOS ESPECÍFICOS:

1. **¿EN QUE CONSISTE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA?**
 - a) En la introducción de alimentos espesos como papillas en la alimentación con leche materna del niño.
 - b) Agregar suplementos vitamínicos a la alimentación con leche del niño.
 - c) Brindarles alimentos preparados específicamente para niños (cereales, sustagen, enfagrow).
 - d) Brindarle alimentos líquidos como, calditos y jugos.

2. **¿CUAL ES LA IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA?**
 - a) Permite el óptimo crecimiento y desarrollo del niño e integrar de manera progresiva a la dieta familiar.
 - b) Se desarrollan adecuadamente mediante la comida.
 - c) Permite el consumo de todas las comidas.
 - d) Se desarrolla adecuadamente la masticación.

3. **¿SEÑALE CUALES SON LAS VENTAJAS DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA?**
 - a) Favorece en el crecimiento y desarrollo del niño.
 - b) No dar lactancia materna
 - c) Poder comer en la calle.
 - d) A no comer a la hora

4. **¿A QUE EDAD SE DEBE INICIAR LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA?**
 - a) 4 meses.
 - b) 6 meses.
 - c) 8 meses.
 - d) 7 meses

5. ¿QUÉ NUTRIENTES DEBEN CONTENER LA DIETA DE SU NIÑO?

- a) Proteínas, carbohidratos, lípidos.
- b) Proteínas, huevo, pollo
- c) Solo carbohidratos
- d) Todos menos proteínas

6. ¿CUAL ES LA FORMA DE PREPARAR LOS ALIMENTOS DEL NIÑO?

- a) Lavarse las manos antes y después de preparar los alimentos, como también las verduras.
- b) Hervir las verduras.
- c) Comprar papilla preparada.
- d) Cocinar por separado la comida del niño.

7. ¿DONDE SE DEBE CONSERVAR LOS ALIMENTOS?

- a) En la intempérie.
- b) Lo ideal es que los recipientes sean envases de pírrex o plásticos es lo más habitual
- c) Después de cocinar en la congeladora
- d) En la olla todo el día.

8. ¿QUE CANTIDAD DE COMIDA LE DA AL NIÑO (A), EN CUCHARAS SOPERAS?

6 MESES

- a) 2 - 3 cuch.
- b) 1 - 2 cuch.
- c) 3 - 4 cuch.
- d) 2 - 5 cuch.

7 - 8 MESES

- a) 3 - 5 cuch.
- b) 2 - 5 cuch.
- c) 2 - 3 cuch.
- d) 1 - 5 cuch.

9 - 12 MESES

- a) 5- 8cuch.
- b) 8 -9 cuch.
- c) 5 - 7 cuch.
- d) 4- 6 cuch.

9. ¿QUE CONSISTENCIA DEBE TENER LOS ALIMENTOS?

- a) Deben ser espesas.
- b) Son licuadas
- c) Picadas
- d) Caldos y líquidos

10. ¿CUÁNTAS VECES AL DIA LE DA DE COMER AL NIÑO, APARTE DE LA LECHE MATERNA?

6 MESES

- a) 1 Vez/día
- b) 3 veces/día
- c) 6 veces /día
- d) 5 veces /día

7 – 8 MESES

- a) 5 veces/día
- b) 4 veces/día
- c) 2 veces/día
- d) 3 veces /día

9 -12 MESES

- a) 3 veces/día
- b) 5 veces/día
- c) 7 veces/día
- d) 8 veces /día

11. ¿CON QUE ALIMENTOS SE INICIA LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA DEL NIÑO?

- a) Carne triturada con arroz.
- b) Puré, papillas de zapallo o de frutas.
- c) Puré de papas con hígado de pollo triturado.
- d) Sopas, caldos o jugos.

12. ¿A QUÉ EDAD SE LE PUEDE INCORPORAR LAS CARNES?

- a) Seis meses
- b) Siete meses
- c) Ocho meses
- d) Doce meses

13. ¿DURANTE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEBE SU NIÑO RECIBIR LACTANCIA MATERNA?

- a) No, solo alimentos.
- b) Si, después de cada comida.
- c) A veces, cuando se enferma.
- d) Si, solo en las noches.

14. ¿EN QUE FORMA SE ALTERNA LA LACTANCIA MATERNA Y LOS ALIMENTOS SEMISOLIDOS?


- a) Se inicia dando pecho, fruta aplastada, pecho mas almuerzo y pecho.
- b) Solo le doy pecho durante la mañana y por la tarde comidas.
- c) No le doy pecho solo comida.
- d) Solo le doy pecho en la noche.


15. ¿QUE ALIMENTOS DEBEN LIMITARSE ANTES DEL PRIMER AÑO DE VIDA?


- a) La papa yuca, camote.
- a) La zanahoria y los tomates.
- b) Los cítricos, clara de huevo.
- c) Carnes, pescados

Anexo B. Programa educativo Madres del Futuro

OBJETIVO	CONTENIDO	METODOLOGIA Y MEDIOS VISUALES
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información a las madres sobre alimentación complementaria en niños de 6-12 meses de edad. 	<p style="text-align: center;">ALIMENTACION COMPLEMENTARIA</p> <p>La alimentación complementaria consiste en la introducción de alimentos espesos en la alimentación del niño y la continuidad de la lactancia materna con la misma frecuencia de antes. La inclusión de otros alimentos debe ser progresivo, se va incrementando a medida que aumenta la edad del niño; al inicio comerá poco por eso la necesidad de alimentarlo varias veces al día.</p> <p>La edad a la que se inicia esta alimentación (6 meses) es una etapa especialmente sensible en el desarrollo del lactante. Los primeros años de la vida son los más decisivos para el crecimiento mental normal y los problemas derivados de una nutrición inadecuada en esta etapa de la vida que afectan no solo al crecimiento, sino también al sistema inmunitario y al desarrollo intelectual y emocional.</p> <p>El inicio de la alimentación complementaria supone para los lactantes la entrada en un mundo de sabores, olores y consistencias nuevos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ROTAFOLIOS ➤ TRIPTICOS ➤ AYUDA VISUAL

<p>• Proporcionar información para promover el óptimo crecimiento y desarrollo del niño.</p>	<p style="text-align: center;">IMPORTANCIA DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA</p> <p>El objetivo de la alimentación complementaria es cubrir las necesidades nutricionales y de calorías que tiene el niño, ya que este es más activo y de más edad y la leche materna no es suficiente para aportar dichas necesidades nutricionales.</p> <p>Si no se satisfacen adecuadamente sus requerimientos, el niño no crece o lo hace más lentamente.</p> <p>La introducción de otros comestibles a la alimentación del bebé, se debe convertir en un gran evento familiar, porque además de evitar el retraso en el crecimiento, deficiencia de nutrientes y la aparición de enfermedades, se convierte en la alimentación definitiva para el resto de la existencia; además permite al niño el aprendizaje de nuevas consistencias, temperaturas, sabores y ofrece la posibilidad de conocer y disfrutar diversos alimentos y preparaciones que consume la familia, así como determinar gustos y rechazos y brindar a los padres la oportunidad de desarrollar en su hijo una correcta conducta alimentaria (hábitos alimentarios saludables), estableciendo cálidas relaciones humanas que contribuyen además, a su desarrollo psicológico y social.</p> <p>Durante el proceso de aprendizaje alimentario, es muy importante el acompañamiento inteligente, paciente y amoroso al niño y la vigilancia continua de su estado de salud, crecimiento y desarrollo por parte de sus padres, para que en forma oportuna, se fortalezcan aquellas prácticas de alimentación adecuadas y se definan las acciones necesarias que permitan la modificación o el mejoramiento de aquellas que representen un riesgo para su estado nutricional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La leche materna tiene un máximo de producción entre 700 a 800cc en 24 horas, esta cantidad cubre las necesidades energéticas del niño como máximo hasta los 6 	
--	---	---

<p>• Proporcionar información para promover el óptimo crecimiento y desarrollo del niño.</p>	<p>meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> Las enzimas del niño que participan en la digestión de los alimentos, alcanzan su madurez a los 6 meses de edad. Las enzimas responsables de digerir las proteínas están presentes desde el nacimiento, pero la pared intestinal es exageradamente permeable, pasando las proteínas directamente a la sangre originando alergias. Esto persiste hasta los 6 meses de edad. El niño nace con una reserva de hierro que dura hasta los 6 meses, por eso es importante que el niño consuma alimentos sólidos, ricos en este mineral como sangrecita e hígado. A los 6 meses madura el reflejo de deglución de los niños, expresa su apetito y generalmente aparecen los primeros dientes. <p>La importancia es de tipo nutricional, puesto que, tanto la lactancia materna como la de fórmula adaptada (FA), son suficientes para permitir el crecimiento del lactante durante los primeros 6 meses de vida.</p> <p style="text-align: center;">INICIO DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA</p> <p>Hay consenso en que la alimentación complementaria se inicia a partir de los 6 meses ya que antes la leche materna cubre las necesidades nutricionales del niño que le permite tener un buen crecimiento y desarrollo. Dar alimentos antes de los 6 meses incrementa el riesgo a enfermedades infecciosas y alérgicas.</p>	
--	--	---

<p>• Proporcionar información para la integración del niño de manera progresiva a la dieta familiar.</p>	<p>A partir de los 6 meses de edad los alimentos que se introducen diferentes a la leche materna, deben ser nutritivos, seguros y complementarios a esta.</p> <p>El momento oportuno para introducir la alimentación complementaria es a los seis meses de edad, cuando se deben cubrir los requerimientos nutricionales y se ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renal y la maduración neurológica.</p> <p style="text-align: center;">NECESIDADES NUTRICIONALES DEL NIÑO DE 6 – 12 MESES</p> <p>El objetivo de la alimentación complementaria es cubrir las necesidades nutricionales y de calorías que tiene el niño, ya que este es más activo y de más edad y la leche materna no es suficiente para cubrir dichas necesidades nutricionales.</p> <p>Los alimentos complementarios o sustitutos deben introducirse en forma gradual, tanto en los lactantes amamantados como en los alimentados con preparaciones infantiles; se recomienda comenzar cuando el niño puede mantenerse sentado sin ayuda, por lo general alrededor de los 6 meses.</p> <p style="text-align: center;">ALIMENTOS A UTILIZAR</p> <p>No existe ninguna razón científica que indique cual debe ser el primer alimento que se introduzca en la dieta de un lactante pero si deben tener en cuenta las costumbres regionales y otros factores, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los nuevos alimentos se deben introducir en pequeñas cantidades, uno a uno tanto en variedad como en cantidad que serán incrementadas lenta y progresivamente, de esta manera si aparece una intolerancia será fácil saber a qué alimentos reaccionan el organismo del niño. • A la edad de 6 meses, la Alimentación complementaria debe proporcionar no más 	
--	--	---

del 50% de la energía, hasta la edad de 1 año aproximadamente se aportaran cantidades no inferiores a 500 ml diarias de leche materna o formulas.

- En principio se dan alimentos muy triturados y a medida que progresa la función masticadora y la deglución se va aumentando paulatinamente a una consistencia más sólida; no se recomienda licuar y no olvidar que se debe continuar con leche materna hasta los 2 años.
- Se prestara una especial atención a la introducción de la alimentación complementaria en aquellos niños con historia familiar de alergias, alimentos como la clara de huevo, pescado o cítricos deben ser limitados durante el 1er. año de vida.

FRECUENCIA, CANTIDAD Y TIPO DE ALIMENTOS POR CADA MES

La frecuencia diaria de comidas ha sido estimada en función a la energía requerida que debe ser cubierta por los alimentos complementarios, asumiendo una capacidad gástrica de 30 g/kg de peso corporal.

6 MESES: El niño debe de comer 2 veces al día entre media mañana y media tarde, evitar alimentos líquidos como caldo, sopa o licuados, de 2 a 3 cucharadas por cada comida (1/4 taza) porque la capacidad gástrica del niño de esta edad ese incorpora 1 a 2 cucharadas de alimentos de origen animal rico en hierro (sangrecita, hígado); agregar 1 cucharadita de aceite vegetal a la comida principal del niño (alimentos semisólidos como papillas o purés), incluye en su alimentación tubérculos (papa, camote, yuca), frutas (plátano, pera, papaya, durazno, manzana); verduras cocidas, verdes y amarillas, zapallo, zanahoria, espinaca; carne molida, picadas o deshilachadas (pollo, pavo, res); cereales: sémola, maicena, quinua, soya, mazamoras espesas. Continuar con leche materna después de cada comida.



7 a 8 MESES: El niño debe de comer 3 veces al día de 3 a 5 cucharadas por cada comida (1/2 taza), porque la capacidad gástrica del niño de esta edad es de.....ml, se incorpora 1 a 2 cucharadas de alimentos de origen animal rico en hierro (sangrecita, hígado); agregar 1 cucharadita de aceite vegetal a la comida del niño, la consistencia de las comidas debe ser triturada; se le agrega al desayuno pan o galleta con margarina o mermelada casera, en el almuerzo agregar pescados (blancos) primero sancochado después frito, arroz y otros cereales como trigo o quinua, menestras en puré (coladas), remojadas, peladas y sancochadas, huevo agregado al puré de verduras o cocidas, en la cena puede repetirse al mismo puré del almuerzo u otra preparación. Continúa con la leche materna después de cada comida.

9 A 12 MESES: El niño debe de comer 4 veces al día de 5 a 7 cucharadas por cada comida (3/4 taza), porque la capacidad gástrica de esta edad es de.....ml, se incorpora 1 a 2 cucharadas de alimentos de origen animal rico en hierro (sangrecita, hígado); agregar 1 cucharadita de aceite vegetal a la comida principal del niño (evitar los cítricos y las golosinas), la consistencia de las comidas debe de ser picada, en el almuerzo incorporar carne deshilachadas y en trozos, también huevo. Continuar con leche materna después de cada comida.

RECOMENDACIONES PARA LA ALIMENTACION DEL NIÑO


1. Cuando el niño empieza a comer es necesario tener mucha paciencia, no darle a



la fuerza, gritarle ni asustarle. Para estimulara al niño que acepte los alimentos, los padres o las personas encargadas deben tener en cuenta la relación afectiva y la comunicación. La hora de comer debe ser tranquila y llena de cariño.


2. Lavarse las manos antes y después de preparar los alimentos, como también las verduras. Fomentar la utilización del plato y la cuchara propia para el niño, el ambiente debe ser limpio y agradable.
3. Se debe complementar con la leche materna las mezclas de alimentos variados, preparados a partir de la olla familiar o alimentación de la familia.
4. Iniciar con alimentos semisólidos como papillas, mazamorras o purés incrementar gradualmente la consistencia ofreciendo los alimentos aplastados, triturados luego picados, no se debe licuar los alimentos por que altera el proceso de masticación y digestión; además los alimentos pierden su valor nutritivo.
5. Incluir diariamente alimentos de origen animal, como carne, hígado, pescado, sangrecita.
6. Promover el consumo de frutas y verduras disponibles en la zona, por lo menos tres veces a la semana como papaya, mango, naranja, aguaje, maracuyá, plátano de isla, zapallo, zanahoria, espinaca, acelga y tomate.
7. Alimentar cuatro o cinco veces al día.
8. Ofrecer primero papillas o segundos en cada comida.
9. Incrementar la cantidad de comida que se ofrece al niño conforme crece entre 7 a 8 meses debe comer casi media taza, entre 9 y 12 meses aproximadamente.
10. añadir una cucharadita de aceite de tipo vegetal a la mezcla de alimentos variados aceite, manteca, mantequilla y margarina.



	<p style="text-align: center;">PREPARACIÓN Y ALMACENAMIENTO SEGUROS DE LOS ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS.</p> <p style="text-align: center;">Ejercer buenas prácticas de higiene y manejo de los alimentos al:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Lavar las manos de las personas a cargo de los niños y de los mismos niños antes de preparar alimentos y de comerlos, b) Guardar los alimentos de forma segura y servirlos inmediatamente después de su preparación, especialmente en recipientes que sean envases de cristal o plásticos. c) Utilizar utensilios limpios para preparar y servir los alimentos. d) Utilizar tazas y tazones limpios al alimentar a los niños. e) Evitar el uso de biberones, dado que es difícil mantenerlos limpios. <p style="text-align: center;">ALIMENTA A TU NIÑO O NIÑA CON AMOR Y PACIENCIA</p>	




Anexo C. Volante



**Universidad
WIENER**

ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN NIÑOS
DE 6 – 12 MESES DE EDAD**

INTEGRANTES:

- Vilca Lobatón, Diana
- Yantas Poma ,Mary Luz

ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

La alimentación complementaria consiste en la introducción de alimentos espesos en la alimentación del niño y la continuidad de la lactancia materna con la misma frecuencia de antes. La inclusión de otros alimentos debe ser progresivo, se va incrementando a medida que aumenta la edad del niño; al inicio comerá poco por eso la necesidad de alimentarlo varias veces al día.



**empezando la
alimentación
complementaria
de tu bebé**

INICIO DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

Hay consenso en que la alimentación complementaria se inicia a partir de los 6 meses ya que antes la leche materna cubre las necesidades nutricionales del niño que le permite tener un buen crecimiento y desarrollo.

Dar alimentos antes de los 6 meses incrementa el riesgo a enfermedades infecciosas y alérgicas.

A partir de los 6 meses de edad los alimentos que se introducen diferentes a la leche materna, deben ser nutritivos, seguros y complementarios a esta.

El momento oportuno para introducir la alimentación complementaria es a los seis meses de edad, cuando se deben cubrir los requerimientos nutricionales y se ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renal y la maduración neurológica.

VENTAJAS DE UNA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA ADECUADA

El motivo más importante para la introducción de la alimentación complementaria es el aumento de las necesidades de energía o calorías para que el niño crezca de forma adecuada.

- ☐ Los nutrientes de la leche materna se vuelven insuficientes luego de seis meses de edad para los requerimientos nutricionales del niño.
- ☐ El inicio de la alimentación complementaria supone para los lactantes la entrada en un mundo de sabores, olores y consistencias nuevos.
- ☐ Los primeros años de la vida son los más decisivos para el crecimiento mental normal y los problemas derivados de una nutrición inadecuada en esta etapa de la vida que afectan al crecimiento también al desarrollo del niño.
- ☐ Los nutrientes de la leche materna se vuelven insuficientes luego de seis meses de edad para los requerimientos nutricionales del infante.



NECESIDADES NUTRICIONALES DEL NIÑO DE 6 – 12 MESES

El objetivo de la alimentación complementaria es cubrir las necesidades nutricionales y de calorías que tiene el niño, ya que es más activo y de más edad y la leche materna no es suficiente para cubrir dichas necesidades nutricionales.

- Los alimentos complementarios deben introducirse en forma gradual.
- Se recomienda comenzar cuando el niño puede mantenerse sentado sin ayuda, por lo general alrededor de los 6 meses.
- El niño nace con una reserva de hierro que dura hasta los 6 meses, por eso es importante que el niño consuma alimentos sólidos, ricos en este mineral como sangrecita e hígado.

IMPORTANCIA DE COMPLEMENTAR LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO DE 6 A 12 MESES:

- Las enzimas del niño que participan en la digestión de los alimentos, alcanzan su madurez a los 6 meses de edad.

- Las enzimas responsables de digerir las proteínas están presentes desde el nacimiento, pero la pared intestinal es exageradamente permeable, pasando las proteínas directamente a la sangre originando alergias. Esto persiste hasta los 6 meses de edad.
- A los 6 meses madura el reflejo de deglución de los niños, expresa su apetito y generalmente aparecen los primeros dientes.

La importancia es de tipo nutricional, puesto que, tanto la lactancia materna son suficientes para permitir el crecimiento del lactante durante los primeros 6 meses de vida.

FRECUENCIA, CANTIDAD Y TIPO DE ALIMENTOS POR CADA MES

6 MESES: El niño debe de comer 2 veces al día entre media mañana y media tarde, evitar alimentos líquidos como caldo, sopa o licuados, de 2 a 3 cucharadas por cada comida (1/4 taza); se incorpora 1 a 2 cucharadas de alimentos de origen animal rico en hierro (sangrecita, hígado); agregar 1 cucharadita de aceite vegetal a la comida principal del niño (alimentos semisólidos como papillas o purés), incluye en su alimentación tubérculos (papa, camote,

yuca), frutas (plátano, pera, papaya, durazno, manzana); verduras cocidas, verdes y amarillas, zapallo, zanahoria, espinaca; carne molida, picadas o deshilachadas (pollo, pavo, res); cereales: sémola, maicena, quinua, soya, mazamorras espesas.

7 a 8 MESES: El niño debe de comer 3 veces al día de 3 a 5 cucharadas por cada comida (1/2 taza), la consistencia de las comidas debe ser triturada; se le agrega al desayuno pan o galleta con margarina o mermelada casera, en el almuerzo agregar pescados (blancos) primero sancochado después frito, arroz y otros cereales como trigo o quinua, menestra, se le puede incorporar las carnes a partir de los 8 meses.

9 A 12 MESES: El niño debe de comer 4 veces al día de 5 a 7 cucharadas por cada comida (3/4 taza), se incorpora 1 a 2 cucharadas de alimentos de origen animal rico en hierro (sangrecita, hígado); agregar 1 cucharadita de aceite vegetal a la comida principal del niño (evitar los cítricos y las golosinas), la consistencia de las comidas debe de ser picada.

Continuar con leche materna después de cada comida

PREPARACIÓN Y ALMACENAMIENTO SEGUROS DE LOS ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS

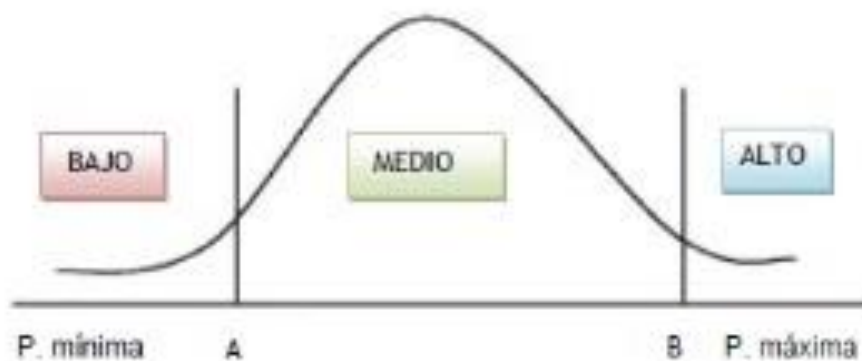
Ejercer buenas prácticas de higiene y manejo de los alimentos al:

- a) Lavar las manos de las personas a cargo de los niños y de los mismos niños antes de preparar alimentos y de comerlos.
- b) Guardar los alimentos de forma segura y servirlos inmediatamente después de su preparación, especialmente en recipientes que sean envases de cristal o plásticos.
- c) Utilizar utensilios limpios para preparar y servir los alimentos.
- d) Utilizar tazas y tazones limpios al alimentar a los niños.
- e) Evitar el uso de biberones, dado que es difícil mantenerlos limpios.

La alimentación de los niños durante sus primeros años de vida es fundamental para un buen desarrollo físico y mental.

“La hora de comer de un niño debe ser un momento muy especial sobre todo si está conociendo nuevos alimentos, para ello los padres deben tener mucha paciencia y deben hacer de la alimentación un momento agradable”.

Anexo E. Escala de Stanino



Según la escala de Stanino, el conocimiento se medirá como alto cuando los resultados obtenidos sean de 14 a 15 respuestas correctas, como medio cuando las respuesta correctas obtenidas sean de 11 a 13, y como bajo cuando sean de 0 a 10.

$$\text{Punto de corte A: } \bar{X} - (0.75)(D.S) = 11.6 - (0.75)(2.29) = 10$$

$$\text{Punto de corte B: } \bar{X} + (0.75)(D.S) = 11.6 + (0.75)(2.29) = 13$$

0-10 = BAJO
11-13 = MEDIO
14-15 = ALTO

Anexo F. Cálculo del tamaño de la muestra

Calculando usando la siguiente formula:

Calculando usando la siguiente formula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

(Población finita)

$$n = \frac{240 * (1.96)^2 * (0.90) * (0.10)}{(0.10)^2 * (240 - 1) + (1.96)^2 * (0.90) * (0.10)}$$

$$n = \frac{240 * (3.84) * (0.09)}{(0.01) * (239) + (3.84) * (0.09)}$$

$$n = \frac{83}{2.74}$$

$$n = 31$$