

UNIVERSIDAD NACIONAL “PEDRO RUIZ GALLO”

**FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO**



TESIS

“Prácticas de la alimentación complementaria en las madres de niños de 6 a 8 meses. Centro de salud CESAMICA-Piura 2017”

**Para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional
“Área del Cuidado de Enfermería - Especialista en Crecimiento, Desarrollo del Niño y Estimulación Temprana”**

INVESTIGADORAS:

Lic. Enf. Céspedes Rodríguez, Rossina Elena.

Lic. Enf. Oblitas Saldaña, María Ismenia.

Lic. Enf. Rodríguez García Laura Esther.

ASESORA:

Mg. Santillán Medianero, Viviana del Carmen

LAMBAYEQUE - PERÚ - 2018

“Prácticas de la alimentación complementaria en las madres de niños de 6 a 8 meses. Centro de salud CESAMICA-Piura 2017”

Presentado por:

Lic. Rossina Elena Céspedes Rodríguez
Autora

Lic. María Ismenia Oblitas Saldaña
Autora

Lic. Laura Esther Rodríguez García
Autora

Mg. Viviana Del Carmen Santillán Medianero
Asesora

Aprobada por los Miembros del Jurado:

Dra. Olvido Barrueto de Larrea.
Presidenta

Mg. Gricelda Jesús Uceda Senmache.
Secretaria

Mg. Rosario Clotilde Castro Aquino
Vocal



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE POSGRADO

Acreditada con Resolución N° 110-2017-SINEACE/CODAJEP

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

Libro de Acta N° 03 Expediente: 2271 Folio N° 171

Licenciada: María Ismenia Oblitos Saldaña

en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo – Lambayeque, a las 12:00 m. horas del día Miércoles 30 de noviembre del 2018, Los señores

Miembros del Jurado designados mediante Resolución N° 669 - 2017 - D-FE

PRESIDENTE: Dra. Ovidio Totale Barruto de Larrea

SECRETARIO: Mg. Graciela Jesús Urcola Sumache

VOCAL: Mg. Rosario Clatilde Berta Aquino

Encargados de recepcionar y dictaminar la Tesis titulada:

"Prácticas de la Alimentación Complementaria en las madres de niños de 6 a 8 meses C.S. CESAMICA - Piura 2017"

patrocinada por el profesor (a) Mg. Viviana del Carmen Santillán Medizano

Presentada por el (los) Licenciados (a) María Ismenia Oblitos Saldaña

Laura Ethel Rodríguez García

Rosario Elena Rospédes Rodríguez

Para optar el Título Profesional de Segunda Especialidad: Área del cuidado

de la mujer: Especialista en Crecimiento, Desarrollo del

niño y Estimulación Temprana

Sustentada la Tesis, formuladas las preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado, dadas las respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante (s) y el Patrocinador; el Jurado, después de deliberar, declaró aprobada por unanimidad, las tesis con el calificativo de Muy Buena; debiendo consignarse en los ejemplares del informe las sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto se levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella intervinieron.

PRESIDENTE

SECRETARIO

VOCAL

PATROCINADOR



**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO**

Acreditada con Resolución N° 110-2017-SINEACE/CDAH/P

**ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD**

Libro de Acta N°: 03 Expediente: 2270 Folio N° 171

Licenciada: Laura Esther Rodríguez García

en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo – Lambayeque, a las 12:00 m. horas del día viernes 30 de noviembre de 2018. Los señores

Miembros del Jurado designados mediante Resolución N° 669 - 2017 - D - FE

PRESIDENTE: Dra. Olvido Lidia Borruto de Larrea

SECRETARIO: Mg. Griselda Fein Uccela Leunache

VOCAL: Mg. Rosario Gladys Bastin Aquino

Encargados de recepcionar y dictaminar la Tesis titulada:

"Prácticas de la Alimentación Complementaria en las Madres de niños de 6 a 8 meses C.S. CESAMICA - Piura 2017"

patrocinada por el profesor (a) Mg. Viviana del Carmen Sautkin Medicinas

Presentada por el (los) Licenciados (a) Laura Esther Rodríguez García

Rosario Elena Céspedes Rodríguez

María Ismenia Olito Jalalera

Para optar el Título Profesional de Segunda Especialidad: Acto de Cuidado

de Enfermería: Especialista en Crecimiento, Desarrollo del

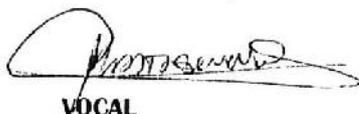
niño y Estimulación Temprana

Sustentada la Tesis, formuladas las preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado, dadas las respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante (s) y el Patrocinador; el Jurado, después de deliberar, declaró aprobada por unanimidad, las tesis con el calificativo de Muy Buena; debiendo consignarse en los ejemplares del informe las sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto se levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella intervinieron.


PRESIDENTE


SECRETARIO


VOCAL


PATROCINADOR

Declaración Jurada de Originalidad

Yo, **Lic. CÉSPEDES RODRÍGUEZ ROSSINA ELENA**, **Lic. OBLITAS SALDAÑA MARÍA ISMENIA**, **Lic. RODRÍGUEZ GARCÍA LAURA ESTHER**, investigadoras principales, y **Mg. SANTILLÁN MEDIANERO VIVIANA DEL CARMEN**, asesora del trabajo de investigación “Prácticas de la alimentación complementaria en las madres de niños de 6 a 8 meses. Centro de salud CESAMICA - Piura 2017”, declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrara lo contrario, asumimos responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar. Que puede conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, 17 de Diciembre del 2018

Lic. Rossina Elena Céspedes Rodríguez

Lic. María Ismenia Oblitas Saldaña

Lic. Laura Esther Rodríguez García

Mg. Viviana Del Carmen Santillán Medianero

DEDICATORIA

A mis padres, a mi esposo por su apoyo incondicional y a todas aquellas personas que brindaron un poco de su tiempo, por su apoyo paciencia y comprensión.

Rossina Elena

La presente tesis se la dedico a Dios, ya que gracias a Él, he logrado concluir mis estudios. A mi madre, porque ella siempre estuvo a mi lado brindándome su apoyo y sus consejos para hacer de mí una mejor persona.

María Ismenia

A mi padre que ya no está presente conmigo, pero siempre vivirá en mi corazón, a mi Madre, a mis hermanos por apoyarme en todo momento y demostrarme que somos una familia sólida.

Laura Esther

AGRADECIMIENTO

Nuestro agradecimiento a Dios por guiarnos y darnos fuerzas para lograr concluir nuestras metas.

A las madres de los niños que nos apoyaron en la investigación, permitiendo culminar nuestros estudios.

A las docentes de la Facultad de Enfermería Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, por impartirnos sus conocimientos y de este forma ayudarnos hacer mejores profesionales.

Nuestro agradecimiento muy sincero a nuestra Asesora de tesis, Mg. Viviana del Carmen Santillán Medianero, su dedicación, esfuerzo y sobre todo su paciencia hacia nosotras, por sus orientaciones, su persistencia y su motivación, que han sido importantes para poder alcanzar desarrollar con éxito nuestro propósito.

Rossina, María, Laura

ÍNDICE

Acta de Sustentación de Tesis	iii
Declaración Jurada de Originalidad	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE	viii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT	x
CAPÍTULO I.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO II.....	7
2.1. MARCO TEÓRICO.....	8
2.2. Base Teórica	12
CAPITULO III	35
MARCO METODOLÓGICO	36
3.1 Tipo de investigación:	36
3.2 Población y muestra.....	36
3.3 Materiales, técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	38
3.4 Procesamiento y análisis de los datos.....	39
3.5 Principios de rigor científico.....	39
3.6 Principios éticos.....	40
CAPÍTULO IV	42
4.1. RESULTADOS	43
4.2. DISCUSIÓN.....	51
CAPÍTULO V	61
CONCLUSIONES.....	62
RECOMENDACIONES	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS.....	71

RESUMEN

La investigación denominada Prácticas de la Alimentación Complementaria en las madres de niños de 6 a 8 meses. Centro de Salud CESAMICA- Piura 2017, tuvo como objetivo determinar prácticas de la alimentación complementaria en las madres de niños de 6 a 8 meses en el Centro de Salud CESAMICA- Piura 2017.

El tipo de investigación fue cuantitativa descriptiva, transversal. La muestra estuvo conformada por 120 madres de niños, determinada por conveniencia, para la recolección de datos se utilizó la técnica de observación y como instrumento una lista de cotejo elaborada por las investigadoras, agrupadas en cuatro dimensiones: higiene en la preparación y manipulación de los alimentos, consistencia de los alimentos, administración de los alimentos y uso de multimicronutrientes.

Los datos se procesaron y fueron tabulados estadísticamente en programa Excel y en SPSS V23.0, presentados en cuadros y gráficos obteniéndose los siguientes resultados. Las prácticas desfavorables en la alimentación de los niños fueron: que las madres no ofrecían dos cucharadas de alimentos ricos en hierro, verduras verdes o amarillas (88%), a los multimicronutrientes agregan a líquidos en su preparación (83%). Las prácticas favorables son: paciencia y tolerancia al niño durante su alimentación (89%); usar agua potable para el lavado de utensilios, frutas y verduras (88%), madre del niño no se impone y no fuerza la alimentación del niño (84%). Concluyendo que el 43.75% de las madres tienen practicas favorables y 56.25 % tienen practicas desfavorables en la alimentación complementaria del niño de 6 a 8 meses.

Palabras claves: Prácticas, Alimentación Complementaria, Madres

ABSTRACT

The investigation denominated Complimentary Feeding Practices in infant mothers from 6 to 8 months. Health Center CESAMICA Piura 2017, had as an objective to determine complimentary feeding practices in infant mothers from 6 to 8 months in the Health Center CESAMICA Piura 2017.

The type of investigation was quantitative , descriptive, and cross sectional. The sample was conformed by 120 mothers of lactating children, determined by convenience, for the data collection they used the technique of observation and as instrument a list of comparisons elaborated by the investigators, grouped in four dimensions : hygiene in the preparation and handling of the food, consistency of the food, administration of the food and the use of multi micronutrients.

The data was processed and statistically tabulated in a Excel program and in SPSS V23.0, presented in data boxes and charts obtaining the following results. The unfavorable practices in the lactating feeding were : mothers did not offer two spoonfuls of food rich in iron, Green or yellow vegetables (88%), to the multi micronutrients they add liquids to their preparation (83%). The favorable practices are: patience and tolerance to infant during feeding (89%); the use of drinking water to wash utensils, fruits and vegetables (88%), mother does not impose and doesn't force the feeding of infant (84%). In conclusion the 43.75% of the mothers have favorable practices and 56.25% have unfavorable practices in the complimentary feeding of infants from 6 to 8 months.

Key Words : Practices , Complimentary Feeding, Mother

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

A partir de la 55ª Asamblea Mundial de la Infancia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), recomendaron la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los seis meses de edad del niño y continuarla con la alimentación complementaria (AC) hasta los dos años de edad, como una estrategia para favorecer el adecuado estado nutricional, el óptimo crecimiento y el desarrollo; Para mantener la salud y, por tanto favorecer la supervivencia de los lactantes y niños pequeños¹.

Cuando la lactancia natural ya no basta para satisfacer las necesidades nutricionales del niño, es preciso añadir otros alimentos a su dieta. La alimentación complementaria cubre el período que va de los seis a los veinticuatro meses de edad, intervalo en el que el niño es muy vulnerable a sufrir cualquier problema o riesgo nutricional puesto que el estómago del niño se está adecuando a recibir alimentos, por lo tanto se debe proporcionar cantidades suficientes de alimentos de adecuada calidad para satisfacer los requerimientos nutricionales y evitar que muchos lactantes empiecen a sufrir de malnutrición y por consiguiente formen parte de la elevada cifra de menores de cinco años malnutridos que hay en el mundo ¹.

Con estas consideraciones reconocemos que el crecimiento y desarrollo en los primeros cinco años de vida depende más de las prácticas de alimentación, nutrición, higiene, del medio ambiente y la atención y cuidados de la salud que de los factores genéticos o étnicos ². En estos factores extrínsecos, la alimentación ocupa un lugar destacado y, en lo que respecta a la alimentación complementaria, esta tiene muchas bondades, entre las que podemos mencionar que los lactantes reciben un aporte adecuado de energía, proteínas, vitaminas y minerales que son necesarias de acuerdo a su edad, para que tengan un buen crecimiento y desarrollo, conozcan y se acostumbren a nuevos sabores y texturas. Es por

ello que se debe estimular al niño, para que aprenda a masticar alimentos que ya no son simplemente de consistencia líquida sino también sólida y semisólida.

El inicio temprano de la alimentación complementaria, limita lo valioso de la lactancia materna, más aún cuando se realiza sin las medidas de higiene y esterilización adecuadas, pues se pone a los lactantes en contacto con sustancias contaminadas en el ambiente. Los hábitos de lactancia y alimentación complementaria están relacionados con los riesgos de enfermedad y muerte, así como con el grado de nutrición ³.

En la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2014, las madres fueron interrogadas sobre la práctica de lactancia, inicio, frecuencia y el uso de alimentación complementaria de cada hija e hijo nacido vivo desde enero 2009. El 68,0% de niñas y niños que tenían entre seis a ocho meses de edad y que recibieron lactancia materna, consumió alimentos por lo menos dos veces al día. El 64,3% recibió tres y más grupos de alimentos y el 58,7% cumplió con ambos criterios. El 95,8% de niñas y niños lactantes de 9 a 11 meses de edad recibió tres y más grupos de alimentos, el 80,8% recibió tres o más veces al día y el 78,3% cumplió con ambos criterios ³. Se aprecia que más del 50% de niños si recibieron en la medida de lo posible la alimentación complementaria variada, lo que favorece una buena nutrición y la formación de conductas alimentarias adecuadas. Esta alimentación complementaria es una de las estrategias, gracias a las cuales, en Piura en el último lustro, se registra una reducción importante de la desnutrición crónica: de 10.4% en el 2010 a 10.2% en el 2015 ⁴.

En cuanto a la alimentación complementaria en el Centro de Salud CESAMICA se encontró que en el primer trimestre del año 2017 según reportes de la Dirección Regional de salud (DIRESA), solo 106 niños entre 6 y 8 meses de edad, tuvieron una alimentación complementaria adecuada y 8 presentaron una alimentación complementaria

inadecuada de un total de 132 niños y 130 niñas ⁴. Las investigadoras consideran que la cultura y las prácticas que tienen las madres en relación a la alimentación complementaria en los niños lactantes están influyendo en esta estadística presentada.

Las investigaciones demuestran que la alimentación complementaria en el niño a partir de los seis meses de edad, marca un ciclo importante en su vida, ya que ésta debe reunir las características y condiciones adecuadas de acuerdo a sus necesidades. Ello va a determinar su adecuado crecimiento y desarrollo manifestado en un incremento favorable de peso, talla y con una mayor capacidad funcional de sus sistemas, visualizado de un control a otro durante la interacción con las madres en el control de crecimiento y desarrollo.

En el trabajo diario se observó que las madres que proviene del área de influencia del C.S. CESAMICA, al iniciar la alimentación complementaria ofrecen a sus niños alimentos muy líquidos, como caldos sopas, esto lo evidenciamos cuando ellas refieren: “yo inicié la alimentación de mi bebé dándole sopitas porque no tiene dientes y se vaya atorar”, mi mamá me dijo que mi hijito tenía que comer sopitas”.

Los alimentos que usan las madres en la alimentación del niño prioritariamente son carbohidratos iniciando con sopas a la que agregan papa y algunas verduras como zapallo, muy pocas agregan alimentos ricos en hierro y al interactuar con ellas en el control de crecimiento y desarrollo desconocen la importancia de este micronutriente en el crecimiento y desarrollo del niño. Otro aspecto importante a tener en cuenta es la higiene en el momento de la preparación y administración de la alimentación complementaria, observando que muchas de ellas proviene de zona urbano marginal con deficiencia de saneamiento básico, y al preguntar cómo se realizan el lavado de manos estas lo hacen en una tina, no usan agua a chorro y el secado es en su propia ropa.

Otro aspecto identificado por las investigadoras es que la administración de los micronutrientes lo realizan en líquidos como sopas, jugos, leche vulnerando lo que la enfermera educa en el control CRED, ya que este para ser efectivo debe ser preparado en comidas espesas tipo papilla, puré o mazamoras.

Como se pudo observar y evidenciar las prácticas de la alimentación complementaria de las madres muchas veces estaba influenciada por el contexto social como es la familia, los amigos.

A todo ello las investigadoras, en concordancia con Hinostroza ⁵ observaron, que las prácticas en relación a la alimentación complementaria vienen siendo influenciadas por las costumbres, diferencias personales; situación que impide dar pautas de aplicación universal en la población, especialmente en las madres primerizas que se apoyan en los saberes de las madres, suegras u otras personas de su entorno, llevando a que adquieran conocimientos erróneos en relación a las buenas prácticas de alimentación complementaria en cuanto a la consistencia, frecuencia, mezclas y cantidad ⁵.

Toda esta problemática nos llevó a plantearnos las siguientes interrogantes:

¿Las madres tienen prácticas de la alimentación complementaria que apoyan a las características de la alimentación que deben recibir los niños de 6 a 8 meses?

¿Cómo empiezan las madres la alimentación complementaria en sus niños de 6 meses?,

¿Cómo son las prácticas de la alimentación complementaria en las madres a sus niños?

La situación problemática descrita y las interrogantes planteadas generan el siguiente problema de investigación “ Como son las prácticas de la alimentación complementaria en las madres atendidas en el C.S. CESAMICA a sus niños de 6 a 8 meses?, cuyo objeto de estudios son las prácticas de la alimentación complementaria en las madres de los niños

de 6 a 8 meses en el Centro de Salud CESAMICA- Piura 2017.

Los objetivos que guiaron la investigación fueron: identificar las prácticas de la alimentación complementaria en las madres de niños de 6 a 8 meses en relación a características de alimentación complementaria C.S. CESAMICA Piura 2017.

Identificar las prácticas de la alimentación complementaria en las madres de niños de 6 a 8 meses en relación al uso de micronutrientes C.S. CESAMICA Piura 2017.

Identificar las prácticas de la alimentación complementaria en las madres de niños de 6 a 8 meses en relación a medidas de higiene C.S. CESAMICA Piura 2017.

Identificar las prácticas de la alimentación complementaria en las madres de niños de 6 a 8 meses en relación a interacción de la madre durante la alimentación C.S. CESAMICA Piura 2017.

La transición de la lactancia exclusivamente materna a los alimentos familiares, lo que se denomina alimentación complementaria, normalmente abarca el período que va de los seis a los veinticuatro meses de edad ⁶. El presente estudio es trascendente porque sus resultados permitirán reorientar el trabajo y el rol de los licenciados en enfermería en relación a la información, educación y comunicación sobre alimentación complementaria del niño, evaluando las fortalezas y debilidades del cuidado de enfermería, lo que permitirá plantear cuidados e intervenciones que debe modelar o transformar las actitudes de las madres y responsables de los lactantes; a través de la promoción de la salud y prevención de enfermedades, y a la vez empoderar a las madres de familia con el conocimiento para que tomen decisiones adecuadas en la alimentación de sus niños y así lograr un cambio de actitud, trayendo consigo una satisfacción personal y social en los padres y cuidadores de los niños pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud CESAMICA- Piura.

CAPÍTULO II

2.1. MARCO TEÓRICO.

2.1.1. Antecedentes del problema

A nivel internacional se han consultado los siguientes estudios:

Rolandi, M. (Argentina 2014) ⁷ en el estudio descriptivo transversal, realizado en Argentina durante el año 2014: Creencias, prácticas alimentarias maternas y estado nutricional de niños de seis a veinticuatro meses, en la Universidad FASTA. Cuyo objetivo fue analizar las creencias y prácticas alimentarias que tienen las madres de los niños de seis a veinticuatro meses que asisten a los controles de un Centro de Salud de la ciudad de Mar del Plata y conocer el estado nutricional de los niños. Encontró: que el estado nutricional del 84% de los niños se encontraba dentro de los parámetros de normalidad. Observándose una ligera tendencia de las madres a subestimar el estado nutricional de sus hijos, que el 63% de los niños recibía LM al momento de la entrevista y que Un 18% de los niños consumía bebidas azucaradas diariamente. El 58% inician la alimentación complementaria a los seis meses. El enriquecimiento de las comidas con manteca o aceite fue una práctica frecuente. La diversidad alimentaria aumenta conforme aumenta la edad y es en general adecuada. 61% de las madres agregan sal a la comida de sus hijos. Generalmente es la madre la encargada de la alimentación del menor. La LM fue de suma importancia para este grupo de madres.

La mayoría de ellas piensa que la alimentación complementaria debe iniciarse a los seis meses y que es importante insistir con un mismo alimento frente a la neofobia. Se remarcó el consumo de vegetales y frutas para un crecimiento saludable. Concluyéndose que el estado nutricional de la mayoría de los niños se encontró dentro de los parámetros de normalidad. En general las madres poseen prácticas y creencias acordes a las recomendaciones establecidas por los organismos nacionales e internacionales.

Castillo Luz, Lizarazo S, Penaloza Luz, en su artículo “Creencias y prácticas que existen sobre el inicio de alimentación en el lactante menor del área rural de Monjas del Municipio de Moniquira, departamento de Boyacá - Colombia, buscó identificar las creencias y prácticas de las personas responsables de lactantes mayores. Y obtuvo que el 40% de los entrevistados inician la A.C. cuando los niños tienen entre 3 y 4 meses. La leche y el huevo fueron los alimentos más empleados para iniciarla. Sin embargo se estableció que los alimentos más utilizados eran iguales a los que consumen los adultos. Por lo general los alimentos se administran en forma líquida o molida. Dentro de estos alimentos se incluyen algunos definitivamente perjudiciales como Huarapo, jugo de frutas ácidas, alimentos fríos y crudos. Se encontró que un factor determinante en la selección del alimento es su bajo costo. Los patrones de medida de la cantidad de alimento y la frecuencia de alimentación, no fueron funcionales en este estudio ⁸.

Edcarla Da Silva de Oliveira, en su artículo Alimentación complementaria de lactantes atendidos en una unidad básica de saúde da familia no nordeste brasileiro ⁹, encontró que en los lactantes con menos de 1 año de edad (n=22/100%), las madres usaban papilla en el 100%, mientras que 20 de ellos (90,9%) habían consumido sodas. Así mismo que, papilla, snacks y biscochos fueron los alimentos más consumidos en los menores de un año de edad. Concluye que la alimentación inadecuada prevaleció en este grupo de edad, empleándose productos industrializados, constituyendo un problema de inseguridad alimentaria para la población del estudio ⁹.

A nivel nacional se han consultado los siguientes estudios.

Galindo D. (Lima 2012). El estudio titulado “Conocimientos y prácticas de las madres de niños de seis a doce meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud

“Nueva Esperanza -Lima 2011”, tuvo como objetivo determinar los conocimientos de las madres de niños de seis a doce meses sobre alimentación complementaria y determinar las prácticas de las madres de niños de seis a doce meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud “Nueva Esperanza – 2011. Con el propósito de brindar información actualizada al personal de enfermería que labora en el componente de CRED, para promover y/o diseñar actividades educativas destinadas a incrementar los conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en las madres con el fin de disminuir el riesgo de adquirir enfermedades carenciales y desnutrición.

Obteniendo como resultados, del 100% (40), 55% (22) de las madres encuestadas conocen sobre la alimentación complementaria; 45% (18) desconocen. En cuanto a las prácticas 61% (25) tienen prácticas adecuadas; mientras que 39% (15) tienen prácticas inadecuadas. Conclusiones. La mayoría de las madres que acuden al centro de salud Nueva Esperanza conocen y tienen prácticas adecuadas sobre alimentación complementaria ¹⁰.

De Jesús M; Pinedo M. En su investigación sobre “Actitudes y prácticas sobre la alimentación complementaria en madres y el estado nutricional de niñas (os) de 6 a 12 meses, atendidos en la Unidad de Salud del Niño, Centro de Salud de Morales, periodo Junio – Octubre 2016” buscó Determinar la relación entre las actitudes y prácticas sobre la alimentación complementaria en madres y el estado nutricional en niñas (os) de 6 a 12 meses, atendidos en la unidad de salud del niño en el centro de salud de Morales, periodo Junio– Octubre 2016. Los resultados fueron: El 88,6% de la población en estudio, tienen una actitud positiva y el 77,1% tiene prácticas adecuadas sobre la alimentación complementaria. El 78,9% de los niños (as) de 6 a 12 meses tienen un estado nutricional Normal. En conclusión: existe relación estadísticamente significativa entre las actitudes y prácticas sobre la alimentación complementaria en madres y el estado nutricional de las

niñas (os) de 6 a 12 meses, al 5% de significancia $p= 0,016$ en la actitud y el estado nutricional y $p= 0, 020$ en la práctica y el estado nutricional del niño ¹¹.

Galdos P, Minaya S, San Miguel G. Nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses que asisten al consultorio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Ramón Castilla - Callao 2014. Esta investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en las madres de niños de 6 a 24 meses de edad. Los resultados con relación al conocimiento, sobre la alimentación complementaria, de las madres que acuden al control de niño sano, 29% de las encuestadas tiene conocimientos adecuados y el 71% poseen conocimientos inadecuados. En cuanto a la práctica de alimentación complementaria, el 60.5% tienen prácticas adecuadas y el 39.4% posee prácticas inadecuadas. Se concluye que existe relación significativa entre los conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses de edad ¹².

Miluska Kristal Zurita Esquivel en su tesis “Conocimientos y prácticas de las madres de niños menores de 2 años sobre alimentación complementaria, en un centro de salud, San Miguel 2016” encuentra que del total de las madres encuestadas, el 62.5% presentó un nivel de conocimientos “Alto” con un máximo de 20 puntos, 37.5% un nivel “Regular” con 12 a 14 puntos y ninguna presentó un nivel “Bajo”. En cuanto a las prácticas, el 52.6% cumplía adecuadamente con la alimentación de los niños(as) menores de 2 años, mientras que el 47.4% no cumplieron con las prácticas de alimentación complementaria. Conclusiones: La mayoría de madres participantes presentaron un alto nivel de conocimiento sobre alimentación infantil y ninguna, nivel bajo. Se identificaron las prácticas que tienen las madres, de las cuales más de la mitad cumplía correctamente con las prácticas de alimentación complementaria ¹³.

2.2. Base Teórica

La alimentación complementaria, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) debe introducirse en el momento adecuado, lo cual significa que todos los niños deben empezar a recibir otros alimentos, además de la leche materna, a partir de los seis meses de vida. La alimentación complementaria debe ser suficiente, lo cual significa que los alimentos deben tener una consistencia, variedad adecuada, y administrarse en cantidades apropiadas, con una frecuencia adecuada, que permita cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento, sin abandonar la lactancia materna ⁶. La introducción de la alimentación complementaria es tal vez uno de los procesos con mayor vulnerabilidad para el estado nutricional de la población menor de dos años de edad. Por tal razón, la importancia que adquieren los alimentos como tal, la consistencia y el proceso de introducción en la alimentación, es una característica definitiva en el análisis del estado nutricional de las niñas y niños ⁶.

Prácticas

Se definen como la realización de una actividad de una forma continuada y conforme a sus reglas, habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad, aplicación de una idea, teoría o doctrina, uso continuado o habitual que se hace de una cosa, ejercicio o prueba que se hace bajo la dirección de una persona para conseguir habilidad o experiencia en una profesión, trabajo o aprendizaje y a la vez se considera la actitud como el vínculo existente entre el conocimiento adquirido y el sentimiento que provoca en el individuo, con la acción que realizará en el presente y futuro ¹⁴.

La alimentación complementaria del niño

De acuerdo a los Lineamientos de Nutrición Materno –Infantil, a partir de los seis meses el niño debe iniciar la alimentación complementaria, incluyendo alimentos semisólidos (papillas, mazamorras, purés) e ir modificándolos ofreciendo alimentos aplastados, triturados y luego picados hasta que se incorpore en la alimentación familiar. También es recomendable adicionar una cucharadita de aceite, mantequilla u otro tipo de grasa en algunas comidas del niño, pues de esta manera se está aportando ácidos grasos y se está incrementando la necesidad energética de las comidas del niño ¹⁵.

Durante el primer año de vida, el niño inicia la formación de hábitos y preferencias alimentarias que van a afectar la salud y nutrición futuras. Por lo cual la alimentación complementaria adecuada tiene un papel formativo, porque promueve hábitos de alimentación saludable. Además, complementa el aporte proteínico-energético proporcionado por la leche y permite satisfacer los requerimientos nutricionales adecuados para el buen crecimiento y desarrollo del niño.

Una inadecuada alimentación tiene serias repercusiones en salud como son: desnutrición, por una alimentación insuficiente, la suspensión del aporte de nutrientes que provee la leche materna, u ofrecer una alimentación con escaso contenido nutricional, infecciones de tracto digestivo, al consumir alimentos contaminados, problemas de deglución, por ofrecer consistencias inadecuadas o alimentos semisólidos antes del tercer mes, sobrepeso a mayor aporte energético que el requerido, al abuso de alimentos procesados y al inicio temprano de la alimentación complementaria, riesgo de deshidratación hipertónica, por inmadurez renal en caso de diarrea cuando hay un exceso en la ingestión de sodio y proteínas y deficiente absorción, en especial de los almidones ¹⁵.

Características de la alimentación complementaria

- ✓ **Frecuencia:** El número apropiado de comidas que se ofrecen al niño durante el día, depende de la densidad energética de los alimentos y las cantidades consumidas en cada comida, la frecuencia diaria de comidas ha sido estimada en función a la energía requerida que debe ser cubierta por los alimentos complementarios, asumiendo una capacidad gástrica de 30 g/kg de peso corporal y una densidad energética mínima de 0,8 kcal/g de alimento. Si la densidad energética o la cantidad de comida administrada son bajas, o se le suspende la lactancia materna, requerirá de un mayor número de comidas para satisfacer sus necesidades nutricionales ¹⁶.

La alimentación complementaria deberá distribuirse en varios tiempos de comida, que se irán incrementando gradualmente conforme crece y desarrolla el niño según su edad, sin descuidar la lactancia materna. De esta manera también se logrará que poco a poco se vaya integrando y participando del horario de comidas tradicional de su entorno familiar.

A los seis meses, se empezará con dos comidas al día y lactancia materna frecuente; entre los siete y ocho meses, se aumentará a tres comidas diarias y lactancia materna frecuente; entre los nueve y once meses, además de las tres comidas principales deberán recibir una entre comida adicional y su leche materna; y finalmente entre los doce y veinticuatro meses, la alimentación quedará establecida en tres comidas principales y dos entre comidas adicionales, además de lactar, a fin de fomentar la lactancia materna hasta los dos años o más ¹⁶.

- ✓ **Cantidad:** Durante los seis a nueve meses de edad el lactante debe consumir 18 gr de proteínas y 500 calorías, Esto alcanza con 100 gr de papilla de frutas, 300 gr de papilla de verduras y 30 gr de carne de pollo. Entre los diez y doce meses se debe proporcionar 19,6 gr de proteínas y 650 calorías. Esto se alcanza con 100 gr de papilla de fruta, 300 gr

de papilla de verduras y 30 gr de carne molida y huevo.

La cantidad varía de acuerdo a la edad:

Seis meses: No todos los niños(as) son iguales hay algunos que comen muy bien desde el primer día, pero hay otros que parecen no querer recibir los alimentos. El niño todavía tiene el reflejo de extrusión por lo que aparenta estar escupiendo la comida, dar con tranquilidad y decirle a la madre que tenga paciencia y que poco a poco el niño aprenderá a comer, así mismo decirle que insista de media a una hora. La cantidad y el consumo dependerá del niño(a), pero no deberá preocuparse si al principio sólo come tres a cuatro cucharitas cada vez ¹⁶.

Siete meses: La cantidad se irá aumentando gradualmente y a los siete meses ya deberá estar consumiendo más o menos $\frac{1}{2}$ taza cinco veces al día.

Ocho - nueve meses: Estará comiendo más de media taza aproximadamente $\frac{3}{4}$ de taza, cinco veces al día.

A los doce meses: El niño(a) ya compartirá la comida de la olla familiar y deberá consumir aproximadamente lo equivalente a una taza cinco veces al día ¹⁶.

✓ **Calidad:** Para asegurarse de cubrir las necesidades nutricionales.

Debe consumirse carne, queso, aves, pescado o huevos diariamente o, de no ser posible, lo más frecuentemente posible para cubrir los requerimientos nutricionales del que se encuentra en desarrollo. Las frutas y verduras ricas en vitamina A deben ser consumidas a diario ¹⁶.

Proveer dietas con un contenido adecuado de grasa. Limitar la cantidad de jugo ofrecido para así evitar reemplazar o desplazar alimentos más nutritivos.

Tipo de alimento según edad: Los alimentos deben ser incluidos gradualmente de acuerdo a la edad, dentición, potencial alergénico del alimento y la capacidad gástrica. Por ejemplo: A los seis meses de edad se debe incluir, purés, sangrecita y $\frac{1}{4}$ de yema de huevo. A los siete meses, $\frac{1}{2}$ yema de huevo, pollo sancochado. A los ocho meses, continúa con los purés, menestra sin cáscara y $\frac{3}{4}$ de yema de huevo. A los nueve meses se incluyen las carnes rojas. A los once meses la clara del huevo y el pescado y a los doce meses comida de la olla familiar, huevo entero, y los cítricos ¹⁶.

- ✓ **Consistencia de alimentos:** Alrededor del sexto mes los músculos y nervios de la boca se desarrollan suficientemente para masticar. Los niños a esta edad controlan mejor la lengua, pueden mover la mandíbula hacia arriba y hacia abajo, empiezan a salir los dientes, llevan cosas a su boca y están interesados en conocer nuevos sabores. Todo ello les da la madurez para recibir alimentos de consistencia más densa, proporcionados en una cucharita ¹⁶.

Alrededor de los ocho meses la niña o niño intenta tomar los alimentos con sus manos y también con la cuchara, iniciándose la autonomía de su alimentación, por lo que hay que estimularla. Alrededor del año está capacitado para comer por sí solo, los mismos alimentos que consumen el resto de la familia, evitando aquellos que puedan causar atragantamientos, ya sea por su forma y/o consistencia (uvas, zanahoria cruda, entre otros) ¹⁶.

A partir del sexto mes de edad el niño deberá iniciar la alimentación complementaria con preparaciones semi sólidas como papillas, mazamorra o purés con una densidad energética no menor a 0,8 kcal/g. Gradualmente se incrementará la consistencia y variedad de los alimentos que se le ofrezcan, adaptándolos a sus requerimientos y habilidades desarrolladas según su edad.

Las preparaciones líquidas (jugos, caldos, gaseosas) no contienen suficientes nutrientes porque su mayor contenido es agua. En cambio, las preparaciones espesas como purés o mazamorra, tienen la ventaja de poder concentrar alto contenido nutricional en una pequeña porción para satisfacer las necesidades nutricionales de la niña o niño.

La alimentación complementaria se preparará con alimentos disponibles en la olla familiar apropiados para su edad. A los seis meses, se iniciará con alimentos aplastados en forma de papillas, mazamoras o purés; entre los siete y ocho meses, se dará principalmente alimentos triturados en las mismas formas de preparación; entre los nueve y once meses, se introducirán los alimentos picados; y finalmente, entre los doce y veinticuatro meses deberá integrarse a la alimentación de su entorno familiar ¹⁶.

- ✓ **Combinación de alimentos:** El niño(a) a partir de los seis meses ya puede empezar a comer toda clase de alimentos. Es recomendable favorecer el consumo de alimentos de bajo costo y alto valor nutritivo. Dentro de los productos de origen animal tenemos la sangre de animales, hígado de pollo, huevo, pescado, leche. Los cereales que se deben proporcionar son el arroz, quinua trigo, avena, harinas, maíz, cebada, entre otros. Las menestras estarán dadas por los frejoles, lentejas, arvejas verdes partidas, soya, harinas.

Dentro de los tubérculos papa, camote, yuca. Complementar estos alimentos con verduras de color anaranjado y verde oscuro (zanahoria, zapallo, acelga, espinaca). Agregar en cada preparación una cucharadita de aceite y/o mantequilla lo que hará más suave la comida del bebé. Promover el uso de frutas ricas en vitamina C (naranja, mandarina, papaya, piña, limón, mango, etc.) después de las comidas para favorecer la absorción de hierro ¹⁶.

Evitar el consumo de infusiones como el té, anís, canela, café, hierva luisa, manzanilla, emoliente, etc. junto con las comidas, porque interfieren en la absorción de hierro. En

lugar de éstas se puede indicar el consumo de limonada, naranja o refrescos de frutas. Evitar alimentarlo con alimentos licuados, promoviendo el consumo de éstos, pero aplastados, al inicio más suave y progresivamente ir aumentando el tamaño en trozos¹⁶.

Factores que influyen en la aceptación de los alimentos

Entre los factores que influyen en la aceptación de un alimento es importante la palatabilidad, que comprende sabores y olores y texturas. La elección es el resultado no solo de las señales metabólicas que recibe el niño, sino también de las propiedades sensoriales del alimento. Por ello para una mejor aceptación de los alimentos complementarios se debe prestar especial atención a sus: **Sabores**, es un factor de importancia. La preferencia por el dulce es innato y aunque puede modificarse, en general se mantiene hasta los dos años. En cambio, la preferencia por la sal requiere del aprendizaje. La frecuencia de la exposición a los diferentes gustos facilita la aceptación, por lo tanto, se aconseja introducir nuevos alimentos de uno en uno y de la forma y manera reiterada hasta que sea aceptado. Parece existir evidencia de que ciertos alimentos ingeridos por la madre modifican el sabor de la leche, por ello se piensa que estas variaciones pueden ejercer algún efecto sobre la adaptación a nuevos gustos¹⁷.

Viscosidad, aspecto que ha recibido gran atención debido al reconocimiento de la importancia de la densidad como un factor que influye en la ingesta. Los almidones pueden aumentar la viscosidad de la comida cuando se preparan en concentraciones como para asegurar una conveniente densidad calórica. Sin embargo el aumento de la viscosidad hace que se alargue la duración de la comida. Por ello en algunos casos se utilizan enzimas para disminuir la viscosidad, pero no se tienen todavía suficientes resultados que permitan un amplio uso. Una forma simple de aumentar la densidad energética sin incrementar la viscosidad es agregar algunos carbohidratos, como los azúcares simples, o también grasas polinsaturadas, pero ello conlleva el agregar alimentos

exentos de vitaminas, minerales y proteínas ¹⁷.

Riesgos en la alimentación complementaria

a) Riesgos de la alimentación complementaria temprana y factores protectores

La inmadurez neuromuscular es un factor asociado a problemas de deglución, los lactantes que reciben alimentación complementaria antes del sexto mes pueden presentar accesos de tos al momento de ser alimentados y en ocasiones se observan signos de dificultad respiratoria lo que sucede cuando una pequeña fracción de papilla deglutida alcanza la glotis del lactante ¹⁸.

Otro problema radica cuando ha saciado su hambre, lo cual puede conducir a que sea sobrealimentado por su madre.

Riesgo a corto plazo: La introducción de alimentos diferentes a la leche materna, disminuye la frecuencia e intensidad de la succión y como consecuencia de la producción láctea. En la mayoría de los casos el valor nutricional del alimento complementario será menor que el de la leche materna, y por lo tanto, el lactante se encontrara en desventaja.

Otro riesgo a corto plazo está relacionado con la carga renal de solutos del lactante durante los primeros meses de edad, manifiesta cierta inmadurez renal lo cual impide concentrar con la misma eficiencia de niños mayores o del adulto. En esta situación, la introducción de alimentos con exceso de solutos aunado a eventuales pérdidas extra renales de agua, como sucede con la diarrea, puede ocasionar una deshidratación hipertónica como consecuencia grave en el sistema nervioso central ¹⁸.

Existe un mayor riesgo de caries dental con la introducción de jugos o aguas endulzadas a temprana edad, sobre todo cuando estos alimentos son suministrados con biberón,

cuando existe una exposición prolongada de los dientes a líquidos que contengan hidratos de carbono, se desarrolla un patrón característico de destrucción dentaria ¹⁸.

Otro riesgo importante es el síndrome diarreico agudo, se observa sobre todo en los lugares marginados de países subdesarrollados, donde viven en condiciones insalubres y la preparación de los alimentos se lleva a cabo sin higiene y con un elevado índice de contaminación ¹⁸.

Riesgo a largo plazo: Las prácticas de alimentación complementaria inadecuadas pueden tener un impacto negativo en la salud a largo plazo, esto sucede a través de dos mecanismos: primero por efecto acumulativo, dado que cuando se introducen los alimentos en forma temprana, puede haber evidencia clínica de morbilidad años más tarde; segundo, cuando se crean hábitos de alimentación que conducen a prácticas dietéticas indeseables, las que a su vez condicionan problema de salud ¹⁸.

b) Riesgos de la alimentación complementaria tardía

Si la alimentación complementaria empieza después de los seis meses de edad, el niño no recibirá suficiente alimentación y puede ser más difícil el periodo de adaptación a nuevas consistencias, texturas y sabores de los alimentos.

- Insuficiente energía para apoyar un óptimo crecimiento y desarrollo.
- Dificultad para la aceptación de otros alimentos.
- Aumenta el riesgo de malnutrición y eficiencia de micronutrientes, principalmente el hierro ¹⁸.

Fisiología del niño mayor de seis meses que apoya la alimentación complementaria

➤ **Maduración digestiva:** La función digestiva de la mayoría de los niños de seis meses es suficientemente madura; el intestino adquiere un desarrollo suficiente para oficiar como “barrera” y en buena proporción evitar la entrada de alérgenos alimentarios; a su vez para digerir la mayor parte de los almidones (cocidos o hidrolizados), las proteínas y la grasa de la dieta no láctea (la amilasa pancreática a los cuatro meses es baja o casi ausente) ¹⁸.

➤ **Maduración renal:** A los seis meses la filtración glomerular es del 60 - 80% de la del adulto y las capacidades de concentración y de excreción de sodio, fosfatos e hidrogeniones son mayores que al nacimiento, aunque aún limitadas entre los seis y los doce meses ¹⁸.

Otro condicionante de ese comienzo es el requerimiento nutricional, que cambia proporcionalmente al crecimiento del bebé. De manera característica, a partir del sexto mes de vida el bebé necesita mayor aporte energético y de algunos nutrientes específicos (por ejemplo: hierro, zinc, calcio y las vitaminas A, C y D); con la sola leche esas necesidades son imposibles de cubrir. Si el bebé no recibe cantidades adicionales de esos nutrientes, no podrá progresar apropiadamente en crecimiento y desarrollo ¹⁸.

➤ **Desarrollo psicomotor:** Hacia los cinco meses el bebé empieza a llevarse objetos a la boca; a los seis meses el niño inicia los movimientos de masticación, desaparece el reflejo de extrusión lingual y es capaz de llevar hacia atrás el bolo alimenticio para su deglución; hacia los ocho meses la mayoría se sientan sin apoyo y tienen suficiente flexibilidad lingual para tragar alimentos más espesos; hacia los diez meses pueden beber con una taza, manejar una cuchara y coger alimentos con sus dedos ¹⁹.

- **Maduración inmune:** La introducción de alimentación complementaria supone la exposición a nuevos antígenos y cambios en la flora digestiva con repercusión en el equilibrio inmunológico intestinal. Es un momento de gran influencia sobre el patrón de inmuno respuesta, y los factores específicos tolerogénicos y protectores del intestino que aporta la leche humana pueden modular y prevenir la aparición de alergias y reacciones adversas ¹⁹.

Fases de la alimentación del lactante

La alimentación de un niño se clasifica en tres etapas: lactancia de transición y modificada del adulto.

- Lactancia:

Edad: primeros seis meses de vida. Alimentación: Láctea exclusivamente.

- De Transición:

Edad: Entre los seis y ocho meses de vida.

- Alimentación: Se introducen alimentos diferentes a la leche y el tamaño de la “porción” va en aumento.

- Modificada de adulto:

Edad: Entre los ocho y veinticuatro meses de vida.

Alimentación:

Los niños manejan los mismos horarios de alimentación que los adultos. Pueden comer casi todos los alimentos, aunque varía la “consistencia”. Cuando el niño consigue con sus dedos hacer el movimiento de pinza, debe fomentarse y promover que “tome” alimentos

más sólidos y se los lleve a la boca. Alrededor del año de edad, el niño es capaz de cerrar los labios, apretarlos contra el vaso y tomar líquido del recipiente que otra persona sostiene.

Multimicronutrientes

El problema nutricional de niños y niñas de los países de América Latina y El Caribe no solo se limita a un déficit de peso y talla, sino también al déficit de muchos micronutrientes, que también tienen un impacto negativo en el crecimiento, la inmunidad y el desarrollo intelectual, además de aumentar la tasa de mortalidad. Estos micronutrientes, que son vitaminas y minerales necesarios en pequeñas cantidades, son esenciales para un buen comienzo en la vida y un crecimiento y desarrollo óptimos. En particular, el hierro, el zinc, la vitamina A, el ácido fólico y el yodo juegan un papel fundamental en el mantenimiento de poblaciones saludables y productivas. Con ellos, una niña o niño pequeño tiene la oportunidad de sobrevivir y prosperar, aprender y permanecer en la escuela, para convertirse en un adulto productivo. Sin ellos, su potencial se puede perder para siempre. Del mismo modo, cuando toda la población no tiene acceso a las vitaminas y minerales básicos, los países sufren una enorme pérdida de potencial humano. Las deficiencias de micronutrientes generalizadas en una población pueden afectar negativamente los presupuestos de salud, socavar los esfuerzos en educación, debilitar la mano de obra y debilitar la economía (Unicef, 2009). La entrega de micronutrientes a las personas que los necesitan es una tarea compleja que ha demostrado, científicamente, tener múltiples beneficios para la población. Los programas de micronutrientes han evidenciado mejoría en la capacidad física e intelectual de la persona y, consecuentemente, de toda la población beneficiaria. Los programas de suplementación de micronutrientes que son asequibles, viables y con respaldo científico pueden ayudar a expandir aún más el potencial de los beneficios. El costo/efectividad es

muy alto ²⁰.

Dentro del contenido de estos micronutrientes, se encuentra 12.5 mgr de fumarato ferroso encapsulado. El hierro es un metal con funciones de gran importancia debido a que participa en procesos vitales para el ser humano como la respiración celular y los sistemas enzimáticos responsables de la integridad celular. En la naturaleza se encuentra principalmente como óxido, hidróxido férrico o como polímeros. En el organismo el hierro puede actuar como: Hierro funcional: formando numerosos compuestos, entre ellos alrededor de 65% como hemoglobina, 15% como enzimas que lo utilizan como cofactor o grupo prostético (catalasas, peroxidasas, oxigenasas y transportador de los citocromos) y mioglobina como hierro de transporte en la transferrina (entre 0.1 y 0.2%); como hierro de depósito formando la ferritina y la homosiderina (20%). Una pequeña parte del hierro sale de la célula intestinal por microhemorragia y descamación de la célula intestinal; es excretado por las heces, la orina, el sudor y descamación de la piel y faneras (pelo y uñas), por lo que se debe reponer siempre en la dieta. Debido a que tanto su deficiencia como su exceso pueden afectar funciones importantes, su metabolismo debe estar estrictamente controlado. Se sabe que en niños de 0 a 2 años se pierden alrededor de 0.04 mg/kg/d y en niños de 2 a 8 años 0.03 mg/ kg/d. Se estima que el requerimiento diario promedio de hierro absorbido es de 0.69 mg entre los siete y doce meses de edad; a partir del año disminuye a 0.63 mg de hierro absorbido hasta el año y medio de edad ²¹.

La Organización Mundial de la Salud marca el inicio de alimentación complementaria a los 6 meses, con el fin de satisfacer los requerimientos de hierro de los niños, ya que la lactancia materna ya no cubre los requerimientos de hierro y zinc, y aún no hay absorción de hierro de alimentos como vegetales, lácteos y leguminosas ²¹.

El Ministerio de Salud (MINSA), en cumplimiento a la disposición de la OMS, aprobó el 19 de setiembre de 2014 la Directiva Sanitaria 056 –MINSA/DGSP, que establece la entrega de multimicronutrientes a niños menores de tres años. Este suplemento previene la anemia y la desnutrición. El micronutriente contiene hierro elemental 12.5, vitamina A 300 ug, vitamina C 30 mg, zinc 5 mg, ácido fólico 160 ug. Su administración es diaria durante 12 meses continuos (360 sobres) ²².

Interacción en la alimentación

Actualmente se reconoce que la alimentación complementaria óptima depende no solo de que alimentos se les ofrece a los niños en sus comidas (que dar de comer), sino también es importante la manera de cómo, cuándo, dónde y quien da de comer a un niño. La interrelación entre el niño y la madre o cuidadora durante la alimentación puede ser crítica e influenciar sobre el consumo de nutrientes. Se describe los siguientes estilos:

- Un “estilo controlador”, donde la madre o cuidadora decide cuando y como come el niño, puede llegar a que los niños no reconozcan adecuadamente sus propias señales de apetito y autorregulación de su ingesta de energía, poniendo al niño en riesgo de sobrepeso.
- Un estilo “dejar hacer” o “liberal”, donde la madre o cuidadora ofrece muy poca ayuda física o poco ánimo verbal en el momento de la alimentación, aun a niños menores de un año, salvo que el niño este enfermo o que no coma. Este estilo es frecuente en nuestra población.
- Un estilo “interactivo” incluye comportamientos que permiten una óptima interrelación madre o cuidadora- niño ²³.

Madre: Es aquella persona que Dios nos pone en nuestra vida desde el momento de la concepción, para cuidarnos, protegernos durante nuestra etapa de vida, la madre también es con o sin lazos consanguíneos, quien se encarga del cuidado, alimentación y cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo de los niños ²⁴.

La madre como cuidadora: La madre es responsable principal de la nutrición, educación, afecto, estimulación y desarrollo de los niños, por lo mismo el cuidar a los niños es una ardua responsabilidad lo cual ha repercutido frecuentemente en el rol de las mujeres y más aún si se trata de una madre sola. Muchos teóricos relacionan esta responsabilidad con el apego del niño hacia la madre y el tiempo permanente de ella con el niño. Es por eso que dependerá de la madre y sus cuidados el desarrollo saludable de su hijo teniendo como eje primordial la alimentación y el afecto que le brinda aun antes del nacimiento lo cual repercutirá a nivel cognitivo, social, y de lenguaje, de esta manera las mujeres en su rol de madre poseen objetivos primordiales dentro de la sociedad ²⁴.

Características de la persona responsable del cuidado del niño: El cuidado que debe brindar la persona responsable del cuidado de los niños, debe ser afectivo ya que es importante no sólo para la supervivencia de los niños sino también para su óptimo desarrollo físico, mental, y para una buena adaptación, contribuyendo al bienestar general y felicidad del niño, que en otras palabras es una buena calidad de vida.

La persona responsable del cuidado del niño debe contar con una buena salud física, emocional y social. No debe mostrarse ante él con preocupaciones, irritabilidad, o tristeza. Debe presentarse ante él con alegría y cariño. Debe brindarle seguridad, protección, a la vez estimulara la autonomía del niño. La persona responsable del cuidado del niño debe ser responsable de sus actos, mantener buenos modales, ya que los niños tienen a juzgar por la manera en que la madre luce y actúa, y por las palabras que dice.

La madurez en la persona responsable del cuidado del niño también debe estar presente; ser sensata y actuar con calma ante una emergencia. Debe ser siempre precavida, proteger a su niño de cualquier peligro y estar alertas. Debe ser paciente hasta que el lactante se acostumbre a la alimentación complementaria, tener conocimiento de cómo reaccionará su niño a la nueva introducción de alimentos le ayudará a realizar mejor su cuidado nutricional del niño. Por ejemplo, la madre debe saber que cuando se introducen alimentos semisólidos a un niño que aún no es capaz de mantenerse sentado, es recomendable que ella se sienta frente a una mesa donde haya colocado el plato con el alimento y la cuchara, sienta a su hijo sobre sus piernas y le permita recargarse contra su brazo izquierdo. Con la cuchara en la mano derecha puede golpear el borde del plato para llamar la atención de su hijo con este sonido. La cuchara, ya cargada con el alimento, se acerca a la boca del niño a una altura que pueda seguirla con los ojos. Se introduce el alimento suavemente, sin forzar al lactante para que abra la boca. Se espera a que trague perfectamente y se inicia una nueva cucharada o se interrumpe si el lactante muestra resistencia a continuar alimentándose.

Esta nueva experiencia es vivida por el lactante en estrecho contacto físico con su madre y en una forma compleja en que se integran estímulos afectivos, táctiles, sonoros, visuales y gustativos. Hacia los siete u ocho meses, el niño intenta tomar los alimentos con su mano, y también con la cuchara. Esta iniciativa representa el inicio de la autonomía en la alimentación y es conveniente que la madre respete y estimule esos intentos. A esta edad, puede ofrecérsele los líquidos en vaso o taza y permitirle que los tome él mismo, aunque derrame gran parte del contenido. De este modo, alrededor del año de edad el niño es capaz de alimentarse adecuadamente por sí solo. De este modo la madre con conocimiento de estas pautas permitirá que su lactante obtenga un óptimo crecimiento y desarrollo a nivel cognitivo, emocional y social ²⁴.

➤ **Persona cuidadora:** la mayoría de las escritoras y escritores en el área del desarrollo infantil reconocen hoy que la persona implicada en esta relación primaria y única, no tiene que ser necesariamente la madre biológica. usan el término de responsable del cuidado infantil, para destacar el hecho de que puede ser cualquier persona adulta, mujer o varón, que asume la responsabilidad del cuidado de un niño o niña en particular ²⁵.

➤ **Teoría Transcultural de Madeleine Leininger.**

Fue la fundadora de la teoría transcultural y líder en la teoría de los cuidados a las personas, se basó en la disciplina antropológica y definió a la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio y análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias en salud y enfermedad, el propósito de esta teoría es concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura ²⁵.

Leininger define:

Persona como ser humano.- Se cuida y es capaz de interesarse por otros; aunque los cuidados de los seres humanos son universales, las formas de cuidar varían según las culturas.

Entorno.- La teoría de Leininger no lo define explícitamente, pero sí se exponen los conceptos de la visión del mundo, estructura social y contexto ambiental. Está muy relacionado con el concepto de cultura.

Salud.- Se considera como un estado de bienestar, es culturalmente definida, valorada y practicada.

- Refleja la capacidad de los individuos para llevar a cabo sus roles cotidianos.
- Incluye sistemas de salud, prácticas de cuidados de salud, patrones de salud, promoción y mantenimiento de la salud.
- Es universal a través de todas las culturas aunque es definido de forma distinta en cada cultura para reflejar sus valores y creencias específicas.

Enfermería.- Se define como una ciencia y arte humanístico aprendiendo que se centra en las conductas, las funciones y los procesos personalizados que promueven y mantienen la salud o recuperan de la enfermedad.

- Tiene un significado físico, psicocultural y social para aquellas personas que son asistidas.
- Utiliza tres modos de acción (preservación de los cuidados culturales, acomodación de los cuidados culturales y remodelación de los cuidados culturales) para proporcionar cuidados de la mejor manera de acuerdo con la cultura del cliente.
- Utiliza un enfoque de resolución de problemas que se centra en el cliente, como se define en modelo sunrise.
- Requiere la comprensión de los valores, las creencias y las prácticas específicas de la cultura del cliente ²⁵.

Los principales conceptos de la teoría de Leininger son: “cuidado, atención, cultura, valores culturales y diferencias culturales; especificó que la atención era el tema central del cuidado, el conocimiento y la práctica Enfermera, puesto que la atención incluye los actos para ayudar y dar soporte o facilidades a individuos o grupos con necesidades evidentes o previsibles, también sirve para mejorar las condiciones humanas y los modos

de vida”²⁵.

La teoría transcultural se puede visualizar a través del “Modelo del Sol Naciente” el cual describe al ser humano como un ente integral, que no puede separarse de su procedencia cultural ni de su estructura social, de su concepción del mundo, lo que constituye uno de los principios fundamentales de la teoría de Leininger, esta teoría se divide en cuatro niveles. Estos niveles van de más a menos abstracto y los tres primeros niveles proporcionan conocimientos para brindar cuidados culturalmente coherentes²⁶.

En el **nivel uno** se representa la visión del mundo y los sistemas sociales, permite el estudio de la naturaleza, el significado y los atributos de los cuidados desde tres perspectivas: micro perspectiva (los individuos de una cultura), perspectiva media (factores más complejos de una cultura específica) y macro perspectiva (fenómenos transversales en diversas culturas). Estas características representan el entorno donde se desenvuelve el individuo a través de estructuras sociales que define la Sociología.

En el **nivel dos** proporcionan información acerca de los individuos, las familias, los grupos e instituciones en diferentes sistemas de salud, pero también proporciona información acerca de los significados y expresiones específicas relacionadas con los cuidados de salud.

En el **nivel tres**, proporciona información acerca de los sistemas genéricos o tradicionales y profesionales, incluyendo la Enfermería, que actúan dentro de una cultura e identificación de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales; se puede señalar que este nivel retoma planteamientos filosóficos del ser humano; por lo que es necesario rescatar y promover el trabajo multidisciplinario que permita a los profesionales brindar un cuidado integral a la persona tomando como referencia los conocimientos y habilidades tradicionales.

Finalmente, el **nivel cuatro** determina el nivel de las acciones y decisiones de los cuidados Enfermeros; en este nivel se proporcionan los cuidados Enfermeros que incluyen la preservación, acomodación y remodelación de los cuidados culturales (Cuidados culturalmente congruentes) ²⁶.

La enfermería actúa como un puente entre los sistemas genéricos y profesionales, dentro de la teoría; la conservación y el mantenimiento de los cuidados culturales, la adecuación y negación de estos cuidados y el rediseño o reestructuración de los mismos. El sexo, la edad y la clase social se consideran factores emocionales y otras relacionadas se contemplan desde un punto de vista holístico y no de forma independiente o fragmentaria.

Con esta doctrina con que hemos sido formadas, reconocemos la importancia y trascendencia para el niño, de iniciar una nueva etapa en su alimentación. Percibimos la necesidad de informar y sensibilizar a sus cuidadores sobre los cuidados, beneficios y riesgos de esta nueva etapa. Por ello necesitamos un diagnóstico basal sobre su nivel de conocimientos, sus prácticas actuales sobre la alimentación complementaria. Es con este propósito que formulamos la siguiente pregunta de investigación científica: ¿Cuáles son las prácticas de la alimentación complementaria en las madres de niños de 6 a 8 meses. Centro de Salud CESAMICA-Piura 2017?. Esta investigación va a permitir identificar las prácticas que tengan las madres sobre la alimentación complementaria, sirviendo así de fuente de información para otros trabajos de investigación. El objetivo general de esta investigación es conocer las prácticas de la alimentación complementaria en las madres de niños de 6 a 8 meses. Centro de Salud CESAMICA - Piura 2017. Para alcanzar este objetivo general, debemos: Identificar las prácticas de la alimentación complementaria en las madres de niños de 6 a 8 meses de edad, en relación a las medidas de higiene;

Identificar las prácticas de la alimentación complementaria en las madres de niños de 6 a 8 meses de edad, en relación a los estilos de alimentación; Identificar las prácticas de la alimentación complementaria en las madres de niños de 6 a 8 meses en relación a características de la alimentación complementaria e Identificar las prácticas de la alimentación complementaria en las madres de niños de 6 a 8 meses de edad, respecto al uso de multimicronutrientes.

La alimentación complementaria es el proceso que comienza cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del niño, y por tanto se necesitan otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. La transición de la lactancia exclusivamente materna a los alimentos familiares, lo que se denomina alimentación complementaria, normalmente abarca el período que va de los seis a los veinticuatro meses de edad ⁶.

Según el Ministerio de Salud (MINSA), la incidencia de desnutrición aumenta a partir de los seis meses de edad cuando el niño pasa por el periodo de transición de lactancia materna exclusiva a la alimentación complementaria debido al escaso conocimiento y malas prácticas en alimentación complementaria de la madre, ya que no tiene en cuenta muchas veces aspectos tan importantes como la cantidad de alimentos a proporcionar, consistencia y frecuencia de los mismos así como las condiciones de medidas higiénicas.

El profesional de enfermería, promueve, contribuye a mantener la salud de las personas, especialmente de los grupos más vulnerables entre ellos los niños menores de un año, por lo que debe brindar un cuidado integral al niño como un todo en los tres niveles de atención. La enfermera en el primer nivel de atención da énfasis a la promoción de la salud y prevención de riesgos y daños; es en este nivel específicamente en el consultorio de crecimiento y desarrollo, ella establece un trato directo con las madres, y la instruye

sobre este paso tan importante en la vida del niño que es la incorporación de otros alimentos junto a la lactancia materna convirtiéndose en un recurso valioso para disminuir la desnutrición y anemia en los niños, a través de sus conocimientos científicos y su conocimiento de usos y costumbre de las madres en relación a esta práctica tan importante para la salud y calidad de vida del niño.

Así el estudio cobra importancia para el profesional de enfermería porque los resultados permitieron reorientar el trabajo y el rol de la enfermera en relación a la información, educación y comunicación sobre alimentación complementaria del niño, evaluando las fortalezas y debilidades del cuidado de enfermería, lo que permitirá plantear cuidados e intervenciones que debe modelar o transformar las actitudes de las madres.

Además servirá para las profesionales del centro de salud CESAMICA plantear estrategias de capacitación del personal de salud en temas de alimentación y nutrición infantil, de esa manera empoderarlos para que realicen una adecuada promoción de la salud y prevención de enfermedades, y a la vez empoderara a las madres de familia con el conocimiento para que tomen decisiones adecuadas en la alimentación de sus niños y así lograr un cambio de actitud, trayendo consigo una satisfacción personal y social en los padres y cuidadores de los niños pertenecientes a la jurisdicción del centro de salud CESAMICA.

Se elaboraron definiciones operacionales que guiaron la investigación. Estas son:

- Alimentación complementaria: Es la ingesta de alimentos al niño, dado que los nutrientes de la leche materna ya no son suficientes para nutrir al niño.
- Prácticas de alimentación complementaria: Son todas las actividades que incluyen preparación, mezclas, combinaciones y formas de administrar los alimentos al niño.

- Madre cuidadora: mujer que sin ser necesariamente la madre biológica, es la responsable de las prácticas de alimentación complementaria para el niño.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de investigación:

Según Hernández y otros, el presente estudio es una investigación de tipo cuantitativa, descriptivo, de corte transversal, porque nos permitió recoger, medir y analizar datos cuantitativos sobre las variables en estudio; es descriptiva, porque determinó las prácticas de las madres sobre la alimentación complementaria en niños de 6 a 8 meses del centro de salud CESAMICA – Piura. Y es de corte transversal, porque permitió conocer las prácticas de las madres durante un tiempo y espacio determinado.

3.2. *Diseño de la Investigación*

M  O

Dónde:

M = Madres

O = OBSERVACIÓN de prácticas de alimentación complementaria

3.2 Población y muestra

Población

Para obtener la población, se acudió al padrón electrónico de CRED en menores de 1 año de edad, existente en el servicio de Control de Crecimiento y Desarrollo de CESAMICA, identificándose 120 madres.

Muestra:

Se obtuvo el tamaño de muestra de la madre cuidadora que llegaban con sus niños al control de crecimiento y desarrollo del área de influencia C.S. CESAMICA, donde la mayoría proviene del Bajo Piura. La selección se realizó por conveniencia en forma diaria de lunes a sábado, las mismas que cumplían los criterios de inclusión obteniéndose una muestra de 30 madres.

Criterios de inclusión

- Madre, responsable de niños de 6 a 8 meses de edad que acudieron al control de crecimiento y desarrollo al Centro de Salud CESAMICA - Piura 2017. Entre los meses de agosto a octubre.
- Madre, responsable de niños de 6 a 8 meses de edad que han participado al menos en una sesión demostrativa de alimentación complementaria.
- Madre, responsable de niños de 6 a 8 meses de edad que aceptaron participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Niños con enfermedades congénitas o que presenten trastornos en su desarrollo motor
- Madres, que no acudieron frecuentemente al control de crecimiento y desarrollo de sus niños en el Centro de Salud CESAMICA - Piura 2017.
- Madres responsables de los niños que no aceptaron participar en el estudio.
- Madres responsables de los niños que presentaron alguna discapacidad que no les permitió responder adecuadamente.

➤ Madres responsables de los niños, que son menores de edad.

3.3 Materiales, técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó como técnica la observación a las madres de los niños de 6 a 8 meses a través de la visita domiciliaria, para la cual se solicitó el consentimiento informado, previa información del propósito de la investigación a la madre responsable del cuidado del niño, siendo la visita realizada en horas de almuerzo para aplicar el instrumento. La observación como procedimiento de recolección de datos permitió a las investigadoras a través de los sentidos observar hechos y realidades del objeto de estudio como son las prácticas de la alimentación complementaria; esta observación se realizó a la madre responsable del niño en su contexto diario que es la vivienda.

El instrumento fue una lista de cotejo, que permitió identificar comportamientos con respecto a las prácticas de la alimentación complementaria a través de un listado de indicadores que se constataron, en un solo momento, si se cumplía o no con la práctica de la alimentación complementaria.

El instrumento fue elaborado por las autoras respaldadas en los Lineamientos de Nutrición Infantil con RM. N° 958-2012/Ministerio de Salud. (MINSAL), y con apoyo el documento técnico de sesiones demostrativas de preparación de alimentos para la población materno infantil y fue sometido a revisión y mejora por expertos nutricionistas, y enfermeras que trabajan en el consultorio de consultorio de crecimiento y desarrollo, teniendo en cuenta la norma de alimentación complementaria del Ministerio de Salud. (MINSAL), el mismo que consta de un total de 26 ítems, agrupados en cuatro dimensiones para: Prácticas en relación a la higiene, la cual comprende 5 ítems; Prácticas en relación a características de la alimentación, comprende 11 ítems; Prácticas en relación a los

estilos de la madre de alimentación complementaria, comprende 05 ítems y Prácticas en relación a la suplementación de la alimentación comprende 05 ítems. Cada uno de los ítems se calificó como cero si la actividad no se cumplía y como uno si la actividad se cumplía. El puntaje final que calificó como prácticas favorables cuando las madres acumularon un puntaje de 12 a 26 puntos; y prácticas desfavorables cuando las madres acumularon un puntaje de 0 a 11 puntos.

3.4 Procesamiento y análisis de los datos

Los datos obtenidos de la lista de cotejo fueron procesados, tabulados estadísticamente en programa Excel y en SPSS V23.0 y presentados en cuadros y gráficos; que atendiendo a los objetivos del estudio de la investigación permitió la presentación de los datos en forma sistemática para su análisis porcentual e interpretación.

Validación del instrumento

Se validó el instrumento a través de juicios de expertos quienes eran enfermeras con experiencia en la etapa de vida niño - control del crecimiento y desarrollo tanto del nivel gerencial y operativo con la finalidad de ver la coherencia de los indicadores a observar, la redacción del texto en caso no sea comprensible y garantizar la validez de los instrumentos. Se sometió a una prueba piloto, con el objetivo de probar la factibilidad y congruencia del mismo. Esta prueba se realizó en la vivienda de 30 madres con hijos de 6 a 8 meses de edad que asistieron al control de crecimiento y desarrollo, a quienes se les realizó la visita domiciliaria para aplicar la lista de cotejo.

3.5 Principios de rigor científico

➤ **Credibilidad:** Es la veracidad de los descubrimientos relacionados con la investigación y hace referencia a la necesidad que exista una congruencia entre los resultados de la investigación y las opiniones emitidas por las personas que formaran parte de la

encuesta. Los datos obtenidos a través de la lista de cotejo serán analizados y presentados en el informe final, basándose fielmente a la verdad de la información. Los datos que se recogerán durante toda la investigación serán minuciosamente registrados ²⁷.

- **Confirmabilidad:** Nos va a permitir que otro investigador siga la pista o la ruta que como autoras haremos y pueda llegar a conclusiones iguales o similares, siempre y cuando tenga perspectivas similares. Para garantizar el cumplimiento de este criterio se llevará un registro cuidadoso de los datos y documentación completa de las decisiones e ideas que el investigador tuvo, correspondiendo fielmente a la realidad observada, pudiendo ser corroborados o confirmados por otro investigador ²⁷.
- **Neutralidad:** Garantiza que los resultados de la investigación no están sesgados por motivaciones, intereses, y perspectivas de las investigadoras ²⁷.

3.6 Principios éticos.

La investigación donde intervengan seres humanos, como suele ocurrir en la investigación en salud requiere garantizar sus derechos, es por ello que para la presente investigación se pusieron en práctica principios éticos fundamentales que postula el Informe Belmont, que regularon y guiaron la conducta ética de las investigadoras ²⁸.

- Principio de beneficencia.

Mediante esta investigación se buscó utilizar la Información obtenida por las madres con la finalidad de mejorar la alimentación complementaria en cuanto a calidad, cantidad, frecuencia y seguridad.

- Principio de no maleficencia.

La investigación no buscó dañar de ninguna forma a los participantes, dado que se realizaron visitas a las madres responsables de la alimentación del niño y la observación fue directa. No se obtuvieron muestras biológicas, no se administraron medicamentos. Es decir no se expuso al lactante ni a la persona responsable de su alimentación, a ningún riesgo a su salud ni a su integridad física.

➤ Principio de respeto a la dignidad humana.

Se practicó teniendo en cuenta el derecho a la autodeterminación, por lo que se les hizo firmar un documento de consentimiento informado; donde se dio fe que ellas decidieron libremente su participación en la investigación. La lista de cotejo de recolección de datos fue anónimas. La información procesada se usó exclusivamente para los fines del estudio. No se dio otro uso a esta información ni se lucró con ella.

➤ Principio de justicia.

Implicó brindar un trato equitativo a todas las participantes brindándoles un trato respetuoso y amable durante la investigación ²⁸.

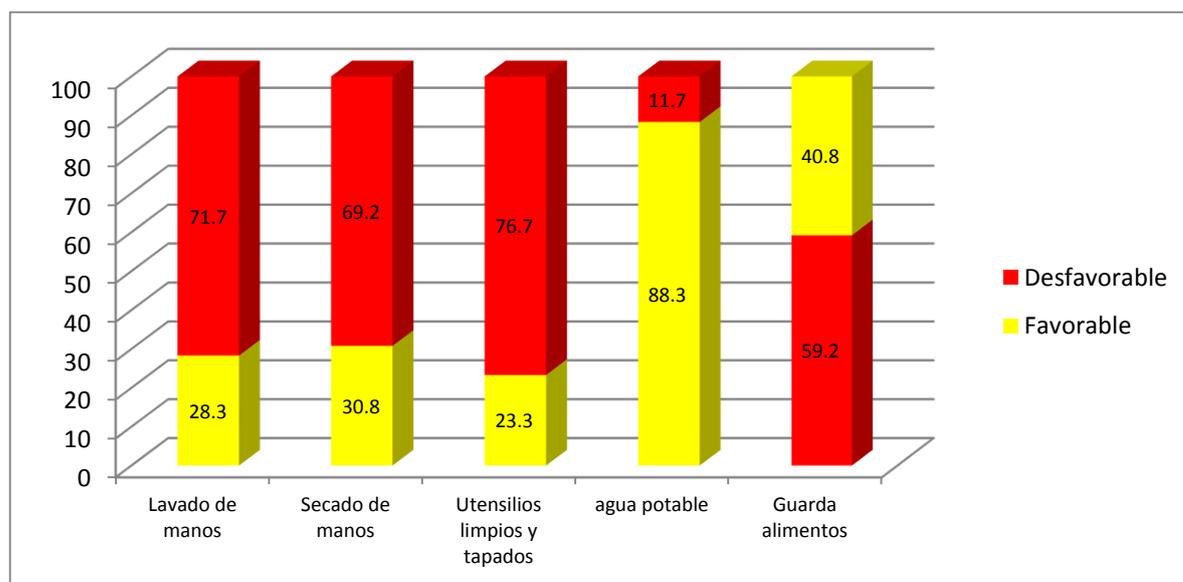
CAPÍTULO IV

4.1. RESULTADOS

Esta investigación realizada en las madres de niños de 6 a 8 meses del Centro de Salud CESAMICA – Piura permitió encontrar importantes resultados sobre las prácticas de las madres en cuanto a la alimentación complementaria, los cuales se presentan en tablas teniendo en cuenta los objetivos de estudio:

GRÁFICO 01.

PRÁCTICAS DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 8 MESES DE EDAD, EN RELACIÓN A LAS MEDIDAS DE HIGIENE. CENTRO DE SALUD CESAMICA - PIURA 2017.



Fuente: Lista de cotejo de prácticas de la alimentación complementaria en las madres de niños de 6 a 8 meses de edad.

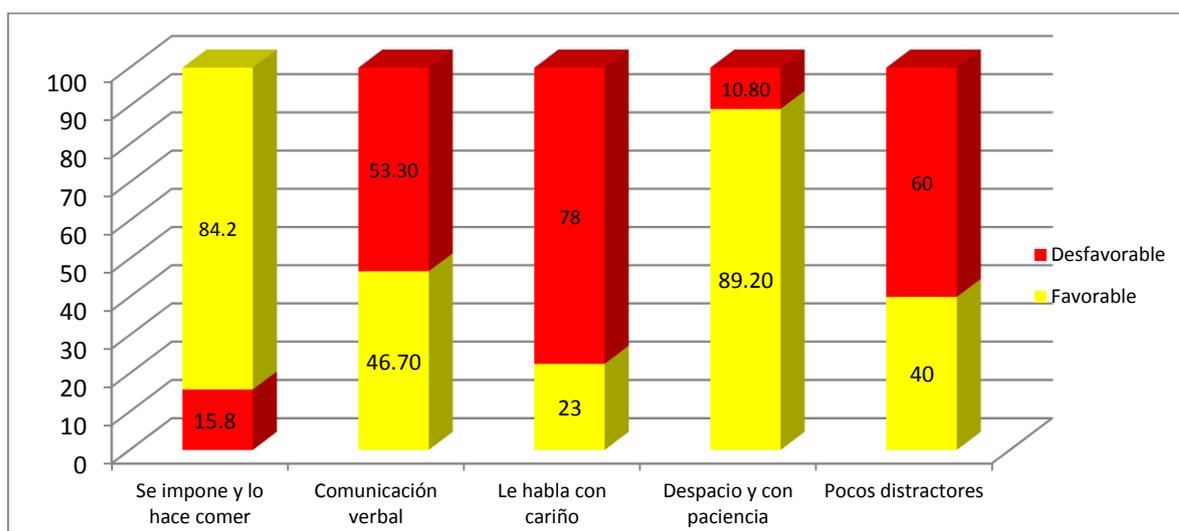
En el gráfico 01, se observa que el 28% de las madres se lavan las manos con agua a chorro y jabón antes de preparar los alimentos del niño y el 72% no lo hace. En relación al secado de manos el 31% tienen práctica favorable, porque lo realiza con toalla o secador limpio antes de preparar los alimentos del niño y 69% no la tiene. En cuanto al mantenimiento de utensilios limpios y tapados en un lugar protegido del polvo o insectos 23% de las madres lo realizan y el 77% no lo realizan.

El 88% de las madres indican que el agua que usa sí es potable. Mientras que el 12% refiere que el agua que utiliza no es potable, abasteciéndose de cisternas, que a su vez obtienen agua de fuentes para uso agrícola (canales).

El 59% de las madres, sí guarda los alimentos que el niño ha dejado de comer y el 41% no lo guarda.

GRÁFICO 02.

PRÁCTICAS DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 8 MESES DE EDAD, EN RELACIÓN A LOS ESTILOS DE ALIMENTACIÓN, EN EL CENTRO DE SALUD CESAMICA - PIURA 2017.

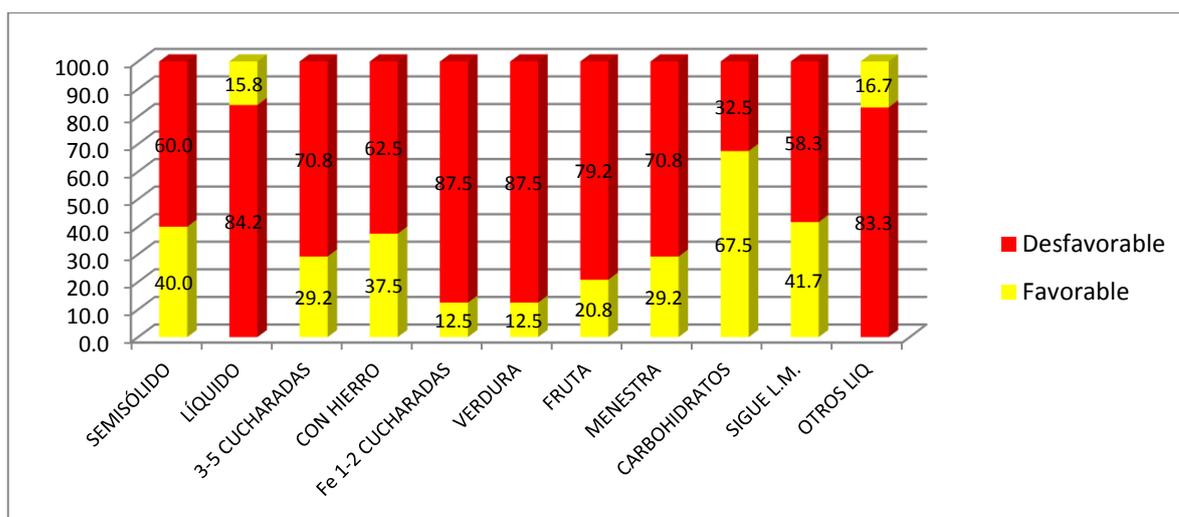


Fuente: Lista de cotejo de prácticas de la alimentación complementaria en las madres de niños de 6 a 8 meses de edad.

En el gráfico 02, se observa que el 84% de las madres encuestadas no se impone ni le hacen comer a la fuerza al niño, mientras que el 16% si lo hace. El 53% no hablan con el niño mientras lo alimentan, y el 47% si se comunica con el niño. El 23% de las madres refieren que le hablan con cariño al niño mientras le dan sus alimentos y el 77% no lo hace. El 89% de las madres refiere lo alimento con paciencia al niño mientras que el 11% sostiene que no le tienen paciencia al niño mientras le alimentan. El 40% de las madres que cuidan a los niños refieren que sí minimizan distractores mientras que el 60% responde que no lo hacen durante la alimentación del niño.

GRÁFICO 03.

PRÁCTICAS DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 8 MESES EN RELACIÓN A CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA. CENTRO DE SALUD. CESAMICA - PIURA 2017.



Fuente: Lista de cotejo de prácticas de la alimentación complementaria en las madres de niños de 6 a 8 meses de edad.

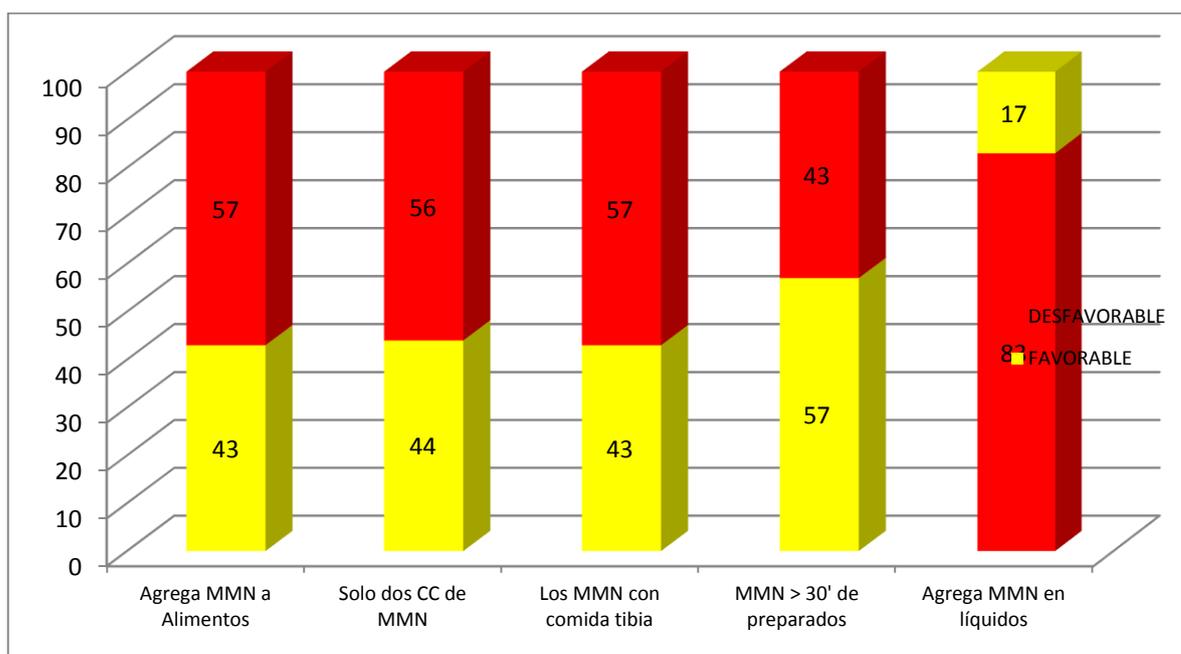
En el gráfico 03, observamos que el 40 % las madres proporcionan alimentación de consistencia semisólida tipo papilla o puré, y el 60% de ellas no lo hace. La madre proporciona alimentación de consistencia líquida, sopa o caldos en un 84% a diferencia del 16% que brinda alimentos de consistencia tipo papilla o puré. La cantidad de alimentos que ofrece al niño es aproximadamente de $\frac{1}{2}$ plato mediano o de 3 a 5 cucharadas, dicha característica la cumplen el 29% de madres, y no la cumplen un 71%.

Un 38% de las madres incluyen un alimento rico en hierro: hígado, sangrecita o bazo, a diferencia de un 62% que no incluyen estos alimentos en su alimentación complementaria. El 13% de madres le dan al niño 2 cucharadas de alimento rico en

hierro mientras que un 87% no cumple con darle dos cucharadas de alimentos ricos en hierro. Respecto a si se incluye verduras de color verde o amarilla en la alimentación complementaria, un 13% sí las incluye, a diferencia de un 87% que no lo hace. También se observó que en el 21% de los casos la madre proporciona fruta al niño en algún momento del día a diferencia de un 79% que no hace. También encontramos que un 29% de las madres incluye menestras en la alimentación del niño a diferencia de un 71% que no incluye menestras. También se observó que un 67% de las madres incluyen carbohidratos (papa, camote, yuca, arroz), en la alimentación del lactante a diferencia de un 33% que no lo hace. Asimismo, el 42 % de las madres continua ofreciendo leche materna al niño a diferencia de un 58% que dejó de hacerlo. También se observó que el 83% de las madres ofrecen líquidos como té y agua al niño mientras que un 17% no lo hace.

GRÁFICO 04.

PRÁCTICAS DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 8 MESES DE EDAD, RESPECTO AL USO DE MULTIMICRONUTRIENTES. CENTRO DE SALUD CESAMICA - PIURA 2017.



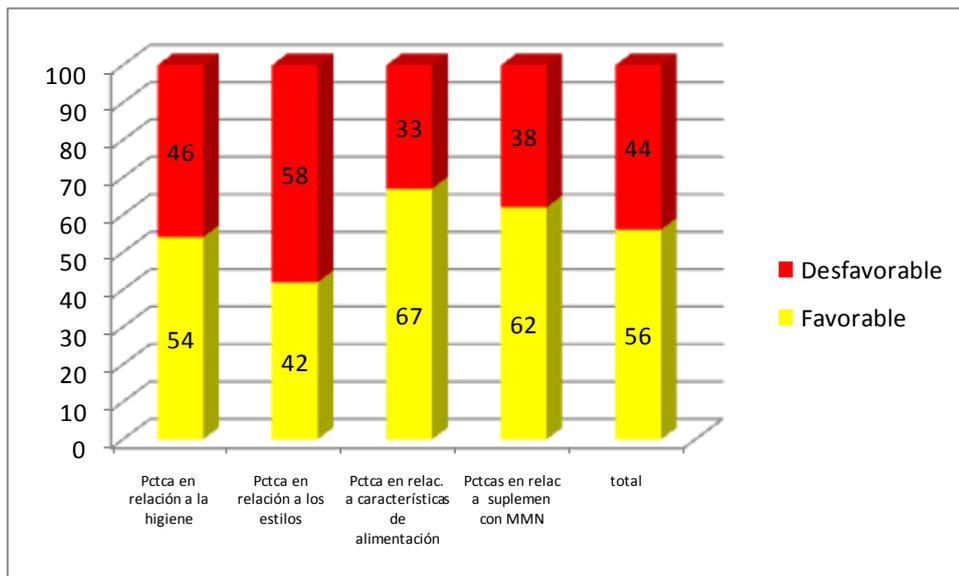
Fuente: Lista de cotejo de prácticas de la alimentación complementaria en las madres de niños de 6 a 8 meses de edad.

En el gráfico 04, observamos que el 43% de las madres sí agrega suplementos de micronutrientes en la alimentación mientras que el 57% no lo hace. Frente a la práctica de si los multimicronutrientes se agregan en solo dos cucharadas de comida, el 44% sí lo hace y el 56% no. Asimismo, el 43% de las madres sí mezcla los micronutrientes en comida tibia, a diferencia del 57% que no practica esta recomendación. También observamos que el 57% de las madres ofrece los micronutrientes en los primeros 30 minutos de estar preparados frente a un 43% que los ofrece hasta después de 30 minutos de estar preparados. Igualmente hemos observado que un 83% de las madres agrega

micronutrientes en líquidos o sopas, a diferencia de un 17% que no lo hace.

GRÁFICO 05.

**PRÁCTICAS ADECUADAS DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA,
SEGÚN DIMENSIONES Y GLOBAL**



Fuente: Lista de cotejo de prácticas de la alimentación complementaria en las madres de niños de 6 a 8 meses de edad.

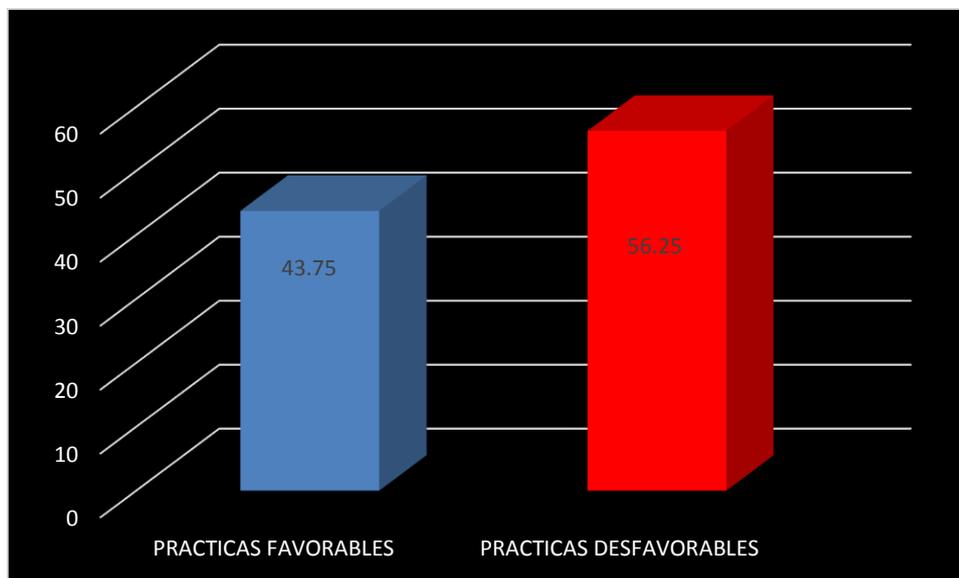
Respecto al gráfico 05, se observa que la dimensión referida a las características de la alimentación complementaria es la práctica más desfavorable presentando, un 67%. La segunda dimensión con más prácticas desfavorables es la referida a la suplementación alimentaria con micronutrientes, donde un 62% de las madres no lo practican. La tercera dimensión que menos se cumple es la relacionada con una adecuada higiene, donde observamos que un 54% de las madres practica hábitos desfavorables de higiene.

De manera global, resumiendo las conductas de las madres que alimentan al niño de 6 a

8 meses de edad, podemos concluir que el 56% de las prácticas evaluadas son DESFAVORABLES y el 44% de todas las prácticas evaluadas fueron FAVORABLES.

GRÁFICO 06.

PORCENTAJE DE PARTICIPANTES CON PRÁCTICAS ADECUADAS DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA



Fuente: Lista de Cotejo de la alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 8 meses de edad.

En el gráfico N° 06 se observa que el 43.75% de todas las madres incluidas en el estudio, responden y desempeñan adecuadamente todas las buenas prácticas de la alimentación complementaria, evaluadas globalmente y el 56.25% las realiza inadecuadamente o no las practica.

4.2. DISCUSIÓN

Debido al rápido crecimiento del niño, a partir de los 6 meses de edad se genera un déficit de energía que la leche materna no logra cubrir. Este déficit se conoce como Brecha de Energía. Es por ello necesario incorporar la Alimentación Complementaria ¹.

La alimentación complementaria se define como el proceso que comienza cuando la leche materna sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los niños y por ende, otros alimentos y líquidos son necesarios además de la leche materna ²⁹. El rango de edad óptimo para dar alimentación complementaria está habitualmente entre los 6 y 24 meses de edad ²⁹⁻³¹. Al introducir la alimentación complementaria el niño, tiende a disminuir la ingesta de leche materna, hasta que progresiva y gradualmente la alimentación complementaria desplaza a la lactancia materna ¹⁶.

La alimentación complementaria óptima está relacionada no sólo con el qué se come, sino también con el cómo, cuándo, dónde y quién alimenta al niño. La incidencia más elevada de enfermedades diarreicas ocurre durante la segunda mitad del primer año de vida, puesto que la ingesta de alimentos complementarios aumenta. El desarrollo neuromuscular de los niños determina la edad mínima según la cual puede comer ciertos tipos de alimentos. Los alimentos semisólidos o purés son necesarios al comienzo, hasta que aparezca la habilidad de mordisquear (movimientos de la mandíbula hacia arriba y abajo) o masticar (uso de los dientes). Las habilidades descritas representan las aptitudes normales de niños sanos a diferentes edades ^{30,31}.

Cuando se ofrece alimentos de consistencia inapropiada, es posible que el niño no logre consumir una cantidad significativa, o que demore tanto en comer que su ingesta de alimentos se vea comprometido. Aunque dar alimentos semisólidos ahorre tiempo, para provecho del desarrollo infantil se recomienda aumentar la consistencia de los alimentos

gradualmente de acuerdo con la edad del niño. A mayor edad, mayor deberá ser el aporte energético de la alimentación complementaria, mientras que se hace menor el aporte energético de la lactancia materna.

Según Lenninger la enfermería transcultural pretende facilitar un cuidado multicultural seguro y eficaz. Por lo que el profesional enfermero debe enfrentarse en su cotidianidad a personas con un fondo cultural o étnico distinto a las necesidades que tiene que cubrir, este hecho genera resistencia al cambio de actitud de las madres a dar una alimentación acorde a las necesidades del niño, influenciada por las creencias y prácticas que tienen las madres del área de influencia del C.S. CESAMICA , pertenecientes al distrito de Castilla, donde sus patrones culturales se encuentran muy arraigados influenciados por el entorno como la madre, abuela vecinos.

En los resultados encontrados las madres al dar alimentación complementaria se ven influidas por costumbres locales, creencias transmitidas por generaciones así como también se ven influidas por los alimentos disponibles en la zona. Por ejemplo. El color rojo de los alimentos lo relacionan con la sangre. De ahí la costumbre de incluir gaseosas de color rojo a los lactantes para evitar la anemia ⁹.

Uno de los aspectos de las prácticas de alimentación complementaria, se refieren a la higiene tanto de las madres que preparan los alimentos como la higiene en los procesos de preparación y administración de alimentos y ambas se basan en el correcto lavado de manos.

La cantidad de bacterias que se ha podido identificar en una mano oscila entre 104 y 109 tipos y en cada centímetro cuadrado de la superficie de la piel hay unas 10,000 bacterias. Si no lavamos las manos antes de dar alimento al niño, podemos transmitirle bacterias, virus y parásitos, ya sea por contacto directo (tocando el alimento) o

indirectamente (con los utensilios) que se emplean para servir y manipular el alimento. Igualmente está comprobado que secar las manos, luego del lavado es fundamental, pues la cantidad de bacterias y gérmenes en la piel se reduce considerablemente tras el secado. Además porque la humedad propicia el crecimiento y reproducción de bacterias, por lo que tener las manos húmedas, a pesar de haberlas lavado bien, recogerá y propagará las bacterias 500 veces más rápido y favorecerá el desarrollo de gérmenes ²⁹.

Nuestros resultados revelan que el 28% de las madres observadas en su vivienda, si se lava las manos con agua a chorro y jabón antes de preparar los alimentos de los niños y el 72% de las madres no lo realiza siendo esta una práctica desfavorable.

La observación directa, de la práctica de higiene de las madres, permitió determinar que no usan jabón para lavarse las manos, solo agua y en algunos de los sectores de la jurisdicción del Centro de Salud CESAMICA no usan agua a chorro, si no que se lavan las manos con agua colocada en recipientes como ollas o tinas y allí se enjuagan las manos mientras cocinan.

Según la Directiva sanitaria para promocionar el lavado social de manos como práctica saludable en el Perú, ³³ éste debe ser usando agua y jabón común y tiene una duración no menor de 20 segundos. Esto permitirá remover un 80% de la flora transitoria. Luego del lavado adecuado, se debe proceder al secado de manos.

En nuestra investigación, el 31% sí se seca las manos con toalla o secador limpio antes de preparar los alimentos del niño y 69% de las madres tienen práctica desfavorable ya que lo hace con una tela cualquiera o en su propia ropa.

Las medidas de higiene que debe tener las madres en la preparación y administración de la alimentación complementaria es de suma importancia para evitar que estos se

contaminen y puedan traer consecuencias negativas en los niños como son los problemas gastrointestinales, en la investigación se encontró que el 23% de madres utilizan utensilios limpios y los alimentos son tapados o conservados dentro de un lugar protegido del polvo o insectos, a diferencia del 77%, que no lo practica, observándose en la visita domiciliaria que los utensilios están expuestos al ambiente, en algunos casos con presencia de moscas, siendo éstas transmisores de gérmenes que pueden causar diarreas y parasitosis en nuestros niños menores ³⁴.

Respecto al uso de agua potable, clorada o hervida (agua segura) al preparar los alimentos o lavar las frutas o verduras, el 12% de madres no usa agua segura mientras que el 88%, si tienen práctica favorable, ya que el agua potable es uno de los bienes más importantes y escasos que tienen las personas. El acceso al agua potable es una necesidad primaria y por lo tanto un derecho humano fundamental. En el Distrito de Castilla, sí existe abastecimiento de agua potable, a excepción de un 11.7% de viviendas, que corresponden a invasiones, las cuales carecen de este servicio y consumen agua procedente de agua para uso agrícola o agua de río llevada por cisternas, la que almacenan en bidones o baldes sin tapa.

Un 28% de las madres cuidadoras de los niños, no cumplen con lavar las frutas o verduras con agua clorada o hervida observándose, en la visita domiciliaria, que no lavan las uvas, manzanas, lechugas, brócoli y le dan directamente a la boca de los niños. Las frutas y verduras son alimentos muy susceptibles a contaminarse con sustancias químicas o agentes biológicos patógenos no solamente al cultivarlas si no también durante el transporte y expendio en los mercados. Es por ello que están en constante contacto con microorganismos y factores ambientales, por eso es importante lavar y desinfectar frutas y verduras ³⁶.

El 59% de madres guardan los alimentos que los niños han dejado de comer y el 41% no lo realiza. El conservar los alimentos dejados por los niños es una práctica desfavorable ya que el alimento rechazado por los niños queda con restos de saliva, la que contiene bacterias, quedando además, expuesto a temperaturas del ambiente piurano, que es bastante caluroso, haciendo que bacterias se multipliquen o generen toxinas patógenas, los alimentos se descomponen, con el riesgo de producir intoxicación alimentaria ^{33,34}.

En cuanto a los estilos de la alimentación complementaria, el 16% de las participantes, se impone y lo hace comer a la fuerza. 84% de las madres no impone ni insiste lo suficiente en la alimentación de los niños. Actualmente se reconoce que la alimentación complementaria óptima depende no solo de qué alimentos se le ofrece al niño en sus comidas (qué dar de comer), sino también es importante la manera de cómo, cuándo, dónde y quién da de comer a un niño.

La interrelación entre el niño y la madre durante la alimentación puede ser crítica e influenciar sobre el consumo de nutrientes, entonces según nuestros resultados, las madres utilizan un estilo “interactivo”, donde incluyen comportamientos que permiten tener una óptima interrelación madre - niño. Observando que las madres incluidas en nuestro estudio para detectar si realizan esta práctica, determinamos que el 47% sí se comunican verbalmente mientras lo alimentan y el 53% no. Aquí vemos, un estilo “dejar hacer” o liberal, donde la madre o cuidadora ofrece muy poca ayuda física o poco ánimo verbal en el momento de la alimentación.

Respecto al trato, el 23 % hablan con cariño al niño durante la alimentación y el 77% no lo hacen. Aquí se ve un “estilo controlador”, donde la madre o cuidadora, decide cómo darle de comer al niño pero no reconoce las propias señales del niño, tomándose el espacio y el tiempo para hablarle con cariño ⁶.

El 40% de las participantes sí minimiza distractores durante la alimentación y el 60% no lo hace, observándose en la visita domiciliaria, que mientras alimentan al niño, se dedica a ver la televisión, lo distrae con imágenes de su teléfono móvil, siendo esto un distractor que impide al niño centrarse en su alimento. El momento de la alimentación debe ser aprovechado para hablarle al niño: “Lo que muchos pueden considerarlo como un infantilismo por parte de la mamá y el papá, es de suma importancia para estimular al niño. La hora de alimentar a un niño pequeño, debe convertirse en un momento de amor, aprendizaje donde el niño logre conocer los colores, alimentos, utensilios”³⁷.

Nuestros resultados sobre el trato al niño durante su alimentación, son semejantes a los obtenidos por Deny Galindo en su tesis “Conocimientos y prácticas de las madres de niños de seis a doce meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud “Nueva Esperanza -Lima 2011”¹⁰, donde encuentra que el 57.5% de su muestra tiene prácticas adecuadas en la interacción en el momento de la alimentación; mientras que el 42.5% tienen prácticas inadecuadas. Quienes realizan prácticas inadecuadas, el 70% obliga al niño a comer a pesar de la negatividad de éste, poniendo al niño en riesgo de sobrepeso. Esta actitud es el estilo “controlador”. El otro 30% es la actitud opuesta, el estilo “dejar hacer”, posiblemente, por el poco interés de motivar e interactuar con el niño¹².

Con respecto a la tercera dimensión, características de la alimentación, el 40% de las madres proporcionan alimentación de consistencia semisólida al niño, tipo papilla o puré, y el 60% no lo hace. Respecto a la pregunta de si la madre proporciona alimentación líquida como sopa o caldos: 84% se observó como una práctica desfavorable, solo el 6% tiene prácticas favorables. El administrar caldos o sopas es una práctica desfavorable, según la OMS, en su publicación mitos o realidades, donde afirma que: las sopas o caldos en cuanto a su valor nutricional es muy pobre, la comida del bebe nunca debe ser licuada,

si no triturada con un tenedor ³⁰, mientras que ellos dan comidas muy copiosas, sopa, arroz, puré de papa, desde los 6 meses, no teniendo en cuenta ni la cantidad ni la calidad del alimento.

En relación a la cantidad de alimentos que ofrece al niño es aproximadamente de ½ plato mediano o de 3 a 5 cucharadas: 29% administra esta cantidad y el 71% no lo hace considerándose como una mala práctica.

En nuestro estudio encontramos que el 84% de las madres, daban caldos o sopas a los niños, mientras que Miguel Quiroz, en su estudio realizado en Cajamarca el año 2012, encontró que el 100% de sus encuestadas sí daban caldos o sopas a los niños³⁸ y en Brasil, el año 2017, Da Silva y colaboradores encontraron que el 90.9% de los menores de un año de edad, habían recibido sodas y refrescos envasados, predominando en ellos la alimentación con productos industrializados ⁹. Si bien nuestro resultado en este ítem de dar caldos o sopas es alto, es menor comparado con estudios de otros departamentos donde el arraigo de ancestrales costumbres se impone, o el resultado de otros países donde el consumo de alimentos envasados, con diversas sustancias químicas en su composición, genera una inseguridad alimentaria que en la población de lactantes puede tener consecuencias insospechadas en su salud.

El riesgo de padecer deficiencia de hierro o anemia ferropénica, durante los primeros dos años de vida aumenta, ya que es una etapa de rápido crecimiento, en las que las reservas neonatales de hierro se agotan a partir del sexto mes de vida y cuando la ingestión alimentaria de este nutrimento es inadecuada debido a ciertas prácticas alimentarias, tales como la introducción tardía de alimentos de origen animal.

Gladys Cevallos, en su tesis “Patrones de alimentación en niños menores de un año de edad que acuden a la consulta externa del hospital infantil del Estado de Sonora”

(México) estudió el consumo dietético de infantes mexicanos y observaron que menos de 10% de lactantes de 7 a 11 meses de edad consumían papillas preparadas únicamente con carne roja o pollo y que la mayoría consumía papillas a base de verduras y cereales bajas en zinc y hierro ³⁶.

La OMS afirma que los niños que no reciben suplementos o alimentos fortificados con hierro, y solo consumen papillas, preparadas con verduras no logran cubrir los requerimientos de hierro y zinc, los resultados obtenidos en la investigación en relación del consumo de alimentos ricos en hierro el 38% de la alimentación complementaria que proporciona la madre al niño contiene un alimento rico en hierro: hígado, sangrecita o bazo, pero es preocupante encontrar que el 87% de las madres tienen prácticas desfavorables en relación a esta práctica tan importante que favorece que el lactante no presente anemia.

Es importante tener en cuenta que la alimentación del niño debe contener la cantidad suficiente de hierro es por ello que la norma técnica del MINSA considera que esta debe ser aproximadamente 2 cucharadas, encontrando que solo el 13% tiene esta práctica favorable para evitar la anemia pero un gran porcentaje 87%. No lo realiza.

Como mencionamos en nuestro marco teórico, tanto la deficiencia como el exceso de hierro en el niño pueden afectar funciones importantes. Se sabe que en niños de 0 a 2 años se pierden alrededor de 0.04 mg/kg/d de hierro y en niños de 2 a 8 años 0.03 mg/kg/d de hierro. Se estima que el requerimiento diario promedio de hierro absorbido es de 0.69 mg entre los siete y doce meses de edad; a partir del año disminuye a 0.63 mg de hierro absorbido hasta el año y medio de edad ²¹.

La Organización Mundial de la Salud recomienda se inicie la alimentación complementaria a los 6 meses de edad, con el fin de satisfacer los requerimientos de

hierro del niño, dado que la lactancia materna ya no cubre los requerimientos de hierro y zinc, y aún no hay absorción de hierro de alimentos como vegetales, lácteos y leguminosas ²¹.

El Ministerio de Salud (MINSA), en cumplimiento a la disposición de la OMS, aprobó el 19 de setiembre de 2014 la Directiva Sanitaria 056 –MINSA/DGSP, que establece la entrega de multimicronutrientes a niños menores de tres años. Este suplemento previene la anemia y la desnutrición. El micronutriente contiene hierro elemental 12,5, vitamina A 300 ug, vitamina C 30 mg, zinc 5 mg, ácido fólico 160 ug.

Otro aspecto observado es si la alimentación del niño contiene una verdura de color verde o amarilla, que son las que aportan la vitamina A necesaria para la absorción del hierro obteniéndose los resultados que 13% agrega estos tipos de alimentos y el 87%, no realiza esta práctica favorable ³². Al respecto, sobre el consumo de frutas se obtuvo que el 21% de las madres proporcionan al niño en algún momento del día una fruta y el 79% no lo pone en práctica en la alimentación complementaria del niño. Otro aspecto observado fue si la madre utiliza algún tipo de menestra en la alimentación del niño se encontró 29% sí lo realiza siendo mayor el número de madres que no tiene esta práctica favorable en la alimentación del niño 71%, por otro lado se encontró que la madre incluye carbohidratos en la alimentación del niño: papa, camote, yuca y arroz 67% y 33% lo hace en menor proporción. Otro aspecto importante investigado es si la madre continúa dando lactancia materna encontrando que 41.7% lo hace y 58%, descontinúan esta práctica considerada muy importante para el adecuado crecimiento y desarrollo del niño ya que en esta edad se encuentra en un proceso de adaptación a la nueva alimentación considerándose prioritaria esta práctica para el mantenimiento de la salud del niño. La madre aparte de la lactancia materna da otro tipo de líquidos como té, anís: sí, 83% y no 17%.

La cuarta dimensión de la encuesta aplicada, corresponde al uso de multimicronutrientes (MMN). Encontramos que el 43% de los participantes sí agregan multimicronutrientes a los alimentos mientras que el 57% no lo hace. Esta negativa de más de la mitad de los participantes, contrasta con el 97.1% de madres que sí les administra en Huancavelica, de acuerdo al estudio de Paredes Huamán y Peña López ¹⁵. Sobre si agregan un sobre de multimicronutrientes en dos cucharadas de alimento, el 44% de las participantes sí lo hace y el 56% distribuye el sobre en más de dos cucharadas. En cambio, en el estudio realizado en Huancavelica ¹⁵ el 2.9% de las madres terminaba el sobre de MMN en solo dos cucharadas de alimento. En el otro extremo, la tesis de Jiménez, realizada en Lima, ²⁴, encuentra que el 84% de las madres le administran las dos cucharadas de manera correcta. Respecto a si los MMN se agregan a alimentos tibios, el 43% de las participantes respondió afirmativamente mientras que el 57% no toma en cuenta si está tibio el alimento. Liseth Solano, en su tesis realizada en Lima encontró que el 82% de las madres sí cuidaba la temperatura del alimento al momento de agregar los MMN ¹³. Respecto a si los MMN los agregan a alimentos con más de 30 minutos de preparados, el 57% respondió afirmativamente y el 43% respondió que los MMN los agregaban a alimentos con menos de 30 minutos de preparados, que es lo recomendado. En el estudio de Solano Cárdenas Liseth, se encontró que el 93% de las participantes lo agregaban al alimento recién preparado, y siempre con menos de 30 minutos de preparado ²⁴.

Sobre si agregan el MMN en preparados líquidos como sopas, el 83% respondió afirmativamente, mientras que el 17% respondió que no administra MMN en líquidos ni sopas, que es la práctica adecuada, pero que resulta siendo mayor en los resultados obtenidos por Paredes Huamán y Peña López, sobre práctica de administración de MMN en Huancavelica, encontraron que solo el 2.9% de las participantes de su estudio, no agregaban los MMN a sopas o líquidos ¹⁵.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

1. En relación con las medidas de higiene se halló que el mayor porcentaje se encuentra en madres con prácticas desfavorables como en lavado de manos en la preparación de alimentos 72%, secado de manos 69%, utensilios limpios 77%, encontrando en esta dimensión con practica favorable el uso de agua potable 88%.
2. En relación a los estilos de alimentación que usa las madres 84% no hacen comer a la fuerza al niño, pero el 77% no habla con cariño al niño en la alimentación. pero el 89% si alimentan con paciencia y dedica el tiempo necesario.
3. Respecto a la dimensión: características de la alimentación, se concluye que: el 60% de las madres no ofrecen al niño alimentos semisólidos como purés y papillas; el 84% de las madres dan líquidos, sopas o caldillos, el 71 % no ofrecen 3 a 5 cucharadas, cantidad necesaria para que la alimentación sea favorable en el niño.
4. La ingesta de hierro necesario para evitar la anemia en el niño se relacionan con el consumo de alimentos ricos en hierro encontrando que el 62% de madres no incluyen este tipo de alimentos en la alimentación del niño y el 87% no agregan las dos cucharadas de estos alimentos, presentándose un alto porcentaje de madres que no incluyen frutas y verduras en la alimentación del niño.
5. Respecto a la dimensión sobre prácticas en la suplementación con multimicronutrientes en la alimentación el 57% tiene practicas desfavorables y lo más resaltante que el 83% administra estos micronutrientes en líquidos siendo una práctica desfavorable en la alimentación del niño.

6. Finalmente, concluimos que del total de conductas evaluadas de los cuidadores de niños, solamente el 43.75%, tienen practicas favorables, mientras que el 56.25%, practicas desfavorables.

RECOMENDACIONES

1. A los trabajadores del centro de salud. CESAMICA se debe implementar un Plan de Capacitación en relación a la alimentación complementaria del niño para que se propicie una adecuada orientación y consejería.
2. Educar con diferentes metodologías a las madres de niños, en las prácticas desfavorables que tiene las madres en relación a la alimentación del niño para que se conviertan en prácticas favorables que propicien el adecuado crecimiento y desarrollo del niño.
3. A la enfermera jefe del centro de salud CESAMICA que priorice dentro de su Plan anual de capacitación los contenidos relacionados a alimentación complementaria del niño.
4. A los representantes de las estrategias del Articulado Nutricional Niño (PAN), Promoción de la Salud de la DIRESA- PIURA, para que consideren esta investigación como un insumo para orientar estrategias que conlleven a mejorar el estado nutricional del niño y la disminución de la anemia en el infante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. [En Línea]. (OMS); 2005 [Fecha de acceso 15 de octubre 2016] 58° Asamblea Mundial de la Salud Ginebra. Disponible en:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/A58_2005_REC1-sp.pdf
2. Castañeda F. Prácticas alimentarias y estado nutricional de los niños menores de 3 años. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Universidad San Carlos de Guatemala; 2008.
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Lactancia y Nutrición de Niñas, Niños y Madres [En Línea]; 2014 [Fecha de acceso 12 de octubre 2016]. Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/.../Libro.pdf.
4. Gobierno Regional de Piura. Dirección Regional de Salud. Estadística, Piura 2017.
5. Hinostroza M. Barreras y motivaciones en el nivel de adherencia a la suplementación con multimicronutrientes en madres de niños menores de 36 meses, cercado de lima. Tesis para obtener el grado de licenciado en nutrición. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú, 2015.
6. OMS. [En Línea]; 2015. [Fecha de acceso 24 de octubre 2016] Alimentación complementaria. Disponible en: ww.who.int/elena/titles/complementary_feeding/es.
7. Rolandi M. Creencias, práctica alimentaria materna y estado nutricional de niños de 6 a 24 meses. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería] Universidad FASTA- Argentina; 2014.
8. Castillo L, Lizarazo S, Penaloza L. Creencias y prácticas que existen sobre el inicio de

la alimentación en el lactante menor del área rural de Monjas, del Municipio de Moniquira, Departamento de Boyacá. Bogotá; s.n.; ene. 1986. 94 p.

9. Da Silva E, Vasconcelos V, Silva T, Cavalcante M, Vera M, Oliveira L. Complementary foods for infants attended in a family health center in the north east of Brazil. *Cogitare Enferm.* (23)1: e51220, 2018.
10. Galindo D. Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud "Nueva Esperanza". [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería] Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.
11. De Jesús M, Pinedo M. Actitudes y prácticas sobre la alimentación complementaria en madres y el estado nutricional de niñas (OS) de 6 a 12 meses, atendidos en la Unidad de Salud del Niño, Centro de Salud de Morales, Región San Martín, periodo Junio – Octubre 2016. Tesis para obtener el grado de licenciado en enfermería, Universidad Nacional de San Martín. Octubre 2016.
12. Galdos P, Minaya S, San Miguel G. Nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 24 meses que asisten al consultorio de crecimiento y desarrollo del Centro de Salud Ramón Castilla - Callao 2014. Tesis para optar el título de licenciado en enfermería. Universidad Nacional del Callao. 2014.
13. Zurita M. Conocimientos y prácticas de las madres de niños menores de 2 años sobre alimentación complementaria, en un centro de salud, San Miguel 2016. Tesis para lograr el título de licenciada en nutrición. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2017.
14. Cisneros E, Vallejos Y. Efectividad del programa educativo en conocimientos,

prácticas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños de 6 a 24 meses. Reque 2014. Tesis para obtener grado de licenciatura en enfermería. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Perú. 2017.

15. Paredes J; Peña A. Práctica de administración de multimicronutrientes en madres y anemia en niños de 6 a 11 meses de edad que asisten al área niño del centro de salud San Cristóbal· Huancavelica- 2013. Tesis para optar título de licenciado en nutrición. Universidad Nacional de Huancavelica. Perú, 2014.
16. MINSA. Lineamientos de Nutrición Materno Infantil del Perú. Lineamientos de Nutrición del niño o niña de 6 a 24 meses. [En Línea]; 2002. [Fecha de acceso 06 de mayo del 2016]. Disponible en: bvs.minsa.gob.pe/local/ins/158_linnut.pdf.
17. MINSA. Nutrición por etapa de vida. Alimentación complementaria de 5 a 24 meses. Huánuco -Perú. 2006. Fecha de acceso 30 de Mayo 2018. Disponible en http://www.minsa.gob.pe/diresahuanuco/NUTRICION/documentos/Alimenta_de_6_a_24.pdf.
18. Vásquez E, Romero E. Esquema de alimentación saludable en niños durante sus diferentes etapas de la vida. Parte I. primeros dos años de vida Guadalajara - México. 2008. [Fecha de acceso 14 de Febrero 2018]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2008/hi086o.pdf>.
19. Hernández M. “Alimentación Complementaria. AEPap. Ed. Curso de Actualización pediatría. [En Línea]; 2006. [Fecha de acceso 16 de Setiembre del 2016].
Disponible en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/complementaria.pdf>.
20. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Normas, protocolos y consejería para la suplementación con micronutrientes. Ecuador. Marzo 2011.
21. Tostado-Madrid T, Benitez-Ruiz I, Pinzon-Navarro A, Bautista-Silva M, Ramirez-

- Mayans J. Actualidades de las características del hierro y su uso en pediatría. Acta Pediatr Mex 2015;36:189-200.
22. MINSA. Directiva Sanitaria N° 056 Administración de micronutrientes. Perú; 2014: 29.
23. Daza W Dadán S. Alimentación complementaria en el primer año de vida. [En Línea]; 2013. [Fecha de acceso 13 de noviembre del 2016]. Disponible en: <https://scp.com.co/.../Alimentación%20complementaria%20en%20el%20primer%20a>.
24. Jiménez C. Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Fortaleza 2008. Lima, Perú: Tesis para graduarse de Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008.25-25 pp.
25. Leininger M. Modelos y Teorías en Enfermería: blog spot. [En Línea]; 2012. [Fecha de acceso 23 de noviembre del 2016]. Disponible en: Teoriasalud.blogspot.com/p/madeleine-leininger.htm.
26. Gonzales D. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. [En Línea]; 2006. [Fecha de acceso 15 de enero 2017]. Disponible en: http://www.ugr.es/~pwlac/G22_32Daniel_Leno_Gonzalez.html.
27. Baptista L. Metodología de la Investigación. [En Línea]; 2002. 54-78 pp. Disponible en: catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lad/dorado_h_a/capitulo3.pdf.
28. Informe Belmont principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación. Fecha de acceso el 17 de enero 2017. Disponible en: medicina.unmsm.edu.pe/images/Facultad_Medicina/.Etica/.../Belmont_report.pdf.
29. Serjan M, Saraceni L. Higiene en manos. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá [en línea]

2005, 24 [Fecha de consulta: 5 de noviembre de 2018] Disponible en:
<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91204104>

30. UNESCO. EL DESARROLLO SOSTENIBLE COMIENZA POR LA EDUCACIÓN. Cómo puede contribuir la educación a los objetivos propuestos para después de 2015. Francia. 2014.
31. Munares O., Gomez G. Adherencia a multimicronutrientes y factores asociados en niños de 6 a 35 meses de sitios centinela, Ministerio de Salud, Perú. Rev bras epidemiol jul-set 2016; 19(3): 539-553.
32. Terrones M. Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6-12 meses Centro de Salud Micaela Bastidas febrero 2013. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería]. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma; 2013. 34-39 pp.
33. MINSA. DGSP. Directiva sanitaria para promocionar el lavado de manos social como práctica saludable en el Perú, aprobada con RM 773-2012/MINSA. Perú. Diciembre 2017.
34. OPS. La alimentación del lactante y del niño pequeño. Suiza 2009. 173 pp.
35. Rios D. Balance entre Riesgos Biológicos y Químicos Generados en la Desinfección del Agua de Bebida. Tesis para grado de Bachiller. Universidad de la República Oriental del Uruguay. Uruguay 2004.
36. Cevallos G. Patrones de alimentación de niños menores de un año de edad que acuden a consulta externa del hospital infantil del estado de Sonora- México. Tesis para obtener la especialidad de médico pediatra. Universidad Nacional Autónoma de México. México 2013.
37. Everingham Ch. Maternidad, Autonomía y Dependencia: Un Estudio Desde la

Psicología. Narcea Ediciones. Edic 1. Australia, 1997. Pp184.

38. Quiroz M. Prácticas relacionadas a la alimentación del niño menor de tres años, desde la perspectiva de las madres de la comunidad de Sarabamba, distrito de Chota, provincia de Chota, Cajamarca, diciembre 2012. Tesis para optar el grado e Magister. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú, 2015.

ANEXOS

ANEXO 1:



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SECCIÓN DE POST GRADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente:

Yo,....., acepto participar de forma voluntaria en la investigación titulada: PRACTICAS DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 8 MESES. CENTRO DE SALUD CESAMICA-PIURA 2017” realizado por las

Licenciadas: Enf. Céspedes Rodríguez Rossina Elena, Enf. Oblitas Saldaña María Ismenia y Enf. Rodríguez García Laura Esther; estando de acuerdo con la utilización de los datos del instrumento de observación para los fines de la investigación.

Declaro que estoy informada de los siguientes aspectos:

1. Mi participación será voluntaria y que concordara con la utilización de datos del instrumento de observación para fines de la investigación.
2. La información que se obtendrán será tratada bajo absoluto secreto, anonimato y fielmente cuantificadas por las investigadoras.
3. Las investigadoras estarán disponibles para cualquier aclaración que sea necesario respecto al asunto abordado.

4. Tendrá el derecho de retirar el consentimiento para su participación cuando lo desee.
5. Confiando plenamente que todo lo expresado en esta entrevista será de estricta confidencialidad entre la participante y los investigadores.

Piura,.....del 2017.

Investigadora
DNI:

Madre de familia
DNI:

ANEXO 2:



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SECCIÓN DE POST GRADO



**ENCUESTA VALIDADA POR
EXPERTOS**

LISTA DE COTEJO

**PRÁCTICAS DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN
LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 A 8 MESES CENTRO DE SALUD
CESAMICA-PIURA 2017.**

RESPONSABLES:

LIC. CÉSPEDES RODRÍGUEZ ROSSINA ELENA.
LIC. OBLITAS SALDAÑA MARÍA ISMENIA.
LIC. RODRÍGUEZ GARCÍA LAURA ESTHER.

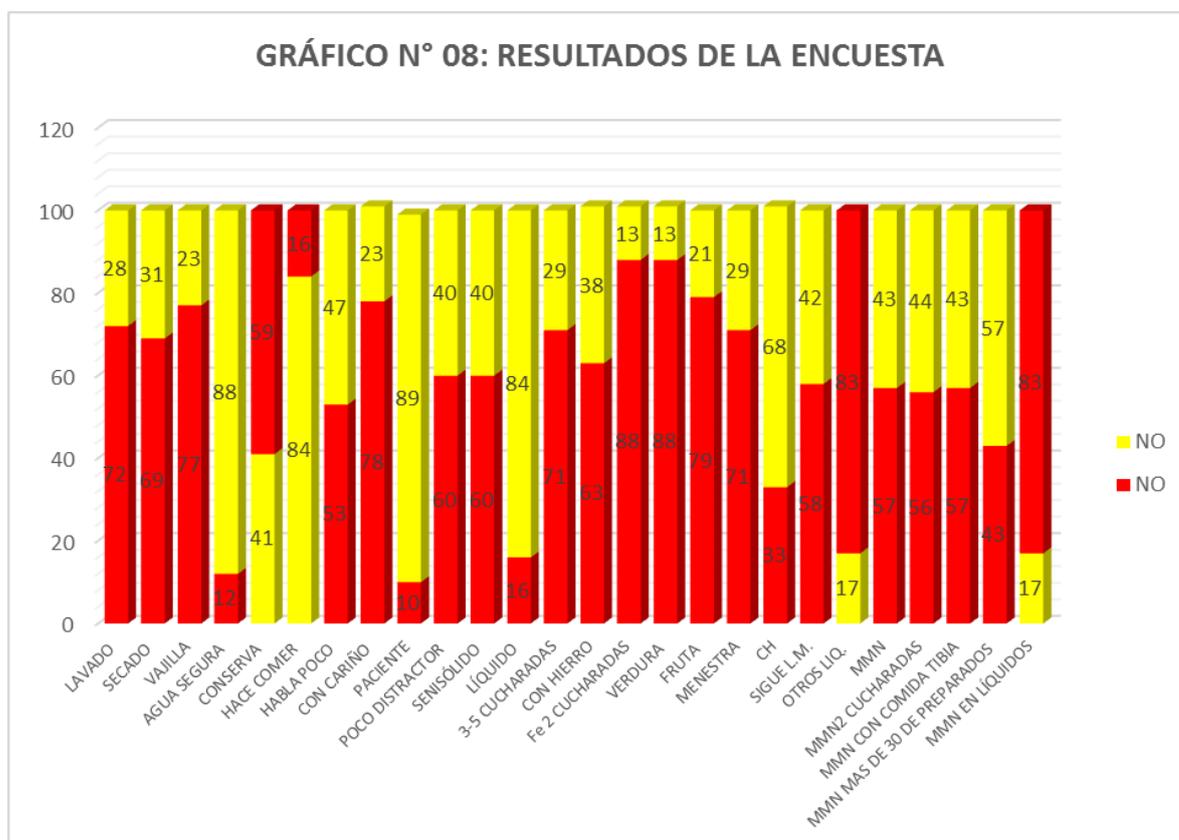
Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis al instrumento del cuestionario que le presentamos marque usted con una x las preguntas de acuerdo a su criterio y experiencia profesional si para usted es válida.

El cual tendrá los siguientes puntajes y el valor de SI Y NO.

	PRÁCTICA EN RELACIÓN A LA HIGIENE	Si	No
1	Se lava las manos con agua a chorro y jabón, antes de preparar los alimentos del niño.		
2	Se seca las manos con una toalla o secador limpio.		
3	Los utensilios para la alimentación del niño están limpios y Tapados o dentro de un lugar protegido del polvo o insectos.		
4	El agua que usa es potable, clorado o hervida.		
5	Guarda los alimentos que el niño ha dejado de comer.		
	PRACTICA EN RELACIÓN A LOS ESTILOS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA		
6	La madre se impone y fuerza la alimentación del niño.		
7	La madre ofrece poca ayuda verbal y anímica en la alimentación del niño.		
8	La madre habla con cariño a la hora de alimentación del niño.		
9	La madre alimenta despacio, con paciencia y no lo fuerza al niño.		
10	La madre minimiza los distractores del entorno a la hora de alimentar al niño.		
	PRACTICAS EN RELACIÓN A CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA		
11	La madre proporciona alimentación de consistencia semisólida tipo papilla o puré.		
12	La madre proporciona alimentación de consistencia líquida tipo sopas o caldos.		
13	La cantidad de alimentos que ofrece al niño es aproximadamente de ½ plato mediano o de 3 a 5 cucharadas.		
14	La alimentación del niño contiene un alimento rico en hierro: Hígado, sangrecita o bazo.		
15	La cantidad de alimento rico en hierro es aproximadamente de 2 cucharadas.		
16	La alimentación del niño contiene una verdura de color verde o amarilla.		

17	La madre proporciona al niño en algún momento del día una fruta.		
18	La madre utiliza algún tipo de menestra en la alimentación del niño.		
19	La madre incluye un carbohidrato en la alimentación del niño: Papa, camote, yuca, arroz.		
20	Continúa la madre dando lactancia materna		
21	La madre aparte de la lactancia materna da otros tipos de líquidos, té, anís.		
	PRACTICAS EN RELACIÓN A LA SUPLEMENTACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA		
22	La madre agrega suplementos de multimicronutrientes en la alimentación del niño.		
23	Los multimicronutrientes lo agregan en solo dos cucharadas de la Comida.		
24	Los multimicronutrientes agrega en comida tibia		
25	Le proporciona alimentos que contiene multimicronutrientes con más de 30 minutos de preparación.		
26	Agrega los multimicronutrientes en líquidos o sopas		

GRÁFICO N° 8: RESULTADOS DE LA ENCUESTA APLICADA.



En el gráfico N° 8, se observa que la práctica que menos se cumple entre las participantes, es el ofrecer verduras verdes o amarillas (88% de incumplimiento), en segundo lugar, el ofrecer una o dos cucharadas de alimentos ricos en hierro (88% de incumplimiento), en tercer lugar, agregar multimicronutrientes a los líquidos (83% sí lo hace), a pesar que se desalienta y se promueve el no ofrecer sopas a los niños.

Complementariamente, las prácticas que más se cumplen son: tenerle paciencia y tolerancia al niño durante su ingesta de alimentos complementarios (89% de respuestas afirmativas) y en segundo lugar el usar agua potable para el lavado de utensilios de cocina, utensilios de mesa, de frutas y verduras (88% de respuestas afirmativas). En tercer lugar figura el que el responsable del niño no hace comer a la fuerza y no se impone ni le exige al niño (84% de respuestas).