

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA**



TRABAJO DE GRADO:

**"NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA QUE PRESENTAN LAS MADRES DE NIÑOS
MENORES DE 1 AÑO DE EDAD QUE CONSULTAN A LAS UNIDADES
COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR LLANO LOS PATOS, LAS
TUNAS; CONCHAGUA Y BOBADILLA; LA UNIÓN, EL SALVADOR,
CENTRO AMÉRICA. AÑO 2016"**

PRESENTADO POR:

LUIS RENÉ MORENO ALVAREZ

MAURO ALEXANDER ZELAYANDÍA MARTÍNEZ

PAÚL ERNESTO ALVAREZ MELGAR

PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

DOCTOR EN MEDICINA

DOCENTE ASESOR:

DOCTORA PATRICIA ROXANA SAADE STECH

NOVIEMBRE DE 2016

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES

LIC. JOSÉ LUIS ARGUETA ANTILLÓN
RECTOR INTERINO

LIC. ROGER ARMANDO ARIAS
VICERRECTOR ACADÉMICO INTERINO

ING. CARLOS ARMANDO VILLALTA
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO INTERINO

DRA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA
SECRETARIA GENERAL INTERINA

LIC. NORA BEATRIZ MELÉNDEZ
FISCAL GENERAL INTERINA

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
AUTORIDADES

INGENIERO JOAQUÍN ORLANDO MACHUCA GÓMEZ
DECANO

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ
VICEDECANO

LICENCIADO JORGE ALBERTO ORTEZ HERNÁNDEZ
SECRETARIO

MAESTRO JORGE PASTOR FUENTES CABRERA
DIRECTOR GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AUTORIDADES

DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY

JEFE DEL DEPARTAMENTO

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

**COORDINADORA GENERAL DEL PROCESO DE GRADUACIÓN DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

ASESORES

DOCTORA PATRICIA ROXANA SAADE STECH

DOCENTE ASESOR

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

ASESORA DE METODOLOGIA

TRIBUNAL CALIFICADOR

**DOCTORA OLIVIA ANA LISSETH SEGOVIA VELÁZQUEZ
PRESIDENTE**

**DOCTOR HORACIO GARCÍA ZARCO
SECRETARIO**

**DOCTORA PATRICIA ROXANA SAADE STECH
VOCAL**

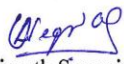
HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

Luis René Moreno Álvarez	Carnet N° MA07064
Mauro Alexander Zelayandia Martínez	Carnet N° ZM08010
Paúl Ernesto Álvarez Melgar	Carnet N° AM07044

NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA QUE PRESENTAN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DE EDAD QUE CONSULTAN A LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR LLANO LOS PATOS, LAS TUNAS; CONCHAGUA Y BOBADILLA; LA UNIÓN, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA. AÑO 2016.

Este trabajo de investigación fue revisado, evaluado y aprobado para la obtención de título de Doctor en Medicina por la Universidad de El Salvador.

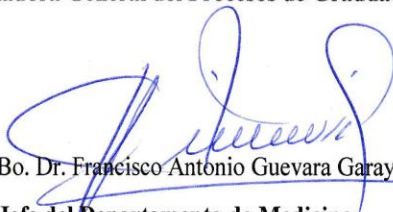

Dr. Horacio García Zarco
Tribunal Calificador


Dra. Olivia Ana Lisseth Segovia Velázquez.
Tribunal Calificador


Dra. Patricia Roxana Saade Stech.
Docente asesor


Mtra. Elba Margarita Berrios Castillo

Coordinadora General del Procesos de Graduación


Vo. Bo. Dr. Francisco Antonio Guevara Garay
Jefe del Departamento de Medicina



San Miguel, El Salvador, Centro América, noviembre de 2016.

AGRADECIMIENTOS.

A Dios, por permitirnos estar en este punto de nuestras vidas.

A nuestros padres por sus sacrificios, apoyo incondicional y por ser ejemplos de vida para nosotros.

A nuestros hermanos por la motivación para alcanzar nuestras metas.

A nuestros familiares, amigos y a quienes recién se sumaron a nuestra vida para hacernos compañía.

A la Universidad de El Salvador, Facultad Multidisciplinaria Oriental y al Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, porque en sus aulas recibimos el conocimiento intelectual y humano de cada uno de los docentes.

A los pacientes por permitirnos realizar nuestra labor y por la confianza para poder aprender de ellos.

Especial agradecimientos a la Dra. Saade Stech, por su orientación para realizar un trabajo de alto valor científico.

LUIS RENÉ MORENO ALVAREZ

MAURO ALEXANDER ZELAYANDÍA MARTÍNEZ

PAÚL ERNESTO ALVAREZ MELGAR

DEDICATORIA.

A Dios, por todo el amor, bondad y bendiciones que me ha regalado y por permitirme llegar a este punto en mi vida.

A mis Padres, por ser el motor que siempre me impulso a seguir adelante a pesar de la adversidad para ir cumpliendo paso a paso mis metas, por sus consejos, sacrificios, valores y el buen ejemplo que me han brindado siempre para convertirme en una persona de bien para la sociedad.

A mis hermanos, por su ayuda, confianza y porque siempre estuvieron allí cuando más los necesite a lo largo de la carrera.

A mi tío Dr. German Alvarez, quien fue uno de los que me motivo a elegir esta camino y por su apoyo constante e incondicional a lo largo de mis estudios.

A la Dra. Patricia Roxana Saade Stech, por ser una excelente maestra y más aun mejor persona, por su tiempo y dedicación al orientarnos durante la carrera y trabajo de tesis.

A mis compañeros y amigos de tesis por ser siempre un apoyo a lo largo de la carrera y por su dedicación y compromiso al realizar este trabajo de tesis.

Luis René Moreno Alvarez

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso por todas las bendiciones que me ha brindado a lo largo de toda mi vida y mi carrera.

A mi madre, mujer incansable y trabajadora que me inculcó valores como el temor a Dios, respeto, la humildad y solidaridad; que durante los momentos difíciles por los que paso con mucho sacrificio me apoyo y motivo hasta alcanzar mis metas y a quien le estaré agradecido toda mi vida, Te amo mamá MUCHAS GRACIAS.

A mis hermanas quienes siempre estuvieron apoyándome en todos los aspectos de mi vida y que me motivaron a para seguir adelante.

A mi compañera de vida Ingrid Pereira, con quien quiero pasar el resto de mi vida y compartir todos y cada uno de mis éxitos. Gracias por estar en vida.

A mi hijo, el regalo más grande que Dios me ha dado, a quien quiero educar para que se convierta en un hombre de bien y útil para la sociedad, espero un ejemplo para ti. SIEMPRE SERAS MI MAYOR ORGULLO

A mi padre y hermanos, gracias por siempre tener palabras de aliento durante la carrera.

A mis compañeros de tesis: con quienes compartimos desde el inicio de nuestra carrera, convirtiéndose no solo en amigos sino que pasaron a ser miembros de nuestra familia, que a pesar del cansancio logramos culminar con éxitos nuestra carrera.

A DOCTORA PATRICIA ROXANA SAADE STECH mujer entregada a la medicina a quien siempre estaremos agradecidos por la dedicación, apoyo y la motivación que nos dio a lo largo de nuestra carrera y proceso de investigación

“Con esfuerzo y sacrificio nada es imposible”

MAURO ALEXANDER ZELAYANDIA MARTINEZ

DEDICATORIA.

Primeramente a Dios, luz y camino; quien da la vida y fortaleza de seguir, quien me ayudo a ganar cada batalla y lograr llegar al final de este sueño.

A mis padres, mi sostén y fuerza; quienes siempre creyeron y motivaron a seguir, quienes tuvieron las palabras correctas en los momentos de mayor necesidad, quienes ante la distancia estaban conmigo por medio de una oración o detalles de gran valor. Mi sacrificio es el suyo también.

A mis hermanos que de manera sigilosa, siempre apoyando, siempre creyendo, ese empujón que decía “sigue”, que ante la distancia siempre estuvieron presentes. Crecimos juntos y lo logramos juntos.

A mis sobrinas, rayos de luz que motivaron a esforzarme más. Que al inicio era poca la convivencia lo que hacía ser un desconocido pero no dejan de ser mi motivación.

A mi tío, Dr. Germán Alvarez, motivación y ejemplo de profesional que espera ser, quien siempre mostro preocupación y tuvo palabras sabias y el consejo que siempre escuchaba escuchar.

A mis compañeros de tesis, que este es un logro mutuo.

A la Dra. Patricia Roxana Saade por su tiempo y dedicación, quien tuvo la paciencia para orientarnos siempre con mucha empatía mostrando su calidad de persona y excelente profesional.

Paul Ernesto Alvarez Melgar

TABLA DE CONTENIDO

PAG

LISTA DE TABLAS.....	xiii
LISTA DE GRÁFICOS.....	xv
LISTA DE FIGURAS	xvii
LISTA DE ANEXOS.....	xviii
RESUMEN.....	xix
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
2.1. ANTECEDENTES DEL FENOMENO OBJETO DE ESTUDIO	2
2.2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	3
3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	4
4. MARCO TEORICO	4
5. SISTEMA DE HIPOTESIS	17
6. DISEÑO METODOLOGICO	20
7. RESULTADOS	23
8. DISCUSIÓN	64
9. CONCLUSIONES	67
10. RECOMENDACIONES	68
11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	70

LISTA DE TABLAS

TABLA N°1. Total de niños menores de 1 año por unidad de salud	20
TABLA N°2 Escala de medición del conocimiento.....	22
TABLA N°3 Características socio- demográficas de la madre.....	24
TABLA N°4 Edad y sexo del niño	26
TABLA N° 5 ¿Sabe usted que es la alimentación complementaria?	27
TABLA N° 6 ¿Sabe usted que es lactancia materna exclusiva?.....	29
TABLA N° 7 ¿Conoce usted cuales son los beneficios de una adecuada alimentación?	30
TABLA N°8 ¿Conoce usted cuales son las consecuencias de dar una inadecuada alimentación a su niño?	31
TABLA N°9 ¿Cómo obtuvo la información sobre alimentación complementaria y/o lactancia materna?	32
TABLA N°10 ¿A qué edad debe iniciar la alimentación por primera vez en el niño?.....	33
TABLA N° 11 ¿Sabe usted cual es la consistencia que deben de tener los alimentos al iniciar la alimentación en un niño de 6 a 8 meses de edad?	35
TABLA N°12 ¿Sabe usted cual es la consistencia que deben de tener los alimento al iniciar la alimentación en un niño de 9 a 11 meses de edad?.....	36
TABLA N°13 ¿A qué edad cree usted que se le debe de dar los mismos alimentos de La familia al niño?	37
TABLA N°14 ¿Cuál es el alimento ideal para un niño menor de 6 meses?	38
TABLA N°15 ¿Conoce usted cual es el alimento más adecuado para un niño de 6 meses?	39
TABLA N°16 Con respecto al inicio de la alimentación, ¿Cada cuánto tiempo se le debe cambiar el tipo de alimento al niño?	40
TABLA N°17 ¿Sabe usted cuantas veces al día se le debe dar comida al niño de 6 a 8 meses?	41
TABLA N°18 ¿Considera usted que se le debe dar agua al niño	

menor de 6 meses?	42
TABLA N°19 Con respecto a la pregunta anterior ¿por qué? Si.....	44
TABLA N°20 Con respecto a la pregunta anterior ¿por qué? No	45
TABLA N°21 ¿Sabe usted cuales alimentos pueden darle alergia a su niño?	46
TABLA N°22 ¿Considera usted que se le debe de dar comida al niño menor de 6 meses?	47
TABLA N°23 Con respecto a la pregunta anterior responda ¿por qué? Si.....	48
TABLA N°24 Con respecto a la pregunta anterior responda ¿por qué? No	49
TABLA N°25 ¿A qué edad le dio agua por primera vez a su hijo?	51
TABLA N°26 ¿A qué edad le dio comida por primera vez a su hijo?	52
TABLA N°27 ¿Cuál fue el primer alimento que le dio a su niño?.....	53
TABLA N°28 ¿Cuántas veces al día le da comida a su hijo?	54
TABLA N°29 ¿A parte de leche materna, que otro tipo le leche le da a su niño?.....	55
TABLA N° 30 ¿De los siguientes alimentos, cual le ha dado de comer al niño?	57
TABLA N°31 Resultados de la comprobación del nivel de conocimiento	58
TABLA N°32 Comprobación del conocimiento	59
TABLA N°33 Nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria tienen las madres de niños menores de 1 año.	61

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°1 Sexo del niño	26
GRÁFICO N°2 Edad del niño	27
GRÁFICO N°3 ¿Sabe usted que es la alimentación complementaria?	28
GRÁFICO N°4 ¿Sabe usted que es lactancia materna exclusiva?	29
GRÁFICO N°5 ¿Conoce usted cuales son los beneficios de una adecuada alimentación?	30
GRÁFICO N°6 ¿Conoce usted cuales son los beneficios de una adecuada alimentación?	32
GRÁFICO N°7 ¿Cómo obtuvo la información sobre alimentación complementaria?	33
GRÁFICO N° 8 ¿A qué edad debe iniciar la alimentación por primera vez en el niño?.....	34
GRÁFICO N° 9 ¿Sabe usted cual es la consistencia que deben de tener los alimentos al iniciar la alimentación en un niño de 6 a 8 meses de edad?.....	36
GRÁFICO N° 10 ¿Sabe usted cual es la consistencia que deben de tener los alimentos al iniciar la alimentación en un niño de 9 a 11 meses de edad?.....	37
GRÁFICO N° 11 ¿A qué edad cree usted que se le debe de dar los mismos alimentos de la familia al niño?	38
GRÁFICO N° 12 ¿cuál es el alimento ideal para un niño menor de 6 meses?	39
GRÁFICO N° 13 ¿Cuál es el tipo de alimento más adecuado para un niño de 6 meses?	40
GRÁFICO N° 14 Con respecto al inicio de la alimentación, ¿cada cuánto tiempo se le debe cambiar el tipo de alimento al día?	41
GRÁFICO N° 15 ¿Sabe usted cuantas veces al día se le debe dar comida al niño de 6 a 8 meses?	42
GRÁFICO N° 16 ¿Considera usted que se le debe dar agua al niño menor de 6 meses?	43

GRÁFICO N°17 Con respecto a la pregunta anterior ¿por qué? Si	44
GRÁFICO N°18 Con respecto a la pregunta anterior ¿por qué? No	45
GRÁFICO N° 19 ¿Sabe usted cuales alimentos pueden darle alergia a su niño?	46
GRÁFICO N° 20 ¿Considera usted que se le debe de dar comida al niño menor de 6 meses?	47
GRÁFICO N° 21 Con respecto a la pregunta anterior responda ¿por qué? Si	49
GRÁFICO N°22 Con respecto a la pregunta anterior responda ¿por qué? No	50
GRÁFICO N°23 ¿A qué edad le dio agua por primera vez a su hijo?	52
GRÁFICO N°24 ¿A qué edad le dio comida por primera vez a su hijo?	53
GRÁFICO N°25 ¿Cuál fue el primer alimento que le dio a su niño?	54
GRÁFICO N°26 ¿Cuántas veces al día le da comida a su hijo?	55
GRÁFICO N°27 ¿A parte de leche materna, que otro tipo le leche le da a su niño?	56
GRÁFICO N°28 ¿De los siguientes alimentos, cual le ha dado de comer al niño?	58

LISTA DE FIGURAS

FIGURA Nº 1. Alimentos que causan alergias72

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 Tipos de suplementación de la lactancia según edad.....	73
ANEXO 2 Energía requerida según edad y cantidad aportada por la leche materna.....	74
ANEXO 3 Evolución del desarrollo neuromuscular	75
ANEXO 4 Guía práctica sobre calidad, frecuencia y cantidad de alimentos	76
ANEXO 5 Principios de orientación para la alimentación complementaria.	77
ANEXO 6 Alimentación perceptiva.....	78
ANEXO 7 Cinco claves para la inocuidad de los alimentos	79
ANEXO 8 Brechas a ser llenadas con la alimentación complementaria	80
ANEXO 9 Alimentos apropiados para La alimentación complementaria.....	81
ANEXO 10 Consentimiento informado.....	82
ANEXO 11 Cuestionario.....	83
ANEXO 12 Cronograma.....	87
ANEXO 13 Presupuesto y financiamiento.....	88
ANEXO 14 Glosario	89
ANEXO 15 Abreviaturas y siglas.....	91

RESUMEN.

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 lactante, y por tanto se necesitan otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. **Objetivo de estudio:** determinar el nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria que presentan las madres de niños menores 1 año de edad que consultan a las unidades comunitarias de salud familiar Llano los Patos, Las Tunas; Conchagua y Bobadilla; La Unión, El Salvador, Centro América, 2016. **Metodología:** fue un estudio prospectivo de corte transversal y descriptivo, se tomó una muestra de 315 madres de niños menores de 1 año que asistieron a control de niño sano a las que se les aplicó criterios de inclusión y exclusión que posteriormente se les pasó una entrevista que nos dio información necesaria para poder comprobar nuestras hipótesis. **Resultados** el 42.9% de las entrevistadas tienen un conocimiento poco aceptable, el 40.0% tienen conocimiento no aceptable y que solo el 17.1% tiene conocimiento aceptable sobre alimentación complementaria. **Conclusiones:** A pesar que las madres reciben información por el personal de salud sobre alimentación complementaria, los conocimientos que tienen son poco aceptables o no aceptables debido a múltiples factores como: El nivel educativo, cultural y familiar y que se ve reflejado en las malas prácticas de alimentación complementaria.

Palabras claves: alimentación complementaria, lactancia materna exclusiva, malnutrición.

1. INTRODUCCIÓN

Después de los 6 meses de vida para el lactante alimentado con el seno materno, se torna progresivamente difícil cubrir sus requerimientos solamente con la leche de su madre. Además, aproximadamente a los 6 meses la mayoría de los lactantes ha alcanzado el desarrollo suficiente que les permite recibir otros alimentos. Introducir los alimentos complementarios a la edad adecuada puede reducir la exposición a las enfermedades producidas por los alimentos.

La introducción de alimentos distintos a la leche materna constituye uno de los acontecimientos más esperados por la madre; sin embargo, está influenciado por una serie de mitos y tabúes transmitidos de familia en familia, que dificultan la labor educativa del personal de salud sobre la edad más apropiada.

En la actualidad “todo lactante debe ser alimentado exclusivamente con seno materno durante los primeros seis meses de edad”. Posteriormente, “los lactantes deben recibir alimentos complementarios adecuados y seguros mientras continúa la alimentación con el pecho materno hasta los dos años de edad”. Una adecuada alimentación complementaria va a depender en primera instancia de la madre, si esta no tiene los conocimientos necesarios, se podría originar serias repercusiones en el niño. Según la Encuesta Nacional de Salud Familiar 2008 (FESAL) en El Salvador, los alimentos complementarios están introduciéndose a edades considerablemente menores a las recomendadas. Por lo tanto se realizó el estudio para determinar el conocimiento sobre alimentación complementaria de la población en estudio y así generar recomendaciones para que contribuyan a mejorar la calidad de la alimentación del niño.

Según la metodología el trabajo es cualitativo, descriptivo y transversal. La población en estudio fue de 315 madres de niños menores de un año que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, se recolectó la información a través de una cedula de entrevista, una vez obtenidos los datos se procesaron con el programa SPSS 22.0, y con los resultados se determinó el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria de las madres con una escala de medición del conocimiento previamente elaborada por el grupo investigador. Para la comprobación de los resultados se utilizó el Z crítico por tratarse de un estudio cualitativo con la cual se aceptó la hipótesis alterna. En la discusión se realizó la comparación de los resultados con el estudio de la Universidad Autónoma de México en donde se observa que los padres tienen mayor nivel académico, viéndose reflejado en un mayor conocimiento sobre alimentación complementaria; por lo que se concluye que a pesar que las madres reciben información por el personal de salud sobre alimentación complementaria, los conocimientos que tienen son poco aceptables o no aceptables debido a múltiples factores como: El nivel educativo, cultural y familiar y que se ve reflejado en las malas prácticas de alimentación complementaria. Por lo que se recomienda a todos entes involucrados realizar diferentes acciones y actividades con el fin de mejorar los conocimientos de alimentación complementaria de la población en general.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 ANTECEDENTES DEL FENOMENO OBJETO DE ESTUDIO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) han preparado conjuntamente la estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño a fin de reavivar la atención que el mundo presta a las repercusiones de las prácticas de alimentación en el estado de nutrición, el crecimiento y el desarrollo, la salud, y en suma, en la propia supervivencia de los lactantes y los niños pequeños. La estrategia mundial se basa en pruebas científicas de la importancia de la nutrición en los primeros meses y años de vida y del papel fundamental que juegan las prácticas de alimentación correctas para lograr un estado de salud óptimo. No practicar la lactancia natural, y especialmente la lactancia natural exclusiva durante el primer medio año de vida, representa un factor de riesgo importante a efectos de morbilidad y mortalidad del lactante y del niño pequeño, que se agrava aún más por la alimentación complementaria inadecuada¹. Presentando alergias alimentarias, desnutrición, obesidad y muy frecuentemente episodios de diarrea; que pueden agravarse y terminar siendo ingresos ocasionando en muchas veces el fallecimiento del lactante, esto genera costos al sector salud.

La malnutrición ha sido la causa, directa o indirectamente, del 60% de los 10,9 millones de defunciones registradas cada año entre los niños menores de cinco años. Más de dos tercios de esas muertes, a menudo relacionadas con unas prácticas inadecuadas de alimentación, ocurren durante el primer año de vida. Tan sólo un 35% de los lactantes de todo el mundo son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros cuatro meses de vida; la alimentación complementaria suele comenzar demasiado pronto o demasiado tarde, y con frecuencia los alimentos son nutricionalmente inadecuados e insalubres.² Siendo con frecuencia a base de líquidos no apropiados.

En un estudio realizado en la Universidad Autónoma de México, por la Lic. Lorena Sánchez en el año 2014, se evaluó el nivel de conocimientos que presentan los padres de familia de la estancia mexiquense tomando una muestra de 39 padres de familia con una media de edad de 35.9 años, encontrando que el 87% de las entrevistas tenían el nivel de estudio superior (licenciatura y técnico). Solamente el 15% prefiere dedicarse a oficios domésticos.³ El 72% de los participantes presento nivel adecuado de conocimientos de alimentación complementaria y un 28% con nivel de conocimientos escasos.³

La fuente de información sobre alimentación complementaria, el 19% fue brindada por médico pediatra; el 10% por nutricionista; 1.7 % por familiar y el restante por otras fuentes.³

En otro estudio de la Universidad del Zulia, de la República Bolivariana de Venezuela en Febrero de 2004, realizado por la Dra. Lina T. Delgado, donde se tomó una muestra de 45 madres, un 50% con estudios medios o superiores, 39% nivel básico y 11% analfabeta, donde los resultados obtenidos demuestran que

62.2% de las madres inicio de forma precoz e inadecuada la alimentación complementaria y solo el 37.8% inicio adecuadamente. El 62% de los fueron ablactados antes de los 4 meses de edad y El alimento utilizado con mayor frecuencia fueron las sopas (57%).⁴

En el año 1991, un equipo de trabajo de la OMS recomendó un listado de indicadores para evaluar la adecuación de las prácticas de lactancia en una población. Esta lista se actualizó en el año 2001, siendo el cambio más importante la recomendación sobre el aumento de 4 a 6 meses de duración de la lactancia exclusiva. Los indicadores de la OMS son útiles para comparar los hallazgos de El Salvador con los de otros países.²

La Encuesta Nacional de Salud Familiar 2008 muestra el resultado del estudio de estos indicadores, donde se presentan los resultados sobre la alimentación complementaria en las últimas 24 horas de los niños que nacieron vivos en los 5 años previos a entrevista, según edad. Cabe resaltar que la proporción de niños(as) que estaba lactando representa el 35% de las y los menores de 5 años y para ellos(as) es que se investiga la introducción de otros líquidos, atoles, purés o comida sólida.

Con la excepción de leche que no es materna, la introducción de la alimentación complementaria comienza baja, pero empieza a subir rápidamente a partir de los 2 meses. La leche que no es materna se da al 41% de las y los menores de 2 meses y continúa alrededor del 40% durante las edades posteriores, oscilando entre 35 y 45 por ciento. Entre las y los niños amamantados menores de 2 meses de edad, se encuentra que el 21% recibe agua, cifra que sube rápido llegando al 70 por ciento en el grupo de 4 a 5 meses. En el grupo de 9 a 11 meses ya casi todos(as) están recibiendo agua.²

Mostrando con claridad que en El Salvador, los alimentos complementarios están introduciéndose a edades considerablemente menores a las recomendadas por la OMS.² ocasionando otro problema de salud pública como la obesidad infantil, diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, aumento del riesgo de infarto del miocardio o enfermedad cerebro-vascular.

2.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria que presentan las madres de niños menores de 1 año de edad que consultan a las unidades comunitarias de salud familiar Llano los Patos, Las Tunas; Conchagua y Bobadilla; La Unión, El Salvador, Centro América, año 2016?

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria que presentan las madres de niños menores 1 año de edad que consultan a las unidades comunitarias de salud familiar Llano los Patos, Las Tunas; Conchagua y Bobadilla; La Unión, El Salvador, Centro América, año 2016.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Clasificar el nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria que presentan las madres de niños menores de 1 año de edad.
2. Identificar los alimentos usados más frecuentemente en el inicio de la alimentación complementaria
3. Determinar la fuente de información de los conocimientos sobre alimentación complementaria.

4. MARCO TEORICO

4.1 CONOCIMIENTO

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia, el aprendizaje o a través de la introspección. En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo. Tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto. El proceso del conocimiento involucra cuatro elementos: sujetos, objeto, operación y representación.

4.1.1 Teorías del conocimiento

Diversas teorías nos ayudan a comprender, predecir, y controlar el comportamiento humano y tratan de explicar cómo los sujetos acceden al conocimiento. Su objeto de estudio se centra en la adquisición de destrezas y habilidades, en el razonamiento y en la adquisición de conceptos. Por ejemplo, la teoría del condicionamiento clásico de Pávlov: explica como los estímulos simultáneos llegan a evocar respuestas semejantes. La teoría del condicionamiento instrumental u operante de Skinner describe cómo los refuerzos forman y mantienen un comportamiento determinado. Albert Bandura describe las condiciones en que se aprende a imitar modelos. La teoría Psicogenética de Piaget aborda la forma en que los sujetos construyen el conocimiento teniendo en cuenta el desarrollo cognitivo. La teoría del procesamiento de la información se emplea a su vez para comprender cómo se resuelven problemas utilizando analogías y metáforas.

El enfoque de cambio conductual enfatiza la relación entre conocimientos, actitudes y prácticas. Un incremento en el nivel de conocimientos genera cambios actitudinales, los cuales pueden guiar a cambios en las conductas de las personas en la búsqueda de estilos de vida saludables. Este proceso se basa en las teorías psicológicas del aprendizaje al involucrar los aspectos cognitivo, afectivo y conductual.

En el trabajo de Carper dio oportunidad para el conocimiento desde cuatro patrones de conocimientos entrelazados e invisibles, pero que centraron el desarrollo disciplinar de manera definitiva: empírico, estético, personal y ético.

Desde el punto de vista de la Atención Primaria en Salud (APS) y la educación para la salud, se entiende como un instrumento que sirve a los profesionales y a la población para conseguir de esta capacidad de controlar, mejorar y tomar decisiones con respecto a su Salud o enfermedad. Por lo tanto; se debe brindar una buena educación a la madre en el periodo de ablactación ya que una falta de conocimiento sobre el tema de alimentación complementaria puede generar algunas consecuencias posteriores que afecten al niño, como la malnutrición, enfermedades diarreicas, Diabetes mellitus, hipertensión arterial etc.

4.1.2 Tipos de conocimientos:

Se distinguen tres tipos de conocimiento: analítico a priori, que es exacto y certero pero no informativo, porque sólo aclara lo que está contenido en las definiciones; sintético a posteriori, que transmite información sobre el mundo aprendido a partir de la experiencia, pero está sujeto a los errores de los sentidos, y sintético a priori, que se descubre por la intuición y es a la vez exacto y certero, ya que expresa las condiciones necesarias que la mente impone a todos los objetos de la experiencia.⁶

4.1.3 Características del conocimiento

Según Andreu y Sieber (2000), los fundamentales son básicamente tres:

- El conocimiento es personal, en el sentido de que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia.
- Su utilización, que puede repetirse sin que el conocimiento “se consuma” como ocurre con otros bienes físicos.
- Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos (incluso cambiándolos si es posible).⁷

4.2 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 lactante, y por tanto se necesitan otros alimentos y líquidos, además de la leche materna (Ver anexo 1). La transición de la lactancia exclusivamente materna a los alimentos familiares se denomina alimentación complementaria, normalmente abarca el período que va de los 6 a los 24 meses de edad. Este es un periodo crítico de crecimiento en el que las carencias de nutrientes y las enfermedades contribuyen a aumentar las tasas de desnutrición en los menores de cinco años a nivel mundial.

Durante el período de la alimentación complementaria, los niños se encuentran en un riesgo elevado de desnutrición. Con frecuencia, los alimentos complementarios son

de baja calidad nutricional y son administrados demasiado antes o demasiado tarde, en cantidades muy pequeñas o poco frecuentes. La interrupción prematura o la poca frecuencia de la lactancia materna, también contribuye al aporte insuficiente de nutrientes y de energía para los lactantes mayores de 6 meses de edad.

El éxito de la alimentación del niño requiere una interpretación práctica de sus necesidades nutricionales concretas y de la amplia variabilidad existente entre los niños normales respecto de su apetito y comportamiento relacionado con los alimentos. Por ejemplo, el tiempo necesario para que se vacíe el estómago de un lactante oscila entre 1 y 4 h o más dentro de un mismo día. Por consiguiente, el deseo del niño de alimento varía en los diferentes momentos del día. Lo ideal es que sea el niño, gracias a su razonable «autorregulación», el que defina el horario de las tomas. Sin embargo, el establecimiento de esta «autorregulación» no es inmediato, por lo que se puede esperar una variación considerable en el intervalo entre una toma y otra, así como en la cantidad ingerida en cada toma, durante las primeras semanas de vida. La mayoría de los niños habrá establecido un horario conveniente y razonablemente regular al mes de vida.

La leche materna cubre todas las necesidades hasta los 6 meses de edad pero, después de esta edad, existe una brecha de energía que requiere ser llenada mediante los alimentos complementarios.

La energía que se requiere, adicionalmente a la leche materna, es de aproximadamente 200 kcal por día, para niños de 6–8 meses; 300 kcal por día para niños de 9–11 meses y 550 kcal por día para niños de 12–23 meses de edad. La cantidad de alimentos que se requiere para cubrir estas brechas se incrementa a medida que el niño tiene mayor edad y que la ingesta de leche materna se reduce. Esto muestra que la leche materna cubre todas las necesidades hasta los 6 meses de edad pero, después de esta edad, existe una brecha de energía que requiere ser llenada mediante los alimentos complementarios.¹ (Ver anexo 2)

La cantidad y digestibilidad de las proteínas deberán tomarse en cuenta al evaluar lo adecuado de la alimentación complementaria.

Las proteínas de mayor valor biológico y mejor digestibilidad se encuentran en la leche materna, seguida por proteínas de origen animal (carne, leche, huevos). Una combinación adecuada de otros alimentos también puede proporcionar proteínas de alta calidad, como la combinación de arroz o maíz con frijoles.

Después de los 6 meses, las reservas de hierro y zinc principalmente, se agotan y es necesario consumir alimentos ricos en estos minerales a través de la alimentación complementaria. Así, de los 9 a 11 meses de edad, el hierro proveniente de la alimentación complementaria deberá cubrir el 97% del requerimiento de este mineral; 86% de zinc; 81% de fósforo; 76% de magnesio; 73% de sodio y 72% de calcio.

Es por esto que la densidad de estos nutrimentos, contenidos en los alimentos complementarios deberá ser alta para cubrir estos requerimientos. Al calcular las densidades contenidas de estos nutrimentos en los alimentos que típicamente se proporcionan a los lactantes en países en desarrollo y compararlos con los

requerimientos diarios, se encontró que los alimentos proporcionados no alcanzaban a cubrir los requerimientos para hierro, zinc y vitamina B6 y de allí su denominación como «nutrimentos problema»

De aquí la importancia de realizar una buena selección y combinación de alimentos complementarios.

4.3 BASES FISIOLÓGICAS DE LA ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE⁸

Son numerosas las situaciones en que el desconocimiento de los patrones normales del lactante, o de las variantes de su fisiología, resulta perjudicial para la niña o niño y su familia. En no pocas ocasiones esta omisión lleva a tomar conductas erróneas, ya que ciertas manifestaciones normales son vistas como señales de enfermedad. En el diseño del esquema de alimentación de las niñas y niños es necesario considerar que ellos nacen con ciertas limitaciones fisiológicas para poder digerir y absorber completamente algunos componentes de los alimentos. Al indicar la alimentación durante el primer año de vida deben considerarse junto con las recomendaciones nutricionales las características de desarrollo y maduración de los sistemas digestivos, renal, inmunológica y neuromuscular para poder lograr una gradual transición de la lactancia materna exclusiva a la alimentación complementaria.

Hay que tener presente que, aunque se trate de un recién nacido con un peso, talla y nivel psíquico adecuado, el organismo presenta limitaciones ya que no está completamente desarrollado. Además, se une el hecho de que, como consecuencia del ritmo acelerado de crecimiento, las necesidades nutricionales en esta etapa son muy altas.

Las limitaciones que presenta el organismo, sano pero en fase de desarrollo son las siguientes:

4.3.1 En relación con el aparato digestivo

En la boca. La digestión comienza en la boca donde partículas de alimentos se mezclan con la saliva y se convierten en una masa semifluida. La saliva alcanza un aumento importante a los 6 meses y su pH es de 6,4 -7,6.

A nivel esofágico es necesario considerar que a pesar de que el esófago se encuentra anatómicamente desarrollado antes de la vigésima semana de la gestación, en los recién nacidos la presión del esfínter esofágico inferior es menor que la registrada a las 6 semanas de edad en que alcanza la presión de los adultos, de ahí que con frecuencia se observen gran parte de las regurgitaciones postprandiales en las primeras semanas de vida.

En estómago: La capacidad gástrica va aumentando progresivamente a medida que avanza la edad de la niña o del niño lo que permite consumir comidas más abundantes y menos frecuentes. El vaciamiento gástrico puede variar en dependencia del tipo de alimentos, estando este retardado por alimentos de alta osmolaridad y alta densidad calórica mientras que los líquidos tienen un vaciamiento gástrico más rápido.

La secreción de ácido clorhídrico en el estómago se produce en momentos cercanos al nacimiento. En los recién nacidos la acidez gástrica aumenta durante las primeras 24 h de la vida; sin embargo, no es hasta los 4 meses que la producción de ácido en función del peso corporal, es equiparable a la de los adultos

Enzimas digestivas y absorción. La digestión de los alimentos se lleva a cabo en el aparato digestivo por enzimas que son responsables de degradarlos y favorecer su absorción. Estas enzimas se desarrollan durante la etapa intrauterina y en los primeros meses de vida. Sin embargo, las enzimas capaces de digerir los carbohidratos complejos aún no están presentes al momento del nacimiento y su actividad comienza a ser importante alrededor de los primeros 4 meses de vida

El páncreas no secreta o secreta bajos niveles de ciertas enzimas necesarias para culminar el proceso digestivo. El hígado está asimismo finalizando la maduración de muchas funciones, como la capacidad de formar glucosa, de sintetizar ácidos biliares (necesarios para la digestión de las grasas), entre otras.

La digestión de grasas, proteínas y almidones en el lactante depende en gran medida de las enzimas pancreáticas. En los niños recién nacidos la actividad de la amilasa está apenas identificada, o ausente del intestino; esta condición permanece estable durante los primeros meses de la vida. La amilasa es la enzima más controversial y existen evidencias de que hasta los 6 meses posteriores al nacimiento la amilasa pancreática es insuficiente.

La lipasa es escasa al nacer pero al mes de edad su nivel se duplica, para los 6 meses de edad la lipasa pancreática ha alcanzado niveles adecuados para absorber las grasas y la secreción de ácidos biliares está completamente desarrollada.

Los niveles de tripsina y quimotripsina al nacimiento son solo ligeramente inferiores a los del año de edad por lo que la digestión proteica no experimenta grandes problemas. No obstante, la pared intestinal es muy permeable y proteínas completas de pequeño peso molecular pueden pasar al torrente circulatorio y originar reacciones alérgicas a determinados alimentos. Esta elevada permeabilidad persiste hasta los 6 meses de edad.

4.3.2 El sistema inmunitario

El bebé no va a producir por sí mismo anticuerpos que le protejan frente a infecciones y contaminaciones hasta la cuarta o sexta semana de vida. Por ello es tan importante la leche materna, que le transfiere inmunoglobulinas a diferencia de las fórmulas infantiles adaptadas.

4.3.3 Maduración de la función renal El recién nacido tiene riñones inmaduros que incrementan su tamaño y funcionalidad en las primeras semanas de vida.

La filtración glomerular del recién nacido aumenta exponencialmente durante los primeros 18 meses de vida. A los 3 meses, ha alcanzado 2 tercios de su maduración completa y a los 6 meses de edad es de 60 a 80 %.

La capacidad máxima de concentración renal se alcanza a partir de los 6 meses de vida, ello hace que el niño pequeño presente dificultades en el manejo de la sobrecarga de solutos lo cual se agrava en condiciones de baja ingestión de líquidos o de pérdidas excesivas. Por ello la leche materna en los primeros 6 meses de vida debido a la baja concentración de proteínas y electrolitos es la más indicada fisiológicamente.

La inmadurez renal que persiste durante los primeros meses de vida, hace necesario evitar las altas cargas renales de solutos ocasionados por el consumo de dietas inadecuadas. El recién nacido, en su primer trimestre de la vida es incapaz de concentrar la orina lo que hace que presente un alto riesgo de deshidratación hipertónica, cuando la dieta es rica en proteínas y minerales. Además, el riñón de los niños y niñas tiene una baja capacidad de acidificación, por lo cual una ingesta alta de proteínas puede causar una acidosis metabólica

4.3.4 Maduración del sistema neuromuscular

La maduración del sistema neuromuscular influye directamente sobre las diferentes formas de alimentación del niño o niña pequeña, ya que adquieren ciertas habilidades que favorecen la introducción de alimentos.

Los diferentes reflejos relacionados con la alimentación pueden posibilitar o dificultar la introducción de diferentes tipos de alimentos, el tener en cuenta las pautas de maduración no significa que el alimento debe introducirse cuando aparezca o desaparezca el reflejo, sino que el niño o niña está más apto biológicamente para hacerle frente a su alimentación. El reflejo de búsqueda y la succión que están presentes al nacimiento facilitan el amamantamiento y el reflejo de extrusión (consiste en que el lactante empuja hacia fuera todo alimento semisólido colocado en la parte anterior de la lengua) puede limitar la introducción temprana de sólidos. Este reflejo empieza a involucionar a la edad de 5 meses, la desaparición de este reflejo ayuda a que los purés sean llevados hacia la parte posterior de la boca sin dificultad. (Ver anexo 3), así mismo, los niños poseen el reflejo de extrusión, que consiste en que el niño expulsa hacia afuera con la lengua los objetos y alimentos que se acercan a sus labios, este reflejo desaparece alrededor del cuarto mes.

A partir de los 3 meses la niña(o) es capaz de sostener la cabeza cuando se coloca en posición semi-sentada. A los 6 meses aparecen los movimientos masticatorios de ascenso y descenso de la mandíbula que posibilitan el consumo de alimentos sólidos independientemente de la presencia de los dientes. A esta edad también adquiere la capacidad de expresar su deseo de alimento, abriendo la boca e inclinándose hacia delante. Los movimientos laterales de la lengua que llevan los alimentos hacia los molares aparecen entre los 8 y 10 meses, y los rotatorios completos que permiten devorar carnes y algunas frutas y vegetales aparecen entre los 12 a 18 meses. Los elementos básicos de maduración relacionados con la alimentación en niños y niñas menores de 2 años de edad.

4.4 LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA:

Significa que el lactante recibe solamente leche del pecho de su madre, o recibe leche materna extraída del pecho y no recibe ningún tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua, con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos.

4.5 ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA:

Es definida como el proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna.

El rango etéreo para la alimentación complementaria, generalmente es considerado desde los 6 a los 23 meses de edad, aun cuando la lactancia materna debería continuar más allá de los dos años.

4.5.1 REQUISITOS DE UNA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Los lactantes son particularmente vulnerables durante el periodo de transición en el que comienza la alimentación complementaria. Por lo tanto, para asegurarse de que se satisfacen sus necesidades nutricionales, los alimentos complementarios tienen que cumplir los requisitos siguientes:

- **Oportuno:** es decir, se deben introducir cuando las necesidades de energía y de nutrientes sobrepasan lo que puede proporcionarse mediante la lactancia natural exclusiva y frecuente. (Ver anexo 4)

- **Adecuado:** es decir, deben proporcionar energía, proteínas y micronutrientes suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales de un niño en crecimiento.

- **Inocuo:** es decir, se deben preparar y almacenar de forma higiénica y hay que darlos con las manos limpias, utilizando utensilios limpios, y no biberones y tetinas.

- **Darse de forma adecuado:** es decir, se deben dar atendiendo a las señales de apetito y de saciedad del niño, y la frecuencia de las comidas y el método de alimentación (alentar activamente al niño a que, incluso cuando está enfermo, consuma alimentos suficientes utilizando los dedos, una cuchara o alimentándose por sí mismo) deben ser adecuados para su edad.⁹ (Ver anexo 5)

4.5.2 TIPOS DE ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS

- **Alimentos transicionales:** Son los que están preparados expresamente para cubrir las necesidades nutricionales específicas del niño pequeño.

- **Alimentos familiares:** Son los mismos alimentos que conforman parte de la dieta de la familia.

4.5.3 ETAPAS DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

- **Inicial:** Donde los nuevos alimentos deben comportarse como complemento del régimen lácteo, ya que el mayor aporte de energía y nutrientes proviene de la leche.
- **Intermedia:** Llamada también de mantenimiento; donde los alimentos progresivamente se convierten en suplementos de alimentación láctea, pasando la leche de ser complementos de nuevos alimentos.
- **Final:** Que consiste en el empalme con la alimentación habitual del Hogar o la familia.

4.4 PRINCIPIOS DE ORIENTACIÓN PARA LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA¹.

Los Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado, establecen estándares para el desarrollo de recomendaciones locales sobre la alimentación. Estos principios brindan una guía sobre los comportamientos deseables, relacionados con la alimentación, así como recomendaciones sobre la cantidad, consistencia, frecuencia, densidad energética y contenido de nutrientes de los alimentos. (Ver anexo 5)

PRINCIPIO 1. Practicar la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad, introducir los alimentos complementarios a partir de los 6 meses de edad (180 días) y continuar con la lactancia materna.

La lactancia materna exclusiva, durante los primeros 6 meses de vida, brinda varios beneficios al lactante y a la madre. El principal beneficio es su efecto protector contra las infecciones gastrointestinales, lo cual ha sido observado no solamente en países en desarrollo, sino también en países industrializados. Según los nuevos patrones de crecimiento de la OMS, los niños que son alimentados con lactancia materna exclusiva, tienen un crecimiento más rápido durante los primeros 6 meses de vida, en comparación con otros niños.

PRINCIPIO 2. Continuar con la lactancia materna frecuente y a demanda hasta los dos años de edad o más.

La lactancia materna debería continuar junto con la alimentación complementaria hasta los dos años de edad o más y debe ser administrada a demanda, tan frecuentemente como el niño lo desee.

PRINCIPIO 3. Practicar la alimentación perceptiva aplicando los principios de cuidado psico-social.

La alimentación complementaria óptima depende, no solamente, del con qué se alimenta al niño; también depende del cómo, cuándo, dónde y quién lo alimenta. Los estudios del comportamiento, han revelado que el 'estilo casual' de alimentación es el

que predomina en algunas poblaciones. Se permite que los niños pequeños se alimenten por sí mismos y rara vez se observa que son estimulados o alentados. En esta circunstancia, un estilo más activo de alimentación puede mejorar la ingesta de los alimentos. El término de “alimentación perceptiva” (Ver anexo 6) es empleado para describir que el cuidador o cuidadora aplica los principios del cuidado psicosocial.

PRINCIPIO 4. Ejercer buenas prácticas de higiene y manejo de los alimentos.

La contaminación microbiana de los alimentos complementarios es la principal causa de enfermedad diarreica, que es muy común entre niños de 6 a 12 meses de edad. La preparación y el almacenamiento seguros de los alimentos complementarios reducen el riesgo de diarrea. Es más probable que el empleo de biberones con tetinas para administrar líquidos, provoque la transmisión de infecciones, que el empleo de vasos o tazas; por lo tanto, el empleo de biberones debe ser evitado. (Ver anexo 7)

PRINCIPIO 5. Comenzar a los seis meses de edad con cantidades pequeñas de alimentos y aumentar la cantidad conforme crece el niño, mientras se mantiene la lactancia materna.

Por conveniencia, la cantidad total de alimentos generalmente es medida según la cantidad de energía que aportan; es decir la cantidad de kilocalorías (kcal) que necesita el niño. También son igualmente importantes otros nutrientes, los que deben ser parte de los alimentos o deben ser añadidos al alimento básico. (Ver anexo 2)

PRINCIPIO 6. Aumentar la consistencia y la variedad de los alimentos gradualmente conforme crece el niño, adaptándose a los requisitos y habilidades de los niños.

La consistencia más apropiada de la comida del lactante o niño pequeño, depende de la edad y del desarrollo neuromuscular. Al inicio de los 6 meses, el lactante puede comer alimentos sólidos o semisólidos, en forma de puré o aplastados. A la edad de 8 meses, la mayoría de los lactantes también pueden comer algunos alimentos que son levantados con los dedos. A los 12 meses, la mayoría de los niños pueden comer los mismos alimentos consumidos por el resto de la familia. Sin embargo, los alimentos deben ser ricos en nutrientes. Se debe evitar los alimentos que pueden provocar asfixia, como ser el maní entero. (Ver anexo 4)

Los alimentos complementarios deben ser lo suficientemente espesos para mantenerse en la cuchara y que no se escurran hacia fuera. Generalmente, los alimentos que son más espesos o más sólidos tienen mayor densidad de energía y nutrientes que los alimentos aguados o muy blandos. Cuando el niño come alimentos espesos o sólidos, resulta más fácil el darles mayor suministro de kcal e incluir una variedad de ingredientes ricos en nutrientes, como ser alimentos de origen animal.

PRINCIPIO 7. Aumentar el número de veces que el niño consume los alimentos complementarios conforme va creciendo.

A medida que el niño tiene mayor edad, necesita una mayor cantidad total de alimentos por día; los alimentos deben ser divididos, o fraccionados, en una mayor cantidad de comidas. El número de comidas que un lactante o niño pequeño necesita, depende de:

- Cuánta energía necesita el niño para cubrir la brecha de energía. Cuanta más energía requiera el niño cada día, necesitará mayor número de comidas para asegurar que él o ella tenga la suficiente energía.
- La cantidad de alimentos que el niño pueda comer en una comida. Depende de la capacidad o tamaño de su estómago, la cual usualmente es de 30 ml por kg de peso. Un niño que pesa 8 kg tendrá una capacidad gástrica de 240 ml, aproximadamente un vaso o taza lleno de tamaño grande; no se puede esperar que coma más que esta cantidad durante una comida.
- La densidad energética del alimento ofrecido. La densidad de energía de los alimentos complementarios debe ser mayor que la de la leche materna: esto es, al menos 0.8 kcal por gramo. Si la densidad energética es menor, para llenar la brecha de energía se requiere un mayor volumen de alimentos; estos pueden requerir ser fraccionados en un número mayor de comidas.

PRINCIPIO 8. Dar una variedad de alimentos para asegurarse de cubrir las necesidades nutricionales.

Los alimentos complementarios deberían brindar suficiente energía, proteína y micronutrientes para cubrir las brechas de energía y de nutrientes del niño, de manera que junto con la leche materna se cubran todas sus necesidades. Las brechas de energía, proteína, hierro y vitamina A requieren ser cubiertas mediante la alimentación complementaria, para un niño de 12–23 meses de edad.

La mayor brecha es la que corresponde a la del hierro, de manera que es de particular importancia que los alimentos complementarios contengan hierro; en lo posible se debe emplear alimentos de origen animal, como ser carne, órganos de animales, aves de corral o pescado. Una alternativa son los guisantes, frijoles, lentejas y nueces, que deben ser administrados con alimentos ricos en vitamina C, para favorecer la absorción de hierro; pero estos alimentos no deben reemplazar completamente a los de origen animal. (Ver anexo 8)

Cada día, se debería añadir una variedad de otros alimentos al alimento básico, para aportar otros nutrientes. Estos incluyen:

- Los alimentos de origen animal o pescado son buenas fuentes de proteína, hierro y zinc. El hígado también aporta vitamina A y folato. La yema de huevo es una buena fuente de proteína y de vitamina A, pero no de hierro. El niño debe recibir la parte sólida de estos alimentos y no solamente el jugo.
- Los productos lácteos, como ser la leche, queso y el yogur, son buenas fuentes de calcio, proteínas, energía y vitaminas del complejo B.

- Los guisantes, frijoles, lentejas, maní y soja, son buenas fuentes de proteína y contienen algo de hierro. El comer al mismo tiempo alimentos ricos en vitamina C (por ejemplo tomates, cítricos y otras frutas, además de vegetales de hojas verdes), favorece la absorción de hierro.
- Las frutas y verduras de color naranja, como ser la zanahoria, zapallo, mango y papaya y las hojas de color verde oscuro, por ejemplo la espinaca, son ricos en caroteno, un precursor de la vitamina A y también son ricos en vitamina C.
- Las grasas y aceites son fuentes concentradas de energía y de ciertas grasas esenciales que son necesarias para el crecimiento del niño. (Ver anexo 9)

PRINCIPIO 9. Utilizar alimentos complementarios fortificados o suplementos de vitaminas y minerales para los lactantes de acuerdo a sus necesidades.

Los alimentos complementarios no fortificados, predominantemente a base de plantas usualmente brindan cantidades insuficientes de ciertos nutrientes ‘clave’ (particularmente hierro, zinc y vitamina B6) para lograr alcanzar las cantidades recomendadas de ingesta de nutrientes, durante la alimentación complementaria. La incorporación de alimentos de origen animal, en algunos casos, puede ser suficiente para llenar la brecha; sin embargo, para poblaciones que viven en la pobreza, esto incrementa el costo de la alimentación, lo cual puede ser un inconveniente. Además, la cantidad de alimentos de origen animal que puede ser, factiblemente, consumida por los lactantes (por ejemplo de 6–12 meses de edad), generalmente es insuficiente para llenar la brecha de hierro.

PRINCIPIO 10. Aumentar la ingesta de líquidos durante las enfermedades incluyendo leche materna (lactancia más frecuente), y alentar al niño a comer alimentos suaves, variados, apetecedores y que sean sus favoritos. Después de la enfermedad, dar alimentos con mayor frecuencia de lo normal y alentar al niño a que coma más.

Durante la enfermedad, con frecuencia la necesidad de líquidos se incrementa, de manera que se debería ofrecer y estimular a que el niño beba más; además, debe continuar con la lactancia materna a demanda. Frecuentemente, el apetito del niño hacia la comida disminuye, mientras que el deseo de lactar se incrementa; la leche materna se convierte en la principal fuente, tanto de líquidos como de nutrientes.

Se debería estimular a que el niño coma algo de alimentos complementarios, para mantener el aporte de nutrientes y mejorar su recuperación. Usualmente, la ingesta es mejor si se ofrece al niño sus alimentos preferidos y si los alimentos son suaves y apetitosos. Es probable que la cantidad de alimentos que recibe en cualquier comida sea menor que la usual, de manera que el cuidador debe ofrecer los alimentos con mayor frecuencia y en pequeñas cantidades.

Cuando el lactante o niño pequeño está en período de recuperación y su apetito mejora, el cuidador debe ofrecerle una porción adicional en cada comida o ‘merienda’ adicionales cada día.

4.5.4 CONSECUENCIAS DE UNA INADECUADA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

45.4.1 Alergias Alimentarias

La alergia alimentaria o hipersensibilidad alimentaria alérgica es la reacción adversa causada por mecanismos inmunológicos, mediados o no por inmunoglobulina E, es importante diferenciarla de la intolerancia alimentaria o hipersensibilidad alimentaria no alérgica, la cual es respuesta adversa causada por características fisiológicas propias del huésped. Las reacciones tóxicas pueden mimetizar la hipersensibilidad alimentaria, son provocadas por factores inherentes al alimento, como contaminantes tóxicos o sustancias farmacológicas contenidas en el alimento. La alergia alimentaria se manifiesta clínicamente de diversas maneras según el mecanismo inmunológico que la causa. Las reacciones alérgicas más frecuentes son las mediadas por la inmunoglobulina E que pueden afectar la piel (urticaria y angioedema) seguidas por las gastrointestinales, orales, cólicas, vómitos, diarrea etc.).¹⁰ (FIGURA 1)

4.5.4.2 Desnutrición y deficiencias nutricionales

El estado de nutrición está compuesto por diversos factores biológicos y sociales. La desnutrición infantil es el resultado de la ingestión insuficiente de alimentos, en cantidad calidad, la falta de una atención adecuada y oportuna y la aparición de enfermedades infecciosas. Mundialmente cerca de 200 millones de niños menores de 5 años sufren desnutrición crónica, un 13% de los niños menores de 5 años sufre desnutrición aguda y un 5% de ellos desnutrición aguda grave. La desnutrición es originada por tres causas. Causas básicas: pobreza, desigualdad y escasa educación de las madres; Causas subyacentes: falta de acceso a alimentos, falta de atención sanitaria, agua y saneamiento insalubres; Causas inmediatas: alimentación insuficiente, atención inadecuada y enfermedades. La introducción tardía de alimentos complementarios, se ha reportado con mayor frecuencia en áreas rurales y entre hogares indígenas, siendo una causa básica para presentar desnutrición infantil.

La Disminución de la ingestión de leche materna y desplazamiento de la alimentación al pecho por alimentos menos nutritivos que aún no requiere el lactante, puede cual puede ocasionar desnutrición

Según su etiología, la desnutrición asociada al consumo inadecuado de alimentos puede ser: Primaria: se determina si la ingestión de alimentos es insuficiente; Secundaria: ocurre cuando el organismo no utiliza el alimento consumido y se interrumpe el proceso digestivo o absorbivo de los nutrientes; Mixta o terciaria: cuando hay una asociación de ambas situaciones, tanto poca ingestión de alimentos y alguna situación que impide al organismo aprovechar el alimento

4.5.4.3 Sobrepeso y Obesidad

La infancia y la adolescencia son etapas determinantes para el adecuado establecimiento de pautas de comportamiento para el resto de la vida, así como de mayor riesgo para la aparición de sobrepeso y obesidad debido a los cambios que ocurren en la composición corporal. Según un estudio realizado en Cuba, la alimentación complementaria precoz, de incorrecta introducción e incorrecta inducción, es un factor de riesgo de alta prevalencia, para que el niño desarrolle obesidad.

Causada por la alimentación forzada debido a que el lactante, por su inmadurez neuromuscular, es incapaz de demostrar saciedad, llevando a la obesidad. (Sobrealimentación). Después del primer año de vida debido a la desaceleración de crecimiento del niño, comúnmente hay una disminución del apetito, y con ello de ingestión alimentaria, produciendo ansiedad en los padres, que con el fin de arreglar la situación le ofrecen al niño cantidades excesivas de vitaminas y nutrientes inorgánicos, con la intención de que los niños presenten apetito, así como la sustitución de alimentos por golosinas u otros alimentos con gran cantidad energética, lo cual puede contribuir a la aparición de obesidad en años posteriores.¹¹

4.5.4.3 Otras complicaciones:

La alimentación complementaria o la introducción de otros alimentos diferentes a la leche materna antes de los 6 meses es innecesaria y podría representar grandes riesgos para el estado nutricional y la salud del lactante (OMS.1998), como:

- Disminución de producción de leche materna en la madre.
- Deficiente digestión y absorción de nutrientes y diarrea.
- Diabetes mellitus insulina Tipo 1 en lactantes susceptibles.
- Inmadurez neuromuscular: conllevando a problemas de deglución, aspiración con tos y ahogamiento.
- Deshidratación.
- Mayor riesgo de caries dental.
- A largo plazo hábitos alimentarios indeseables.
- Contaminación de los alimentos complementarios, que aumenta el riesgo de diarrea y otras enfermedades infecciosas.

4.5.4.4 Riesgos de un inicio tardío de la alimentación complementario (Después de los 6 meses) ¹²:

Si la alimentación complementaria empieza después de los 6 meses de edad, el niño no recibirá suficiente nutrientes y alimentos de acuerdo a su requerimiento, el cual 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.
- Aumenta la deficiencia de micronutrientes, principalmente el hierro.

5. SISTEMA DE HIPOTESIS

5.1 HIPOTESIS DE TRABAJO.

Hi: El nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria que tienen las madres de niños menores de 1 año es aceptable

5.2 HIPOTESIS NULA

Ho: El nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria que tienen las madres de niños menores de 1 año es no aceptable

5.3 HIPOTESIS ALTERNA

Ha: El nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria que tienen las madres de niños menores de 1 año es poco aceptable

5.4 UNIDADES DE ANALISIS

Madres de niños menores de 1 año que asisten a las unidades comunitarias de salud Llano Los Patos, Bobadilla y Las Tunas.

3.5 VARIABLES.

V₁: Nivel de conocimientos.

V₂: Alimentación complementaria.

5.4 OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

HIPOTESIS	VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
<p>El nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria que tienen las madres de niños menores de 1 año es aceptable.</p>	<p>V₁: Nivel de conocimientos</p>	<p>Conjunto de información almacenada mediante la experiencia, el aprendizaje o a través de la introspección</p>	<p>Características socio-demográficas</p>	<p>mediante aplicación de la entrevista</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Paridad - Estado familiar - Escolaridad - Procedencia - Grupo religioso
			<p>Conocimientos generales</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Definición de alimentación complementaria. - Definición de lactancia materna - Beneficios de una adecuada alimentación - Consecuencias de una mala alimentación - Fuente de información sobre alimentación
			<p>Conocimientos específicos</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Edad de inicio de alimentación complementaria - Duración de lactancia materna exclusiva - consistencia del alimentos según edad - Uso de bebidas carbonatadas, café, atoles y sopas. - Alimentos según edad - Frecuencia de cambios de alimentos - Frecuencia de administración de alimentos
			<p>Creencias</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Ingesta de agua en el menor de 6 meses - Introducción de alimentos alergenicos - Inicio temprano de alimentación

	VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
	V ₂ Alimentación complementaria	Es el proceso que comienza cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante, y por tanto se necesitan otros alimentos y líquidos, además de la leche materna.	Administración de alimentos.	Prácticas de alimentación de las madres de niños menores de 1 año	<ul style="list-style-type: none"> - Edad de inicio de alimentación del niño - Alimentos con los que inicio la alimentación - Frecuencia de administración de alimentos en el niño - Frecuencia de cambios de alimentos - Uso de fórmulas infantiles - Uso de bebidas carbonatadas, café, atoles y sopas.

6. DISEÑO METODOLOGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO.

- Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información el estudio será cualitativo:

Porque a través de la recolección de datos se buscó comprender el comportamiento humano pero sin crear estadísticas.

- Según el análisis y alcance de los resultados el estudio será descriptivo:

Porque se hizo descripción del nivel de conocimientos de las madres de niños menores de 1 año en base a la escala de evaluación.

- Según periodo y secuencia del estudio será transversal:

Porque se hizo una evaluación del nivel conocimientos haciendo un corte en el tiempo y se ejecutó en el periodo comprendido de Junio y Julio de 2016.

6.2 POBLACION

TABLA N°1. Total de niños menores de 1 año por unidad de salud

UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR	POBLACION
LAS TUNAS	99
BOBADILLA	88
LLANO LOS PATOS	128
TOTAL	315

FUENTE: Tomado del Plan operativo Anual para el año 2016, de las UCSF en estudio.

6.3 MUESTRA.

En este caso no se tomó muestra ya que fue toda la población que cumplió con los criterios de inclusión y exclusión.

6.4 CRITERIOS PARA ESTABLECER MUESTRAS

6.4.1 CRITERIOS DE INCLUSION.

- Madres de niños menores de 1 año que asistieron a control de niño sano
- Madres que aceptaron participar en la investigación mediante el consentimiento informado (ANEXO 10).

6.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Madres sordomudas.
- Madres con retraso mental.

6.5. TIPO DE MUESTREO

Muestreo de tipo probabilístico aleatorio simple, ya que todas las madres tuvieron la probabilidad de ser incluidas en el estudio y a las cuales se les aplicó los criterios de inclusión y exclusión; siendo esta población de la UCSF Llano los Patos, Las Tunas Y Bobadilla.

6.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

6.6.1 TÉCNICAS DOCUMENTALES.

Documental bibliográfica: a través se obtuvo información de libros, artículos, tesis, normativas y diccionarios especializados.

Técnica de trabajo de campo: se utilizó la encuesta, la cual permitió entrevistar a la población en estudio y recopilar información sobre el tema de investigación.

6.7. INSTRUMENTO:

Una cedula de entrevista de 32 preguntas, de las cuales 19 tienen respuestas de opción múltiple, 10 preguntas cerradas y 3 preguntas abiertas (ANEXO 11)

La cedula de entrevista estuvo estructurada de la siguiente manera:

- De la pregunta 1 a la 8 se evaluarán las características socio demográficas
- De la pregunta 9 a la 26 se evaluarán conocimientos sobre alimentación complementaria
- De la pregunta 28 a la 32 se evaluarán las prácticas sobre alimentación complementaria.

Además el grupo de investigación elaboró una escala de medición que sirvió para determinar el nivel de conocimientos que tiene las madres de niños menores de 1 año, esta escala se aplicó de la siguiente manera si la madre contestó correctamente más de 12 preguntas se le dió una ponderación mayor o igual del 75% la cual equivale a tener conocimientos aceptables, si contestó entre 8 y 11 preguntas, se le dió una ponderación mayor del 50% y menor del 75% la cual equivale a conocimiento poco aceptable, y una ponderación menor o igual del 50 % equivale a contestar correctamente menos de 11 preguntas, dando como resultado un conocimiento no aceptable sobre alimentación complementaria.

TABLA N°2. ESCALA DE MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO.

MEDICION DEL CONOCIMIENTO		RESPUESTAS CORRECTAS
Conocimiento aceptable	Mayor del 75%	12 a 16
Conocimiento poco aceptable	Del 50% a menor del 75%	8 a 11
Conocimiento no aceptable	Menor del 50%	0 a 7

Escala elaborada por grupo investigador

6.8. PROCEDIMIENTO:

6.8.1. PLANIFICACION: en el Departamento de Medicina de la Facultad Multidisciplinaria Oriental, fueron reunidos los estudiantes egresados de la carrera de medicina y las coordinadoras del proceso de graduación, con el fin de conocer los lineamientos a seguir en el desarrollo del trabajo de graduación, donde se asignó el docente con el cual posteriormente en reunión se seleccionó el tema a investigar y el lugar en el cual se llevó a cabo dicha investigación. Además se inició la recolección de información sobre el tema seleccionado.

Posteriormente se elaboró el perfil de investigación siguiendo los lineamientos adecuados para su desarrollo y fue presentado de forma escrita, al cual, se le realizaron correcciones señaladas por la asesora.

Dicho perfil, con las correcciones realizadas, fue aprobado por asesor y coordinador de proceso de graduación. Con asesoría metodología y tomando como base el perfil de investigación, se realizó la elaboración del protocolo de investigación.

6.8.2. EJECUCIÓN

La población estudiada fue de 315 madres de niños menores de 1 año distribuido según UCSF: Bobadilla: 88, Llano Los Patos: 128 y Las Tunas: 99, esto se llevó a cabo en el periodo comprendido entre Junio y Julio del 2016.

La investigación se realizó cuando el niño menor de 1 año fue llevado a su control infantil a las distintas Unidades comunitarias de Salud familiar en donde se realizó el estudio, previamente se le explicó a la madre en qué consistió el estudio y si estaba dispuesta a participar en él, posteriormente se le pidió el consentimiento informado y se procedió a pasar la encuesta, la cual fue leída para que brindara su respuesta y a la vez fue contestando cada una de las interrogantes.

6.8.2.1. VALIDACION DE INSTRUMENTO.

Previo a la realización de la investigación, se hizo la validación del instrumento el día viernes 27 de mayo de 2016, en la UCSF Conchagua, La Unión; a 15 madres que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión se les realizó la entrevista, con el objetivo de valorar la comprensión de las preguntas de la encuesta que sirvió posteriormente para modificar las preguntas.

6.8.2.2. RECOLECCION DE DATOS.

La población estudiada será 315 madres de niños menores de 1 año de edad que asistan al control de niño sano, distribuidas de la siguiente manera:

UCSF Llano los Patos: 128

UCSF Las Tunas: 99

UCSF Bobadilla: 88

6.8.3 PLAN DE ANÁLISIS.

Una vez recolectada la información, se procesó a la codificación de datos obtenidos en el instrumento, utilizando el último programa S.P.S.S Versión 22, de esta manera se realizaron tablas y graficas que permitieron el análisis de los resultados de cada una de las respuestas, a través de los métodos de frecuencia y porcentajes

6.8.4. RIESGOS Y BENEFICIOS

Riesgos: Ninguno.

Beneficios: Los resultados que se obtuvieron sirvieron para realizar propuestas que ayuden a realizar una adecuada alimentación complementaria a niños menores de 1 año, disminuyendo la morbilidad infantil y malnutrición.

Al ministerio de salud: Para mejorar los programas de educación sobre alimentación complementaria.

Además este trabajo contar con un documento que aporte datos e información del nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria que presentan las madres de niños menores de 1 año de edad.

6.8.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Se explicó a las madres de niños menores de 1 año durante la consulta la importancia de la investigación, se les informo sobre la confidencialidad de los datos proporcionados, y se les pidió colaboración para responder a las interrogantes necesarias, a la vez las madre que aceptaron participar en la investigación se les solicito firmar el consentimiento informado.

7. RESULTADOS

7.1 TABULACION ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS DE LA CEDULA DE ENTREVISTA REALIZADA A LAS MADRES EN ESTUDIO.

Este apartado se divide en partes correspondiendo la primera a: Datos sociodemográficos de la madre y el niño, y la segunda parte incluye conocimientos sobre alimentación complementaria que se divide en: Conocimientos generales, Conocimientos específicos, creencias y prácticas de alimentación.

7.1.1 DATOS GENERALES DE LA MADRE.

TABLA N° 3 CARACTERÍSTICAS SOCIO- DEMOGRÁFICAS DE LA MADRE.

VARIABLES	ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Edad	Menor de 18 años	64	20.3%
	18 a 35 años	237	75.2%
	Mayor a 35 años	14	4.5%
	Total	315	100.0%
Estado familiar	Soltera	37	11.8%
	Casada	76	24.1%
	Acompañada	202	64.1%
	Total	315	100.0%
Número de hijos	1	152	48.3%
	2	81	25.7%
	3	58	18.4%
	4	18	5.7%
	5 o mas	6	1.9%
	Total	315	100.0%
Escolaridad	Ninguno	9	2.9%
	1° a 3°	127	40.3%
	4 a 6°	81	25.7%
	7° a 9°	70	22.2%
	Bachiller	24	7.6%
	Universitario	4	1.3%
	Total	315	100.0%
Alfabetización	Si	281	89.2%
	No	34	10.8%
	Total	315	100.0%
Procedencia	Llano Los Patos	128	40.6%
	Las Tunas	99	31.4%
	Bobadilla	88	28 %
	Total	315	100%
Grupo religioso	Católico	81	25.7%
	Evangélico	100	31.8%
	Ninguno	134	42.5%
	Total	315	100.0%

Fuente: Cedula de entrevista a las madres de niños menores de 1 año.

ANÁLISIS:

La tabla N°3 muestra que el 75.2% de las madres que participaron en el estudio, tienen edades entre 18 y 35 años, seguidas del 20.3% son menores de 18 años y el 4.5% corresponde a las mayores a 35 años.

En cuanto al estado familiar el 64.1% de las madres encuestadas son acompañadas, el 24.1% son casadas, y 11.8% solteras.

Con respecto al número de hijos, el 48.3% de las madres tienen 1 hijo, el 25.7% 2 hijos, 18.4% 3 hijos, el 5.7 % 4 hijos y el 1.9% tiene 5 hijos o mas

En el caso de la escolaridad 40.3% de las madres tiene un nivel de escolar de 1° a 3°, 25.7 % estudiaron de 4° a 6° grado, el 22.2% de 7° a 9°, el 7.6% bachillerato y solamente el 1.3 tiene estudios universitarios.

En el apartado en donde se indaga la alfabetización, se obtiene que el 89.2% de la madres participantes saben leer y escribir; mientras que el 10.8% no sabe.

Con respecto a la procedencia el 100% de las madres son del área Rural, y se encuestó a 40.6% de las madres de Cantón Llano Los Patos, 31.4% de Cantón Las Tunas y el 28% de Cantón Bobadilla.

Entre los datos obtenidos sobre el grupo religioso al cual pertenecen, muestra el 42.5% no pertenecen a un grupo religioso, el 31.7% asisten a grupos evangélicos, y el 25.7% a católicos.

INTERPRETACIÓN:

Al observar los resultados, se evidencia que el grupo etario predominante son las mujeres adultas jóvenes, seguido por las madres adolescentes y en menor proporción las mujeres mayores a 35 años.

En cuanto el estado familiar, las madres acompañadas predominan sobre las madres casadas. Y en menor porcentajes, las madres solteras.

Con respecto al número de hijos de las madres encuestadas, la mayoría son primigestas, seguido de madres que tienen dos o tres hijos en proporciones similares y en menor cantidad las que tienen cuatro hijos o más.

En base al nivel de escolaridad, se aprecia que el mayor número de madres poseen un nivel básico de estudio concentrado en el primer ciclo y en contraste, una mínima cantidad poseen educación media, superior o ninguna.

Lo correspondiente a alfabetización, casi en su totalidad, las madres saben leer y escribir. Llamando la atención que el número de madres que no sabe leer y escribir es mayor al número de madres que no tiene ningún grado de educación.

En el apartado de procedencia, el 100% de las madres son de origen rural, por lo que se desglosará el número los caserío de procedencia de las madres encuestadas,

Cantón Llano Los Patos: Caserío Canoguero, Caserío Hacienda San Ramón, Caserío la Brea, Caserío Caribal, Cantón Loma Larga, Cantón Condadillo , Cantón Las Tunas: Caserío el Centro, Caserío Estero, Colonia esperanza, Colonia Efraín Ponce, Caserío Joel Natos, Cantón Playas Negras, y Cantón Torola, y Cantón Bobadilla: Caserío Chicaguito, Caserío La Guacamayera, Caserío La Trinchera y Cantón Agua Fría

En cuanto al grupo religioso, el mayor número de madres no pertenecen a un grupo religioso, seguido por las madres evangélicas y casi en igual proporción las madres católicas.

7.1.2 DATOS GENERALES DEL NIÑO

TABLA N°4 EDAD Y SEXO DEL NIÑO.

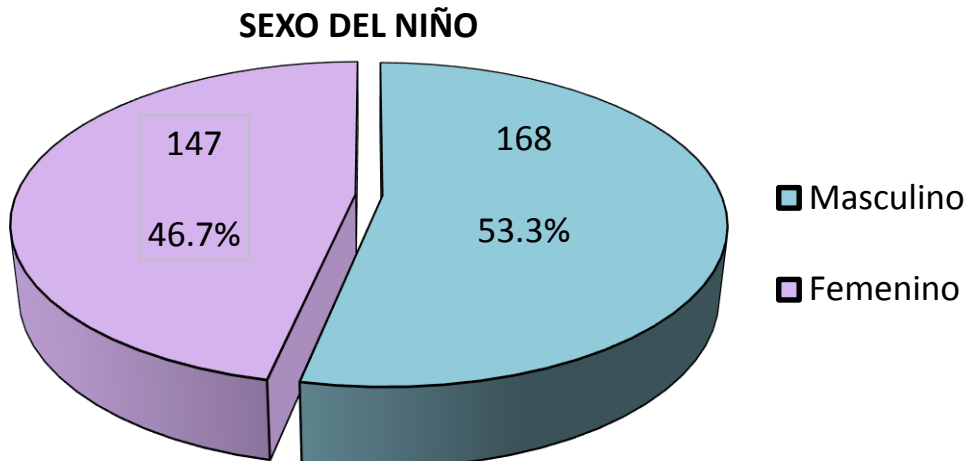
VARIABLES	ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sexo del niño	Masculino	168	53.3%
	Femenino	147	46.7%
	Total	315	100.0%
Edad del niño	Menor de 2 meses	12	3.8%
	2 a 4 meses	84	26.7%
	5 a 7 meses	93	29.5%
	8 a 11 meses	126	40.0%
	Total	315	100.0%

Fuente: Cedula de entrevista a las madres de niños menores de 1 año.

ANÁLISIS: En esta tabla se presentan los datos correspondientes al niño, correspondiendo el 53.3% para el sexo masculino y el 46.7% para el sexo femenino. Y las edad oscilan en un 40% a niños de 8 a 11 meses de edad, el 29.5% de 5 a 7 meses, el 26.7 % a niños de 2 a 4 meses y el 3.8 % corresponde a niños menores de 2 meses.

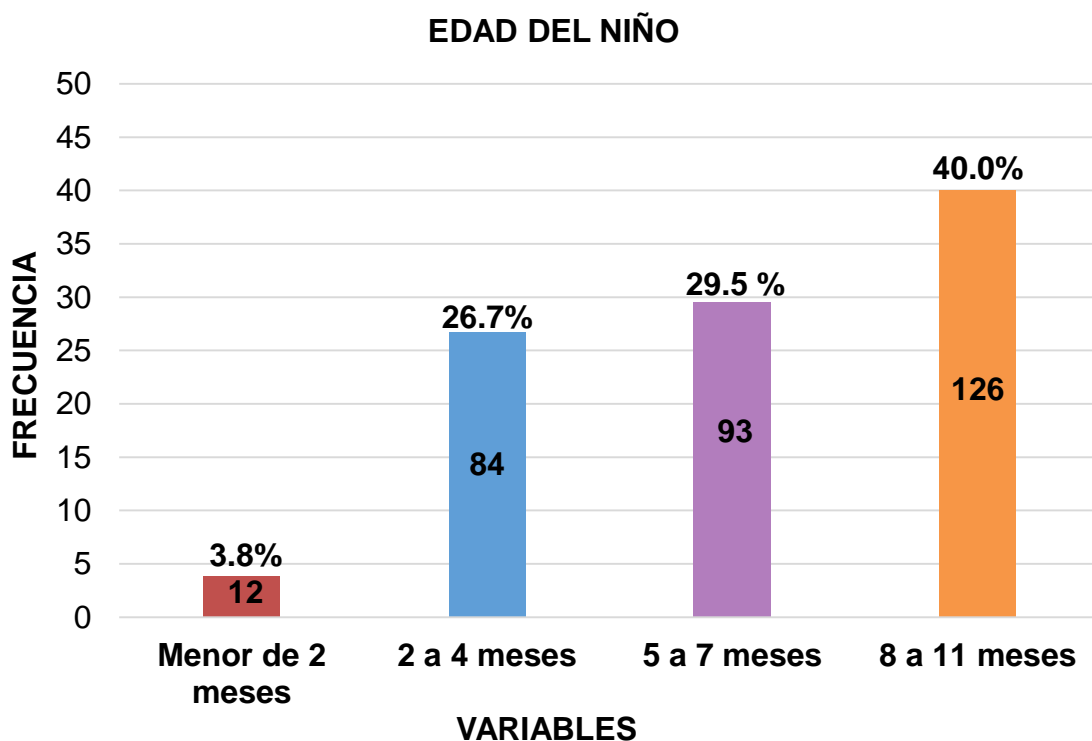
INTERPRETACIÓN: El sexo del niño predominante en el estudio fue el masculino, sin diferencia significativa en relación al femenino. El rango de edad que predominó en el niño es entre 8 a 11 meses, en igual proporción los rangos entre 2 a 4 meses y 5 a 7 meses, y en menor porcentaje menor de 2 meses.

GRÁFICO N° 1.



Fuente: Tabla N° 4

GRÁFICO N°2.



Fuente: Tabla N° 4

7.2 CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA
7.2.1 CONOCIMIENTOS GENERALES

TABLA N° 5 ¿SABE USTED QUE ES LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Dar solamente pecho	42	13.3%
Cuando se quita la leche materna de la alimentación del niño.	51	16.2%
Cuando se comienza a dar alimentos diferentes a la leche materna por primera vez al niño.*	216	68.6%
Ninguna	6	1.9%
Total	315	100.0%

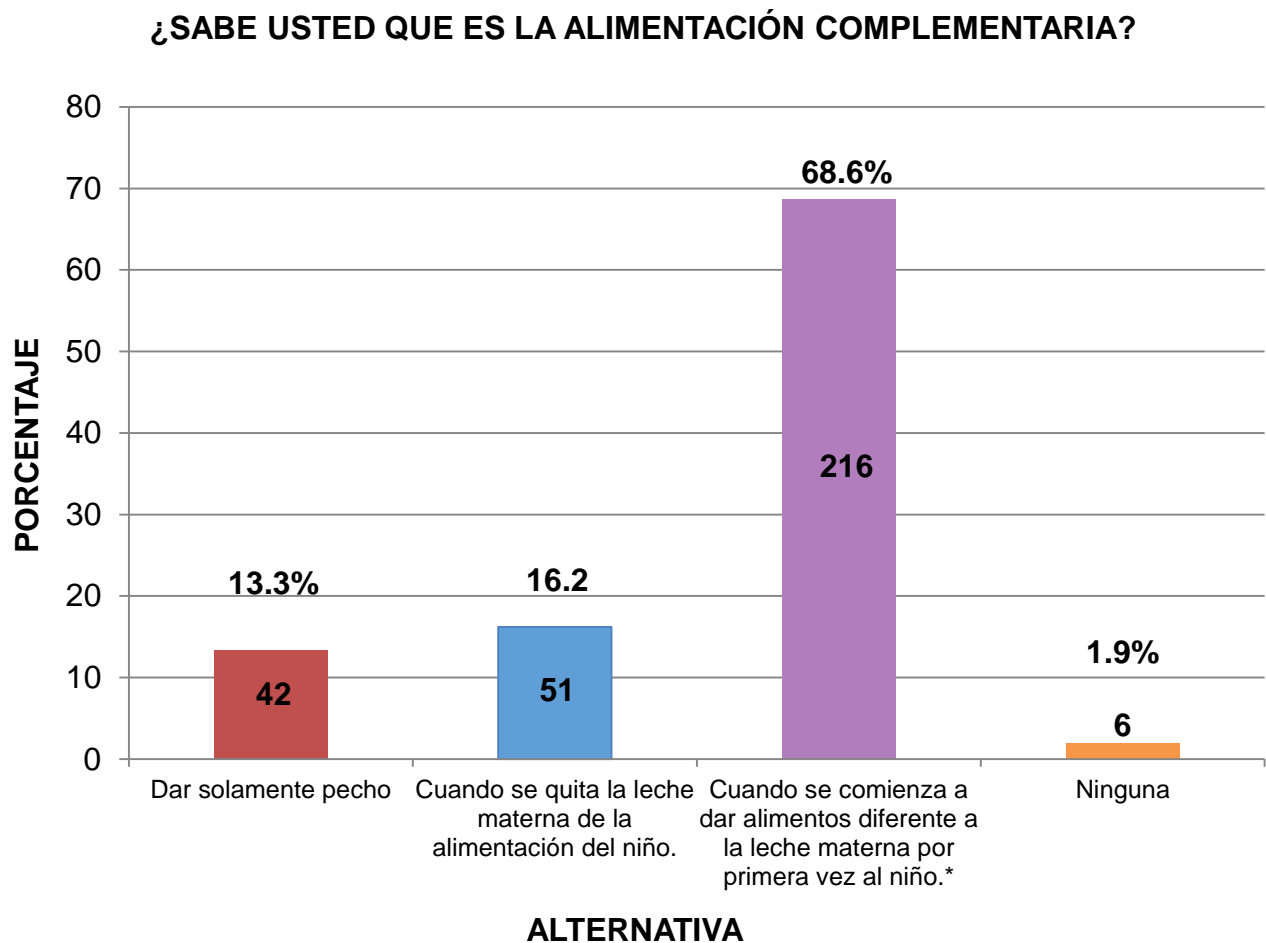
Fuente: Cedula de entrevista a las madres de niños menores de 1 año.

* Respuesta correcta.

ANÁLISIS: Esta tabla representa el conocimiento sobre el concepto de alimentación complementaria. Mostrando que el 68.6% de las madres conocen la definición correcta, el 16.2% piensa que es cuando se quita la leche materna de la alimentación del niño, el 13.3% considera que es dar solamente pecho, y el 1.9% manifestó que ninguna opción es correcta.

INTERPRETACIÓN: La mayoría de madres acertaron la definición correcta sobre la alimentación complementaria demostrando que la población en estudio tiene el conocimiento sobre este tema, y en menor porcentaje comprenden la definición como el cese de la lactancia materna o confunden el término con la misma.

GRÁFICO N° 3



Fuente: Tabla N° 5

TABLA N° 6 ¿SABE USTED QUE ES LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Introducción de frutas y verduras a la alimentación del bebe	11	3.5%
Alimentación del niño solo con pecho.*	298	94.6%
Dar Leche en Polvo	6	1.9%
Total	315	100.0%

Fuente: Cedula de entrevista a las madres de niños menores de 1 año

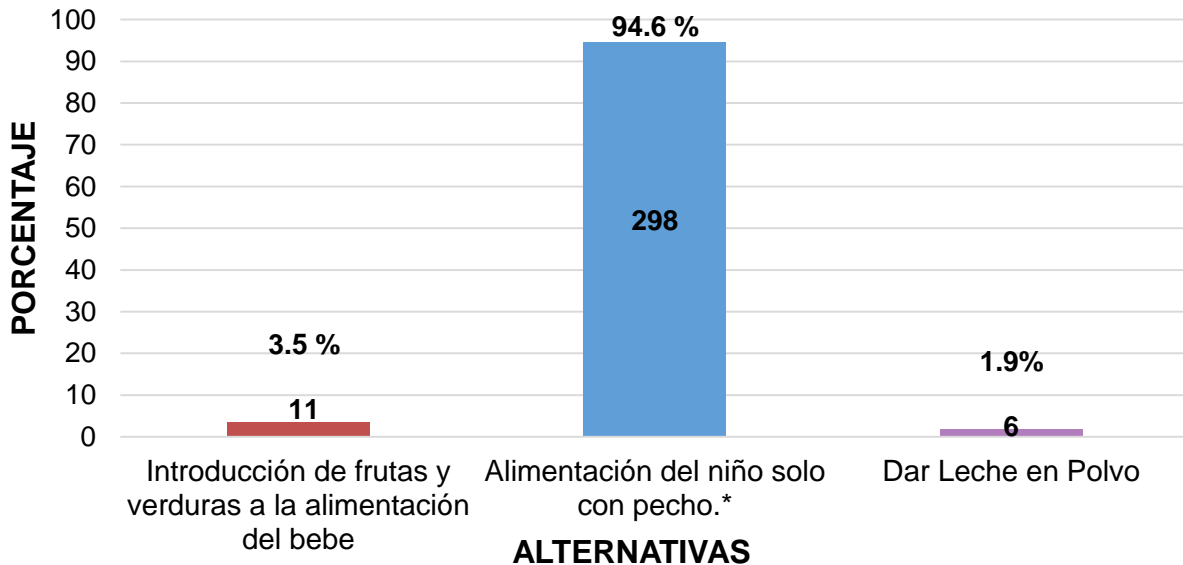
* Respuesta correcta

ANÁLISIS: En la tabla anterior se indaga el conocimiento que tienen las madres sobre la lactancia materna exclusiva, en donde se obtiene que el 94.6% de las madres saben que lactancia materna es alimentar al niño solo con pecho, un 3.5% manifestó que es la introducción de frutas y verduras a la alimentación del bebe y solo el 1.9% dijo que era dar leche en polvo.

INTERPRETACIÓN: Se demostró que las madres tienen conocimientos sobre la lactancia materna exclusiva, reflejándose con un claro predominio las madres que conocen como la alimentación del niño solo con seno materno, seguido por las madres que manifiestan que es la introducción de frutas y verduras en la alimentación del niño o alimentar con leche en polvo.

GRÁFICO N° 4

¿SABE USTED QUE ES LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA?



Fuente: Tabla N° 6

TABLA N° 7 ¿CONOCE USTED CUALES SON LOS BENEFICIOS DE UNA ADECUADA ALIMENTACIÓN?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mejora el crecimiento y desarrollo	53	16.8%
Ayuda a la salud del niño.	33	10.5%
Ayuda a prevenir las Diarreas	71	22.5%
Todas las anteriores.*	158	50.2%
Total	315	100.0%

Fuente: Cedula de entrevista a las madres de niños menores de 1 año

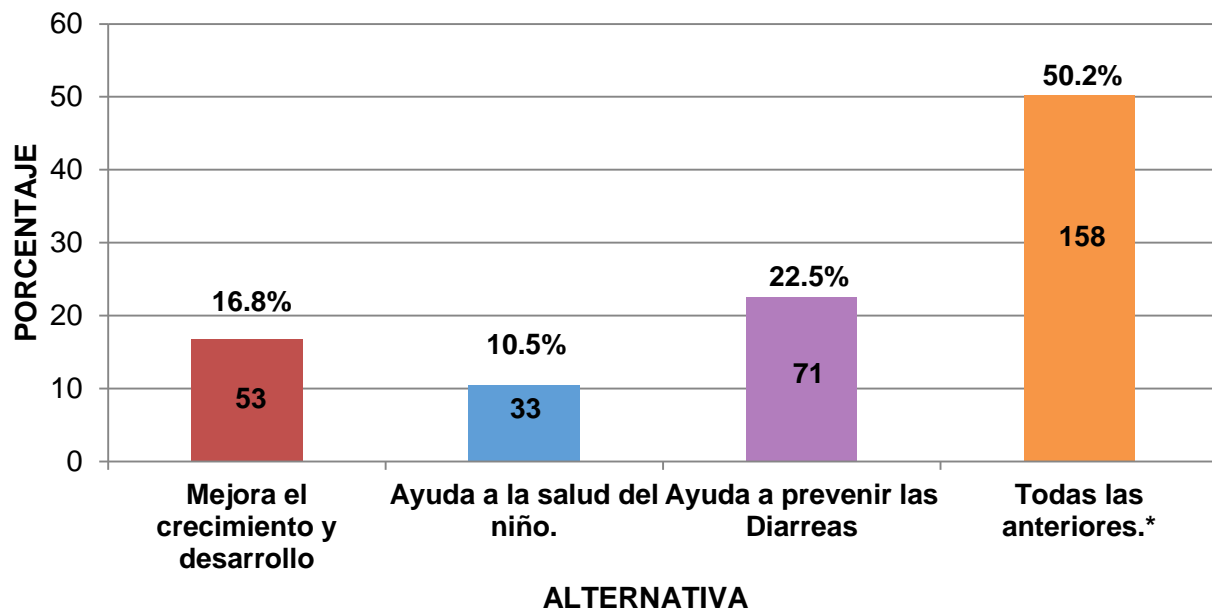
* Respuesta correcta

ANÁLISIS: En esta tabla se representan los datos obtenidos sobre los beneficios de una adecuada alimentación. En la cual solo el 50.2% respondió adecuadamente, 22.5% que ayuda a prevenir diarreas, 16.8% que mejora el crecimiento y desarrollo y el 10.5% que ayuda a la salud del niño.

INTERPRETACIÓN: Todas las madres encuestadas conocen al menos uno de los beneficios de la alimentación complementaria, sin embargo solo la mitad de ellas conoce todos los beneficios que aporta una adecuada alimentación para el niño, mejorando el crecimiento y desarrollo, obteniendo mejores defensas para el organismo contribuyendo a prevenir enfermedades

GRÁFICO N° 5

¿CONOCE USTED CUALES SON LOS BENEFICIOS DE UNA ADECUADA ALIMENTACIÓN?



Fuente: Tabla N° 7

TABLA N°8 ¿CONOCE USTED CUALES SON LAS CONSECUENCIAS DE DAR UNA INADECUADA ALIMENTACIÓN A SU NIÑO?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Diabetes	10	3.2%
Obesidad	11	3.5%
Desnutrición	116	36.8%
Diarrea	59	18.7%
Todas las anteriores son correctas*	119	37.8%
Total	315	100%

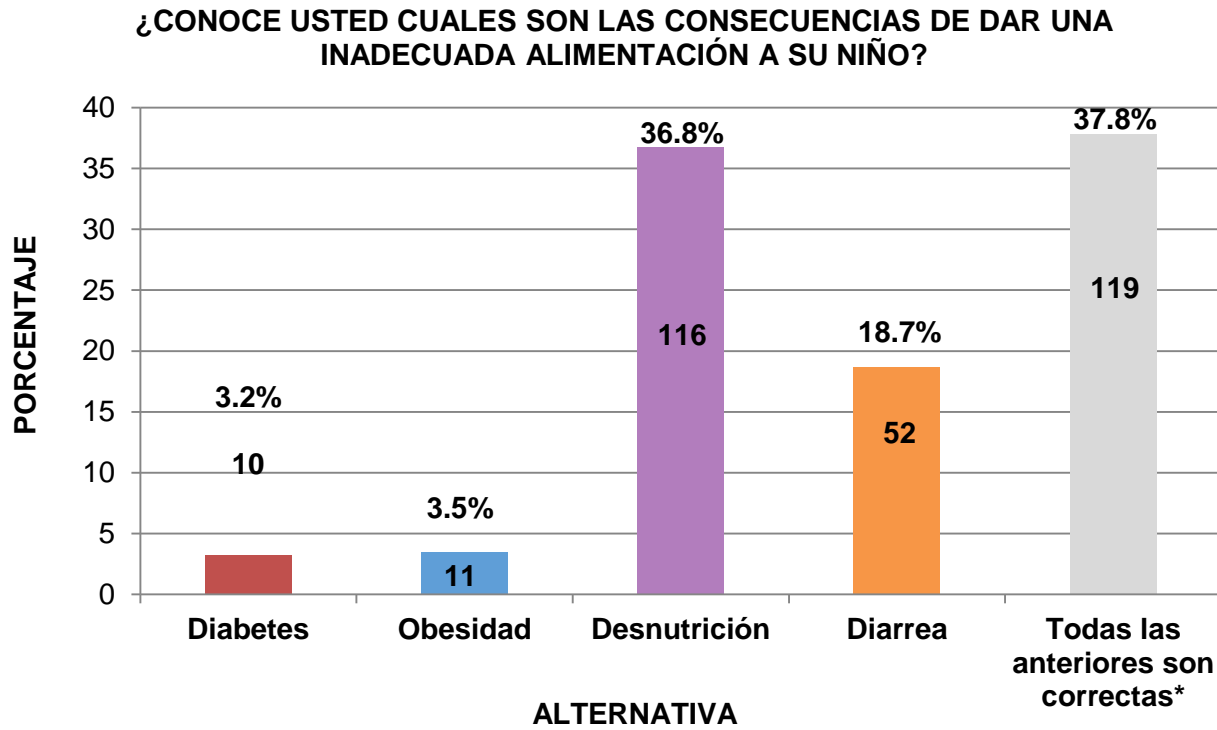
Fuente: Cedula de entrevista a las madres de niños menores de 1 año.

* Respuesta correcta.

ANÁLISIS: Esta tabla muestra el conocimiento de las madres sobre una alimentación inadecuada, los resultados que se obtuvieron fue que el 3.2% de las madres manifiesta que la mala alimentación puede causar diabetes a su niño, el 3.5% da obesidad, 36.8% da desnutrición, el 18.7% da diarrea y el 37.8 % dijo que todas las anteriores es el resultado de la mala alimentación.

INTERPRETACIÓN: Todas las madres tienen conocimiento de al menos una de las consecuencias de una inadecuada alimentación, asociando en su mayoría a desnutrición, y dejando de menos otras consecuencias como la diarrea que es de las enfermedades más frecuentes en los menores de 1 año de edad cuando la dieta no es adecuada, así mismo si la alimentación es desbalanceada en cuanto a los nutrientes va causar, obesidad que puede llevar a las enfermedades crónicas no transmisibles como la Diabetes. Solo un tercio de las madres conocen todas las consecuencias de una mala alimentación

GRÁFICO N°6



Fuente: Tabla N° 8

TABLA N°9 ¿COMO OBTUVO LA INFORMACIÓN SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y/O LACTANCIA MATERNA?

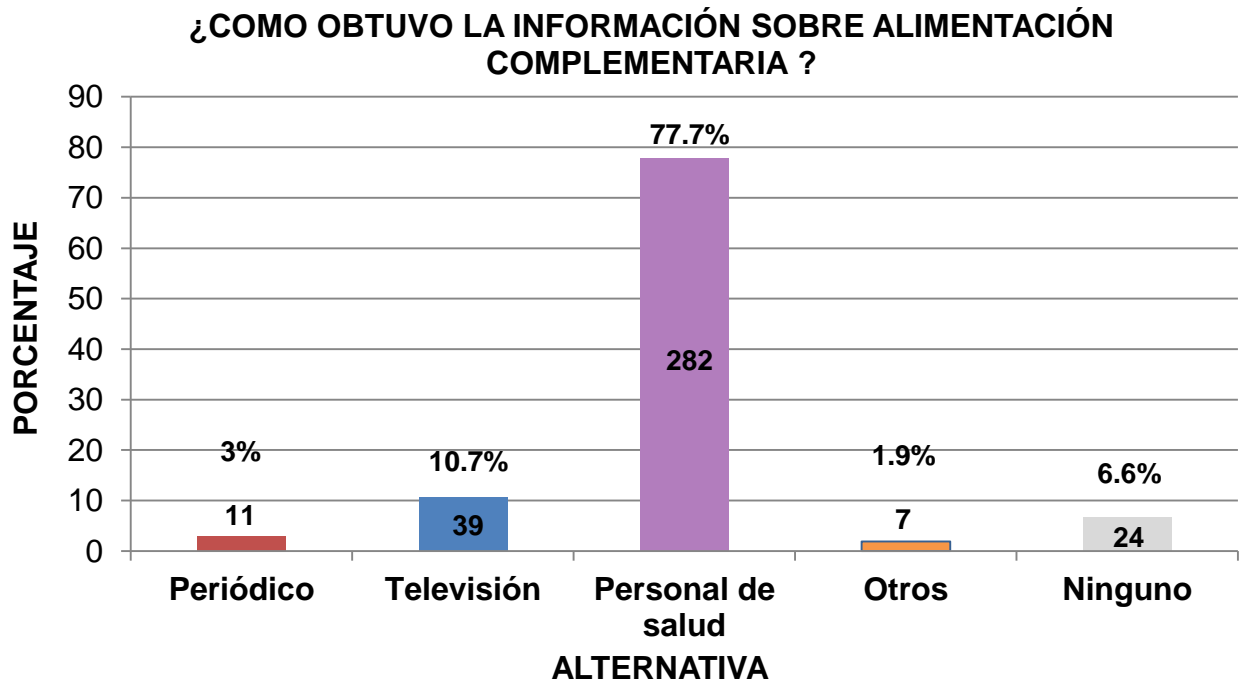
ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Periódico	11	3.0%
Televisión	39	10.7%
Personal de salud	282	77.8%
Otros	7	1.9%
Ninguno	24	6.6%
Total	363	100.0%

Fuente: Cedula de entrevista a las madres de niños menores de 1 año.

ANÁLISIS: El 77.7% de la población encuestada ha recibido información de alimentación complementaria a través de personal de salud, el 10.7% que la televisión, 6,6% que ninguno, 3.4% periódicos y el 1.9% recibió información de otros medios.

INTERPRETACIÓN El personal de salud es la principal fuente que ha brindado información sobre alimentación complementaria a la población, cabe destacar que las madres encuestadas podían elegir más de una opción, aun así un porcentaje menor refiere haber obtenido información a través de los medios de comunicación y solo una pequeña porción desconoce o no ha recibido información por ningún medio. Y un pequeño grupo de madres recibió información de otras fuentes Como: Familiares (Abuelas) o vecinos, que pueden influir negativa o positivamente en la alimentación del niño.

GRÁFICO N°7



Fuente: Tabla N°: 9

7.2.2. CONOCIMIENTOS ESPECIFICOS

TABLA N°10 ¿A QUÉ EDAD DEBE INICIAR LA ALIMENTACIÓN POR PRIMERA VEZ EN EL NIÑO?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
2 meses	7	2.2%
4 meses	111	35.2%
6 meses*	187	59.4%
8 meses	10	3.2%
Total	315	100.0%

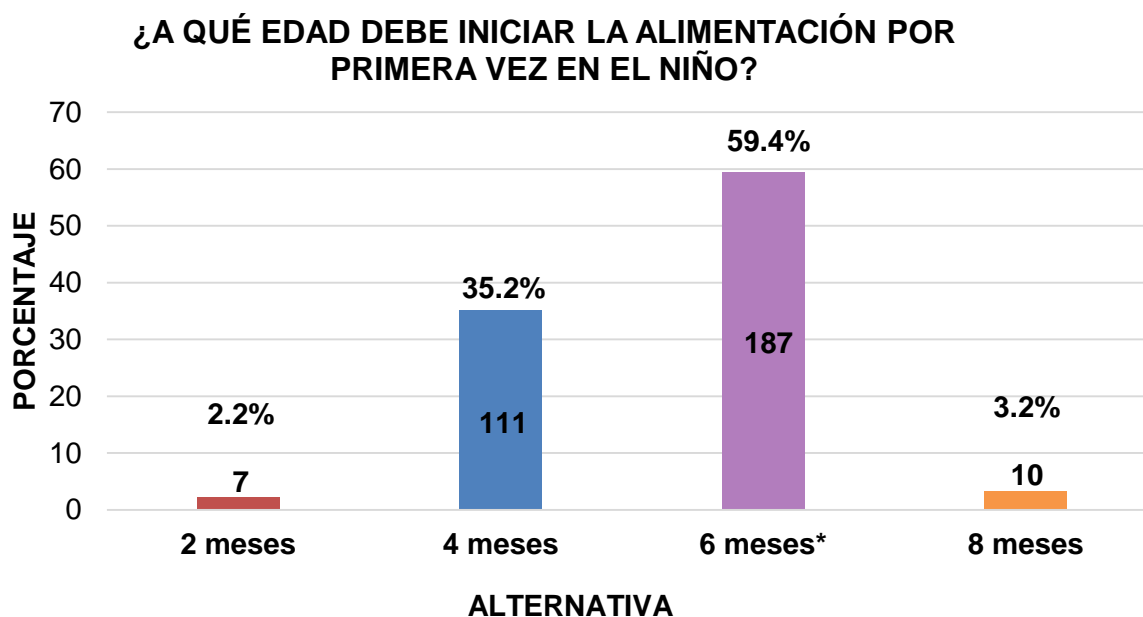
Fuente: Cedula de entrevista a las madres de niños menores de 1 año.

* Respuesta correcta.

ANÁLISIS: El 59.4% de las madres considera que la edad de inicio adecuada para la alimentación del niño es a los 6 meses, 35.2% respondió que a los 4 meses, el 3.2% a los 8 meses. Y el 2.2% refiere que a los 2 meses.

INTERPRETACIÓN: La mayoría de las madres conoce la edad correcta de inicio de alimentación complementaria, que corresponde a los 6 meses de edad, que es cuando la leche materna deja de aportar los requerimientos nutricionales necesarios para el buen crecimiento y desarrollo del niño y por lo tanto se necesita otra fuente de energía para cubrir sus necesidades, además de que el infante ya tiene un mejor desarrollo neurológico, controla su cabeza, se sienta, ha desaparecido el reflejo de extrusión y una coordinación entre succión y deglución su sistema digestivo está preparado para recibir otro tipo de alimento distinto de la leche materna. A pesar de esto casi la mitad de las madres desconoce la edad adecuada para iniciar la alimentación tal como lo recomiendan la OMS, UNICEF y normas de MINSAL, contribuyendo con esto a exponer al niño malnutrición, enfermedades gastrointestinales, alergias y enfermedades crónicas no transmisibles en la edad adulta.

GRÁFICO N° 8



Fuente: Tabla N° 10

TABLA N° 11 ¿SABE USTED CUAL ES LA CONSISTENCIA QUE DEBEN DE TENER LOS ALIMENTOS AL INICIAR LA ALIMENTACIÓN EN UN NIÑO DE 6 A 8 MESES DE EDAD?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Papillas*	164	52.1%
En trozos	15	4.8%
Licuidos	71	22.5%
Sopas	65	20.6%
Total	315	100.0%

Fuente: Cedula de entrevista a las madres de niños menores de 1 año.

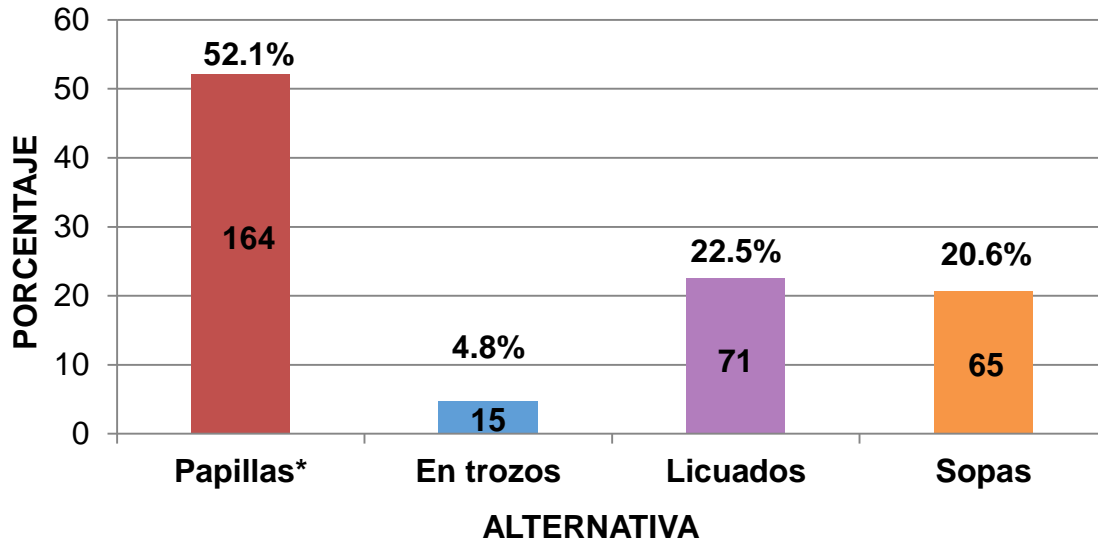
* Respuesta correcta

ANÁLISIS: En esta tabla se representa los datos sobre la consistencia adecuada de los alimentos para niños de 6 a 8 meses, el 52.1% que en forma de papilla, 22.5% licuados, el 20.6% sopas y 4.8% en trozos.

INTERPRETACIÓN: La mitad de las madres encuestadas respondió que la consistencia adecuada de los alimentos a los 6 meses de edad, es en forma de papilla, siendo esta la respuesta correcta ya que esta etapa el niño ha desarrollado el movimiento masticatorio y ha iniciado la erupción de los dientes, además hay presencia de lipasa y amilasa salival en la boca, permitiendo un adecuado procesamiento de los alimentos, ayudando también a diferenciar los sabores de los alimentos, sin embargo el resto de la población respondió que en licuados y sopas en igual proporción, siendo esto factor de riesgo para desarrolla aspiraciones pulmonares y/o desnutrición debido a que estos son líquidos rales y que en muchas ocasiones son alimentos procesados artificialmente que contienen colorantes y un alto contenido de sal , mientras que un pequeños porcentaje refiere que se les debe de dar en forma de trocitos lo que puede causarle asfixia al niño.

GRÁFICO N° 9

¿SABE USTED CUAL ES LA CONSISTENCIA QUE DEBEN DE TENER LOS ALIMENTOS AL INICIAR LA ALIMENTACIÓN EN UN NIÑO DE 6 A 8 MESES DE EDAD?



Fuente: tabla N° 11

TABLA N°12 ¿SABE USTED CUAL ES LA CONSISTENCIA QUE DEBEN DE TENER LOS ALIMENTOS AL INICIAR LA ALIMENTACIÓN EN UN NIÑO DE 9 A 11 MESES DE EDAD?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Papillas	45	14.3%
Picados o en trozos*	147	46.7%
Licuados	63	20.0%
Sopas	60	19.0%
Total	35	100%

Fuente: Cedula de entrevista a las madres de niños menores de 1 año.

* Respuesta correcta

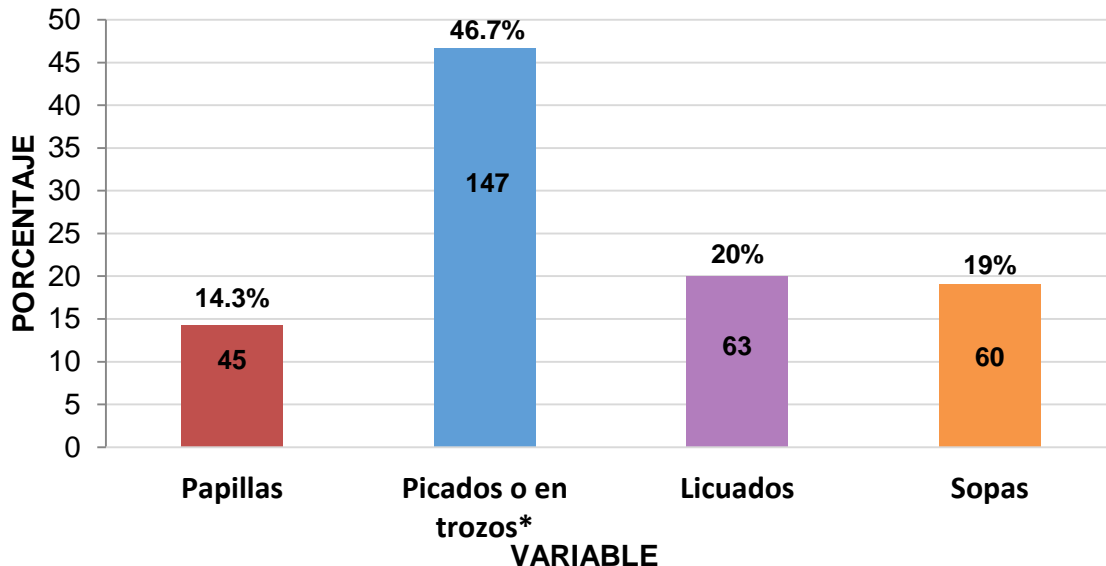
ANÁLISIS: Según los resultados de la investigación se puede observar que un 46.7% de las madres sabe que la consistencia de los alimentos de niños de 9 a 11 meses es picado o en trozos, un 20% licuados, un 19% en sopas y en un 14.3% les da papillas.

INTERPRETACIÓN: Se observa que cerca de la mitad de las madres en estudio conocen que la consistencia de los alimentos de niños entre 9 y 11 meses es picado o en trozos tal como lo recomienda la guía del alimentación del lactante pequeño de la OMS, ya que su sistema digestivo es capaz de digerir alimentos de mayor consistencia, tiene más piezas dentales que le permite mejorar la trituración de la comida. Cabe destacar que más de la mitad de las madres en estudio, no conoce la consistencia

adecuada del alimento del niño a esta edad, introduciendo alimentos licuados y sopas los cuales no tiene los requerimientos nutricionales para el niño a esta edad

GRÁFICO N° 10

¿SABE USTED CUAL ES LA CONSISTENCIA QUE DEBEN DE TENER LOS ALIMENTOS AL INICIAR LA ALIMENTACIÓN EN UN NIÑO DE 9 A 11 MESES DE EDAD?



Fuente: Tabla N° 12

TABLA N°13 ¿A QUÉ EDAD CREE USTED QUE SE LE DEBE DE DAR LOS MISMOS ALIMENTOS DE LA FAMILIA AL NIÑO?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
6 meses	38	12.1%
8 meses	68	21.6%
1 año *	156	49.5%
2 años	53	16.8%
Total	315	100.0%

Fuente: Cedula de entrevista a las madres de niños menores de 1 año.

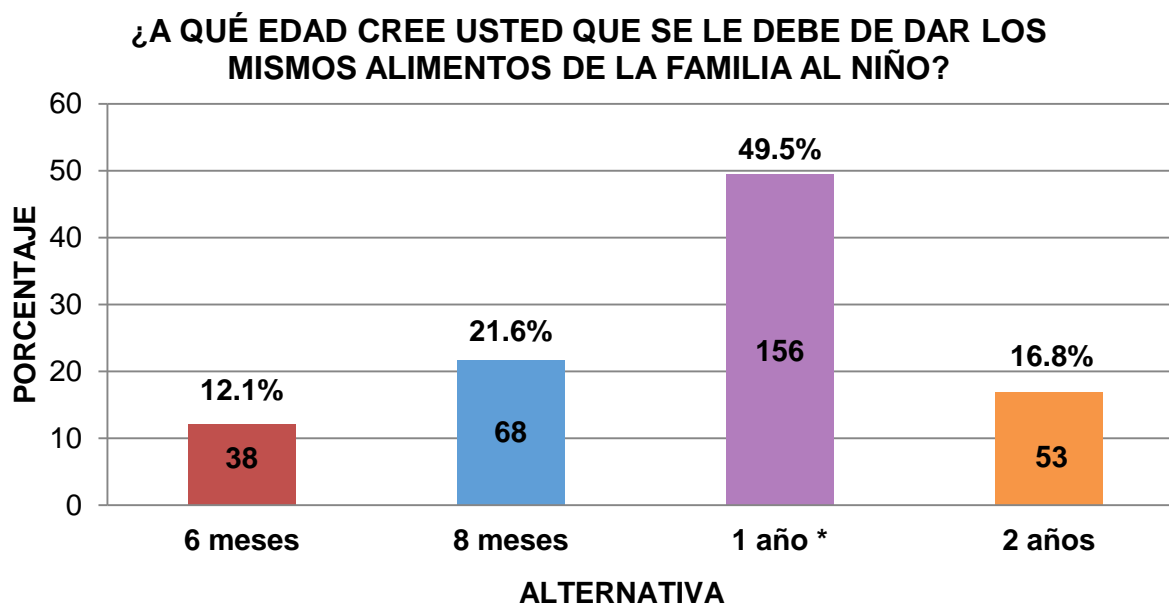
* Respuesta correcta.

ANÁLISIS: En la presente tabla, se puede apreciar que un 49.5% de las madres entrevistadas cree que al año de edad se deben dar los mismos alimentos de la familia al niño, en un 21.6% a los 8 meses, un 16.8% a los 2 años y solo un 12.1% desde los 6 meses.

INTERPRETACIÓN: Se evidencia que casi la mitad de las madres conocen que los niños deben de recibir los alimentos de la olla familiar disponibles en su comunidad y que sean adecuados en cantidad y calidad, a la edad de 1 año tal como lo

recomienda MINSAL, OMS y UNICEF, sin embargo buena parte de las madres introduce muy temprana o tardíamente los alimentos que consume el grupo familiar. Dando lugar a que el lactante pueda presentar cuadros de alergias, diarreas o malnutrición ya sea por exceso o déficit de nutrientes.

GRÁFICO N° 11



Fuente: Tabla N° 13

TABLA N°14 ¿CUÁL ES EL ALIMENTO IDEAL PARA UN NIÑO MENOR DE 6 MESES?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sopas	19	6.0
Carnes	0	0
Purés	34	10.8
Leche materna*	262	83.2
Total	315	100.0

Fuente: Cedula de entrevista a las madres de niños menores de 1 año.

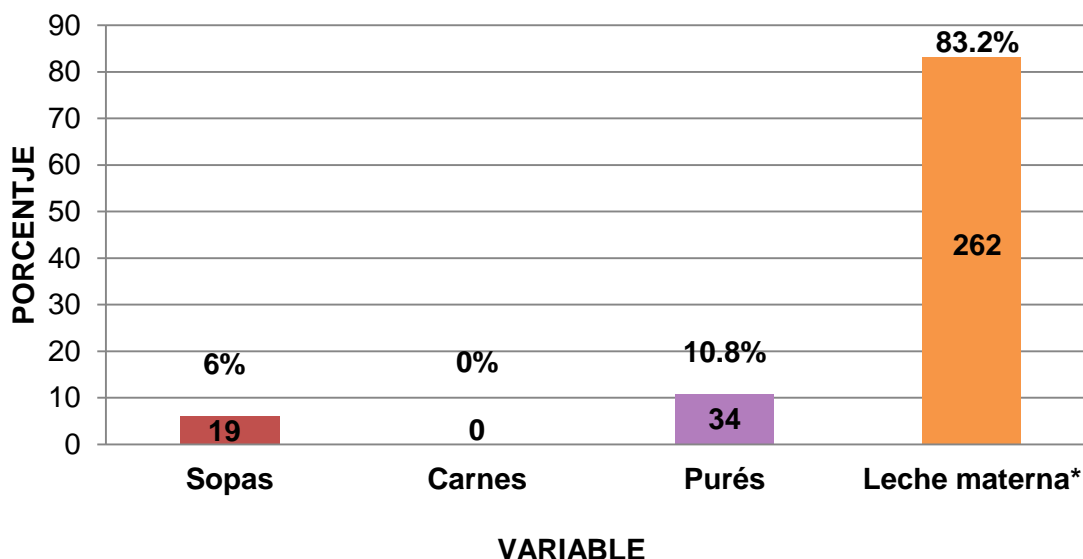
* Respuesta correcta.

ANÁLISIS: La tabla anterior demuestra que el 83.2% de las madres conoce que la leche materna es el alimento ideal para un niño menor de 6 meses, un 10.8% los purés, un 6% las sopas y 0% las carnes.

INTERPRETACIÓN: En la presente tabla se puede observar que las mayorías de las madres conoce que el alimento ideal para su hijo es la lactancia materna antes de los 6 meses, ya que esta es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales diarios durante esa edad, sin embargo, un pequeño número de madres considera que debe alimentarse el niño con purés y sopas, siendo esto inadecuado ya que el sistema gastrointestinal del niño no está apto para este tipo de alimentos, también porque presenta el reflejo de extrusión lo cual puede dar una falsa percepción a la madre de que al niño no le gusta la comida.

GRÁFICO N° 12

¿CUÁL ES EL ALIMENTO IDEAL PARA UN NIÑO MENOR DE 6 MESES?



Fuente: Tabla N° 14

TABLA N°15 ¿CONOCE USTED CUAL ES EL ALIMENTO MAS ADECUADO PARA UN NIÑO DE 6 MESES?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Frutas y verduras*	293	93.0
Carnes	2	0.6
Huevos	5	1.6
Lácteos	15	4.8
Total	315	100.0

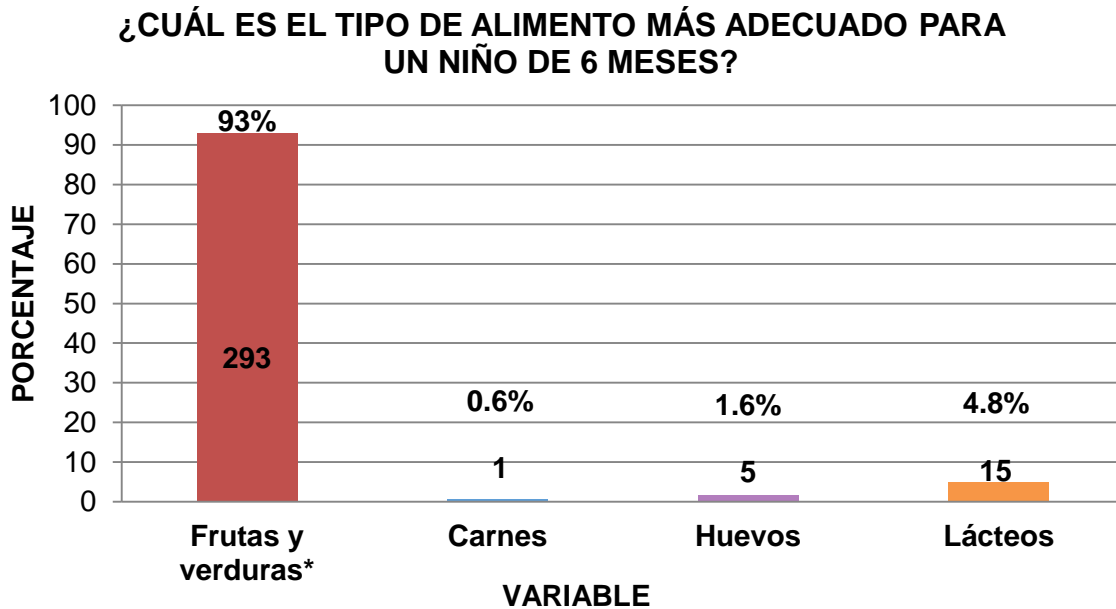
Fuente: Cedula de entrevista a las madres de niños menores de 1 año.

* Respuesta correcta.

ANÁLISIS: Se puede observar que un 93% de las madres conoce que las frutas y las verduras son el alimento más adecuado para un niño mayor de 6 meses, un 15% los lácteos, un 5% los huevos, y solo en 2% las carnes.

INTERPRETACIÓN: Se aprecia que la gran mayoría de las madres en estudio conoce que las frutas y verduras son el tipo de alimento más adecuado para la iniciar la alimentación complementaria del niño de 6 meses, por su consistencia suave, fácil digestión, buen sabor y de fácil adquisición, y solamente un pequeño porcentaje de las madres desconoce cómo iniciar adecuadamente la alimentación y menciona la alimentos ricos en proteínas, los cuales pueden provocar alergias (Urticaria, eccema, diarreas), mala digestión sobre todo con las carnes y cólicos abdominales que van en detrimento de la salud del infante..

GRÁFICO N° 13



Fuente: Tabla N° 15

TABLA N°16 CON RESPECTO AL INICIO DE LA ALIMENTACIÓN, ¿CADA CUÁNTO TIEMPO SE LE DEBE CAMBIAR EL TIPO DE ALIMENTO AL NIÑO?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cada día	161	51.1 %
Cada 3 días*	62	19.7 %
Cada Semana	65	20.6 %
Cada 15 días	27	8.6 %
Total	315	100.0 %

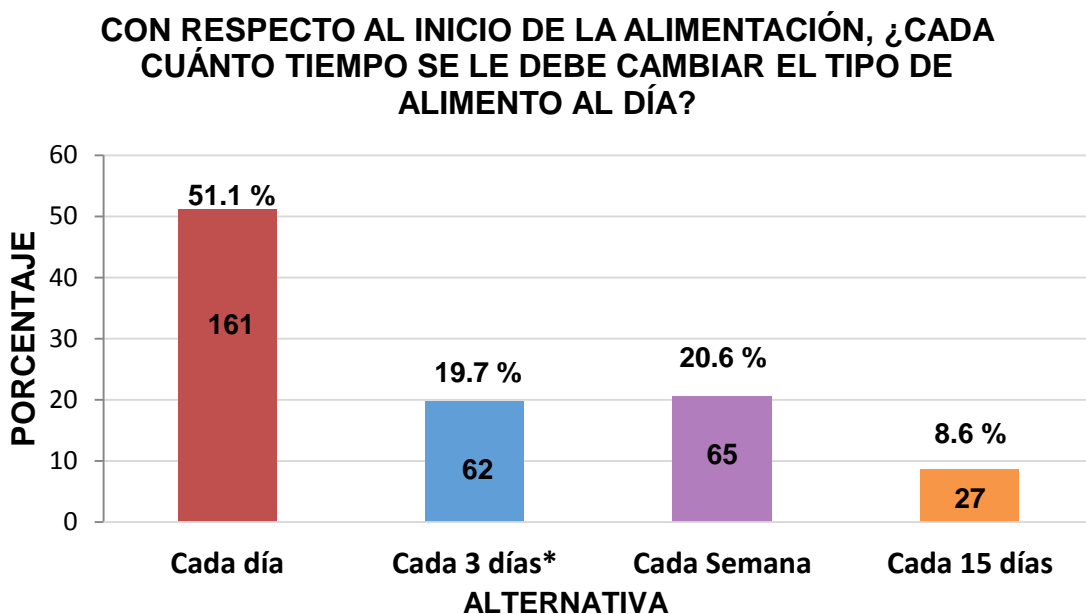
Fuente: Cedula de entrevista a las madres de niños menores de 1 año.

* Respuesta correcta.

ANÁLISIS: En esta tabla que trata sobre el tiempo en el cual se debe cambiar el tipo de alimento al niño muestra que el 51.1% cambia cada día; 19.7% cada 3 días, un 20% manifestó que se cambia cada semana y 8.6% que se hace cada 15 días.

INTERPRETACIÓN: Al evaluar otro aspecto de la alimentación del niño, se indaga el tiempo en el cual se debe hacer el cambio del tipo de alimento, mostrando que la mayoría de las madres consideran que se debe cambiar diariamente o en más de una semana, sin embargo, lo recomendable es introducir los alimentos en forma escalonada idealmente cada tres días con el objetivo de que el lactante conozca la consistencia del alimento, el sabor, verificando también si al infante le gusta o no y también para observar si se presenta algún problema de alimentación en especial las alergias.

GRÁFICO N° 14



Fuente: Tabla N° 16

TABLA N°17 ¿SABE USTED CUANTAS VECES AL DÍA SE LE DEBE DAR COMIDA AL NIÑO DE 6 A 8 MESES?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 vez al día	25	8.0 %
2 o 3 veces al día*	163	51.7 %
4 veces al día	62	19.7 %
Cada vez que lllore	65	20.6 %
Total	315	100.0 %

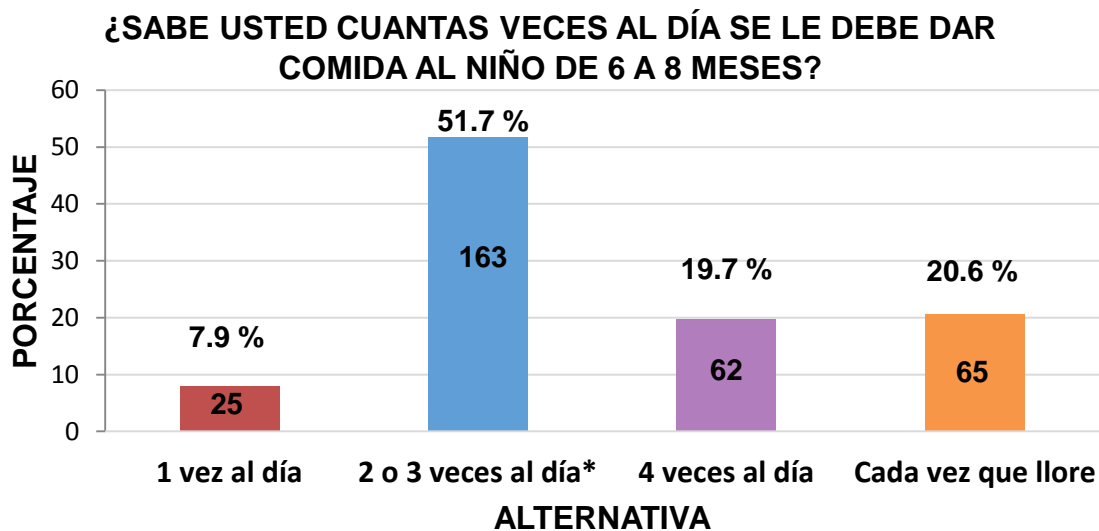
Fuente: Cedula de entrevista a las madres de niños menores de 1 año.

* Respuesta correcta

ANÁLISIS: En la representación de los datos anteriores, se obtiene que el 8% de las madres considera que se le debe dar de comer al niño una vez al día, el 51.7% manifestó que se debe dar de 2 o 3 veces al día, 19.7 % que se da 4 veces al día y un 20.6% que se debe dar cada vez que el niño lllore.

INTERPRETACIÓN: Uno de los puntos que hay que enfatizar sobre la alimentación complementaria es las veces que hay que alimentar al niño en el día, al investigar este aspecto, un poco más de la mitad de la población en estudio manifestó que se debe alimentar 2 o 3 veces al día, así como lo ha establecido la OMS. Por otra parte, otro grupo en menor cantidad expuso que se debe de alimentar cada vez que lllore, la cual puede favorecer la obesidad y las afecciones gastrointestinales. Además, esto indica que la madre desconoce el origen del llanto el cual no está solo relacionado con el hambre y en una proporción similar, un pequeño número de madres manifestó dar de comer una vez al día lo que produce un inadecuado aporte de requerimientos al infante, ocasionándole cuadros de desnutrición; se evidencia además que un grupo de madres menciona que se de dar de comer 4 veces al día, lo cual produce cuadros de sobrealimentación ocasionando vómitos, cólicos abdominales y mala digestión.

GRÁFICO N° 15



Fuente: Tabla N° 17

7.2.3 CREENCIAS

TABLA N°18 ¿CONSIDERA USTED QUE SE LE DEBE DAR AGUA AL NIÑO MENOR DE 6 MESES?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	226	71.7 %
No	89	28.3 %
Total	315	100.0 %

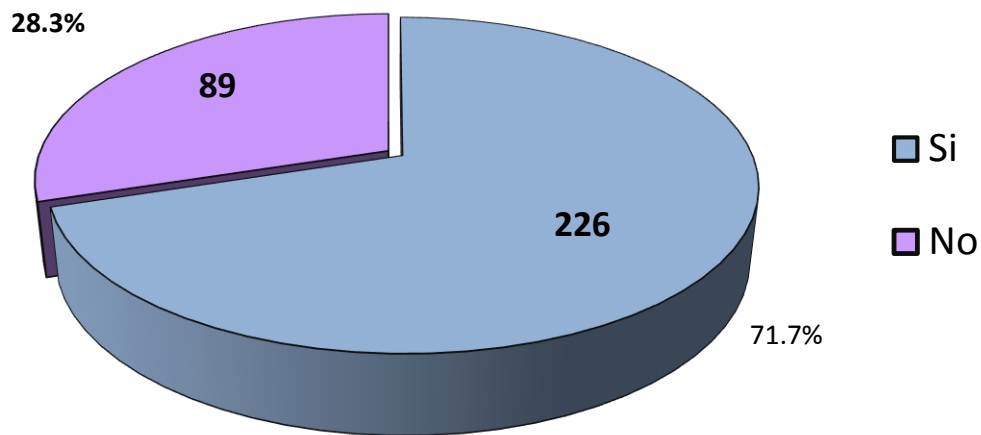
Fuente: Cedula de entrevista a las madres de niños menores de 1 año.

ANÁLISIS: en relación a la tabla en donde se muestra si se debe administrar agua al niño menor de 6 meses, el 70.2% considera que si se debe dar mientras que solo el 29.8 % considera que no se debe dar agua al menor de 6 meses.

INTERPRETACIÓN: de acuerdo a la información obtenida, se observa un claro predominio de las madres que consideran que debe dar agua a sus hijos menores de 6 meses, desconociendo que la leche materna en su mayoría es agua y que suple las necesidades hídricas del niño, además, la introducción temprana de agua favorece el apareamiento de infecciones gastrointestinales sobre todo en lugares donde se carece de agua potable y de buenos hábitos de higiene. Y casi una tercera parte de las madres, considera que es una práctica inapropiada.

GRÁFICO N° 16

¿CONSIDERA USTED QUE SE LE DEBE DAR AGUA AL NIÑO MENOR DE 6 MESES?



Fuente: Tabla N° 18

TABLA N°19 CON RESPECTO A LA PREGUNTA ANTERIOR ¿POR QUÉ? SI

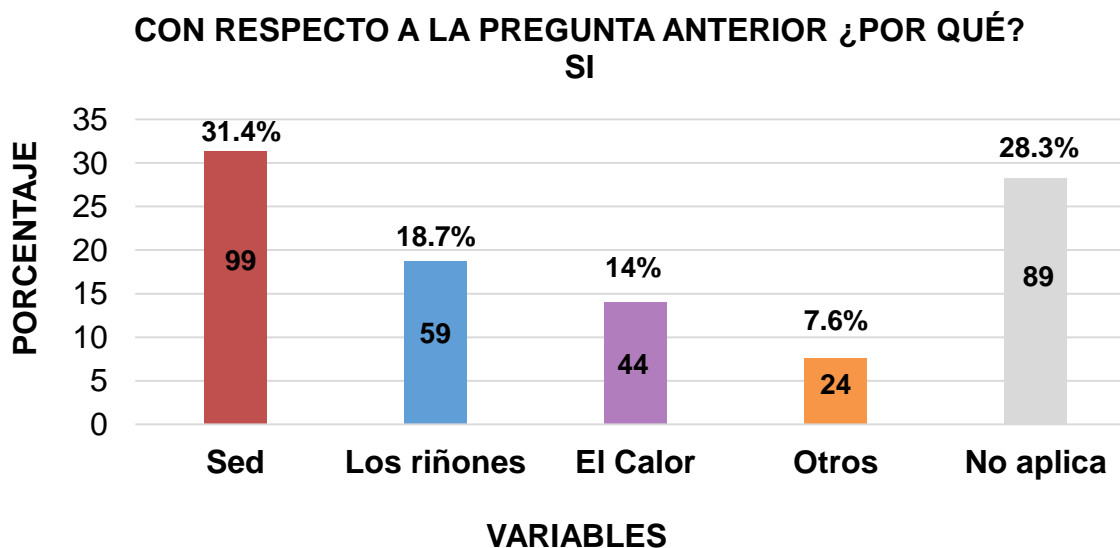
SI LE DEBE DARSE AGUA	RESPUESTAS	PORCENTAJE	TOTAL
	Sed	99	31.4%
	Los riñones	59	18.7%
	El Calor	44	14.0%
	Otros	24	7.6%
	No debe darse agua	89	28.3%
	Total	315	100%

Fuente: Cedula de entrevista a las madres de niños menores de 1 año.

ANÁLISIS: en la tabla anterior se muestran los porque las madres consideran necesario dar agua a los niños menores de 6 meses de edad, entre las razones que más mencionan es la sed en el 31.4%, el 18.7% manifestó que por los riñones, el 14.0% que por el calor, el 7.6% dieron otras opciones como el hipo; y solo el 28.3% manifestó que no debe dar agua a los lactantes.

INTERPRETACIÓN: al investigar por qué las madres consideran necesario dar agua al lactante, se observa que hay un claro predominio a dar agua precozmente, saliéndose de las recomendaciones de la OMS y el MINSAL sobre la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad. Entre las razones que citan mayormente es la sed, seguido que es para el cuidado de los riñones, además manifiestan que dan agua a razón del calor y entre las otras razones en menor proporción son el hipo y para cuidado de pulmones. Solo la cuarta parte de las madres manifestó que al lactante no debe darse agua según las recomendaciones del Ministerio de Salud.

GRÁFICO N°17



Fuente: Tabla N° 19

TABLA N°20 CON RESPECTO A LA PREGUNTA ANTERIOR ¿POR QUÉ? NO

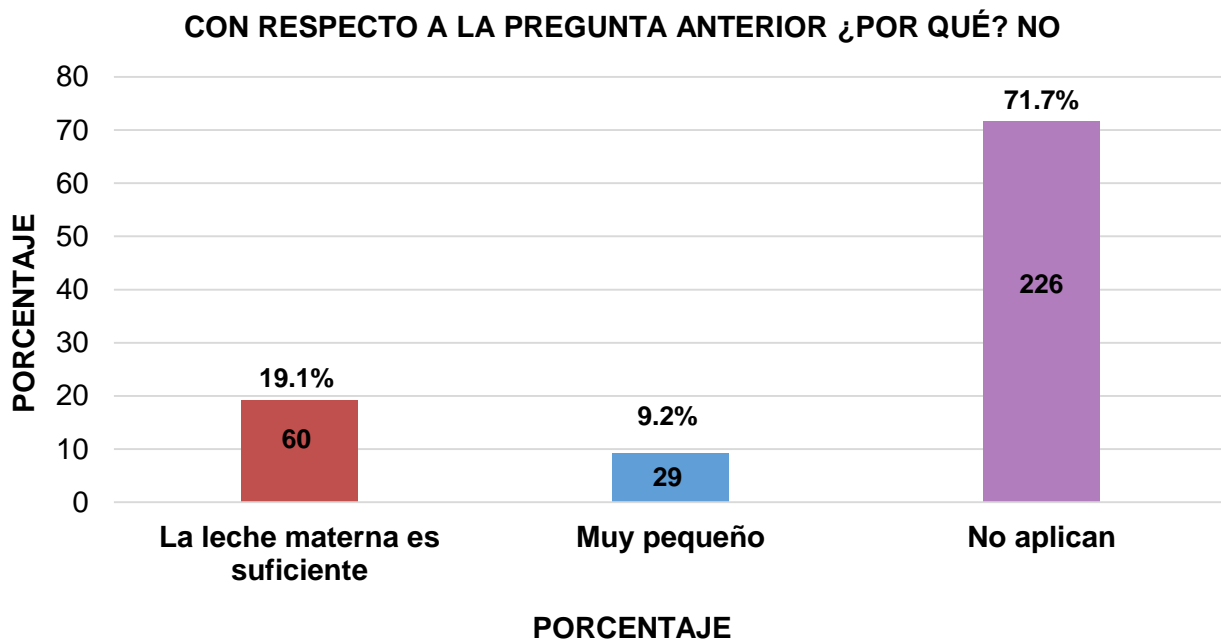
	RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO DEBE DE DARSE	La leche materna es suficiente	60	19.1%
	Muy pequeño	29	9.2%
	Si debe de darse	226	71.7%
	Total	315	100%

Fuente: Cedula de entrevista a las madres de niños menores de 1 año.

ANÁLISIS: en la tabla anterior se muestran las diferentes opciones por qué no se les debe dar agua a niños menores de 6 meses donde un 71.7% no aplican, un 19.1% la leche materna es suficiente y un 9.2% está muy pequeño.

INTERPRETACIÓN: en cuanto a las madres que consideran si es necesario dar agua al lactante, solo un poco más de la cuarta parte de la población estudiada manifestó que esta práctica es inadecuada atendiendo a las recomendaciones del personal de salud. Entre las causas que manifestaron predominó que la leche materna es suficiente, seguido de que el niño está muy pequeño. El resto manifestó que si es necesario dar agua al lactante.

GRÁFICO N°18



Fuente: Tabla N° 20

TABLA N°21 ¿SABE USTED CUALES ALIMENTOS PUEDEN DARLE ALERGIA A SU NIÑO?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Huevo	66	21.0%
Pescado	83	26.3%
Naranja	23	7.3%
Todas las anteriores*	69	21.9%
Ninguno	74	23.5%
Total	315	100.0%

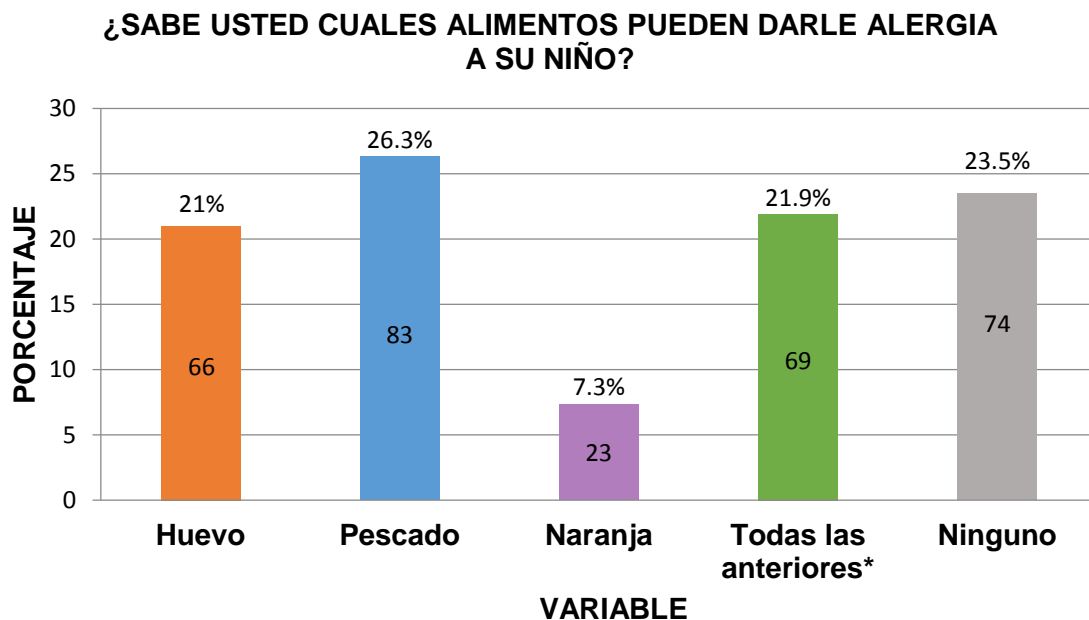
Fuente: Cedula de entrevista a las madres de niños menores de 1 año.

* Respuesta correcta

ANÁLISIS: La tabla anterior muestra que un 21.9% de las madres encuestadas conoce la mayoría los alimentos que pueden darle alergias a niños menores de 1 año, en un 26.3% solo el pescado, un 21% el huevo, un 7.3% la naranja y en un 23.5% desconoce los alimentos que puedan causar alergias.

INTERPRETACIÓN: Se observa que solo un pequeño porcentaje de las mujeres en estudio conocen cuales son los alimentos que causan alergias en los niños menores de 1 año, debido a la introducción temprana o inadecuada de los alimentos sobre todo, cuando hay historia familiar de atopia esto basado en experiencias propias o de personas cercanas. Una mínima cantidad de madres desconoce que alimentos pueden causar alergias.

GRÁFICO N° 19



Fuente: Tabla N°21

TABLA N°22 ¿CONSIDERA USTED QUE SE LE DEBE DE DAR COMIDA AL NIÑO MENOR DE 6 MESES?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	182	57.8%
No	133	42.2%
Total	315	100.0%

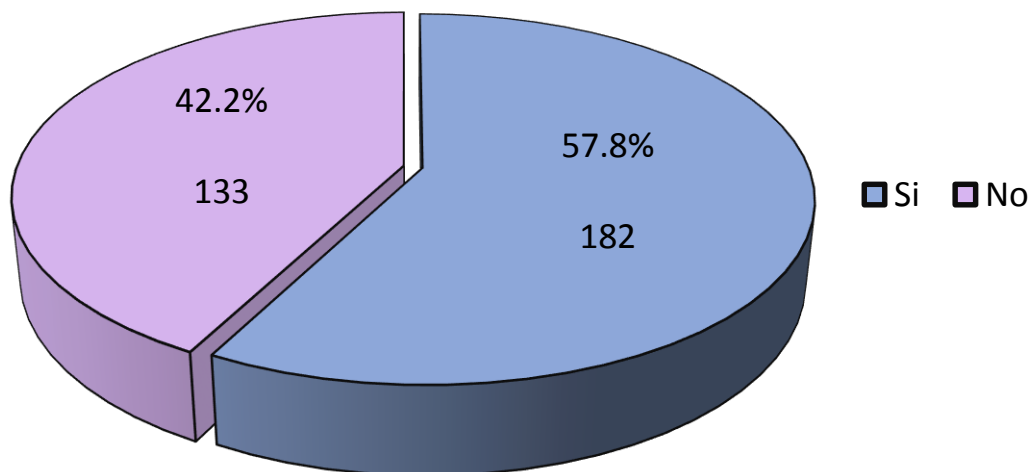
Fuente: Cedula de entrevista a las madres de niños menores de 1 año.

ANÁLISIS: Un 59.9% de las madres encuestadas considera que se le debe dar comida al niño menor de 6 meses, y un 44.1% manifiesta que no debe darse.

INTERPRETACIÓN: La mayoría de las madres consideran correcto alimentar al niño antes de los 6 meses y puede ser debido a las presiones familiares, costumbres o falsa percepción de que el lactante desea comer sobre todo cuando el niño se lleva las manos a la boca o trata de tomar los alimentos que alguna persona está ingiriendo, lo cual no es apropiado por todas las consecuencias negativas que trae la alimentación temprana. Cabe resaltar que una buena proporción de madres conoce que no se debe dar alimentos antes de los 6 meses de vida.

GRÁFICO N° 20

¿CONSIDERA USTED QUE SE LE DEBE DE DAR COMIDA AL NIÑO MENOR DE 6 MESES?



Fuente: Tabla N° 22

TABLA N°23 CON RESPECTO A LA PREGUNTA ANTERIOR RESPONDA ¿POR QUÉ? SI

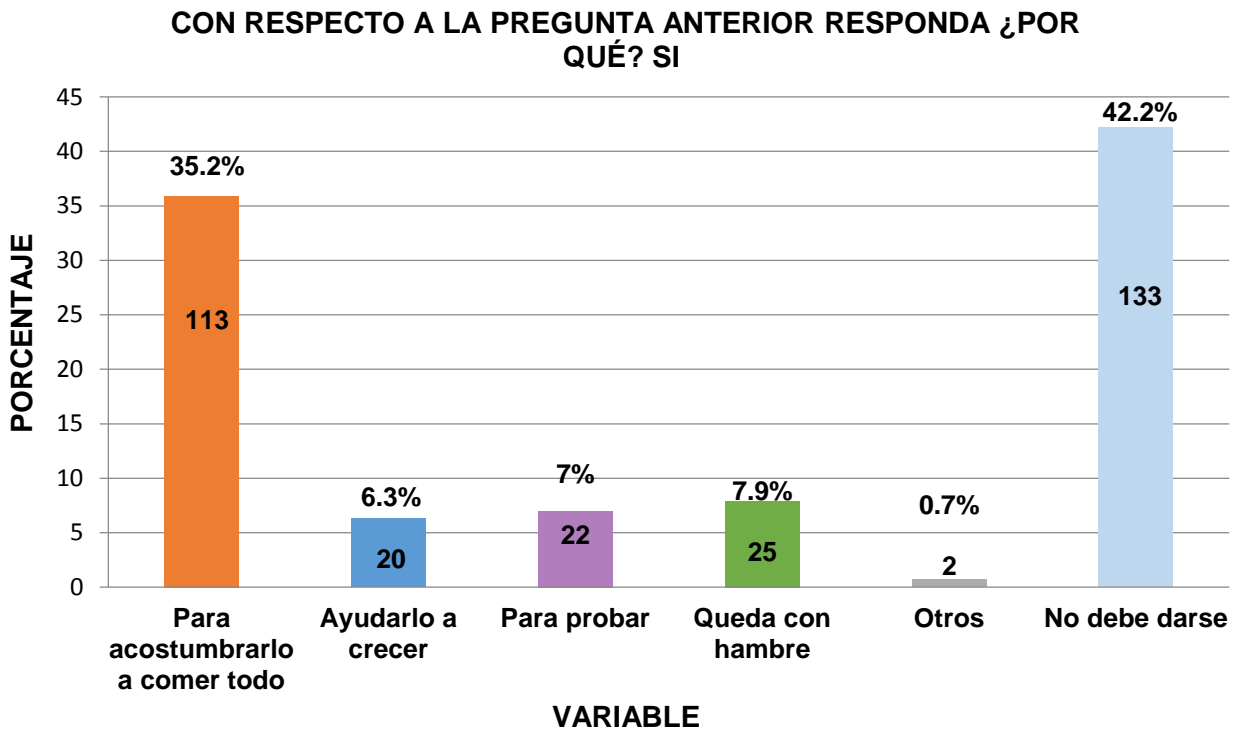
VARIABLE	RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI DEBE DARSE	Para acostumbrarlo a comer todo	113	35.9%
	Ayudarlo a crecer	20	6.3%
	Para probar	22	7%
	Queda con hambre	25	7.9%
	Otros	2	0.7%
	No debe darse	133	42.2%
	Total	315	100%

Fuente: Cedula de entrevista a las madres de niños menores de 1 año.

ANÁLISIS: Del total de personas que respondieron que si debe de darse a alimentos al niño menor de 6 meses, el 35.9% considera que para acostumbrarlo a comer de todo, el 7.9% porque el niño queda con hambre, el 7% para probar, 6.3% para ayudarlo a crecer, 0.7% por otras causa, y el 42.2% considera que no debe darse comida.

INTERPRETACIÓN: La mayoría de las madres encuestadas que respondieron que si debe darse comida a los niños menores de 6 meses, el mayor porcentaje considera que es para acostumbrarlo a comer de todo, debiendo tomar en cuenta que ha esta edad el niño no tiene la capacidad de digerir alimentos y aún persiste el reflejo de extrusión que puede dar la percepción errónea a la madre de rechazo al alimento; en proporciones similares consideran que para ayudarlo a crecer, para probar y queda con hambre, siendo una idea errónea ya que la leche materna contiene todos los nutrientes necesarios para garantizar el crecimiento y desarrollo adecuado al niño, solo un pequeño grupo de personas respondieron que por otras causa como: consejo familiar.

GRÁFICO N° 21



Fuente: Tabla N° 23

TABLA N° 24 CON RESPECTO A LA PREGUNTA ANTERIOR RESPONDA ¿POR QUÉ? NO

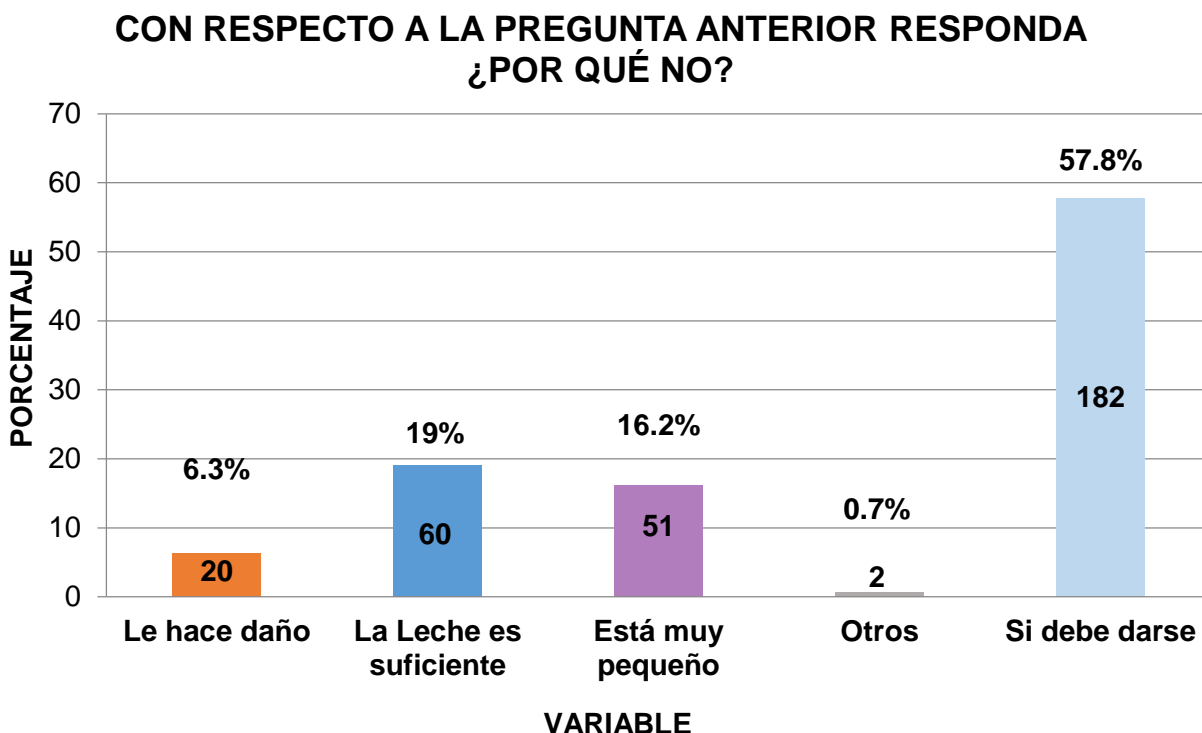
VARIABLE	RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO DEBE DE DARSE	Le hace daño	20	6.3%
	La Leche es suficiente	60	19%
	Está muy pequeño	51	16.2%
	Otros	2	0.7%
	Si debe darse	182	57.8%
	Total	133	100%

Fuente: Cedula de entrevista a las madres de niños menores de 1 año.

ANÁLISIS: En la tabla se representan los datos recolectados de las madres que consideran que no debe darse comida al niño menor de 6 meses, el 19% la leche es suficiente, 16.2 % porque está muy pequeño, 6.3% le hace daño, 0.7% otros, y el 57.8% considera que no debe darse comida antes de los 6 meses.

INTERPRETACIÓN: Del total de las madres que respondieron que no debe darse comida antes de los 6 meses, en su mayoría refiere que es porque la leche materna es suficiente, otro porcentaje porque está muy pequeño y en menor proporción por que le hace daño, respuestas acertadas con la teoría ya que la leche materna es el alimento ideal para el niño menor de 6 meses, introducir alimentos al niños antes de los 6 meses expone al niño a alergias, cuadros gastrointestinales, malnutrición etc. Un pequeño porcentaje considera que es por otras razones por la que no debe darse alimentos entre ellas: empacho y por indicación médica.

GRÁFICO N°22



Fuente: Tabla N° 24

ANÁLISIS: De las madres encuestadas que dijeron que si se les debe dar comida al niño antes de los 6 meses consideran que es para: acostumbrarlo a comer de todo 62.2%, porque queda con hambre 13.7%, para probar 12.1%, para ayudarlo a crecer 10.9% y el 1.1% considera que por otras razones.

De las madres que respondieron que no debe darse agua consideran que es por: 45.1% por que la leche materna es suficiente, 38.4% que está muy pequeño, 15% que le hace daño, y 1.5% que por otras razones.

INTERPRETACIÓN: En esta pregunta se representan las principales razones por las cuales las madres consideran que la alimentación del niño debe empezar o no antes de los 6 meses, de las madres que respondieron que sí, argumentan en un mayor

porcentaje que es para acostumbrar al niño a comer de todo para que al momento de suspenderle la lactancia no rechacé los alimentos, otra porcentaje menor de las madres consideran que es porque el niño queda con hambre y por lo tanto hay que darle de comer para ayudarlo a crecer y ganar peso, mientras que otro grupo respondió que es para probar que el alimento no les haga daño.

Del grupo de madres que respondió que no, consideran en mayor proporción que es porque la lactancia materna es suficiente para la alimentación del niño, siendo acertada dicha respuesta ya que la leche materna proporciona todos los requerimientos nutricionales hasta los 6 meses, una proporción similar manifiesta que porque el niño está muy pequeño para tolerar elemento, también una parte manifiesta que puede causarle enfermedades o complicaciones.

7.2.4 PRACTICAS SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

TABLA N°25 ¿A QUÉ EDAD LE DIO AGUA POR PRIMERA VEZ A SU HIJO?

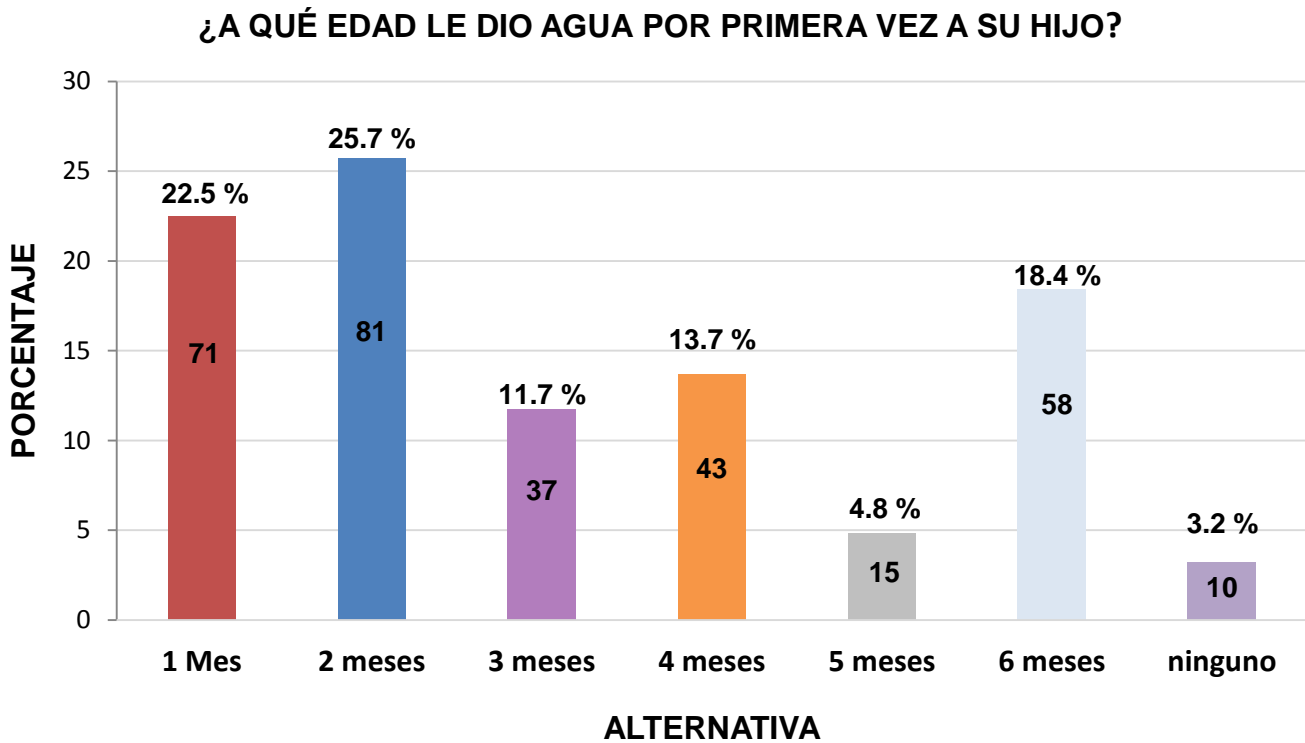
ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 Mes	71	22.5 %
2 meses	81	25.7 %
3 meses	37	11.7 %
4 meses	43	13.7 %
5 meses	15	4.8 %
6 meses	58	18.4 %
Ninguno	10	3.2 %
Total	315	100.0 %

Fuente: Cedula de entrevista a las madres de niños menores de 1 año.

ANÁLISIS: El cuadro anterior nos ilustra las diferentes edades en la cual las madres dieron agua a su hijo por primera vez, encontrando que el 22.5 % de las madres, dieron agua a sus hijos al mes de edad, el 25.7% le dio agua a los dos meses, 11.7 % a los 3 meses, el 13.7 % dio a los 4 meses, 4.8 % dijo que a los 5 meses, el 18.4 % dio agua a los 6 meses de edad y solo un 3.2 % que aún no le habían dado agua a sus hijos.

INTERPRETACIÓN: La tabla muestra la tendencia de las madres a dar agua a los niños a muy temprana edad, en donde se evidencia altos porcentajes en el primer y segundo mes de vida, lo cual es producto del desconocimiento de las madres sobre la introducción de líquidos que no le van a proporcionar al niño ningún aporte nutricional, sino que por el contrario, van a provocar el rechazo al seno materno, debido a dos factores siendo el primero relacionado con el biberón que produce confusión de pezones y el segundo con la falsa sensación de saciedad al tener el estómago lleno de agua. Cabe mencionar que esta práctica se mantiene antes de los 6 meses. El porcentaje de madres que realiza esta práctica a los 6 meses de edad es casi la quinta parte de la población en estudio.

GRÁFICO N°23



Fuente: Tabla N° 25

TABLAS N°26 ¿A QUÉ EDAD LE DIO COMIDA POR PRIMERA VEZ A SU HIJO?

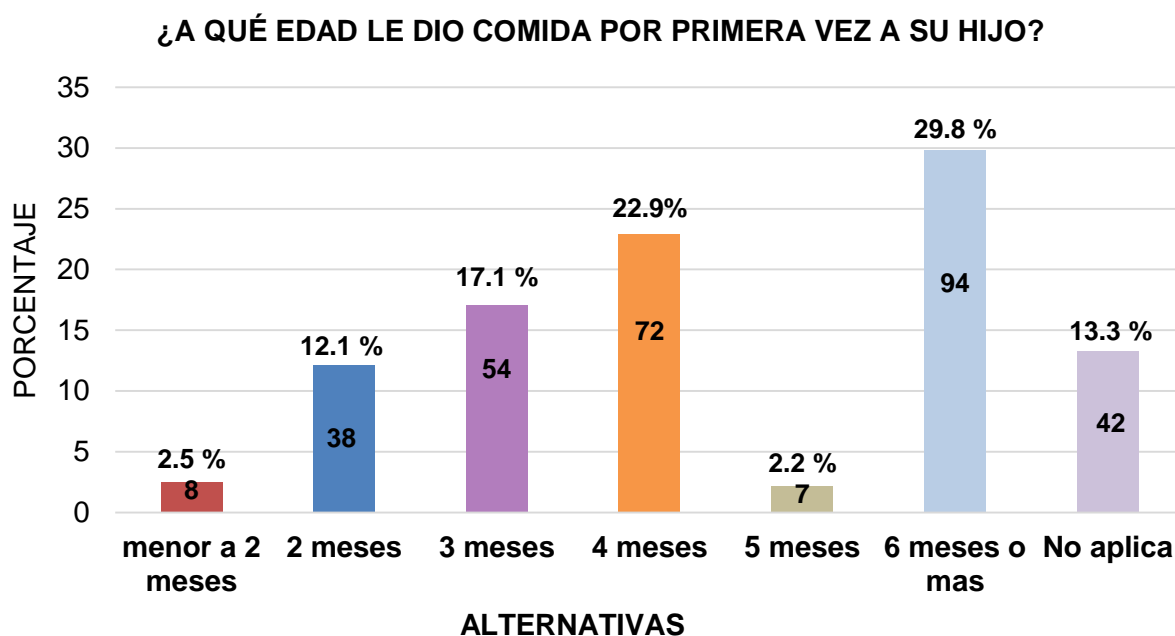
VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
menor a 2 meses	8	2.5 %
2 meses	38	12.1 %
3 meses	54	17.1 %
4 meses	72	22.9 %
5 meses	7	2.2 %
6 meses	94	29.8 %
No ha dado alimentos	42	13.3 %
Total	315	100.0 %

Fuente: Cedula de entrevista a las madres de niños menores de 1 año.

ANÁLISIS: Se puede observar que 29.8% es la edad a la que las madres le dieron comida por primera vez a su hijo a los 6 meses o más, un 22.9% a los 4 meses, 17.1% a los 3 meses, 13.3% a los no aplican, 12.1% a los 2.5% y un 2.2% a los 5 meses.

INTERPRETACIÓN: Se puede evidenciar que alrededor de una cuarta parte de las madres en estudio inician de manera adecuada la alimentación complementaria en los niños, pudiendo observar que la mayor parte de las madres introduce tempranamente la alimentación complementaria lo cual acarrea infecciones, alergias, malnutrición tal como lo señala la encuesta FESAL 2008 (ver anexo) de manera inadecuada los alimentos siendo en su mayoría líquidos (sopas, atoles y agua).

GRÁFICO No 24



Fuente: Tabla N° 26

TABLA N°27 ¿CUÁL FUE EL PRIMER ALIMENTO QUE LE DIO A SU NIÑO?

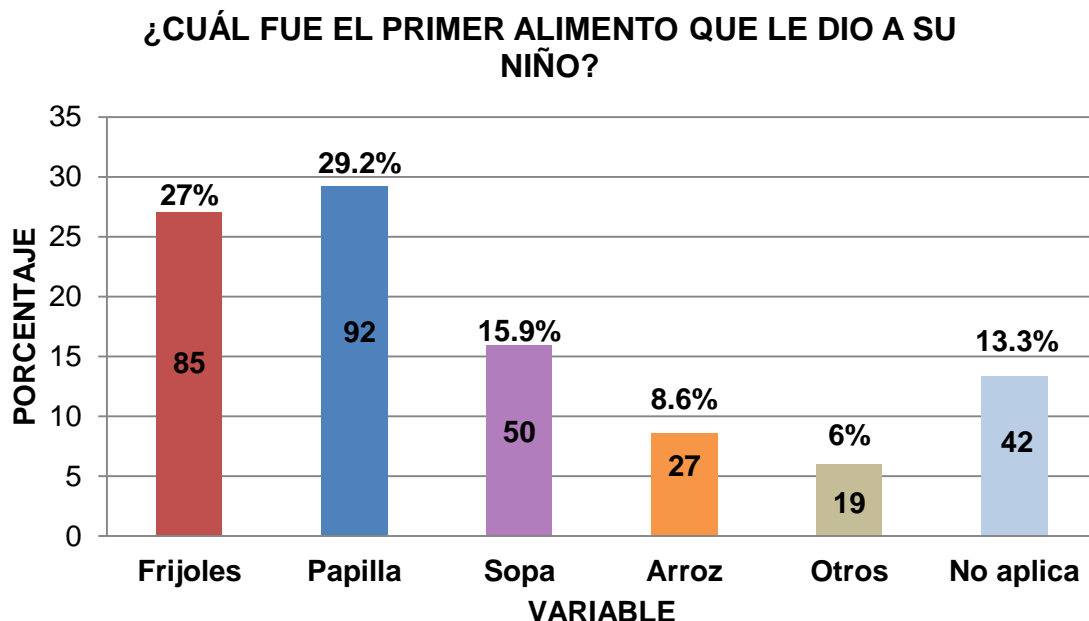
ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Frijoles	85	27.0
Papilla (verduras y frutas)	92	29.2
Sopa	50	15.9
Arroz	27	8.6
Otros	19	6.0
No aplica	42	13.3
Total	315	100.0

Fuente: Cedula de entrevista a las madres de niños menores de 1 año.

ANÁLISIS: En la tabla anterior se puede evidenciar que un 29.2% de las madres dio papillas como primer alimento, un 27% frijoles 15.9% sopas, 8.6% arroz, 6% otros alimentos y en un 13.3% no aplican.

INTERPRETACIÓN: Se observa que una pequeña parte de las madres inician la alimentación de forma adecuada con papillas de frutas o verduras como lo menciona la OMS y la gran mayoría inicia la alimentación de forma errónea con alimentos que no cubren los requerimientos nutricionales del niño como las sopas en su mayoría artificiales, con un alto contenido de sodio.

GRÁFICO N° 25



Fuente: Tabla N° 27

TABLA N°28 ¿CUÁNTAS VECES AL DÍA LE DA COMIDA A SU HIJO?

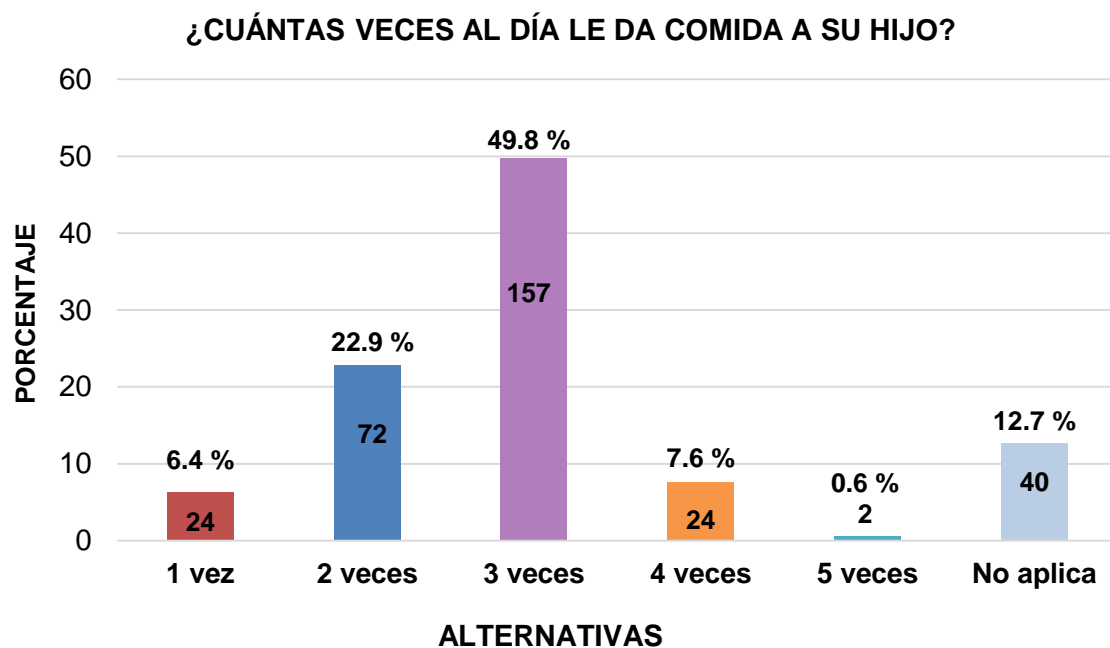
VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 vez	20	6.4 %
2 veces	72	22.9 %
3 veces	157	49.8 %
4 veces	24	7.6 %
5 veces	2	0.6 %
No aplica	40	12.7 %
Total	315	100 %

Fuente: Cedula de entrevista a las madres de niños menores de 1 año.

ANÁLISIS: En esta tabla se muestra datos que se obtuvieron al investigar sobre las veces que se da comida a su hijo en el día, donde el 6.3% manifiesta que se debe dar una vez al día, 22.9 % que se debe dar 2 veces, el 49.8% expreso que se debe dar alimentos al niño 3 veces al día, 7.6% que se da 4 veces y un 6% que se da 5 veces al día. El restante 12.7 % en la cual no aplica debido a que las madres no han iniciado la alimentación.

INTERPRETACIÓN: Se muestra el predominio en las mujeres que dan alimentos a sus hijos 3 veces al día, seguido de quienes alimentan en dos ocasiones. Cabe mencionar que en la práctica, hay madres que aún no inician la alimentación a sus hijos debido a que aún no cumplen la edad para hacerlo.

GRÁFICO 26



Fuente: Tabla N° 28

TABLA N° 29 ¿A PARTE DE LECHE MATERNA, QUE OTRO TIPO DE LECHE LE DA A SU NIÑO?

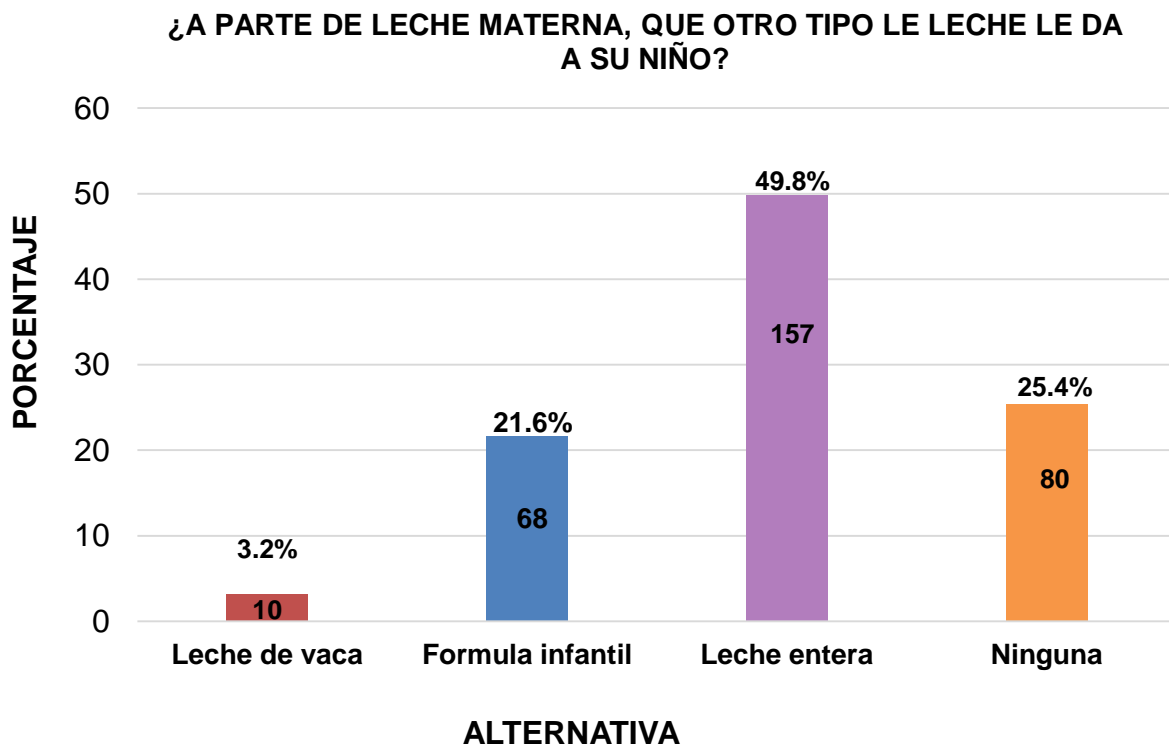
VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Leche de vaca	10	3.2%
Formula infantil	68	21.6%
Leche entera	157	49.8%
Ninguna	80	25.4%
Total	315	100.0%

Fuente: Cedula de entrevista a las madres de niños menores de 1 año.

ANÁLISIS: De las madres entrevistadas el 49.8% da leche entera a su hijo, 25.4% no da ninguna, 21.6% da formula infantil, y el 3.2% da leche de vaca.

INTERPRETACIÓN: El mayor porcentaje de madres encuestadas da a sus hijos leches enteras, las cuales contienen una alta carga proteica y calórica la cual predispone al niño a malnutrición, mala digestión, mayor carga renal de solutos, diarreas y eccemas. Otro porcentaje da leche líquida de vaca la cual presenta la anterior sintomatología descrita además de anemia y en menor proporción se administra una formula infantil, la cual, al igual que la leche entera son proporcionadas en un biberón lo que ocasiona un rechazo al seno materno y predispone además a que el niño ingiera mayor cantidad de aire, cólicos abdominales así como también a la mala preparación que muchas veces se hace de dichos alimentos. Al dar este tipo de leches, también se afecta el presupuesto familiar ocasionando casi siempre un desbalance económico y también una disminución en el apego materno. Solo la quinta parte de la población encuestada no ha dado ninguno de los tipos de leche diferente a la leche materna.

GRÁFICO N° 27



Fuente: Tabla N° 29

TABLA Nº 30 ¿DE LOS SIGUIENTES ALIMENTOS, CUAL LE HA DADO DE COMER AL NIÑO?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sopas	190	40.3%
Café	24	5.1%
Sodas	11	2.3%
Atol	146	31.1%
Todas	42	8.9%
Ninguna	58	12.3%
Total	471	100.0%

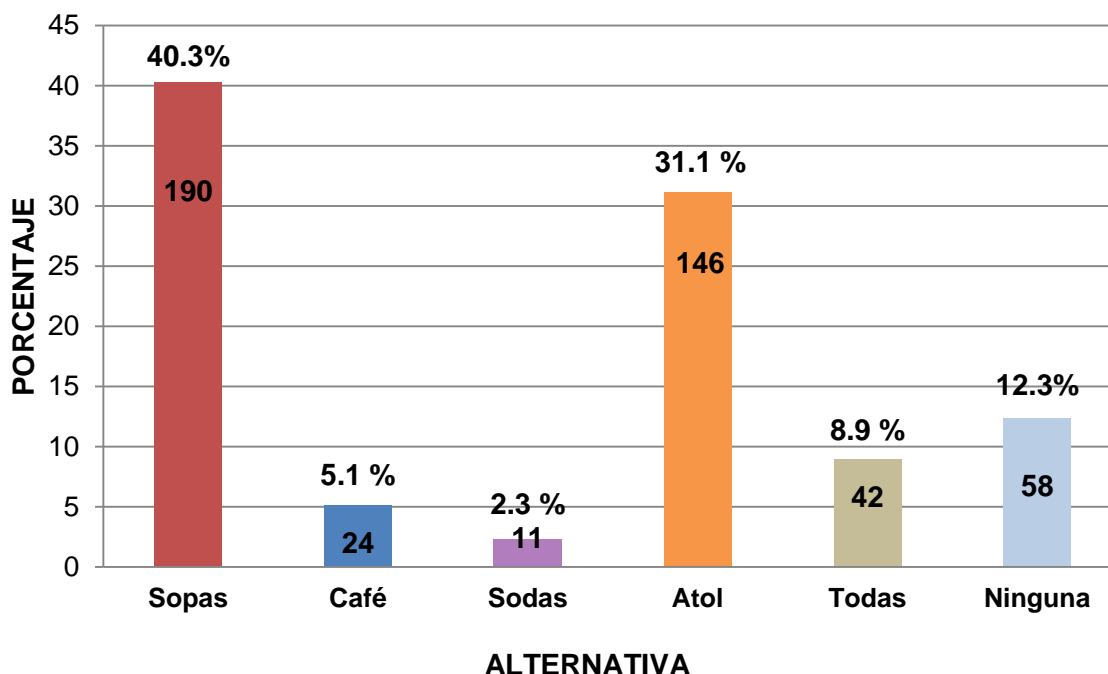
Fuente: Cedula de entrevista a las madres de niños menores de 1 año.

ANÁLISIS: en la tabla anterior se citan alimentos que las madres le han dado de comer a sus hijos, en donde se muestra que el 40.3 % le ha dado sopas a sus hijos, 5.1% café, 2.3 % sodas, 31.1 % atol, el 8.9 % les ha dado de todas los alimentos mencionados y un 12.3 % no les ha dado de ningún alimentos.

INTERPRETACIÓN: se evidencia que en mayor porcentaje los lactantes han sido alimentados con alimentos líquidos ricos en carbohidratos como es el caso de los atoles que en su mayoría suelen ser de arroz, maíz tostado y harina de trigo; y escaso de nutrientes en las sopas lo cual puede provocar casos de desnutrición. Es de hacer notar que un buen porcentaje de niños han ingerido bebidas carbonatadas lo cual además de tener alto porcentaje de carbohidratos, contienen saborizantes y colorantes que pueden provocar alergias, cálculos renales y obesidad. Un pequeño grupo ha ingerido café, practica inadecuada para los niños de este grupo de edad, puesto que tiene efecto inhibitorio sobre el cartílago de crecimiento. Es importante mencionar que existe un porcentaje que ha dado a sus hijos de todos los tipos de alimentos mencionados y que solo un pequeño número de madres no ha dado de ninguno de los alimentos a sus hijos. Probablemente este tipo de alimentación se deba a las costumbres familiares, recomendaciones de amigos o vecinos, propaganda de alimentos no adecuados.

GRÁFICO No 28

¿DE LOS SIGUIENTES ALIMENTOS, CUAL LE HA DADO DE COMER AL NIÑO?



Fuentes: Tabla N° 30

TABLA N° 31 RESULTADOS DE LA COMPROBACION DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO.

ESCALA DE MEDICION DEL CONOCIMIENTO		FRECUENCIA	PORCENTAJE
Aceptable	Mayor del 75%	54	17.1%
Poco aceptable	Del 50% a menor del 75%	135	42.9%
No aceptable	Menor del 50%	126	40.0%
Total		315	100%

Escala elaborada por el grupo investigados

ANÁLISIS: En la tabla anterior se muestra que el 42.9% de las entrevistadas tienen un conocimiento poco aceptable, el 40.0% tienen conocimiento no aceptable y 17.1% tienen conocimiento aceptable sobre alimentación complementaria.

INTERPRETACIÓN: En la presente tabla se detalla la frecuencia y porcentaje según el número de respuestas acertadas y agrupadas en base a la escala de medición de conocimientos sobre alimentación complementaria que tienen las entrevistadas, observando que el mayor porcentaje tienen un conocimiento poco aceptable y casi en

igual proporción tienen un conocimiento no aceptable, esto podría deberse al bajo nivel educativo de las madres que dificulta la comprensión e interpretación de la información que recibe por parte del personal de salud y los medios de comunicación, también la falta de tiempo por parte del personal de salud para verificar la retroalimentación de los temas impartidos debido a la sobrecarga laboral, otro motivo puede ser la falta de confianza de las madres que impide preguntar al personal de salud para aclarar las dudas, además por costumbres familiares,. Llama la atención que solo un pequeño porcentaje de las entrevistadas tienen un nivel de conocimientos aceptables, siendo en su mayoría madres que tienen un nivel de escolaridad superior al segundo ciclo de educación básica, dejando en evidencia que el nivel educativo contribuye a la mejor comprensión e interpretación del tema.

COMPROBACIÓN DEL HIPÓTESIS

HÍPOTESIS RELACIONADA CON EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA.

\hat{p} = Valor del porcentaje mayor del 75% de conocimiento.

$P = 0.5$

$Q = 1 - P = 1 - 0.5 = 0.5$

$n = 315$ valor de la muestra.

TABLA Nº 32 COMPROBACIÓN DEL CONOCIMIENTO.

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VALIDO	PORCENTAJE ACUMULADO
Mayor del 75%	54	17.1%	17.1%	17.1%
Del 50% a menor del 75%	135	42.9%	42.9%	60%
Menor del 50%	126	40.0%	40.0%	100%
Total	315	100%		

Escala elaborada por el grupo investigados

El porcentaje del nivel de conocimiento mayor del 75% equivale a 17.1%, por tanto $p=0.171$

$$Z_{obt} = \frac{p - Q}{\sqrt{\frac{PQ}{n}}}$$

$$Z_{obt} = \frac{0.171 - 0.5}{\sqrt{\frac{(0.5)(0.5)}{315}}}$$

$$Z_{obt} = \frac{0.171 - 0.5}{\sqrt{\frac{0.25}{315}}}$$

$$Z_{obt} = \frac{-0.33}{\sqrt{0.0007938}}$$

$$Z_{obt} = \frac{-0.33}{0.0281744}$$

$$Z_{obt} = -11.7$$

Si el valor de Z Critico es 95% de confianza de una cola es de 1.645

Si $Z_{crit} \geq Z_{obt}$ Se acepta hipótesis nula.

Si $Z_{obt} \geq Z_{crit}$ Se rechaza hipótesis nula.

En este caso -11.7 es < 1.645 por lo tanto se rechaza la hipótesis de trabajo y la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna que define que el nivel de conocimientos que tienen las madres de niños menores de 1 años con poco aceptables.

TABLA N° 33 NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA QUE TIENEN LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO.

N°	CONOCIMIENTOS	VALORACIÓN		
		CORRECTA	INCORRECTA	TOTAL
1	¿Sabe usted que es la alimentación complementaria?	68.6%	31.4%	100%
2	¿Sabe usted que es lactancia materna exclusiva?	94.6%	3.4%	100%
3	¿Conoce usted cuales son los beneficios de una adecuada alimentación?	50.2%	49.8%	100%
4	¿Conoce usted cuales son las consecuencias de dar una inadecuada alimentación a su niño?	37.8%	62.2%	100%
5	¿A qué edad debe iniciar la alimentación por primera vez en el niño?	59.4%	40.6%	100%
6	¿Sabe usted cual es la consistencia que deben de tener los alimentos al iniciar la alimentación en un niño de 6 a 8 meses de edad?	52.1%	47.9%	100%
7	¿Sabe usted cual es la consistencia que deben de tener los alimentos al iniciar la alimentación en un niño de 9 a 11 meses de edad?	46.7%	53.3%	100%
8	¿A qué edad cree usted que se le debe de dar los mismos alimentos de la familia al niño?	49.5%	50.5%	100%
9	¿Cuál es el alimento ideal para un niño menor de 6 meses?	83.2%	16.8%	100%
10	¿Cuál es el tipo de alimento más adecuado para un niño de 6 meses?	93%	7%	100%
11	Con respecto al inicio de la alimentación: ¿Cada cuánto tiempo se debe cambiar el tipo de alimento al niño?	19.7%	80.3%	100%
12	¿Sabe usted cuantas veces al día se le debe dar comida al niño de 6 a 8 meses?	51.7%	48.3%	100%
13	¿Considera usted que se le debe dar agua al niño menor de 6 meses?	28.3%	71.7%	100%
14	¿A qué edad le dio agua por primera vez a su hijo?	18.4%	81.6%	100%
15	¿Sabe usted cuales alimentos pueden darle alergias a su niño?	21.9%	78.1%	100%
16	¿Considera usted que se le debe dar comida al niño menor de 6 meses?	42.2%	57.8%	100%

Fuente: Cedula de entrevista a las madres de niños menores de 1 año.

ANÁLISIS.

En la tabla de conocimientos se evaluaron cada una de las respuestas de las madres en donde se puede observar que el 68.6% sabe que es la alimentación complementaria, mientras que un 31.4 % desconocía el término. Por otra parte, el 94.6% conoce la definición de lactancia materna exclusiva, y solo el 3.4% era desconocido para ellas. El 50.2% de las encuestadas conocen los beneficios de la adecuada alimentación y el 49.8% desconoce los beneficios del mismo. Por otra parte se observa que el 37.8% conoce las consecuencias de una alimentación inadecuada para el lactante y el 62.2% desconoce los efectos de la inadecuada práctica.

La tabla ilustra además a el 59.4% de las madres que conocen la edad de inicio de la alimentación del lactante, y en contraparte, el 40.6% que desconocía la edad de inicio para la alimentación.

Así mismo, muestra que el 52.1% conoce la consistencia que deben tener los alimentos para el inicio de la alimentación en los niños de 6 a 8 meses de edad y el 47.9% desconocía la consistencia que debe tener los alimentos en dicho periodo de edad. Además se evidencian los datos obtenidos del conocimiento de las madres sobre la consistencia de los alimentos, en esta ocasión de los niños de 9 a 11 meses de edad, obteniendo que el 46.7% conoce la consistencia que debe tener en este periodo de vida y el 53.3% lo desconocía.

En el apartado en donde se indaga el conocimiento de la edad en la cual se debe dar los alimentos de la familia al niño, el 45.9% conoce la edad adecuada para administrar los mismos alimentos al niño y el 50.5% era desconocido esta práctica.

También se presenta que el 83.2% conoce cuál es el alimento ideal para un niño menor de 6 meses de edad y solo el 16.8% lo desconoce. De esta manera, se muestra que el conocimiento sobre el alimento más adecuado para un niño de 6 meses de edad, en donde el 93% conoce cuál es el ideal y solo el 7% no lo conoce.

Con el inicio de la alimentación, muestra que solo 19.7% conoce cada cuanto se debe cambiar el alimento al niño y el 80.3% no conoce cada cuanto tiempo debe hacerlo. De similar manera, se muestra cada cuantas veces al día se debe alimentar a un niño de 6 a 8 meses de edad, obteniendo que 51.7% conoce cada cuanto tiempo debe hacerlo y el 48.3% no conoce la frecuencia con la que debe realizarlo.

La tabla expresa además los datos al investigar si al niño menor de 6 meses se le dar agua, en donde el 29.8% contestó que no debe darse agua y el 70.2% considera que si se debe dar agua. Mostrando además la edad a la que la madre le dio agua por primer vez a su hijo, en donde el 18.4% dio agua a su hijo adecuadamente y el 51.6% comenzó a dar agua de manera inadecuada.

Además, uno de los aspectos investigados es el conocimiento sobre los alimentos que pueden dar alergias a los lactantes, donde el 21.9% conoce los alimentos que pueden provocarlas y el 78.1% los desconoce.

En donde se investiga si las madres consideran si se debe dar alimentos al niño menor de 6 meses, se obtiene que el 42.2% considera que no se le debe dar comida al niño en este periodo y el 57.8% considera que si debe alimentarlo precozmente.

INTERPRETACIÓN: Podemos observar que la mayoría de las madres conoce que es alimentación complementaria y logra diferenciarlo de lactancia materna exclusiva término del cual tienen mayor conocimiento, estos conocimientos son aportados principalmente por el personal de salud y en una menor cantidad a través de los medios de comunicación. Una vez abordadas sobre los beneficios de alimentación complementaria solo la mitad de las madres conoce cuales son todos los beneficios y solo la tercera parte de la población conoce cuales son todas las consecuencias de una inadecuada alimentación, estos datos pueden deberse a la poca información brindada por el personal de salud y al poco tiempo con el que cuenta para retroalimentar dicho tema, debido a diferentes factores como saturación de pacientes, poco personal, falta de material didáctico y metodología inadecuada con que se brinda la información. Al cuestionarla sobre el inicio de alimentación complementaria se demuestra que la mayoría de las madres conoce la edad adecuada, sin embargo un porcentaje similar desconoce la edad correcta de la alimentación poniendo en riesgo el estado nutricional del niño. Se puede observar respecto a la consistencia de los alimentos que las madres que tienen conocimiento adecuado son ligeramente mayores que las de conocimientos inadecuados en la edad de 6 a 8 meses, en cambio en las edades de 9 a 11 meses son en mayor porcentaje las de conocimientos inadecuados por una mínima cantidad. En el apartado donde se indaga la edad en la que deben introducirse los alimentos de la olla familiar a la dieta del niño se evidencia que no existe diferencia significativa entre las madres que conocen la edad adecuada para la introducción de los alimentos de la olla familiar al niño respecto a las madres que desconocen dicha edad, este dato nos indica la exposición de los niños a padecer de enfermedad gastrointestinales, alergias y malnutrición. Respecto al alimento ideal del niño menor de 6 meses la mayoría de las reconoce que la lactancia materna es el alimento idóneo, esto puede deberse al impacto mediático que ha tenido la promoción de la lactancia materna exclusiva a través de la política de lactancia materna exclusiva aprobada por la asamblea legislativa y mediante la aplicación de estrategias por parte del MINSAL. En la interrogante donde se investiga cual es el alimento más adecuado para iniciar la alimentación complementaria en los niños casi la totalidad de las madres conocen que las frutas y verduras son el alimento adecuado; a pesar de estos conocimientos acertados la proporción de madres que conoce cada cuanto debe de cambiarse el alimento al niño con el fin de identificar alergias o trastornos gastrointestinales es mínima. Además solo la mitad de las entrevistadas conoce cuantas veces al día se le debe de dar comida al niño de 6 a 8 meses etapa crucial para la adaptación del niño a los alimentos. Otro aspecto importante que se ha evaluado en la investigación es el conocimiento sobre la edad de introducción de agua en el lactante, obteniendo como resultado que solo una cuarta parte de la población considera que la introducción de agua debe ser a los 6 meses; datos reflejados en el siguiente apartado ya que el porcentaje de madres que introdujo agua antes de los 6 meses es mayor a las madres que no lo hicieron.

Al indagar el conocimiento sobre alimentos alergénicos, solo una quinta parte reconoce cuales son los que producen dicha afección, con notable predominio a las madres que los desconocen.

En otro punto de la investigación en donde se evalúa si las madres consideran adecuada la práctica de alimentación precoz del lactante, da como resultado proporciones similares de madres que consideran correcta o no dicha práctica, probablemente debido a las múltiples creencias o conocimientos basados en experiencias y el bajo nivel de escolaridad que impide que la totalidad de los niños reciban una alimentación complementaria adecuada.

8. DISCUSIÓN

El trabajo de investigación trata sobre nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria que presentan las madres de niños menores de 1 año de edad que consultan a las unidades comunitarias de salud familiar Llano los Patos, Las Tunas; Conchagua y Bobadilla; La Unión, El Salvador, Centro América, Año 2016. Para ello se realizó una guía de entrevista a las madres de los niños identificando conocimientos pocos aceptables en un 42.9% y conocimientos no aceptables en un 40%.

No existe una diferencia significativa entre las madres que tienen conocimientos poco aceptables y no aceptables sobre la alimentación complementaria, lo que impide fomentar una buena alimentación. Las madres al estar mejor informadas toman decisiones adecuadas sobre la manera de alimentar a su hijo, permitiendo de esta forma disminuir la morbi-mortalidad infantil, ya que evita episodios de transgresiones alimentarias, diarreas, alergias, anemia, y mala nutrición sea por déficit o exceso de nutrientes, debido a la ingesta de alimentos antes o después de la edad indicada.

Cabe mencionar que casi todas las madres conocen que el mejor alimento para su hijo antes de los 6 meses es la leche materna, sin embargo, se evidencia que no practican la lactancia materna exclusiva, sino que introducen leches enteras, leche fluida de vaca que producen alteraciones gastrointestinales (vómitos, diarreas, distensión abdominal, cólicos) mayor carga renal de solutos y riesgo de hipernatremia, ya que la cantidad de minerales que contienen es mayor a la de leche materna, y además dan formulas infantiles que muchas veces no son preparadas en la forma correcta, también introducen alimentos complementarios inadecuados antes de la edad establecida, creando con esto las alteraciones antes mencionada, y dando una falsa percepción a la madre en muchas ocasiones de que el alimento no gusta al niño y esto es causa del reflejo de extrusión en el cual el niño saca los alimentos de su boca por falta de coordinación entre la succión y deglución. Y el aparato digestivo no está en la capacidad de digerir alimentos distintos a la leche materna debido a la escasa producción de enzimas salivales, digestivas y pancreáticas.

Las verduras y las frutas se consideran que son los alimentos ideales para iniciar la alimentación complementaria, la cual debe ser gradual e irse introduciendo de forma escalonado cada alimento, con el objetivo de que el lactante se acostumbre a la nueva consistencia y al sabor de la comida y para facilitarle a la madre el reconocer lo que le gusta al niño y lo que puede causarle alergia. Sin embargo en el presente trabajo se

evidencio que solo 29.2% de las madres inicio la alimentación del niño con papillas (frutas y verduras), aunque en su mayoría se introdujo antes de los 6 meses y solo la mitad de las entrevistadas da alimentos en la frecuencia recomendada por las guías de la OMS. Además se pudo observar que un buen porcentaje de las madres inicio la alimentación, con frijoles siendo causantes de mala digestión. Los alimentos diluidos como las sopas o atoles son de poco valor nutricional ya que en su mayoría contienen agua no siendo recomendados para tener un buen crecimiento y desarrollo.

Al administrar carnes o mariscos antes de la edad adecuada para ello se corre el riesgo de transgresión alimentaria, alergias y eccemas etc.

La creencia de dar agua a los niños antes de los 6 meses persiste aun en la población lo cual se ve reflejado en el presente trabajo, donde se demuestra que a pesar de que la leche materna contiene todos los elementos nutricionales e hídricos para la buena nutrición del infante, las madres continúan dándola por razones que no tienen ningún significado médico y que le causa al niño una falsa sensación de saciedad negándose a mamar el pecho y exponiéndola a enfermedades gastrointestinales, al bajo peso, a la mala nutrición.

El hecho de ir introduciendo poco a poco cada uno de los alimentos beneficia al lactante y a la vez se retarda el consumo de alimentos que pueden causar alergias sobre todo en aquellos niños que tienen antecedentes familiares de alergias y atopia; por eso la OMS recomienda que los mariscos, los cítricos y el huevo tienen que darse en las edades adecuadas y no antes, ya que el riesgo de desencadenar una alergia respiratoria, digestiva o de la piel es alta.

Al comparar los resultados del presente trabajo con el realizado en la Universidad Autónoma de México, por la Lic. Lorena Sánchez en el año 2014, se evaluó el nivel de conocimientos que presentan los padres de familia de la estancia mexiquense donde se tomó una población de 39 padres de familia, encontrando que la media de edad fue de 36 años; se muestra que el 87% de los padres de familia tiene un nivel de educación media a superior; contrastando con nuestro estudio en donde las madres con edad entre 18 y 35 años, encontrando que el 88.2% cuenta con un nivel básico de estudio. Según los resultados de la investigación de los padres de la estancia mexiquense, el 71.8% practica la alimentación complementaria correctamente; en nuestro estudio se muestra que solamente el 43.1% de las madres realizan esta práctica adecuadamente.

Cabe mencionar que en el estudio realizado por la Lic. Lorena Sánchez, indaga la fuente de información sobre la alimentación complementaria, se muestra la cuarta parte de la población recibió información por médico pediatra y nutriólogo; en nuestro estudio la principal fuente de información fue el personal de salud que lo conforma el médico general, personal de enfermería, promotores de salud y polivalentes.

En El Salvador, el año 2008, la encuesta FESAL evaluó indicadores sobre la alimentación complementaria tomando como muestra 5,060 niños que nacieron vivos en los 5 años previos a entrevista, encontrando que el tipo de alimentación que reciben las y los niños de 0 a 5 meses era en un 31% lactancia materna exclusiva y que el

resto de la población mantiene como los suplementos más frecuentes las leches distintas de la materna en un 31%, en segundo lugar los atoles, purés o sólidos 19% y en tercer lugar el agua 10%. En el grupo de 6 a 9 meses, la lactancia materna exclusiva es casi nula 1% y el principal suplemento lo constituyen los atoles purés o sólidos 72% comparando los datos recolectados en la presente investigación los niños alimentados con leches distintas a la materna corresponden como leches enteras (Nido, Anchor, etc.) corresponden al 49%, y 21% a formula infantil. El inicio de la alimentación sube rápidamente a partir de los 2 meses. Dentro de las razones para iniciar la ablactación precozmente en el 30.7% es porque el niño no quería leche materna, y el 13.9% porque la leche es insuficiente.. Al comparar con nuestro estudio se puede observar que el 56.6% de los niños inicio la alimentación complementaria antes de los 6 meses teniendo como suplemento legumbres (Frijoles) 27%, papillas (Frutas y verduras) 29.2% y sopas 15.9% teniendo como motivo de inducción precoz para acostúmbrale a comer todo 35% y ayudarlo a crecer en 7.9%. Entre las y los niños amamantados menores de 2 meses de edad, se encuentra que el 21% recibe agua, cifra que sube rápido llegando al 70% en el grupo de 4 a 5 meses dato similar al encontrado en nuestro trabajo donde 22.5% recibió agua antes del mes y el 25.7% antes de los 2 meses y el 78.5% recibió antes de los 6 meses. En el grupo de 9 a 11 meses ya casi todos(as) están recibiendo agua.

9. CONCLUSIONES.

Al finalizar la investigación sobre nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria que presentan las madres de niños menores de 1 año de edad que consultan a las unidades comunitarias de salud familiar Llano los Patos, Las Tunas; Conchagua y Bobadilla; La Unión, El Salvador, Centro América, Año 2016. El grupo investigador presenta las siguientes conclusiones:

1. Se concluye que el 42.9% de las madres tienen un nivel conocimientos sobre la definición alimentación complementaria poco aceptables, esto asociado al bajo nivel de escolaridad, y ha influencias culturales transmitidas por familiares.
2. Que el conocimiento sobre lactancia materna exclusiva que tienen las madres es adecuado reconociendo en su mayoría a la lactancia materna como el alimento ideal para el niño menor de 6 meses, siendo asociado a la importancia mediática que se ha brindado en la actualidad a través de estrategias y leyes que la respaldan, Sin embargo no se ha brindado una promoción equitativa con alimentación complementaria, viendo reflejado en las que las malas prácticas de alimentación del lactante menor de un año.
3. En cuanto a los beneficios de una adecuada alimentación, se ha determinado que no existe diferencia significativa entre las madres que identifican las principales ventajas y las que reconocen solamente alguno. En cambio el conocimiento sobre las consecuencias de una inadecuada alimentación predominan las madres que desconocen en su totalidad el riesgo al que exponen al lactante al introducir alimentos de una forma incorrecta.
4. Que a pesar de que la mayoría de las madres tienen conocimientos sobre la edad correcta de inicio y el alimento ideal para la introducción de alimentos solo la mitad de las encuestadas conoce la consistencia correcta de la comida para iniciar la alimentación y solo un pequeño porcentaje conoce cada cuanto tiempo debe cambiarse el alimento, tanto en el niño de 6 a 8 meses como en el de 9 a 11 meses de edad,
5. Se logró identificar que solo la mitad de las madres conocen cuantas veces al día se debe de alimentar al niño de 6 a 8 meses, mientras que el otro porcentaje lo sobrealimenta o alimenta poco, exponiendo al lactante a obesidad o desnutrición.

6. Se concluye que el mayor porcentaje de madres considera necesario dar agua al lactante menor de 6 meses, y que la práctica de introducción de agua al niño inicia desde los antes de los 2 meses y el porcentaje que inicia correctamente este proceso a la edad correcta es mínima.
7. En cuanto, al conocimiento de los principales alimentos alergénicos se logró determinar que solo una quinta parte de la población logra identificarlos y cerca de la mitad de las madres considera que es correcto dar alimentos a los niños menores de seis meses; al no identificar los alimentos alergénicos implica que la madre expone al niño a complicaciones causadas por una mala alimentación.
8. Se determinó que los principales alimentos con los cuales las madres inician la alimentación complementaria son papillas, legumbres (frijoles), dato que concuerda con las recomendaciones de la OMS y la UNICEF para la alimentación del niño; sin embargo, un porcentaje considerable la inician con alimentos que pueden causar diversas patologías en el niño.

Conclusión final

A pesar que las madres reciben información por el personal de salud sobre alimentación complementaria, los conocimientos que tienen son poco aceptables o no aceptables debido a múltiples factores como: nivel educativo, cultural y familiar y que se ve reflejado en las malas prácticas de alimentación complementaria.

10. RECOMENDACIONES:

En base a los resultados obtenidos en donde se logra determinar que el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria de las madres de niños menores de un año, es poco adecuado, el grupo de investigación recomienda lo siguiente:

Al ministerio de Salud.

1. Realizar campañas educativas continuas a través de los medios de comunicación (prensa, radio, televisión, internet, etc.) promoviendo las practicas adecuadas de alimentación complementaria, haciendo énfasis en los beneficios y consecuencias tanto para la madre, el niño y la familia.
2. Aumentar el número de nutriólogos o nutricionista con el fin de promover una educación especializada en alimentación complementaria e incrementar la cobertura de atenciones en base al porcentaje de población por área de influencia geográfica

A nivel regional de sistema básico de salud integral de oriente.

1. Promover las capacitaciones al personal de salud sobre alimentación complementaria.
2. Proveer a los equipos territoriales de materiales educativos y promocionales (volantes, revistas, panfletos, banners, rotafolios, etc.).
3. Verificar el cumplimiento de los lineamientos sobre alimentación complementaria.

Se recomienda a nivel local (Unidades Comunitarias de Salud Familiar).

1. Comprometer al equipo de salud (medico, enfermera, promotores de salud) a promover los conocimientos adecuados para su posterior práctica, haciendo énfasis en los beneficios y consecuencias.

2. Disponer de material ilustrativo en los establecimientos de salud alusivos a los beneficios y consecuencias de la adecuada alimentación complementaria.

3. Programar sesiones educativas sobre alimentación complementaria en los establecimientos de salud enfocadas a mujeres embarazadas, madres y población en general.

A las madres que asisten a control infantil con sus hijos.

1. Acatar las recomendaciones que les brindan los equipos de salud sobre la correcta administración de alimentos.

2. Asistir a controles infantiles con puntualidad con el fin de identificar alteraciones en el estado nutricional para poder corregirlos a tiempo y evitar complicaciones al lactante.

3. Buscar asesoría por parte del personal de salud ante la duda de administrar un nuevo alimento y el momento adecuado para hacerlo.

A la Universidad Nacional de El Salvador.

1. Para que promueva la investigación de tema relacionados con la alimentación de niños menores de 5 años.

A los médicos de año social.

1. Que se comprometan a dar consejería de calidad sobre alimentación complementaria en cuanto a edad de inicio, consistencia, frecuencia, beneficios y consecuencias para estimular prácticas adecuadas en las madres con el fin de prevenir trastornos gastrointestinales, alergias y malnutrición en la población en riesgo.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del niño pequeño, capítulo modelo dirigido a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud, (OMS) y (OPS) 2010. Sección 3.
- 2 Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL 2008), capítulo 12, Niños(as) amamantados(as) en alguna oportunidad y duración promedio de lactancia, por área de residencia, página 358-367
- 3 Dra. Lina T. Delgados, Factores que interviene en la ablactación y destete precoz, 2004. Facultad de medicina, Hospital Nuestra Señora de Chiquinquirá, Venezuela.
- 4 Edgar M. Vásquez-Garibay, Enrique Romero-Velarde
Esquemas de alimentación saludable en niños durante sus diferentes etapas de la vida. Parte I. Primeros dos años de vida *Parte I. First two years of life Instituto de Nutrición Humana, Departamento de Clínicas de la Reproducción Humana, Crecimiento y Desarrollo Infantil, CUCS, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jal., México.*
- 5 Julio Piura López, Introducción a la metodología de la investigación científica, 4ta edición, 2000
- 6 Teoría de aprendizaje.
http://www.libreriapedagogica.com/bulletins/bulleti20/teoria_del_aprendizaje.htm10.htm
- 7 Lourdes Noemí Cárdenas Alfaro, Relación entre el nivel de conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 meses a 24 meses que acuden al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita, 2009, pag.36 – 37
- 8 Guías de alimentación complementaria, para niños y niñas cubanos hasta los 2 años de edad, Ciudad de La Habana Cuba 2009, capítulo: 2 y 3.
- 9 Deny Amelia Galindo Bazalar UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS, FACULTAD DE MEDICINA HUMANA E.A.P. DE ENFERMERÍA
Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el centro de Salud "Nueva Esperanza", 2011
- 10 Martínez Munguía C, Navarro-Contreras G. Factores psicológicos, sociales y culturales del sobrepeso y la obesidad infantil y juvenil en México. Rev Med Inst Mex Seg Soc. 2014; pag 52

- 11 Fernández Díaz R, Ricardo Falcón T, Puente Perpiñán M, Alvear Coquet N. Factores de riesgo relacionados con la obesidad en niños menores de 5 años. Rev Cubana Aliment Nutr. 2011.
- 12 William c. Heard. La alimentación de los lactantes y los niños pequeños Tratado de pediatría de Nelson, 18ª edición, ELSEVIER, pagina 214-224.
- 13 R. Muñoz Campos. La investigación Científica. cuarta edición. Talleres Gráficos UCA San Salvador 2004.

LISTA DE FIGURAS.

FIGURA Nº 1

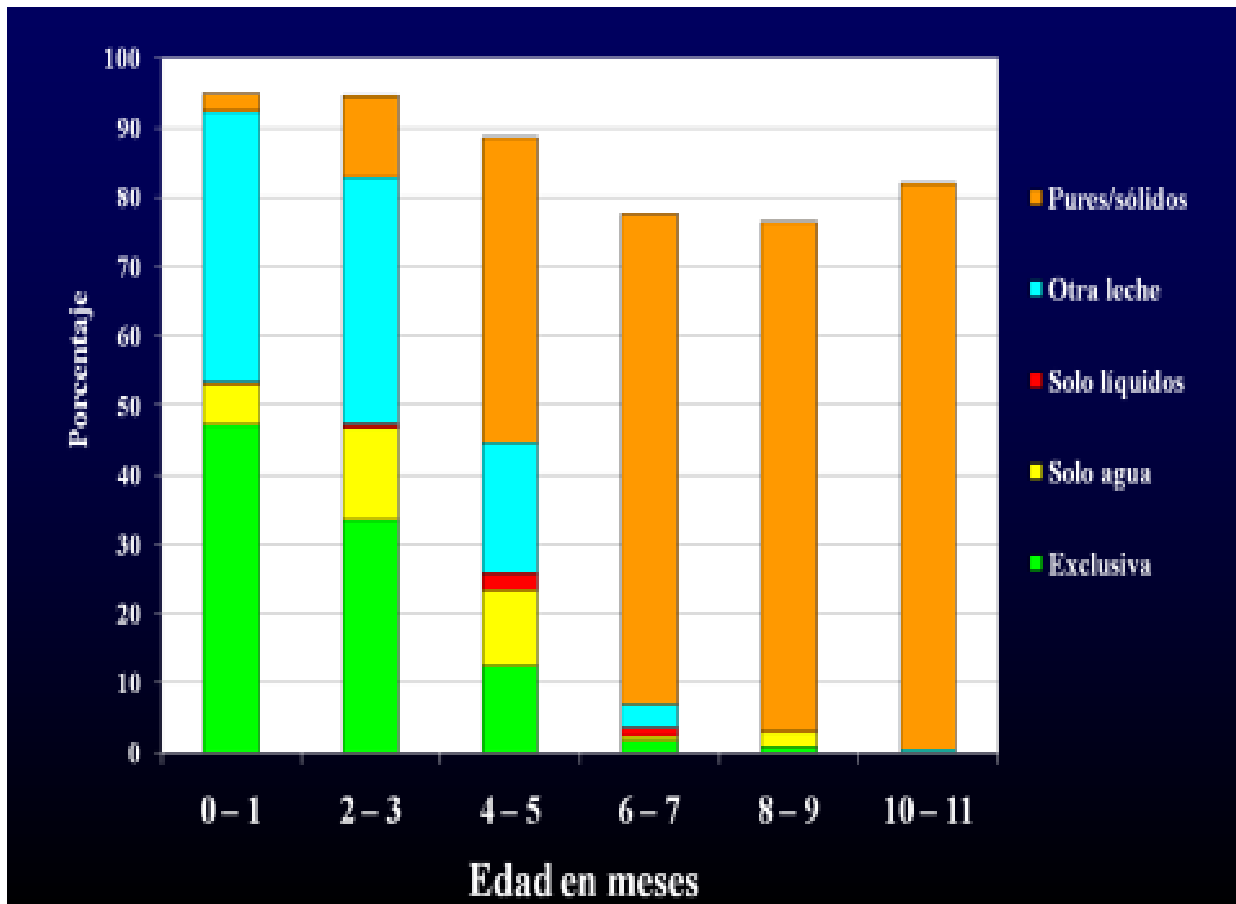


Fuente: medlineplus.gov

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1

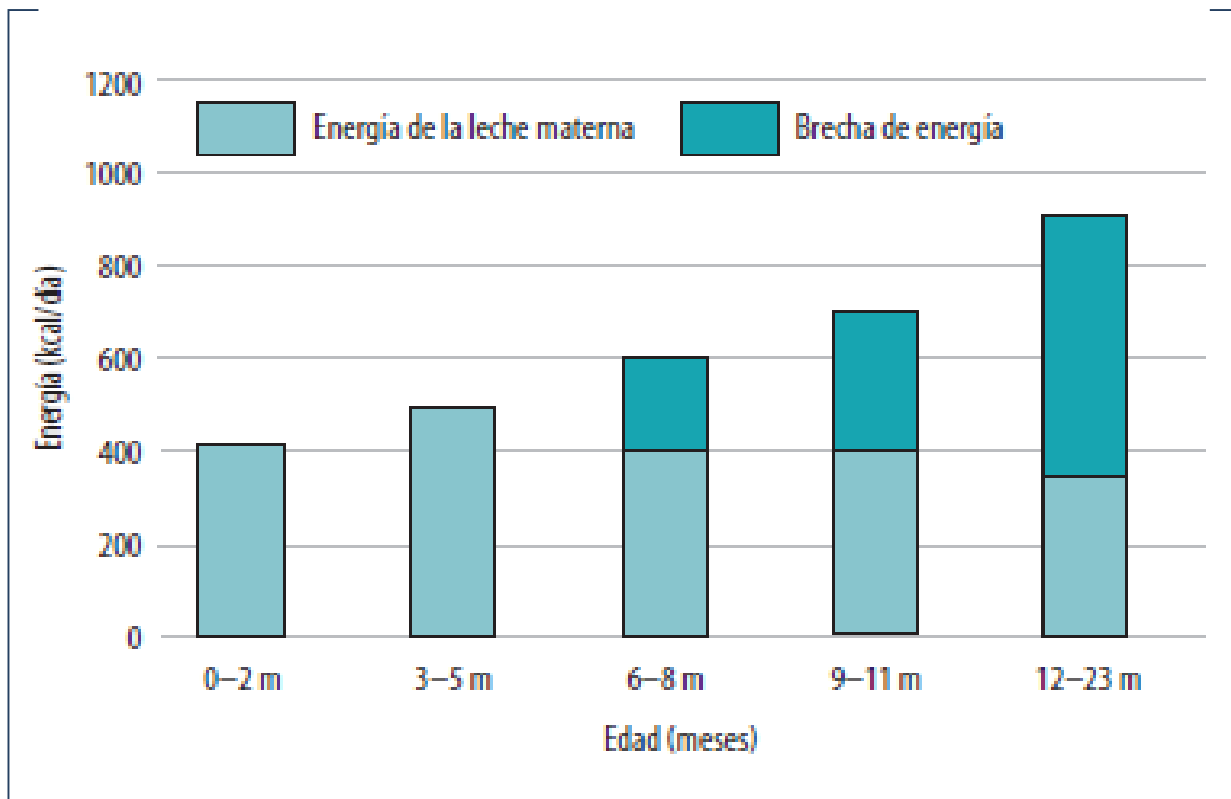
Tipo de suplementación de la lactancia materna, según la edad del(a) niño(a)



Fuente: FESAL 2008

ANEXO 2

Energía requerida según edad y la cantidad aportada por la leche materna



Fuente: La Alimentación del Lactante y niño pequeño OMS-UNICEF

ANEXO 3

EVOLUCION DEL DESARROLLO NEUROMUSCULAR.

Edad (meses)	Reflejos y habilidades	Tipo de alimento a consumir
0-3	Búsqueda, succión y deglución	Lactancia materna exclusiva
4-6	Alcanza la boca con las manos Aparecen movimientos laterales de la mandíbula Desaparece reflejo de protrusión	Lactancia materna exclusiva
7-12	Lleva objetos con la mano a la boca Toma alimentos con las manos Movimientos laterales de la lengua Empuja comida hacia los dientes	Lactancia materna Papillas y purés Galletas blandas Sólidos bien desmenuzados
13-24	Movimientos masticatorios rotatorios Estabilidad de la mandíbula Aprende a utilizar cubiertos	Lactancia materna o artificial Alimentos familiares Los 7 grupos de alimentos

Fuente: Guía de alimentación complementaria para niños y niñas cubanos.

ANEXO 4

Guía práctica sobre calidad, frecuencia y cantidad de alimentos para niños de 6 a 23 meses, que reciben lactancia materna a demanda.

Edad	Energía necesaria por día, a parte de la leche materna	Textura	Frecuencia	Cantidad de alimentos que usualmente consumirá un niño "promedio en cada comida"
6-8 meses	200 kcal/día	Comenzar con papillas espesas, alimentos bien aplastados	2-3 comidas por día Dependiendo del apetito del niño 1-2 meriendas	Comenzar con 2-3 cucharadas, incrementar a ½ vaso o taza de 250 ml
9-11 meses	300 kcal/día	Alimentos finamente picados o aplastados y alimentos que el niño pueda agarrar con la mano	3-4 comidas por día Dependiendo del apetito del niño 1-2 meriendas	½ vaso o taza de 250 ml
12-23 meses	550 kcal/día	Alimentos de la familia, picados o, si es necesario, aplastados	3-4 comidas por día Dependiendo del apetito del niño 1-2 meriendas	¾ a un vaso o taza o plato de 250 ml

Fuente: La Alimentación del Lactante y niño pequeño OMS-UNICEF

ANEXO 5

PRINCIPIOS DE ORIENTACIÓN PARA LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.
1. Practicar la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad, introducir los alimentos complementarios a partir de los 6 meses de edad (180 días) y continuar con la lactancia materna.
2. Continuar con la lactancia materna frecuente y a demanda hasta los dos años de edad o más.
3. Practicar la alimentación perceptiva aplicando los principios de cuidado psico-social.
4. Ejercer buenas prácticas de higiene y manejo de los alimentos.
5. Comenzar a los seis meses de edad con cantidades pequeñas de alimentos y aumentar la cantidad conforme crece el niño, mientras se mantiene la lactancia materna.
6. Aumentar la consistencia y la variedad de los alimentos gradualmente conforme crece el niño, adaptándose a los requisitos y habilidades de los niños.
7. Aumentar el número de veces que el niño consume los alimentos complementarios conforme va creciendo.
8. Dar una variedad de alimentos para asegurarse de cubrir las necesidades nutricionales.
9. Utilizar alimentos complementarios fortificados o suplementos de vitaminas y minerales para los lactantes de acuerdo a sus necesidades.
10. Aumentar la ingesta de líquidos durante las enfermedades incluyendo leche materna (lactancia más frecuente), y alentar al niño a comer alimentos suaves, variados, apetecedores y que sean sus favoritos. Después de la enfermedad, dar alimentos con mayor frecuencia de lo normal y alentar al niño a que coma más.

Fuente: La Alimentación del Lactante y niño pequeño OMS-UNICEF

Alimentación perceptiva

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

Fuente: La Alimentación del Lactante y niño pequeño OMS-UNICEF

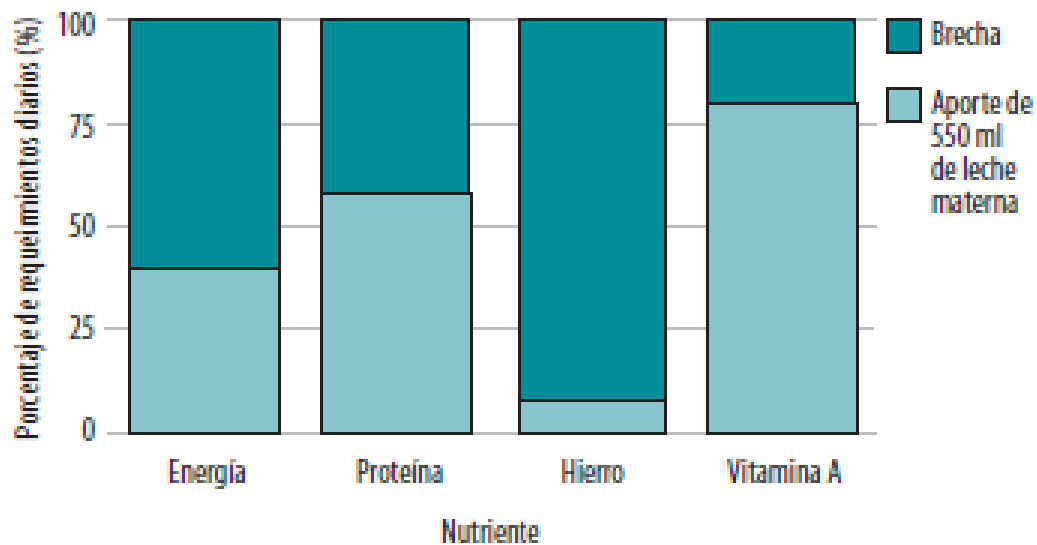
Cinco claves para la inocuidad de los alimentos

- Mantener la limpieza
- Separe alimentos crudos y cocinados
- Cocine completamente
- Mantenga los alimentos a temperaturas seguras
- Use agua y materias primas seguras

Fuente: La Alimentación del Lactante y niño pequeño OMS-UNICEF

ANEXO 8

Brechas a ser llenadas con la alimentación complementaria, para un niño o niña de 12–23 meses que recibe lactancia materna



Fuente: La Alimentación del Lactante y niño pequeño OMS-UNICEF

ANEXO 9

Alimentos apropiados para la alimentación complementaria

QUÉ ALIMENTOS DAR Y POR QUÉ	CÓMO DAR LOS ALIMENTOS
<p>LECHE MATERNA: continúa aportando energía y nutrientes de alta calidad hasta los 23 meses de edad</p> <p>ALIMENTOS BÁSICOS: aportan energía, un poco de proteína (solo los cereales) y vitaminas</p> <ul style="list-style-type: none">■ Ejemplos: cereales (arroz, trigo, maíz, mijo, quinua), raíces (yuca, camote o batata y papas) y frutas con almidón (plátano y fruto del árbol del pan) <p>ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL: aportan proteína de alta calidad, hierro hemínico, zinc y vitaminas</p> <ul style="list-style-type: none">■ Ejemplos: hígado, carnes rojas, carne de pollo, pescado, huevo (no es buena fuente de hierro) <p>PRODUCTOS LÁCTEOS: aportan proteína, energía, la mayoría de vitaminas (especialmente vitamina A y folato), calcio</p> <ul style="list-style-type: none">■ Ejemplos: leche, queso y requesón (cuajada) <p>VERDURAS DE HOJAS VERDES Y DE COLOR NARANJA: aportan vitaminas A, C y folato</p> <ul style="list-style-type: none">■ Ejemplos: espinaca, brócoli, acelga, zanahoria, zapallo, camote <p>LEGUMINOSAS: aportan proteína (de calidad media), energía, hierro (no se absorben bien)</p> <ul style="list-style-type: none">■ Ejemplos: guisantes, variedades de frijoles, lentejas, habas, arvejas <p>ACEITES Y GRASAS: aportan energía y ácidos grasos esenciales</p> <ul style="list-style-type: none">■ Ejemplos: aceites (se prefiere el aceite de soja o de colza), margarina, mantequilla o manteca de cerdo <p>SEMILLAS: aportan energía</p> <ul style="list-style-type: none">■ Ejemplos: pasta de maní o pastas de frutos secos, semillas remojadas o germinadas, como ser semillas de zapallo, girasol, melón o sésamo	<p>Lactantes de 6–11 meses</p> <ul style="list-style-type: none">■ Continuar con la lactancia materna■ Dar porciones adecuadas de:<ul style="list-style-type: none">— Puré espeso, elaborado con maíz, yuca, mijo; añadir leche, frutos secos (nuez, almendra, etc.) o azúcar— Mezclas de purés elaborados con plátano, papa, yuca, mijo o arroz: mezclarlos con pescado, frijoles o maní aplastados; agregar verduras verdes■ Dar 'meriendas' nutritivas: huevo, plátano, pan, papaya, leche y budines elaborados con leche, galletas, pan con mantequilla, margarina, pasta de maní o miel, papa cocida <hr/> <p>Niños de 12–23 meses</p> <ul style="list-style-type: none">■ Continuar con la lactancia materna■ Dar porciones adecuadas de:<ul style="list-style-type: none">— Mezclas de alimentos de la familia, aplastados o finamente cortados, elaborados con papa, yuca, maíz, mijo o arroz; mezclarlos con pescado, frijoles o maní aplastados; añadir verduras verdes— Puré espeso de maíz, yuca, mijo; añadir leche, soja, frutos secos o azúcar■ Dar 'meriendas' nutritivas: huevo, plátano, pan, papaya, leche y budines elaborados con leche, galletas, pan con mantequilla, margarina, pasta de maní o miel, papa cocida

Fuente: La Alimentación del Lactante y niño pequeño OMS-UNICEF

ANEXO 10

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar: _____

Fecha: _____

Yo: _____

de _____ Años, por medio de la presente acepto participar en el estudio sobre El nivel de Conocimientos sobre alimentación complementaria que presentan las madres de niños menores de 1 año, haciendo constar que se me explico los riesgos y beneficios de dicho estudio.

Firma _____

O

Huella: _____



ANEXO 11
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

CUESTIONARIO DIRIGIDO A LA POBLACION EN ESTUDIO

OBJETIVO: Recopilar información del nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria que presentan las madres de niños menores 1 año de edad que consultan a las unidades comunitarias de salud familiar Llano los Patos, Las Tunas; Conchagua y Bobadilla; La Unión, El Salvador, Centro América. Año 2016.

INDICACIONES: Deberá responder cada pregunta que el entrevistador le leerá, en caso de no entender la pregunta puede solicitar que se la repita.

FECHA: _____ UCSF: _____

I. CARACTERÍSTICAS SOCIO- DEMOGRÁFICAS DE LA MADRE.

1. Menor de 18 años 18 a 35 años Mayor de 35 años
2. Estado familiar:
 - Soltera
 - Casada
 - Acompañada
 - Viuda
3. Número de hijos: _____
4. ¿Cuál es su último grado de estudio? R/ _____
5. ¿Sabe leer y escribir?
 - Si
 - No
6. Procedencia:
 - Urbano
 - Rural
7. Grupo religioso al que pertenece
 - Católica
 - Evangélico
 - Ninguno
 - Otros: especifique: _____
8. Sexo del niño: _____ Edad: _____

II. CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

A- CONOCIMIENTOS GENERALES

9. ¿Sabe usted que es la alimentación complementaria?
 - a- Dar solamente pecho
 - b- Cuando se quita la leche materna de la alimentación del niño
 - c- Cuando se comienzan a dar alimentos diferentes a la leche materna *

* Respuesta correcta

10. ¿Sabe usted que es lactancia materna exclusiva?
- a- Introducción de frutas y verduras en la alimentación del bebe
 - b- Alimentación del niño solo con pecho *
 - c- Es dar leche en polvo
11. ¿Conoce usted cuales son los beneficios de una adecuada alimentación?
- a- Mejora el crecimiento y desarrollo
 - b- Ayuda a la salud del niño.
 - c- Ayuda a prevenir las diarreas
 - d- Todas las anteriores son correctas *
12. ¿Conoce usted las consecuencias de dar una inadecuada alimentación a su niño?
- a- Diabetes
 - b- Obesidad
 - c- Desnutrición
 - d- Diarreas
 - e- Todas las anteriores son correctas *
13. Como obtuvo la información sobre alimentación complementaria (puede mencionar más de una respuesta)
- a- Revistas
 - b- Periódico
 - c- Televisión
 - d- Personal de salud
 - e- Otras: _____

B- CONOCIMIENTOS ESPECIFICOS

14. ¿A qué edad debe iniciar la alimentación complementaria?
- a- 2 meses
 - b- 4 meses
 - c- 6 meses *
 - d- 8 meses
15. ¿Sabe usted cual es la consistencia que deben de tener los alimentos al iniciar la alimentación en un niño de 6 a 8 meses de edad?
- a- Papillas *
 - b- En trozos
 - c- Licuados
 - d- sopas
16. ¿Sabe usted cual es la consistencia que deben de tener los alimentos al iniciar la alimentación en un niño de 9 a 11 meses de edad?
- a- Papillas
 - b- Picados o trozos *
 - c- Licuados
 - d- Sopas

* Respuesta correcta

17. ¿A qué edad se le da a los niños los alimentos de la olla familiar?
- a- 6 meses
 - b- 8 meses
 - c- 1 año *
 - d- 2 años
18. ¿Cuál es el alimento ideal para un niño menor de 6 meses?
- a- Sopas
 - b- Carnes
 - c- Purés
 - d- Leche materna *
19. ¿Cuál es el tipo de alimento más adecuado para un niño de 6 meses?
- a- Frutas y verduras *
 - b- Carnes
 - c- Huevos
 - d- Lácteos
 - e- Cereales
20. ¿Cada cuánto tiempo se debe cambiar la comida al niño?
- a- Cada día
 - b- Cada 3 días*
 - c- Cada semana
 - d- Cada 15 días
21. ¿Sabe usted cuantas veces al día se le debe dar comida al niño de 6 a 8 meses?
- a- 1 vez al día.
 - b- 2 o 3 veces al día*
 - c- 4 veces al día.
 - d- Cada vez lllore.

C- CREENCIAS

22. ¿Considera usted que se le debe dar agua al niño menor de 6 meses?

Si: No:

23. Con respecto a la pregunta anterior: ¿por qué?:

R/ _____

24. ¿Sabe usted cuales alimentos pueden darle alergias a su niño?

- a- Huevo.
- b- Pescado.
- c- Naranja.
- d- Todos los anteriores*
- e- Ninguno.

* Respuesta correcta

25. ¿Considera usted que se le debe dar comida al niño menor de 6 meses?

Si: No:

26. ¿Con respecto a la pregunta anterior responda? ¿Por qué?

R/ _____

D. PRACTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

27. ¿A qué edad le dio agua por primera vez a su hijo?

- a- 1 mes.
- b- 2 meses.
- c- 3 meses.
- d- 4 meses.
- e- 5 meses
- f- 6 meses o mas

28. ¿A qué edad le dio comida por primera vez a su hijo?: R/ _____

29. ¿Cuál fue el primer alimento que le dio a niño: R/ _____

30. ¿Cuántas veces al Día le da comida a su hijo? R/ _____

31. ¿A parte de leche materna, que otro tipo de leche le da a su niño?

- a- Leche de vaca.
- b- Formula infantil
- c- Leches enteras (Nido, Anchor, Australia, otras).
- d- Ninguna.

32. ¿De los siguientes alimentos, cual le ha dado de comer al niño? (Se puede elegir más de 1 opción)

- a- Sopas
- b- Café
- c- Sodas
- d- Atol
- e- Todas.

* Respuesta correcta

ANEXO 12. CONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE LA INVESTIGACIÓN

Nº	ACTIVIDADES	FEB				MAR				ABR				MAY				JUN				JUL				AGOST				SEPT				OCT				NOV				DIC							
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
1	Reuniones generales con coordinadora del proceso de investigación	x				x	x	x		x				x				x				x				x				x				x	x			x				x				x	x		
2	Reunión con docente asesor																																																
3	Elaboración y presentación del perfil de investigación																																																
4	Graduación y aprobación de tema de investigación																																																
5	Elaboración de protocolo de investigación																																																
6	Presentación inscrita de protocolo de investigación																																																
7	Ejecución de investigación																																																
8	Tabulación, análisis e interpretación de datos																																																
9	Discusión y prueba de hipótesis																																																
10	Elaboración de conclusiones y recomendaciones																																																
11	Redacción del informe final																																																
12	Entrega de informe final																																																
13	Defensa final de investigación																																																

13. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.

Cantidad	Concepto	Precio unitario en \$	Precio Total en \$
20	Anillados de informes de investigación	2.5	50
3	Computadora Laptop	400	1200
2	Impresora	49	98
4	Tinta de color	20	80
4	Tinta negra	17	68
6	Resma de papel bond	5	30
700	Fotocopias varias (bibliografía)	0.03	21
9	Lápiz de carbón	0.15	1.35
10	Transporte	6	60
7	Empastado de informe final	5	35
20	Folder	0.15	3
		Subtotal	\$ 1646.35
10%	Imprevistos		\$ 164.64
Total			\$1810.98

El presente trabajo será autofinanciado por miembros del equipo de investigación.

Br: Mauro Alexander Zelayandia Martínez \$ 603.66

Br Paul Ernesto Álvarez Melgar. \$ 603.66

Br Luis René Moreno Álvarez \$ 603.66

ANEXO N° 14.

Glosario.

Alimentación complementaria: Es el proceso que comienza cuando la leche materna ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante, por lo tanto se necesita otros alimentos y líquidos, además de la leche materna.

Alimentación: Es la ingesta de alimentos por parte de los organismos para proveerse de sus necesidades alimenticias fundamentalmente para conseguir energía y desarrollarse.

Atopia: Carácter hereditario de una persona que presenta reacciones alérgicas con una frecuencia anormalmente elevada.

Colorante alimentarios artificiales: son un tipo de aditivos alimentarios que proporcionan color a los alimentos (en su mayoría bebidas), si están presentes en los alimentos se consideran naturales y si por el contrario se añaden a los alimentos durante su pre-procesado mediante la intervención humana se denominan artificiales.

Conocimientos: Hechos o información adquiridos por una persona través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o practica de un asunto referente a la realidad.

Crecimiento: Es un proceso biológico por el cual un organismo aumenta der tamaño a la vez que experimenta una serie de cambios morfológicos y funcionales que afecta a todo el organismo hasta adquirir características del estado adulto.

Desarrollo: Es una sucesión de etapas o fases en la que se dan una serie de cambios físicos y psicológicos, que van a implicar el crecimiento del niño.

Desnutrición: Es un estado patológico de distintos grados de seriedad y de distintas manifestaciones clínicas causado por la asimilación deficiente de alimentos por el organismo.

Destete: Se conoce como el fin de la lactancia materna comienza con la introducción de los alimentos complementarios manteniendo la lactancia materna y finaliza cuando estos reemplazan por completo la leche materna.

Enzimas: Proteína producida por las células vivas que cataliza las reacciones químicas en la materia orgánica.

Lactancia materna: Exclusiva consiste en dar al lactante únicamente leche materna: no se le dan otros líquidos ni sólidos, exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral, vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes.

Malnutrición: Es el estado que aparece como resultado de una dieta desequilibrada en la cual hay nutrientes que faltan, o de los cuales hay un exceso, o cuya ingesta se da en la proporción errónea.

Micronutrientes: Sustancia orgánica, bien una vitamina o un elementos químicos como el zinc y el yodo, el que solo se requiere pequeñas cantidades para los procesos fisiológicos del cuerpo.

Nutrición: Conjunto de procesos implicados en la ingesta de nutrientes y en su utilización y asimilación para el funcionamiento del propio organismo.

Nutriente: Sustancia que proporciona alimentación y afecta a los procesos nutritivos y metabólicos del organismo

Papilla: Alimento de consistencia cremosa y espesa que se obtienen por diversos procedimientos: cociendo en agua algunos ingredientes como verduras y legumbres; que posteriormente se trituran mezclando harina de cereales con leche o agua caliente o simplemente triturando uno o más alimentos en crudo.

Reflejo de extrusión: consiste precisamente en que, cuando se introduce un alimento en la parte anterior de la boca, se expulsa al exterior con la lengua. Este reflejo permite a los pequeños expulsar de su boca cualquier alimento que no sea líquido o de la textura de la mama, o del sabor y olor de la leche.

Saborizante: son preparados de sustancias que contienen los principios sávido-aromáticos, extraídos de la naturaleza (vegetal) o sustancias artificiales, de uso permitido en términos legales, capaces de actuar sobre los sentidos del gusto y del olfato, pero no exclusivamente, ya sea para reforzar el propio (inherente del alimento) o transmitiéndole un sabor y/o aroma determinado, con el fin de hacerlo más apetitoso pero no necesariamente con este fin.

ANEXO 15

ABREVIATURAS Y SIGLAS

APS: Atención Primaria en Salud.

FESAL: Encuesta Nacional de Salud Familiar.

KCAL: Kilocalorías.

MINSAL: Ministerio de Salud.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

SSPS: Statistical Package for the Social Sciences.

UCSF: Unidad Comunitaria de Salud Familia.

UNICEF: Fondo de Naciones Unidas para la Infancia.