

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA ÁREA DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES SOBRE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD Nº 3 DE LA CIUDAD DE LOJA

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL.

AUTORA:

Paulina Ivonne González Quichimbo

DIRECTORA:

Dra. Digna Piedad Vicente Pinzón





CERTIFICACIÓN

Dra. Digna Vicente

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que he revisado y orientado todo el proceso de la elaboración de la tesis de grado titulada: CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES SOBRE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD Nº 3 DE LA CIUDAD DE LOJA, de autoría de la estudiante Paulina Ivonne González Quichimbo, previa la obtención del título de Médico General; una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto, autorizo la presentación del mismo para la respectiva sustentación y defensa.

Lo Certifico:

Loja, octubre del 2015

Dra. Digna Piedad Vicente

DIRECTORA DE TESIS





AUTORÍA

Yo, Paulina Ivonne González Quichimbo, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de la tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autor: Paulina Ivonne González Quichimbo

Firma:

Cédula: 1104894017

Fecha: 11 de noviembre del 2015





CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Paulina Ivonne González Quichimbo, declaro ser autora de la presente tesis titulada: CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES SOBRE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD Nº 3 DE LA CIUDAD DE LOJA, como requisito para optar al grado de Médico General; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 11 días del mes de noviembre del dos mil quince, firma el autor.

FIRMA

AUTOR: Paulina Ivonne González Quichimbo

CÉDULA: 1104894017

Dirección: Estados Unidos y Guatemala (Época) Correo Electrónico: pau-90_30@hotmail.es

Teléfono: 2576145 **Celular**: 0968262293

Datos Complementarios:

Director de Tesis:

Dra. Digna Piedad Vicente Pinzón

Tribunal de Grado:

Dr. Juan Arcenio Cuenca Apolo, Mg. Sc

Dra. Marcia Elizabeth Mendoza Merchán.

Dra. Verónica Luzmila Montoya Jaramillo, Mg. Sc





DEDICATORIA

Dedico esta investigación en primer lugar a Díos, quien me concedió el regalo más preciado que es la vida y quien ha sido mi quia y fortaleza durante toda mi vida. A mis padres, Lucia y Enrique que me han brindado todo su amor, confianza y apoyo durante mi vida para alcanzar mis metas, siendo ellos ejemplo de superación en mi vida. A mi esposo que con paciencia y amor me ha dado las fuerzas necesarías para contínuar con mís estudios. A mís hermanos Juan José y Fabián quienes representan la alegría en mi vida y por haber estado a mí lado a pesar de las adversidades. A mí abuelitos, tios y primos quienes constituyeron un pilar fundamental en mi formación profesional y personal. A mis amigas, que día a día con sus ocurrencias llenaron mis días de alegría.

PAULINA





AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios, ser supremo y maravilloso que me ha dado fuerzas y fe para seguir adelante y poder culminar y formación profesional. A mis padres y hermanos quienes son un pilar fundamental en mi vida y constituyen la base en mi formación personal y profesional. Agradezco a mi esposo Luís Germán que ha sido el impulso durante toda mí carrera con su amor constante y su apoyo incondicional, amigo y compañero inseparable, fuente de apoyo, sabiduría y amor en cada momento de mi vida. A mi directora de tesis, Dra. Digna Vicente por haberme guiado en la realización del presente trabajo y por haberme impartido cada uno de sus conocimientos como docente. A mís abuelitos, tios y primas por su amor y apoyo incondicional y a mis amigas por estar presentar presentes en los momentos malos y buenos de mí vída.

Gracías a todos.



I. TÍTULO

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES SOBRE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD Nº 3 DE LA CIUDAD DE LOJA



II. RESUMEN

El objetivo principal de la siguiente investigación fue Determinar el nivel de conocimientos y las prácticas de las madres sobre la alimentación complementaria en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el centro de salud Nº 3 de la ciudad de Loja, con la necesidad de conocer el nivel de conocimiento y las prácticas que las madres tienen acerca del tema, con la finalidad de proporcionar una información actualizada y adecuada a las madres a fin de ampliar conocimientos sobre el tema y promover la adopción de conductas alimentarias saludables. El estudio fue realizado en el Centro de Salud N°3 de la ciudad de Loja a madres de niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en esta institución. El estudio es de tipo cualicuantitativo, prospectivo y según el análisis y el alcance de los resultados es descriptivo porque se analizó y se describió las variables a estudiar. Para la recolección de datos, se hizo a través de una encuesta elaborada para el efecto, para posteriormente realizar la tabulación de datos y el análisis de los mismos. Dentro de los resultados de esta investigación se encontró que el 53% de las madres tienen malos conocimientos sobre Alimentación Complementaria, el 30% tienen conocimientos buenos y el 17% tienen conocimientos regulares y en cuanto a prácticas en las madres sobre Alimentación Complementaria se encontró que el 63% tienen buenas prácticas, mientras que el 37% no las tienen.

Palabras claves: Alimentación Complementaria, Conocimientos, Prácticas.





SUMMARY

The main objective of this investigation was to determine the level of knowledge and practices of mothers on complementary feeding in children 6-12 months of age treated at the Health Center No. 3 of Loja city, to know the level of knowledge and practices that mothers have on the subject, in order to provide an updated and suitable for mothers to expand knowledge on the subject and promote the adoption of healthy eating behaviors information. The study was conducted at the Health Center No. 3 of Loja city to mothers of children 6-12 months of age treated at this institution. The study is prospective and according to the type and it is descriptive for the analyzed and described variables of the study. For the collection made through a survey prepared for the purpose, later to make the tabulation and analysis of the same. Among the results of this investigation it was found that 53% of mothers have poor knowledge about complementary feeding, 30% had good knowledge and 17% have regular knowledge and in practices in mothers on complementary feeding found 63% have good practices, while 37% do not.

Keywords: complementary feeding, knowledge, practices.





III. INTRODUCCIÓN

El crecimiento y desarrollo alcanzado por los seres humanos, ya sea en la vida intrauterina o en los dos primeros años de vida, determinan la constitución corporal y la calidad de vida en el futuro de las y los niños. La lactancia materna a más de fortalecer el vínculo afectivo entre la madre y su hijo, aporta con nutrientes necesarios para un buen crecimiento y desarrollo saludable en él bebe, sin embargo, llega una etapa en la vida del lactante en el que los nutrientes de la leche materna o fórmulas ya no satisface sus requerimientos, este momento es el indicado para iniciar con la alimentación complementaria definida como la introducción progresiva de alimentos diferentes a la leche, durante el tiempo que el lactante está recibiendo leche materna o fórmula infantil y el proceso mediante el cual el niño se va acostumbrando a la alimentación del adulto. (Unicef, 2012)

La dieta a partir del segundo semestre de vida de un niño es muy importante, debido a que, gracias a varias investigaciones, se ha demostrado que tras una adecuada introducción de alimentos a partir de los seis meses de edad se puede prevenir enfermedades en el futuro del niño, como retardo en el crecimiento, obesidad y sobre todo la desnutrición crónica en niños menores de 5 años de edad (Unicef, 2012), ya que esta es la principal causa que evita que los niños que sobreviven alcancen su completo potencial de desarrollo. La Organización Mundial de la Salud (OMS), la UNICEF y la AAP (Academia Americana de Pediatría) recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de edad, momento a partir del cual debe introducirse de forma progresiva alimentos complementarios junto con la leche materna hasta los dos años de edad. Sin embargo, se ha visto que la alimentación en estas etapas no es adecuada ya que no solo depende de las condiciones económicas y culturales de los padres, sino que depende, en su mayor parte de los conocimientos y las practicas sobre alimentación complementaria de la madre.

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) hace un llamado a renovar el compromiso de todos los sectores de





la sociedad de mejorar la ejecución de la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. La gran mayoría de los bebés y los niños pequeños no se beneficia de una alimentación complementaria óptima, así un 20% no reciben alimentos sólidos, semisólidos o blandos entre los 6 y los 9 meses de edad, como lo recomienda la OPS/OMS. Solo 28% de los niños pequeños en Haití y 81% en el Perú tienen una diversidad alimentaria mínima. Solo 46% de los niños pequeños en Haití y 78% en el Perú tienen una frecuencia mínima de comidas. (OMS, "Tenemos que mejorar las prácticas de lactancia materna y de alimentación complementaria", 2014)

La alimentación complementaria adecuada depende de una información precisa y de un apoyo competente de la familia, la comunidad y el sistema de atención sanitaria. Con frecuencia, el conocimiento inadecuado de los alimentos y de las prácticas inapropiadas de alimentación es un factor determinante de malnutrición más importante incluso que la falta de alimentos. (Salud, La alimentación del lactante y del niño pequeño, 2010)

La OMS recomienda que las madres tienen que estar informadas de la importancia de la lactancia materna hasta los dos años del lactante, y de la edad de inicio de la Alimentación complementaria, los beneficios que ésta trae, así mismo deben estar familiarizadas con los alimentos que pueden dar a sus niños al iniciar con el proceso de ablactación, la frecuencia, cantidad, consistencia de éstos con el fin de que los alimentos brindados al bebe sean inocuos. En un estudio realizado en realizado en un Centro de Salud de Lima Perú en el año del 2012 identificaron que el 55% desconocen sobre alimentación complementaria, mientras que el 45% conocen acerca de este tema. (Galindo, 2012). En un estudio realizado en el Hospital del IESS de Latacunga en el año 2013 en nuestro país demostró que el 51% de madres tienen un nivel de conocimiento media; el 29% de madres presentaron un nivel bajo y un 20% un nivel alto, lo que podría traer consecuencia en la Alimentación de los lactantes. (Escobar, 2014)

En cuanto a las prácticas de Alimentación Complementaria que tienen las madres, estas en muchos casos no dependen del nivel de conocimiento que las madres poseen acerca del tema, sino depende de las costumbres que poseen





desde sus antepasados. La teoría del aprendizaje propone que se aprende imitando modelos.

Por lo tanto, los hábitos y estilos de alimentación de los padres, se transmitían a los hijos. En la medida que los niños (as) son pequeños dependen más estrechamente de las decisiones de su madre y padre, quienes determinan, por ejemplo, qué alimentos son o no son apropiados para sus hijos. La educación para mejorar las prácticas de alimentación es otro componente esencial. Las pruebas revelan que las madres quieren preparar alimentos complementarios enriquecidos si están culturalmente aceptados y que mejorar el conocimiento de las madres y las prácticas de alimentación puede conducir a una mayor ingesta en la dieta y un mayor crecimiento de los lactantes. (OPS & OMS, 2010). Así según un estudio realizado en Chiclayo Perú 2015 demostró el 76% de madres tenían una práctica adecuada, y el 24 % una práctica inadecuada, (Cisneros & Vallejos, 2015). En nuestro país en el estudio realizado en Latacunga en el 2013 demostró que, el 47% realiza prácticas medianamente aceptables, el 37% tienen prácticas poco favorables y el 16% tienen prácticas favorables evidenciándose así que a pesar del nivel de conocimiento que poseen las madres de los lactantes, estas tienen buenas prácticas de alimentación complementaria con sus hijos, lo que disminuye riesgos de malnutrición en el futuro de los niños.

En el Ecuador se han realizado pocas investigaciones acerca de los hábitos nutricionales de la población, actualmente se conoce que hay un alto índice de muerte temprana en los niños por desnutrición y que la gran mayoría de los niños al crecer tienen baja talla o bajo peso todo debido a carencias nutricionales desde la concepción. (Ministerio de Salud Pública, 2012). Con el fin de establecer el nivel de conocimiento, qué tienen las madres de estos grupos de edad sobre alimentación complementaria y qué prácticas de alimentación tienen para con sus hijos, y de esta forma ayudar a resolver posible problemas presentas en la etapa de introducción de alimentos, para prevenir problemas de salud del niño ha realizado el siguiente el futuro. se estudio, denominado. PRÁCTICAS CONOCIMIENTOS Υ DE LAS MADRES **SOBRE** ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD Nº 3 DE LA CIUDAD DE LOJA cuyo



objetivo principal es Determinar el nivel de conocimientos y las prácticas de las madres sobre la alimentación complementaria en niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el centro de salud Nº 3 de la ciudad de Loja. con sus respectivos objetivos específicos:

- Determinar el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria que tienen las madres de los niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de salud Nº 3 de la ciudad de Loja.
- Identificar los conocimientos que tienen las madres de los niños de 6 a 12 meses de edad acerca de los beneficios de la alimentación complementaria.
- Determinar en qué rangos de edad y grado de instrucción de las madres de los niños de 6 a 12 meses de edad es mejor el conocimiento que tienen acerca de la alimentación complementaria.
- Determinar las prácticas de alimentación complementaria que tienen las madres de los niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el centro de salud Nº 3 de la ciudad de Loja.
- Determinar si las madres de los niños de 6 a 12 meses de edad han recibido información acerca de la alimentación complementaria para sus hijos por parte los servicios de salud.
- Elaborar y entregar trípticos sobre alimentación complementaria en los lactantes a las madres de los niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud N°3

Lo que nos permitirá conocer y fortalecer los conocimientos y las prácticas adecuadas de Alimentación Complementaria o Ablactación en las madres con el fin de beneficiar a las y los lactantes con una adecuada alimentación para un buen crecimiento y desarrollo en ellos, y para prevenir problemas de salud futuras.





IV. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1. CAPÍTULO 1: DEFINICIONES

1.1. Conocimientos.

El ser humano es el único ser que es distinguido por su capacidad de raciocinio, y con su capacidad de recibir y procesar información puede generar conocimientos en cual les sirve para desarrollo del hombre.

El conocimiento es un estado claro de la conciencia misma y del entorno en la obtención de información, se centra en cuestiones inmediatas sobre hechos y la información almacenada a través de las experiencias o del aprendizaje posterior a través de la introspección, de tal modo (Calle, Morocho, & Otavalo, 2013).

Conocimiento de la madre sobre alimentación infantil, es la noción y experiencia, lograda y acumulada por la madre sobre alimentación, que alcanza en el transcurso de vida mediante una buena recolección de datos e información, que ayudará a mantener la salud de sus hijos y prevenir enfermedades. Además, ésta revista también manifiesta que el conocimiento depende de factores, como, el grado de instrucción, experiencias previas en el cuidado de niños y conocimientos que se adquieren del profesional de salud, influyen los consejos de la familia, que manejan un conjunto de creencias, muchas veces, erróneas, profundamente arraigadas en nuestra cultura. (Yuliana Maribel y Esther Ramírez García, 2013)

- 1.1.1 Tipos de conocimiento. Para hablar de los tipos de conocimientos primero se debe tener presente las características del conocimiento que según Andreu y Siber son:
 - El conocimiento es personal, en sentido de que se origina y reside en las personas y lo asimilan como resultado de su propia experiencia.
 - El conocimiento sirve para las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento, porque es una acción que tiene por objeto mejorar las consecuencias de cada individuo y de los



fenómenos percibidos a lo largo de la vida. (Calle, Morocho, & Otavalo, 2013)

Una vez conocidas las características del conocimiento podemos nombrar los tipos de conocimiento.

- 1.1.1.1 Conocimiento popular. Algunos autores lo denominan vulgar o natural. Es cotidiano y hace parte de una cultura determinada; se caracteriza porque ha permanecido en el tiempo, no tiene orígenes claros y corresponde al patrimonio que ha sido heredado y transmitido a través de generaciones. Se adquiere de los fenómenos que lo rodean al ser humano, sin que se profundice en sus causas, también se resiste a críticas, pues se aplica tal como fue aprendido socialmente. Se posee sin haberlo buscado ni estudiado, sin aplicar un método.
- 1.1.1.2 Conocimiento empírico. Es el conocimiento que se da por casualidad de la vida, este conocimiento es propio de las personas sin formación, pero que tienen conocimientos del mundo exterior, lo que les permite actuar y determinar acciones, hechos y respuestas casi por instinto, de aquí que su fuente principal de conocimiento son los sentidos.
- 1.1.1.3 Conocimiento intuitivo. El conocimiento intuitivo está definido como la aprehensión inmediata de las experiencias internas o externas en su experimentación o percepción, pero sabemos que existe, por lo que también se convierte en no negable. El ser humano, aprende por tres elementos de su estructura psíquica; la razón, el conocimiento, la voluntad y los juicios que se emiten basados en este tipo de conocimiento se vuelve entonces independientes y personales, aun cuando exista una conciencia cognoscente general en el ser humano.
- 1.1.1.4 *Conocimiento técnico*. se basa en la experiencia y se origina cuando de muchas nociones experimentadas se obtiene una respuesta universal circunscrita a objetivos semejantes.



- 1.1.1.5 Conocimiento científico. el conocimiento científico se alcanza cuando se pretenden descubrir causas y principios, mediante el seguimiento de una metodología, se obtiene mediante la apreciación de la realidad a través de la observación realizada, mediante el uso de técnicas adecuadas; esta procura la demostración a través de la comprobación de los fenómenos en forma sistemática; por ello va más allá del sentido común, al buscar soluciones más metódicas a los problemas. El conocimiento científico se caracteriza por ser cierto o probable, formado por una gran cantidad de conocimientos demostrados o por demostrar.
- 1.1.1.6 Conocimiento de divulgación científico. consiste en divulgar el conocimiento por otros medios, la información se transmite a través de revistas o libros que se expone después de que ha sido sometido a una crítica de las teorías expuestas, siendo este que dará un aporte a las ciencias y al conocimiento científico (Calle, Morocho, & Otavalo, 2013)

1.2. Prácticas.

Prácticas alimentarias, por su parte, es el conjunto de actividades, influenciados por procesos socioeconómicos y culturales de la madre que se realizan para satisfacer necesidades alimentarias del niño. (Yuliana Maribel y Esther Ramírez García, 2013). Determinantes del conocimiento materno sobre alimentación y nutrición:

- **1.2.1 Factores socioeconómico y cultural.** Entre los diversos aspectos que influyen que la madre no pueda proporcionar una alimentación equilibrada y adecuada a sus hijos tenemos:
 - Bajo nivel de ingresos lo que limita el acceso a los alimentos, en cantidad y/o calidad.



- La sustitución de cultivos tradicionales por cultivos comerciales más rentables tiende a aumentar la vulnerabilidad nutricional y reducir el acceso a alimentos.
- Bajo nivel educativo en especial de la madre y la falta de conocimientos sobre salud reproductiva, nutrición y desarrollo infantil inciden negativamente en la nutrición de los hijos.
- o La falta de información en las zonas rurales sobre salud y nutrición.
- La condición de pobreza extrema, discriminación y aislamiento geográfico de los pueblos indígenas son factores relacionados con la alta prevalencia de desnutrición. (Calle, Morocho, & Otavalo, 2013)

1.2.2 Factores biológicos.

- Un deficiente estado nutricional materno como consecuencia de una mala nutrición previa, aumenta los riesgos de desnutrición intrauterina y bajo peso al nacer.
- La ausencia o insuficiencia de lactancia materna exclusiva (seis meses) expone al niño, a ingerir alimentos que no satisfacen los requerimientos nutricionales en esta etapa de desarrollo.
 - La limitada disponibilidad de alimentos complementarios a la leche materna a partir del sexto mes de vida impide proveer los macro y micronutrientes necesarios para el desarrollo infantil normal en esta etapa de máximo crecimiento y desarrollo.
- 1.2.3 Factor ambiente. El medio ambiente es un factor que indirectamente, contribuye a empeorar la nutrición infantil. Más del 40% de la población rural, no dispone de agua segura y mucho menos de sistemas de alcantarillado o por lo menos de letrinas. La migración de los campesinos a las grandes ciudades, han "ruralizado" los barrios urbano-marginales donde no hay servicios básicos y los niños son víctimas de las infecciones intestinales y respiratorias. (Calle, Morocho, & Otavalo, 2013)



2. CAPÍTULO 2: LACTANCIA MATERNA

2.1. Definición

El amamantamiento formar parte de un sistema de alimentación y crianza de niños y niñas, y, constituye un factor importante de la salud infantil y materna.

Lactancia materna es un término utilizado para señalar la alimentación con leche del recién nacido y lactante a través del seno materno. Según la OMS la lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud. Además, recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más. Para que las madres puedan practicar el amamantamiento exclusivo durante los seis primeros meses, la OMS y el UNICEF recomiendan:

- Iniciar el amamantamiento durante la primera hora de vida;
- Practicar el amamantamiento exclusivo, es decir, proporcionar al lactante únicamente leche materna, sin otros alimentos o bebidas, ni siquiera agua;
- Dar el pecho cuando el niño lo reclame, ya sea de día o de noche;
- No utilizar biberones, tetinas o chupetes. (Lazaro & Martín, 2012)

2.2. Composición de la leche materna.

La leche materna contiene todos los nutrientes que necesita un lactante durante los primeros seis meses de vida, incluyendo grasa, carbohidratos, proteínas, vitaminas, minerales y agua, factores bioactivos que fortalecen el sistema inmunológico inmaduro del lactante, y otros factores que favorecen la digestión y absorción de los nutrientes.

2.2.1 Grasas. La leche humana contiene aproximadamente 3.5 g de grasa por 100 ml de leche; esta cantidad representa aproximadamente la



mitad del contenido energético de la leche. La grasa es secretada en pequeñas gotas y su cantidad se incrementa a medida que la toma de leche va progresando. Por lo tanto, la leche del final, que es secretada hacia el final de la mamada, es rica en grasa y tiene un aspecto blanco cremoso, mientras que la leche del inicio, del principio de la mamada, contiene menos grasa y tiene un color algo azul grisáceo.

- 2.2.2 Hidratos de carbono. El principal hidrato de carbono de la leche materna es la lactosa. La leche materna contiene aproximadamente7 g de lactosa por 100 ml y es otra fuente importante de energía.
- 2.2.3 Proteínas. promueven el crecimiento y desarrollo óptimo del niño o niña e intervienen en el desarrollo del sistema nervioso central. En la leche materna hay entre 8.2 y 9 g de proteína por litro; su concentración se reduce con el progreso de la lactancia, independientemente de las proteínas que consume la madre. El tipo de proteínas que contiene la leche humana, la hacen única para la especie humana, ya que son de mejor biodisponibilidad gracias a la presencia de enzimas digestivas como la amilasa.
- 2.2.4 Vitaminas y minerales. Normalmente, la leche materna contiene suficientes vitaminas para el lactante, a no ser que la madre sea deficiente. El hierro y el zinc están presentes en relativa baja concentración, pero su biodisponibilidad y absorción es elevada.
- 2.2.5 Factores anti-infecciosos. Como inmunoglobulinas, principalmente la inmunoglobulina A secretoria (IgAs), la cual recubre la mucosa intestinal y evita que las bacterias penetren a las células; glóbulos blancos, que destruyen microorganismos; proteínas del suero (lisozima y lactoferrina) que destruyen bacterias, virus y hongos; oligosacáridos, que evitan que las bacterias se adhieran a la superficie de las mucosas.
- 2.2.6 Otros factores bioactivo. La lipasa facilita la digestión completa de la grasa, una vez que la leche ha alcanzado el intestino delgado. El factor epidérmico del crecimiento estimula la maduración de las células de la mucosa del intestino del lactante, de manera que tienen



una mejor capacidad para digerir y absorber nutrientes, y son más resistentes a la infección o a la sensibilización hacia proteínas extrañas. (Salud, 2010)

El calostro es secretado durante los primeros 2–3 días después del parto. Su producción es de aproximadamente 40–50 ml en el primer día, El calostro es rico en glóbulos blancos y anticuerpos, especialmente IgAs y contiene un mayor porcentaje de proteínas, minerales y vitaminas liposolubles (A, E y K) en comparación con la leche madura. La leche comienza a ser producida en grandes cantidades entre los días 2 y 4 después del parto, en el tercer día, un lactante toma normalmente 300–400 ml en 24 horas y en el día quinto 500–800 ml. Del día 7 al 14 la leche es llamada de transición y después de las primeras 2 semanas se llama leche madura. (Salud, 2010)

2.3. Ventajas de Lactancia Materna

2.3.1 Ventajas para el lactante.

- a) Mejor estado digestivo y metabólico. La leche de la mujer esta específicamente adaptada a las especiales características digestivas y metabólicas del lactante. Cualquier otro tipo de leche supone una sobrecarga y metabólica
- b) Mejor estado nutritivo. Con la lactancia materna. Aunque con la lactancia artificial se puede conseguir un aumento de peso más rápido que con la lactancia natural, este sobrepeso parece no deseable.
- c) *Mayor protección inmunológica*. La presencia de factores antimicrobianos en la leche de mujer proporciona una mayor resistencia frente a las infecciones intestinales.
- d) *Menor riesgo de sensibilización alérgica*. Derivada del carácter homólogo de las proteínas de la leche y de la mejor digestión y absorción de los alimentos. Está reducida la patología alérgica, tanto la respiratoria (asma, sinusitis, polinosis), como la cutánea (eccema) y la digestiva (cólicos y otras manifestaciones).



- e) *Mejor evolución psicológica*. La lactancia materna da ocasión para reforzar las reacciones afectivas materno-filiales. Durante la tetada existe un contacto físico, táctil, sonoro y bucal, imposible de sustituir, que resulta gratificante, tanto para la madre como para el hijo.
- f) Menor morbilidad y mortalidad infantil. Derivada de los aspectos anteriores y tanta más acusada cuanto menor es el nivel higiénico y social.
- g) Prevención de trastornos posteriores. Diversas afecciones del adulto, como la obesidad, hipertensión y aterosclerosis, pueden estar relacionadas con hábitos dietéticos erróneos iniciados en la primera etapa de la vida. (Gomella, Quinta Edición)

2.3.2 Ventajas para la madre.

- a) La placenta sale con más facilidad y rápidamente
- b) La hemorragia es menor. Disminuye el riesgo de anemia
- c) La matriz recupera rápidamente su tamaño normal
- d) La madre tendrá pechos menos congestionados cuando baje la leche
- e) La leche baja más rápido dentro de los primeros días cuando el niño o niña mama desde que nace
- f) La madre no tendrá fiebre con la bajada de la leche
- g) Las mujeres que amamantan a sus hijos o hijas tienen menos riesgo de cáncer en el seno o en los ovarios
- h) Durante los primeros 6 meses después del parto, las madres tienen menos riesgo de otro embarazo si no les ha vuelto la regla y si el niño no recibe con frecuencia otra cosa que la leche de la madre durante el día y la noche
- i) La lactancia facilita e incrementa el amor de la madre a su hijo o hija. (UNICEF, 2012)



3. CAPÍTULO 3: ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

La Organización Mundial de la Salud manifiesta que la lactancia materna se la debe mantener como el principal alimento del lactante hasta los 6 meses de vida, a partir de entonces recomiendan continuar con la leche materna hasta los dos años de edad, complementada con otros alimentos, esto se debe a que a esta edad, el lactante desarrolla de forma progresiva capacidad masticatoria, existe madurez del sistema digestivo para la digestión y absorción de los nuevos alimentos introducidos, interés por nuevos alimentos y además porque la leche materna o fórmulas no pueden cubrir a partir de esta edad necesidades nutricionales por una disminución en la producción de la leche materna, todo esto con el fin de prevenir patologías en el niño como son retraso de crecimiento, estados de malnutrición o por otro extremo en caso de introducción de alimentos inadecuados la producción de obesidad en el futuro del lactante.

La OMS y el UNICEF convocaron una reunión técnica destinada a definir prioridades para ampliar el trabajo en este terreno. Los participantes reconocieron que la piedra angular de todo programa de mejora de la alimentación complementaria debían ser las intervenciones a escala comunitaria, en particular el asesoramiento sobre prácticas de alimentación y sobre el uso idóneo de los alimentos disponibles en cada lugar. (Salud, Organización Mundial de la Salud, 2010)

3.1. Definición

Alimentación complementaria o ablactación es un proceso natural del hombre, que consiste en la administración o introducción de alimentos inocuos diferentes a la leche materna o fórmulas en lactantes a partir de los seis meses de edad, es decir, se mantiene la lactancia materna pero se comienza con la introducción de otros alimentos y líquidos, según varios autores, en este proceso intervienen varios factores como personales, familiares, sociales, económicos, culturales los cuales provocan modificaciones en los conocimientos de madres y padres de los lactantes ya sea de forma positiva o negativa. Se define como alimentación complementaria o ablactación:



Alimentación complementaria. (AC) del lactante es la introducción de cualquier alimento no lácteo, sólido, semisólido o líquido, dado diariamente, de forma regular y continuada, y en cantidad significativa, sustituyendo en parte a la leche que esté tomando sea en lactancia materna o de fórmula adaptada, en lactancia artificial o mixta. (Gomella, Quinta Edición). Según (Rueda & Quevedo, 2010) se define como la introducción de alimentos diferentes a la leche y describe el proceso por el cual el niño se acostumbra gradualmente a la alimentación del adulto, encaminados a crear hábitos alimentarios adecuados, suplementar nutrientes que sean insuficientes en la alimentación láctea y estimular el desarrollo psicoemocional del niño, a partir del sexto mes de edad, cuando la cantidad de leche materna comienza a ser insuficiente para las necesidades del niño. Según la OMS la Alimentación Complementaria, es el proceso que comienza cuando la leche materna deja de ser suficiente para atender las necesidades nutricionales del lactante hay que añadir alimentos complementarios a su dieta. La transición de la lactancia exclusivamente materna a la alimentación complementaria abarca generalmente el periodo que va de los 6 a los 18 a 24 meses de edad, y es una fase de gran vulnerabilidad. (OMS, s.f.)

3.2. Importancia de la asociación de alimentación complementaria y el mantenimiento de la lactancia materna

El inicio de la alimentación complementaria o ablactación muchas veces, es mal interpretando por las madres, no significa que se deja de dar seno materno al lactante, sino significa que se van a introducir alimentos nuevos distintos a la leche materna en la dieta del niño, junto con la leche materna, la lactancia debe ser exclusiva hasta los 6 meses de vida del lactante, edad idónea hasta la que se debe dar leche materna por varias razones que son: la leche materna continúa aportando nutrientes al bebé, por ejemplo, provee la mitad o más de los nutrientes que necesita el bebé durante su segundo semestre de vida, y una tercera parte durante el segundo año de vida; la lactancia materna no solamente es un alimento que lo nutre fisiológicamente, también representa un vínculo afectivo muy fuerte que hará de su hijo una persona segura en sí misma; en muchos estudios científicos se ha



demostrado que el incremento en la duración de lactancia materna se asoció a un incremento consistente y estadísticamente significativo en el cociente intelectual y el desarrollo cognoscitivo del bebé; la lactancia materna contribuye a la salud y bienestar de la madre, reduciendo el cáncer de ovario, y por último el amamantamiento es una forma fácil de dar consuelo, ya que el pecho da consuelo al niño cuando está cansado, enfermo, molesto o lastimado. (Infogen, 2013)

3.3. Objetivos de la alimentación complementaria o ablactación

El proceso de alimentación complementaria debe reunir ciertas características, planteadas por el Dr. Pedro Escudero, argentino pionero de la nutrición en América Latina, quien propuso el acróstico "CESA", para expresar que "si la alimentación del niño no es CESA, el crecimiento del niño CESA."

- Completa. Debe incluir alimentos de todos los grupos (variedad)
- **Equilibrada.** Debe proveer los nutrientes en proporciones y relación adecuadas (representados por sus alimentos-fuente)
- Suficiente. Debe cubrir los requerimientos, tanto de calorías como de nutrientes.
- Adecuada. Debe adaptarse a la etapa del desarrollo en que se encuentra el ser humano, haciendo especial énfasis en caracteres organolépticos, tales como olor, sabor, consistencia, textura, así como al grado de desarrollo de los diferentes sistemas. (Rueda & Quevedo, 2010)

Entre los objetivos que persigue la Alimentación Complementaria, destacan:

- Prevenir las deficiencias de energía y de proteínas debidas a una disociación entre la disponibilidad de estos nutrimentos en la leche materna y los requerimientos del niño en función de su crecimiento.
- Prevenir la deficiencia de nutrimentos con énfasis en el hierro y zinc.
- Fomentar el gusto por los distintos sabores y texturas de los alimentos.
- Fomentar hábitos alimentarios correctos, que serán la base de los futuros patrones de alimentación.







- Desarrollar habilidades que permitan una transición fluida entre la dependencia total del niño con los padres para alimentarse, a la alimentación por sí mismo.
- Fomentar la capacidad innata del niño para autorregular la cantidad de alimentos que consume. (Pardío, 2012)

3.4. Beneficios o ventajas de la alimentación complementaria

Cuando el proceso de ablactación se realiza a la edad y en forma adecuada son varios los beneficios que se obtienen de ella:

- Ayuda al lactante al crecimiento y desarrollo
- Aumento del ingreso calórico y complemento de nutrientes.
- Desarrollo del sentido del gusto.
- Adquisición de hábitos alimentarios que permitirán al niño la aceptación de una dieta variada.
- Desarrollo de patrones de sueño.
- Desarrollo de estructuras bucales. (Rojas & Guerrero, 2009)

3.5. Edad de introducción de alimentos en los lactantes

El grupo de expertos de la Organización Mundial de la Salud considera que los niños deben iniciar la Alimentación Complementaria a partir del sexto mes. Entre los argumentos para iniciar los alimentos complementarios a esta edad están:

- Después de los seis meses, la leche materna ya no satisface las necesidades de nutrimentos de los niños amamantados.
- A esta edad, los órganos del sistema gastrointestinal del niño han adquirido madurez en su capacidad enzimática para degradar los alimentos y absorber los nutrimentos, el riñón ha madurado y realiza diversas funciones relacionadas con la depuración de metabolitos procedentes de los alimentos, especialmente proteínicos y minerales, que no han sido incorporados a los tejidos.



 A esta edad el niño tiene la madurez neuromuscular que le permite participar en su propia alimentación, como son el sostén cefálico, del tronco y extremidades torácicas, particularmente manos y dedos. La presentación apropiada de los alimentos estimulará la vista, el tacto, el olfato y el gusto, lo que contribuye a que el niño participe activa y progresivamente en la alimentación, disfrutando cada tipo de comida. (López & Colaboradores, 2010)

3.6. Cantidad necesaria de alimentos complementarios

El mejor método para calcular la cantidad de alimentos que debe y puede consumir el bebé es tener en cuenta su capacidad gástrica y su saciedad (aproximadamente 30 cc/kg de peso). Inicialmente, se probará con cada nuevo alimento en pequeña proporción (alrededor de una cucharada sopera o menos) y, a medida que se lo expone al mismo alimento, el niño aceptará mayor cantidad. De esta forma, hacia el año de edad estará consumiendo alrededor de 250 ml, que corresponden a su capacidad gástrica. Se recomienda comenzar con raciones pequeñas, aumentando la cantidad a medida que el niño crece, mientras se continúa ofreciendo el pecho con frecuencia. (Salud, La alimentación del lactante y del niño pequeño, 2010)

3.7. Consistencia de los alimentos

Se aconseja aumentar gradualmente la consistencia y variedad de los alimentos a medida que el niño crece, adaptándose a los requerimientos y habilidades del niño y estimulando la adquisición de habilidades motoras esenciales como el masticado y el contacto con nuevos sabores. Los alimentos complementarios se pueden administrar como:

- Transitorios. Triturados, purés y semisólidos a partir de los 6 meses. A los 8 meses, pueden tomar alimentos sólidos con sus propias manos.
- Alimentos familiares: Alrededor de los 12 meses pueden alimentarse de la dieta familiar, siempre que sea equilibrada y variada con pequeñas



adaptaciones a sus habilidades motoras (picada, trozos pequeños), aumentando gradualmente la consistencia y la variedad de los alimentos.

Los lactantes, pero la capacidad limitada de su estómago y la escasa densidad en nutrientes de estos alimentos hacen que sea imposible que los coman en la cantidad suficiente para cubrir sus requerimientos. Por ello los lactantes y los niños pequeños deben comer preferiblemente purés (añadir patata o arroz o cereales para espesar y añadir pequeñas cantidades de huevo, legumbres, carne o pescado). Para mejorar la calidad nutricional de estos alimentos se aconseja: cocinar los vegetales con poca agua, a ser posible en olla a presión (para disminuir el tiempo de cocción y la pérdida de nutrientes), reemplazar el agua por leche materna y añadir una cucharadita de aceite por cada 100 g de comida. (AEPap, 2009)

3.8. Preparación y almacenamiento seguro de los alimentos complementarios

Al introducir en la dieta del lactante alimentos complementarios a la leche materna, el principal riesgo es la enfermedad diarreica, causada por la contaminación microbiana de esos alimentos. La preparación, la manipulación y almacenamiento seguro de los alimentos que se ofrecen al lactante es clave para reducir el riesgo de diarrea. Las medidas recomendadas para el manejo de los alimentos complementarios son:

- Preferir el uso de tazas o beberitos para dar los líquidos.
- Evitar el uso de tetinas, chupetas y chupones para dar líquidos.
- Los utensilios de alimentación deben ser exclusivos del lactante.
- Lavar exhaustivamente los utensilios de alimentación del lactante.
- Lavar las manos del lactante antes de ofrecer los alimentos.
- Almacenar los alimentos del lactante en refrigeración, si no pueden refrigerarse deberán ser consumidos antes de 2 horas después de haber sido preparados para evitar el crecimiento bacteriano.
- Mantener la higiene en el área de preparación de los alimentos del lactante.



- Separar los alimentos cocinados de los crudos.
- Cocinar adecuada y completamente los alimentos.
- Usar agua y alimentos seguros (que eviten que el niño se enferme) y en buen estado de conservación. (Salud, La alimentación del lactante y del niño pequeño, 2010)

3.9. Frecuencia de alimentación complementaria

Según la OMS recomienda que la frecuencia de alimentación en los lactantes amamantado sano es la siguiente:

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

Durante todo el primer año, la leche materna debe ser el principal alimento y es importante tener presente que la misión de la alimentación complementaria es ofrecer energía y nutrientes adicionales para complementar a la leche materna, pero no para sustituirla. (AEPap, 2009)

3.10. Contenido nutricional de alimentos complementarios

Se llama alimento a todo producto o sustancia de origen animal o vegetal que al ingresar en el organismo aporta elementos asimilables que cumplen una función nutritiva. El conjunto de actos que consiste en la elección, la preparación y la ingestión de alimentos en cantidades para satisfacer el apetito de una persona se denomina alimentación. Por su carácter voluntario, son susceptibles de modificación por acción de influencias externas de tipo educativo, cultural o económico. Para que una alimentación sea adecuada, debe aportar no solo los alimentos que satisfagan el apetito, sino también los nutrientes necesarios para el normal desarrollo de las funciones vitales. Se entiende por nutrientes a toda aquella sustancia contenida en los alimentos,



que constituyen elementos nutritivos básicos y tienen una función biológica específica, por lo cual no pueden ser sustituidos unos por otros. (OPS & OMS, 2010). De acuerdo con su composición los alimentos se clasifican en: energéticos, reparadores y reguladores.

- Alimentos energéticos: Predominan los carbohidratos y las grasas;
 tienen como función principal el aporte de energía.
- Alimentos reparadores: aquellos cuya composición fundamental es proteica; aportan los aminoácidos esenciales y no esenciales para el crecimiento y el desarrollo hístico, para la síntesis de enzimas, hormonas y otros compuestos nitrogenados.
- Alimentos reguladores: Vitaminas y minerales; intervienen en reacciones enzimáticas, componentes estructurales, y otros. (Cubanos, TOMO I)

3.11. Requerimientos nutricionales de alimentos complementarios en lactantes.

La nutrición es fundamental para satisfacer las necesidades esenciales del desarrollo, crecimiento, y maduración de tejidos y órganos. En la actualidad se considera de gran importancia la alimentación durante la infancia también por las posibles implicaciones que tiene en la morbilidad y mortalidad del futuro. "Cada día es mayor el interés que se tiene en la influencia que la nutrición infantil ejerce en la prevención de enfermedades crónicas en la edad adulta". (Estebes, 2011)

El requerimiento de energía de los infantes es la cantidad de energía de los alimentos necesaria para: balancear el gasto energético total (considerando un nivel deseable de actividad física), apoyar el crecimiento y desarrollo óptimos de los niños, y alcanzar y mantener un buen estado de salud. Las recomendaciones para la ingesta energética y para la actividad física deben ser destinadas a apoyar y mantener el crecimiento y el desarrollo de niños sanos y bien nutridos. (Butte, 2010)



Las necesidades energéticas son de aproximadamente 600 kcal al día a los 6 a 8 meses de edad, 700 kcal al día a los 9 a 11 meses de edad y 900 kcal al día a los 12 a 23 meses de edad. En la práctica, las personas que cuidan a los niños no medirán el contenido energético de las comidas que serán ofrecidas. Por lo tanto, la cantidad de comida ofrecida debe estar basada en los principios de alimentación perceptiva, mientras que, a su vez, se debe asegurar que la densidad energética y la frecuencia de comidas sea adecuada para satisfacer las necesidades del niño. (OPS & OMS, 2010)

- 3.11.1. *Proteínas.* El cálculo de la ingesta proteica en el lactante se basa en el de los alimentados a pecho, es decir: 2,04 g/kg/día en los primeros 3 meses y 1,73 g/kg/día de los 3 a los 6 meses. El contenido de proteína corporal aumenta de 11,0% a 15,0% al terminar el primer año. Los requerimientos de proteína durante el crecimiento rápido que ocurre en la lactancia son elevados. La cantidad de proteína en la leche humana es adecuada durante los primeros seis meses, en los últimos seis meses del primer año de vida las dietas de los lactantes deberán complementarse con fuentes adicionales de proteína de gran calidad. (Lazaro & Martín, 2012)
- 3.11.2. Grasas. La grasa de la dieta proporciona al niño ácidos grasos esenciales, energía y es el vehículo para las vitaminas liposolubles. Durante los 2 primeros años no se debe limitar la cantidad o tipo de grasa de la dieta, ya que estas son esenciales en el crecimiento y desarrollo cerebral y de la retina. La OMS recomienda que estos ácidos grasos deban constituir el 4-5% de la energía total, con un mínimo del 3% como linoleico precursor de los omega 6 y 0,5% como alfa-linolénico precursor de los omega 3. (Lazaro & Martín, 2012).
- 3.11.3. Hidratos de Carbono. Son necesarios como aporte energético y no se pueden reemplazar por otro tipo de nutrientes. La lactosa, proporciona doble cantidad de energía sin elevar la osmolaridad. La mínima cantidad aconsejada de lactosa es de 4-5 g por 100 Kcal. En el transcurso del primer año de vida y con el inicio de la alimentación los valores de ingesta de carbohidratos van gradualmente cambiando



hasta llegar a los valores de 55 a 60% total de la molécula calórica, alcanzado el porcentaje de ingesta del adulto. Una vez iniciada la alimentación las fuentes de azúcar como la sacarosa deben ser principalmente las frutas y los vegetales, no se debe adicionar azúcar a las preparaciones caseras, o brindar al infante preparados industriales que la contengan. (Estebes, 2011)

- 3.11.4. *Minerales.* El hierro es el que puede dar lugar a deficiencias. Aunque la leche materna es pobre en hierro, su biodisponibilidad es muy elevada y puede cubrir las necesidades hasta los 6 meses.
- 3.11.5. Recomendación hídrica. Las necesidades de agua están calculadas para compensar las pérdidas insensibles más las sensibles. La proporción de agua corporal de los niños al nacer es de 78% y disminuye al 60% al final del primer año de vida, esto explica la disminución de su necesidad por kg de peso con la edad. (Estebes, 2011)

3.12. Cuidado durante la alimentación complementaria

- A partir de los 6 meses empezar a ofrecerle otros alimentos, siempre después de la leche.
- No suprimir tomas para dar otros alimentos.
- Los alimentos deben introducirse de uno en uno, separados por al menos una semana
- Se debe empezar con pequeñas cantidades que irán aumentando a medida que el niño las acepte.
- No dar alimentos con gluten (cualquiera que lleve trigo, avena, centeno o cebada, como por ejemplo el pan y las galletas) hasta como mínimo los 8 meses, siempre y cuando ya se hayan introducido previamente los cereales sin gluten, en caso contrario esperar y empezar por éstos últimos.
- Tener cuidado con los alimentos alergénicos como huevo, leche (y derivados) y pescado. (Se recomienda no introducirlos antes del año)
- No añadir azúcar ni sal a los alimentos.





- Si toma pecho a demanda, ya toma suficiente leche, y de la mejor calidad.
 No necesita (ni le conviene) ninguna otra leche, ni derivados lácteos, ni yogures ni papillas lacteadas
- El orden de los distintos alimentos es irrelevante: no hay una edad para la fruta, una edad para los cereales, una edad para la carne...
- No es necesario que el niño siga un horario fijo para comer. No tiene importancia el momento del día (comida, merienda o cena) en que se dé cada alimento (no hay una hora para la fruta, una hora para los cereales.)
- A partir del año, puede comer de todo, salvo que haya un motivo médico específico. (Ojana, 2012)

3.13. Bases fisiológicas de la alimentación

La OMS indica que el momento adecuado para iniciar la ablactación es a los 6 meses de edad, misma que se realizará de forma gradual y paulatinamente, teniendo en cuenta el desarrollo psicomotor del niño, la evolución de su curva de peso y talla y la disposición de la madre.

La recomendación de introducir estos alimentos a esta edad responde a los cambios anatomofisiológicas en sistemas como el neuromuscular, el gastrointestinal, el renal y el inmunológico. Entre esas transformaciones se hallan el desarrollo de la succión y deglución, desaparición del peligro de reflujo gastroesofágico, gracias a la madurez alcanzada en general en el sistema digestivo y, particularmente, en el esfínter esofágico interior.

Por otra parte, las funciones neurológicas del niño, necesarias para coordinar el complejo mecanismo de la alimentación, quedan debidamente integradas entre el cuarto y sexto mes de vida. El reflejo de mamar en tres fases va disminuyendo poco a poco hasta su desaparición a los seis meses de edad, momento en que el niño debe respirar y deglutir intermitentemente. Los niveles de algunas de las enzimas que intervienen en los procesos de digestión, sobre todo en los cereales, presentan actividad y niveles disminuidos en los primeros meses de vida, lo que unido al aumento de la permeabilidad del intestino permite la absorción de macroproteínas que favorecen la aparición de alergias por sensibilización temprana.



- 3.13.1. Maduración digestiva. la función digestiva de la mayoría de los lactantes de 6 meses es suficientemente madura para digerir la mayor parte de los almidones (cocidos o hidrolizados), las proteínas y la grasa de la dieta no láctea (la amilasa pancreática a los 4 meses es baja o casi ausente).
- 3.13.2. Maduración renal. a los 6 meses la filtración glomerular es del 60-80% de la del adulto y las capacidades de concentración y de excreción de sodio, fosfatos e hidrogeniones son mayores que al nacimiento, aunque aún limitadas entre los 6 y los 12 meses
- 3.13.3. Desarrollo psicomotor. Hacia los 5 meses el bebé empieza a llevarse objetos a la boca; a los 6 meses el lactante inicia los movimientos de masticación, desaparece el reflejo de extrusión lingual y es capaz de llevar hacia atrás el bolo alimenticio para su deglución; hacia los 8 meses la mayoría se sientan sin apoyo y tienen suficiente flexibilidad lingual para tragar alimentos más espesos; hacia los 10 meses pueden beber con una taza, manejar una cuchara y coger alimentos con sus dedos.
- 3.13.4. Maduración inmune. la introducción de alimentación complementaria supone la exposición a nuevos antígenos y cambios en la flora digestiva con repercusión en el equilibrio inmunológico intestinal. Es un momento de gran influencia sobre el patrón de inmunorespuesta, y los factores específicos tolerogénicos y protectores del intestino que aporta la leche humana pueden modular y prevenir la aparición de alergias y reacciones adversas. (OPS & OMS, 2010)

3.14. Principios de orientación para la alimentación complementaria o ablactación

En el lactante de seis meses alimentado con leche materna o fórmulas, aumentan de forma progresiva los requerimientos nutricionales, en donde la leche materna no abastece estos requerimientos, además en esta edad, la mayoría de lactantes tienen un desarrollo suficiente que les permite



alimentarse con otros alimentos inocuos ajenos a la leche materna o las fórmulas.

Además, debido a factores sociales, económicos y culturales, los lactantes están sujetos a recibir una alimentación inadecuada, ya sea por el tiempo en el que se inicia la alimentación complementaria o por la forma en el que se preparan los alimentos, en lo que respecta a la higiene, por ejemplo, en aquellos lugares en donde tienen bajo nivel de salubridad los niños se exponen a contaminantes microbianos y por ende a sufrir de enfermedades infecciosas.

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.

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. (Salud, La alimentación del lactante y del niño pequeño, 2010)



Cuadro N° 1. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado

Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado

- 2.4 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.
- 2.5 Continuar con la lactancia materna frecuente y a demanda hasta los 2 años de edad o más.
- 2.6 Practicar la alimentación perceptiva, aplicando los principios de cuidado psico-social.
- 2.7 Ejercer buenas prácticas de higiene y manejo de los alimentos
- 2.8 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.
- 2.9 Aumentar la consistencia y la variedad de los alimentos gradualmente conforme crece el niño, adaptándose a los requisitos y habilidades de los niños.
- 2.10 Aumentar el número de veces que el niño consume los alimentos complementarios, conforme va creciendo.
- 2.11 Dar una variedad de alimentos ricos en nutrientes para asegurarse de cubrir las necesidades nutricionales.
- 2.12 Utilizar alimentos complementarios fortificados o suplementos de vitaminas y minerales para los lactantes de acuerdo a sus necesidades
- 2.13 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.

(Salud, La alimentación del lactante y del niño pequeño, 2010)

3.14.1. 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. 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. A la edad de 6 meses el lactante, generalmente, duplica su peso al nacer y se torna más activo. Por sí sola, la lactancia materna ya no es suficiente para cubrir sus requerimientos de energía y de nutrientes, por lo tanto, se deben introducir los alimentos complementarios para completar la diferencia. Aproximadamente, a los 6 meses de edad, el lactante también ha alcanzado el desarrollo suficiente para recibir otros alimentos. El sistema digestivo es lo suficientemente maduro para digerir el almidón, proteínas y grasas de una dieta no láctea. Los lactantes muy pequeños expulsan los alimentos con la lengua, pero, entre los 6 y 9 meses, pueden recibir y mantener los alimentos en la boca con mayor facilidad. (Salud, La alimentación del lactante y del niño pequeño, 2010)

- 3.14.2. Principio 2: Continuar con la lactancia materna frecuente y a demanda hasta los 2 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. La lactancia materna puede aportar la mitad o más de los requerimientos de energía del niño de 6 a 12 meses de edad y un tercio de sus requerimientos de energía, además de otros nutrientes de elevada calidad para niños de 12 a 24 meses de edad. La lactancia materna reduce el riesgo a padecer enfermedades agudas y crónicas. Los niños tienden a consumir menor cantidad de leche materna o disminuyen la frecuencia, cuando se introducen los alimentos complementarios, por lo tanto, la lactancia materna requiere ser estimulada de manera práctica para poder mantener un aporte adecuado.
- 3.14.3. 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" es empleado para describir que el cuidador o cuidadora aplica los principios del cuidado psicosocial.

Cuadro N°2. Alimentación preceptiva.

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.

(Salud, La alimentación del lactante y del niño pequeño, 2010)

El niño o niña debe tener su propio plato, de manera que el cuidador pueda saber si el niño está recibiendo suficiente comida. Para alimentar al niño se puede emplear un utensilio, como ser una cuchara, o sola mente la mano limpia; esto depende de la cultura. El utensilio debe ser el apropiado para la edad del niño. Muchas comunidades emplean cucharas pequeñas cuando el niño comienza a recibir sólidos. Más tarde, se pueden emplear cucharas de mayor





tamaño o tenedores. No se ha demostrado ninguna importancia en relación al hecho de dar el pecho materno antes o después de la alimentación complementaria, durante cualquiera de las comidas. La madre puede decidir esto según su conveniencia o según la demanda del niño. (Salud, La alimentación del lactante y del niño pequeño, 2010)

3.14.4. 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. Todos los utensilios, como ser vasos, tazas, platos y cucharas empleados para alimentar al lactante o niño pequeño, deben ser exhaustivamente lavados. En muchas culturas, es común el comer con las manos y los niños reciben piezas sólidas de alimentos para que las sostengan y mastiquen, a veces estas son llamadas 'comidas para los dedos'.

Es importante que las manos del cuidador y del niño sean cuidadosamente lavadas antes de comer. Las bacterias se multiplican rápidamente en ambientes cálidos y más lentamente si la comida es refrigerada. Las grandes cantidades de bacterias que se producen en los climas cálidos incrementan el riesgo de enfermedades.

Cuando los alimentos no puedan ser refrigerados, deben ser consumidos tan pronto como sea posible después de ser preparados (no más de 2 horas), antes de que las bacterias tengan tiempo para multiplicarse.



Cuadro N°3. Cinco claves para la inocuidad del alimento

Cinco claves para la inocuidad de los alimento

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

(Salud, La alimentación del lactante y del niño pequeño, 2010)

3.14.5. 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.

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 requeridos para cubrir estas brechas se incrementa a medida que el niño tiene mayor edad y que la ingesta de leche materna se reduce, como se muestra en la figura 1



Energía reguerida según edad y la cantidad aportada por la leche materna 1200 Energía de la leche materna Brecha de energía 1000 800 Energía (kaal/día) 600 400 200 0-2 m 3-5 m 6-8 m 9-11 m 12-23 m Edad (meses)

Figura 1. Energía requerida según la edad y la cantidad aportada por la leche materna

(Salud, La alimentación del lactante y del niño pequeño, 2010)

Generalmente, el apetito del niño sirve como guía para estimar la cantidad de alimentos que puede ser ofrecida. Sin embargo, la enfermedad y la desnutrición reducen el apetito, de manera que un niño enfermo podría consumir menos alimentos de los que necesita. Un niño que se encuentra en recuperación de una enfermedad puede requerir un apoyo adicional con la alimentación, para asegurar una ingesta adecuada. Si el niño incrementa su apetito durante la recuperación, se le debe ofrecer una comida adicional.

3.14.6. 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.

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.

Existen pruebas sobre la presencia de una 'ventana crítica' para incorporar alimentos 'grumosos' (con pedazos de alimentos): si estos son administrados más allá de los 10 meses de edad, se puede incrementar el riesgo posterior de sufrir problemas de alimentación. Si bien el continuar con alimentos semisólidos puede ahorrar tiempo, es importante para el crecimiento óptimo del niño que, la consistencia de los alimentos se incremente de manera gradual y con la edad.

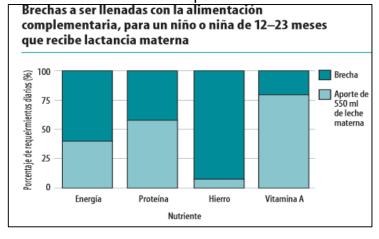
3.14.7. Principio 7: Amentar el número de veces que el niño consume los alimentos complementarios conforme va creciendo. El número de comidas que un lactante o niño pequeño necesita, depende de: Cuánta energía necesita el niño para cubrir la brecha de energía. Cuanta más energía requiera el niño cada día, necesitará mayor número de comidas para asegurar que él o ella tengan 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. 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.



Un lactante entre 6–8 meses de edad, necesita 2–3 comidas al día y un lactante entre 9–23 meses necesita 3–4 comidas al día. Dependiendo del apetito del niño, se le puede ofrecer 1–2 'meriendas' nutritivas. Las 'meriendas' se definen como los alimentos que son consumidos entre las comidas principales, frecuentemente el niño emplea sus dedos para comerlas, además son convenientes y fáciles de ser preparadas. La transición de 2 a 3 comidas y de porciones pequeñas a más grandes, ocurre de manera gradual entre estas edades, dependiendo del apetito del niño y de cómo él o ella se está desarrollando. (Salud, La alimentación del lactante y del niño pequeño, 2010)

3.14.8. Principio 8. Dar una variedad de alimentos para asegurarse de cubrir las necesidades nutricionales. La Figura 2 muestra que 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 parte clara de cada barra muestra el porcentaje de las necesidades diarias que puede ser aportado mediante un promedio de ingesta de 550 ml de leche materna. La parte oscura de la barra muestra la brecha que debe ser completada mediante los alimentos complementarios.

Figura 2. Brechas a ser llenadas con la alimentación complementaria, para un niño o niña de 12-23 meses que recibe lactancia materna



(Salud, La alimentación del lactante y del niño pequeño, 2010)





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.

Cuadro N°4. Características de un buen alimento complementario.

Un buen alimento complementario es:

- Rico en energía, proteína y micronutrientes (particularmente hierro, zinc, calcio, vitamina A y folato);
- No es picante ni salado;
- El niño puede comerlo con facilidad
- Es del gusto del niño
- Está disponible localmente y es asequible

(Salud, La alimentación del lactante y del niño pequeño, 2010)

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 guisantes, frijoles, lentejas 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.

Los alimentos complementarios vegetarianos (a base de plantas) no son suficientes por si solos para cubrir los requerimientos de hierro y zinc de un lactante o niño pequeño de 6-23 meses de edad. Es necesario añadir alimentos de origen animal que contengan suficiente hierro y zinc. La grasa debe representar el 30-45% del aporte total de la energía aportada por la leche materna y la alimentación complementaria juntas. La proporción de grasa no debe ser superior ya que el niño no comería otros alimentos que contengan proteína y otros nutrientes importantes, como ser hierro y zinc. El azúcar es una fuente concentrada de energía, pero carece de otros nutrientes. Puede dañar los dientes de los niños y provocar sobrepeso y obesidad. El azúcar y las bebidas dulces, como ser las gaseosas, deben ser evitados debido a que reducen el apetito del niño y estos no consumen alimentos más nutritivos. El té y el café contienen compuestos que interfieren con la absorción de hierro y no se recomiendan para niños pequeños. (Salud, La alimentación del lactante y del niño pequeño, 2010)

3.14.9. 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. La dificultad para alcanzar los requerimientos de estos nutrientes, no es exclusiva de los países en desarrollo. El promedio de la ingesta de hierro en lactantes de países industrializados, podría ser bastante más bajo si no existiera la amplia disponibilidad de productos fortificados con hierro. Por lo tanto, en lugares donde los alimentos de origen animal son escasos o no están disponibles para muchas familias, es necesario que existan en los sitios de consumo alimentos complementarios fortificados con hierro o alimentos fortificados con suplementos nutricionales (micronutrientes en polvo) o con suplementos de base lipídica.

3.14.10. 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. 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 demanda. con la lactancia materna а 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 una comida o 'merienda' adicionales cada día. (Salud, La alimentación del lactante y del niño pequeño, 2010)

3.15. Esquema de alimentación complementaria

3.15.1. De 6-7 meses

En este período él bebe ya está preparado para la incorporación de cereales o papillas infantiles sin gluten.

✓ Estadio inicial. Al inicio tienen suficiente con una o dos cucharadas. Puede que al principio al lactante le cueste coger el alimento o no sepa moverlo hasta el final de su boca y se le caiga o lo escupa, esto es normal. Lo mejor es ofrecer purés de un solo alimento, sin azúcar ni sal ni especias como: arroz o cereales sin gluten diluidos con un poco de leche materna o con agua, una o dos veces al día y siempre después del pecho. (OMS, Principios de orientación para la alimentación de niños no amamantados entre los 6 y 24 meses de edad , 2010)

Cuadro N°5 Cereales sin gluten

Cereales sin gluten aconsejados para la alimentación inicial del lactante
Arroz
Avena
Quinoa

. (MSP, Normas y Protocolos de Alimentación para niños y niñas menores de 2 años, 2013)

✓ Segundo estadio. Una vez que el niño aprende a comer con cuchara se introducen nuevos sabores y mayor variedad de alimentos, en forma de purés aplastados y semisólidos, que además le ayudarán a





desarrollar su habilidad motora. El niño está listo para esta etapa cuando es capaz de mantenerse sentado solo y de transferir objetos de una mano a otra. Para mejorar su aceptación suele ser útil ofrecer el alimento nuevo junto con uno conocido que al bebé le guste. Es preferible ofrecer inicialmente sabores salados (sin sal añadida) y es importante no ofrecer alimentos excesivamente dulces. También comienzan a incorporarse los purés de frutas y verduras. Las verduras más aconsejadas por su fácil digestión son:

- Verduras amarillas. Puré de zanahorias, calabaza, calabacín y patata.
- Verduras verdes: En puré. Lo mejor es darle de una sola verdura por vez, y esperar un par de días antes de incorporar la siguiente. Si las verduras no generan ninguna intolerancia pueden incorporarse frutas como, por ejemplo: manzanas, plátanos, melocotones, peras. Lo más recomendable es en forma de puré y no como jugo, lo cual le permitirá al bebe aprender a comer.

3.15.2. De 8-11 meses

La mayoría de los lactantes a esta edad son capaces de comer alimentos blandos que pueden coger por sí mismos, llevárselos a la boca (migas de pan, arroz inflado, zanahoria cocido, trocitos de patata.) y masticarlos.

Los vegetales deben cocerse para ablandarlos y las carnes trocearse y triturarse en puré no muy fino. Se deben ofrecer alimentos para comer por sí solos (zanahoria cocida, pera) con cada comida. Los alimentos con azúcar añadido como las galletas, pasteles o bizcochos deben desaconsejarse.

Los derivados lácteos sin azúcar añadido pueden estar presentes en la dieta desde los 9 meses (yogur, kéfir, queso). La lactancia materna debe continuar ofreciéndose a demanda y si se ofrecen otros líquidos es





preferible ofrecerlos en taza o vaso. Los padres comienzan a conceder algunos caprichitos, golosinas y meriendas a todas horas, para compensar lo que no haya comido durante el día generando así malos hábitos alimenticios.

Hay que recordar una regla directa: a más caprichos, menos apetito tendrá el niño para la comida. Muchas veces con esta actitud se cae en una sobrealimentación poco saludable para su bebe.

3.15.3. De 12-23 meses

La mayoría de los niños son capaces de comer casi los mismos tipos de comida que los demás adultos de su casa, teniendo en cuenta que precisan alimentos con alta densidad nutricional y que en esta etapa es tan necesario darle de comer como estimularle para que se autoalimente.

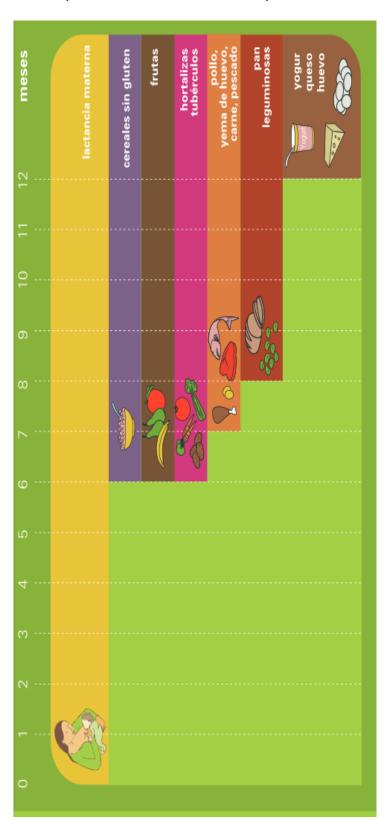
La leche materna sigue siendo una parte importante de la dieta y debe ser preferiblemente el principal líquido aportado durante todo el segundo año o más.

Se deben evitar alimentos que supongan riesgo de atragantamiento por consistencia o forma: frutos secos, uvas, zanahoria cruda, piel de salchicha o calamar, caramelos. Se debe evitar la oferta de alimentos ricos en calorías vacías (excesivamente grasos). Tampoco se debe añadir sal a las comidas. (OMS, Principios de orientación para la alimentación de niños no amamantados entre los 6 y 24 meses de edad, 2010)





Gráfico N°3. Esquema de Alimentación Complementaria en lactantes



(MSP, 2013)





Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador

Gráfico N°4. Pirámide alimenticia en los lactantes

(MSP, 2013)

3.16. Recomendaciones útiles y prácticas para la ablactación

Es importante ofrecer los alimentos al niño con paciencia y constancia, para lograr que se acostumbre a las nuevas consistencias y sabores de los alimentos ofrecidos. Con frecuencia cuando se da por primera vez un alimento, es rechazado, pero no es necesario forzar al pequeño a aceptarlo, debe insistirse varias veces hasta que acepte el nuevo sabor.

Con el fin de conocer la tolerancia del niño a cada alimento, no es conveniente introducir dos alimentos nuevos simultáneamente y debe ofrecerse poca cantidad de alimento cuando se da por primera vez y se va incrementando la cantidad periódicamente. La preparación debe ser sencillas, inicialmente en compota, licuados y puré y progresivamente se aumenta la consistencia, pues el dar solo preparaciones muy blandas dificulta el aprendizaje de masticación y reduce la posibilidad de ofrecer una dieta variada posteriormente. No debe adicionarse sal a los alimentos preparados en casa. El horario en que se ofrecen los diferentes alimentos, debe adaptarse a los hábitos alimentarios



familiares. En niños con sobrepeso y en riesgo de obesidad, es conveniente controlar el aporte de azúcares y almidones. (Rojas & Guerrero, 2009)

3.17. Riesgos de ablactación.

Debe recordarse que el uso de prácticas inadecuadas en la ablactación pueden ser consecuencias perjudiciales a corto y largo plazo. El inicio precoz de la alimentación complementaria puede llevar a problemas asociados con elevación de carga renal de solutos, a problemas gastrointestinales o al desarrollo de alergias alimentarias. El uso de cantidades excesivas de sal se ha relacionado con el aumento a largo plazo del riesgo de hipertensión en el adulto, así como a enfermedades cardiovasculares en etapas más tardías. La sobrealimentación a edad temprana permite promover el número de adipocitos siendo un factor de riesgo para una futura obesidad. (Rojas & Guerrero, 2009) La alimentación complementaria suele iniciarse con frecuencia demasiado pronto o demasiado tarde, con alimentos inadecuados para el niño, lo cual puede generar consecuencias a corto y largo plazo.

3.17.1. Consecuencias de una alimentación complementaria precoz.

- ✓ Produce disminución o cese de la lactancia materna.
- ✓ Afecta el equilibrio de nutrientes de la leche materna especialmente el del hierro, lo que disminuye su biodisponibilidad.
- ✓ Interfiere con el establecimiento de buenos hábitos y contribuye a la sobrealimentación (malnutrición por exceso).
- ✓ Puede llevar a problemas asociados con elevada carga renal de solutos, problemas gastrointestinales o desarrollo de alergias alimentarias.
- ✓ Puede producir mayor trastorno del tracto gastrointestinal: vómitos y/o diarreas, por intolerancia a los disacáridos.
- ✓ Puede producir malnutrición por déficit al emplear cereales como sustitutos de la leche, o fórmulas preparadas en dilución inadecuada.



3.17.2. Si la alimentación complementaria se realiza de forma tardía:

- ✓ Puede presentarse disminución de la velocidad de crecimiento.
- ✓ Puede producir deficiencia de vitaminas y minerales.
- ✓ Aparece dificultad para aceptar sólidos.
- ✓ Se da poca disposición para la masticación.
- ✓ Se retrasa el desarrollo psicomotor.
- ✓ Pueden aparecer alteraciones de la conducta alimentaria.
 (Rojas & Guerrero, 2009)



4. CAPÍTULO 4: ROL DE LOS PADRES EN LA CRIANZA DEL NIÑO

La teoría del aprendizaje propone que se aprende imitando modelos. Por lo tanto, los hábitos y estilos de alimentación de los padres, se transmitían a los hijos. En la medida que los niños (as) son pequeños dependen más estrechamente de las decisiones de su madre y padre, quienes determinan, por ejemplo, qué alimentos son o no son apropiados para sus hijos. Así, un alimento permitido, según el criterio de la madre o padre, será más frecuentemente expuesto y llegará a formar parte de los hábitos alimentarios del niño(a). (Vega:, 2010)

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, como ya se explicó en apartados anteriores, los alimentos complementarios tienen que ser: oportunos, adecuados, inocuos y se los debe dar de forma adecuada. La malnutrición infantil suele guardar relación con prácticas inadecuadas de alimentación del lactante y el niño pequeño.

La alimentación complementaria adecuada depende de una información precisa y de un apoyo competente de la familia, la comunidad y el sistema de atención sanitaria. Con frecuencia, el conocimiento inadecuado de los alimentos y de las prácticas apropiadas de alimentación es un factor determinante de malnutrición más importante que la falta de alimentos. Además, es necesario diversificar los enfoques, para velar por que el acceso a los alimentos corresponda de forma adecuada a las necesidades energéticas y de nutrientes del crecimiento de los niños, por ejemplo, haciendo uso de técnicas caseras y comunitarias para aumentar la densidad de nutrientes, la biodisponibilidad y el contenido de micronutrientes de los alimentos locales.

Si se facilita a las madres de niños pequeños un asesoramiento nutricional que sea sólido y conforme a los valores culturales y en el que se recomiende la utilización más amplia posible de alimentos autóctonos, se contribuirá a que en el hogar se preparen y administren sin ningún peligro alimentos locales. El sector agropecuario tiene un papel particularmente importante que desempeñar en la producción, la accesibilidad y la asequibilidad de alimentos idóneos para la



alimentación complementaria. La AC óptima no solamente depende de qué alimentos complementarios se ofrezcan al lactante, sino que también es importante el cómo, dónde, cuándo y quién lo alimenta. A este concepto se le llama alimentación perceptiva y es el conjunto de principios que los padres o cuidadores del niño le brindan al lactante en su cuidado físico y psicosocial. (Vega:, 2010)

La educación para mejorar las prácticas de alimentación es otro componente esencial. Las pruebas revelan que las madres quieren preparar alimentos complementarios enriquecidos si están culturalmente aceptados y que mejorar el conocimiento de las madres y las prácticas de alimentación puede conducir a una mayor ingesta en la dieta y un mayor crecimiento de los lactantes. Un asesoramiento y diálogo buenos con la madre en los entornos del sistema de salud y de atención médica comunitaria son cruciales para garantizar unas prácticas de alimentación óptimas. (UNICEF, Alimentos y alimentación complementarios, 2013)



V. METODOLOGÍA

Tipo de estudio.

Este estudio es de tipo cuanlicuanititativo, descriptivo, prospectivo y de corte transversal.

Universo.

Madres de niños y niñas que acuden a consulta en el Centro de Salud N°3 durante

Muestra.

60 madres de niños y niñas de 6 a 12 meses de edad atendidos en esta Institución y que acepten participar en el estudio.

Criterios de inclusión.

- Madre de niñas y niños de 6 a 12 meses de edad, que sean atendidos el Centro de Salud N° 3 de la ciudad de Loja.
- Madres que acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión.

- Madres que no deseen participar en el estudio
- Madres de niñas y niños entre 6 y 12 meses de edad que presentan enfermedades congénitas y que los hagan atender en el Centro de Salud N° 3 de la ciudad de Loja.
- Madres con limitaciones para comunicarse (sorda o muda)

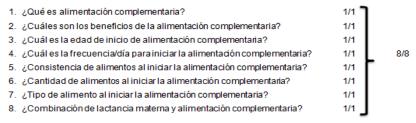
Técnicas y procedimientos.

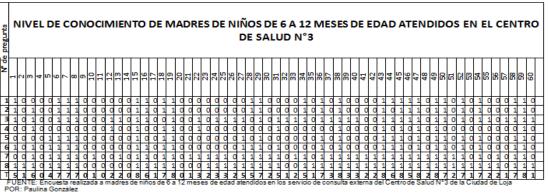
Para el desarrollo de la presente investigación, se presentó el tema de investigación el cual fue aceptado por el encargado respectico, posteriormente se elaboró y se presentó el proyecto de Tesis, el cual fue evaluado y aprobado por la autoridad correspondiente y se obtuvo la pertinencia, luego se envió una solicitud dirigida al jefe del Centro de Salud N°3 para el permiso respectivo para la aplicación de encuestas a madres de niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el periodo Mayo-Octubre 2014 en dicha institución, el cual fue concedido por



la autoridad pertinente, se procedió a encuestar a las madres tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. La encuesta aplicada a las madres en estudio constó de 15 preguntas, divididas en: 9 preguntas para evaluar los conocimientos sobre la Alimentación Complementaria, y, 4 preguntas las cuales están divididas en 2 literales para evaluar las prácticas de Alimentación Complementaria, y 1 pregunta para determinar información impartida a las madres sobre el tema por parte de Instituciones públicas. Una vez realizadas las encuestas se procedió a la tabulación de los datos en el programa Excel. Para calcular el nivel de conocimiento en las madres, que es el primer objetivo de este estudio, se evaluó las encuestas de forma individual y se le dio puntuación a cada pregunta para realizar una escala de puntaje, en donde, buen conocimiento fue de 8 a 10 puntos, conocimiento regular de 6 a 4 puntos y conocimiento malo de < de 3 puntos.

PREGUNTAS PARA MEDIR CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN MADRES DE NINOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD Nº 3





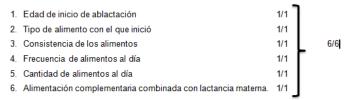
Escala para determinar nivel de conocimiento											
Nivel de conocimiento	Puntaje										
Bueno	7-8 puntos/8										
Regular	4-6 puntos/8										
Malo	0-3 puntos/8										





De igual forma para evaluar las prácticas de alimentación se dio puntaje a cada pregunta complementaria, se realizó también escalas, en donde buenas prácticas es de 4 a 6 puntos y malas prácticas es de 3 a 0 puntos.

PREGUNTAS PARA MEDIR LAS PRACTICAS SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN MADRES DE NINOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD N $^\circ$ 3



channo and ab	9	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE MADRES DE NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD N°3																																															
P oN		2	3	4	ıs	9	7	80	9	10	11	12	13	14	12	16	17	18	13	8	21	22	53	X	52	2 12	8	2 2	8	31	32	33	ᇏ	33	98	8	8 8	8 8	3 5	42	43	4	45	46	47	48	49	8 1	76
h	L C	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1 :	1 1	1 1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0 1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1
1	2 1	1	1 0 1 1 0 1 1 1 0 1 0 1 1																																														
1	3 1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1 (0 :	1 1	L C	1	1	1	1	1	0	1	1 :	1	1	0 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	1 0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0 (0 (0 1	L C	1	0	1	1	1	0	1	0 (0	1	0 0) 1	1	. 0	0	0	0	0	1	0	1
!	5 1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1 :	1 :	1 1	L C	1	1	1	1	1	0	1	1 :	1	1	0 1	1	1	. 0	1	0	1	1	1	0	1
	5 1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1 1	1 1	1 1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1 1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1
	4	6	5	3	6	3	1	5	6	5	5	1	5	0	5	4	5	5	6	4	2	5	3	6	5	3 !	5 6	5 3	6	5	6	6	6	0	6	5	5	6	1 5	6		2	5	4	5	5	6	2	6
		NT						zada	98	ma	dre:	s de	niŕ	105	de (ā a '	12 r	nes	es	le e	da	date	ndi	idos	en	los:	sen	/icio	de	con	sult	9 e)	dem	ade	elC	entr	o de	e Sa	alud	N°3	de	la C	iud	ado	deL	oja.			

Escala para determinar prácticas de alimentación complementaria											
Escala	Puntaje										
Buenas	4-6 puntos/6										
Malas	0-3 puntos/6										

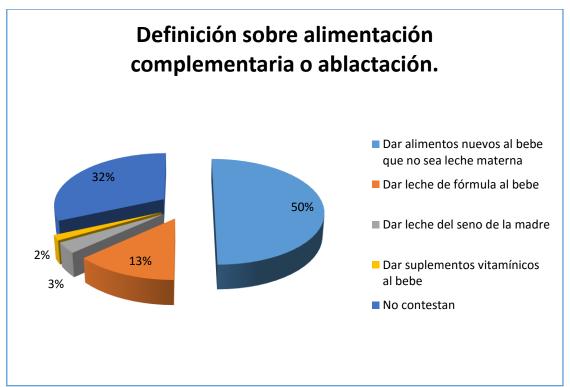
Para determinar el conocimiento y su relación con la edad e instrucción se realizó tablas de acuerdo a los conocimientos buenos, regulares y malos. Posteriormente se procedió al análisis de los mismos y se pudo cumplir los objetivos Y finalmente se realizó la entrega del tríptico informativo a las madres en el momento que se realizó la encuesta.





VI. **RESULTADOS**

GRÁFICA 1. DEFINICIÓN SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA O ABLACTACIÓN.

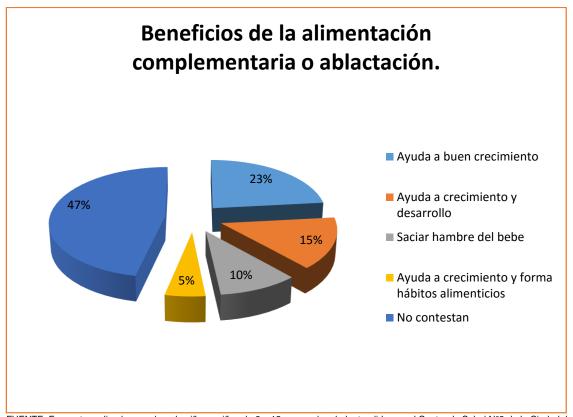


FUENTE: Encuesta realizada a madres de niñas y niños de 6 a 12 meses de edad, atendidos en el Centro de Salud N°3 de la Ciudad de Loja ELABORACIÓN: Paulina González

De las madres encuestadas, el 50% respondieron que Alimentación Complementaria o Ablactación en los lactantes es dar alimentos nuevos al bebe que no sea leche materna.



GRÁFICA 2. BENEFICIOS DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA O ABLACTACIÓN.

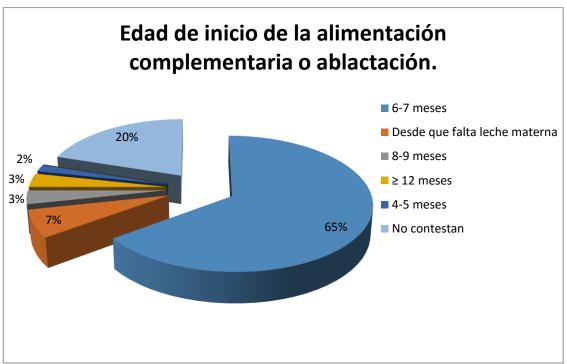


FUENTE: Encuesta realizada a madres de niñas y niños de 6 a 12 meses de edad, atendidos en el Centro de Salud N°3 de la Ciudad de Loja ELABORACIÓN: Paulina González

De las madres encuestadas el 23% respondieron que el beneficio de la Alimentación Complementaria es solamente ayudar al buen crecimiento de los lactantes, mientras que el 47% no contestaron la pregunta.



GRÁFICA 3. EDAD DE INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA O ABLACTACIÓN.

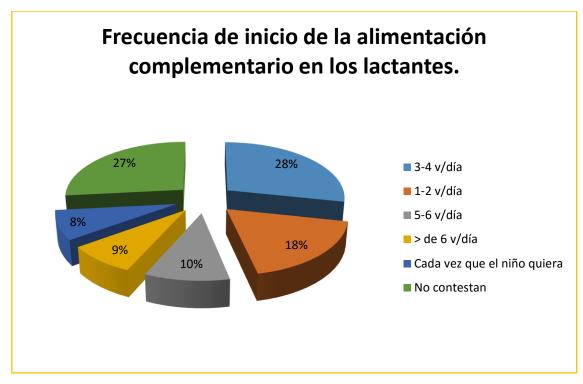


FUENTE: Encuesta realizada a madres de niñas y niños de 6 a 12 meses de edad, atendidos en el Centro de Salud N°3 de la Ciudad de Loja ELABORACIÓN: Paulina González

De las 60 madres encuestadas, el 65% manifestaron que la Ablactación se inicia entre los 6 y 7 meses de edad; mientras que el 20% no respondieron la pregunta.



GRÁFICA 4. FRECUENCIA DE INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIO EN LOS LACTANTES.



FUENTE: Encuesta realizada a madres de niñas y niños de 6 a 12 meses de edad, atendidos en el Centro de Salud Nº3 de la Ciudad de

Loja ELABORACIÓN: Paulina González

Como se puede observar, el 28% de las madres encuestadas respondieron que la frecuencia de inicio de la Alimentación Complementaria en los lactantes es de 3 a 4 v/día, el 18% respondieron que la frecuencia es de 1 a 2 v/día, y finalmente el 27% no respondieron.



GRÁFICA 5. CONSISTENCIA DE LOS ALIMENTOS PARA INICIAR LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIO.



FUENTE: Encuesta realizada a madres de niñas y niños de 6 a 12 meses de edad, atendidos en el Centro de Salud N°3 de la Ciudad de Loia

Loja ELABORACIÓN: Paulina González

Como se observa el 35% de las madres respondieron que la consistencia de los alimentos al iniciar la alimentación complementaria es blanda, el 23% respondieron que la consistencia es líquida y finalmente el 42% no contestaron la pregunta.



GRÁFICA 6. CANTIDAD DE LOS ALIMENTOS AL INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.



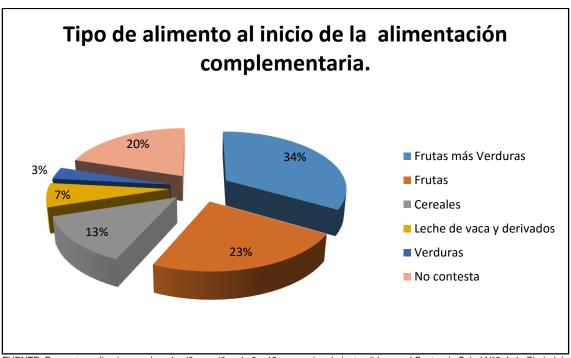
FUENTE: Encuesta realizada a madres de niñas y niños de 6 a 12 meses de edad, atendidos en el Centro de Salud N°3 de la Ciudad de Loja ELABORACIÓN: Paulina González

De las madres encuestadas el 43% respondieron que se deben dar alimentos en poca cantidad al inicio de la Ablactación, el 15% respondieron que se debe iniciar dando alimentos en moderada cantidad, mientras que el 42% no respondieron a la pregunta.





GRAFICA 7. TIPO DE ALIMENTO AL INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.



FUENTE: Encuesta realizada a madres de niñas y niños de 6 a 12 meses de edad, atendidos en el Centro de Salud N°3 de la Ciudad de Loja ELABORACIÓN: Paulina González

Como se puede observar en gráfica, el 34% de las madres respondieron que se debe iniciar con frutas y verduras la ablactación mientras que el 20% no responden a la pregunta.



GRÁFICA 8. COMBINACIÓN DE LACTANCIA MATERNA CON LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.

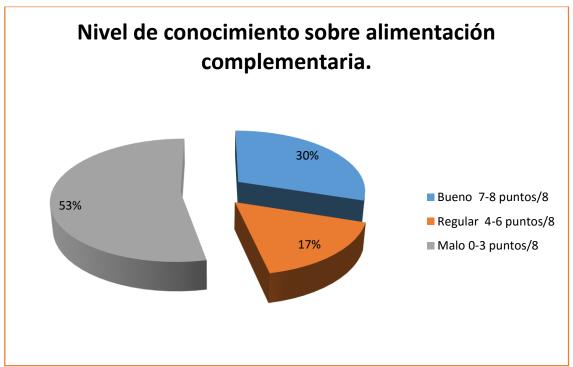


FUENTE: Encuesta realizada a madres de niñas y niños de 6 a 12 meses de edad, atendidos en el Centro de Salud N°3 de la Ciudad de Loja ELABORACIÓN: Paulina González

De las madres encuestadas, el 77% saben que se debe combinar la lactancia materna con la alimentación Complementaria, mientras que el 23% no lo saben.



GRÁFICA 9. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA O ABLACTACIÓN.

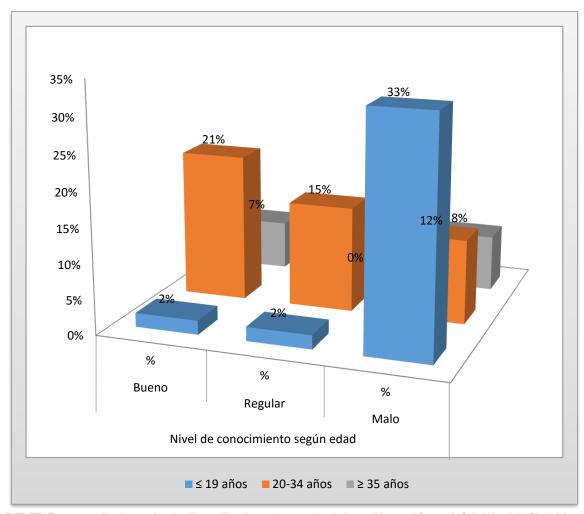


FUENTE: Encuesta realizada a madres de niñas y niños de 6 a 12 meses de edad, atendidos en el Centro de Salud N°3 de la Ciudad de Loja ELABORACIÓN: Paulina González

Según las encuestadas contestadas por las madres el 53% tienen un conocimiento malo de Alimentación Complementaria, el 30% tienen un conocimiento bueno; mientras que el 17% tienen un conocimiento regular de Ablactación o Alimentación Complementaria.



GRÁFICA 10. NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN EDAD DE LAS MADRES.

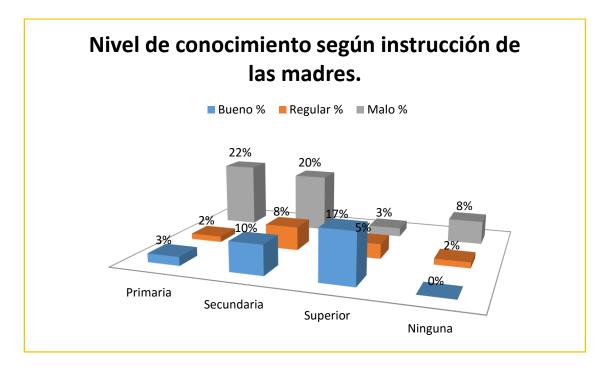


FUENTE: Encuesta realizada a madres de niñas y niños de 6 a 12 meses de edad, atendidos en el Centro de Salud Nº3 de la Ciudad de Loja ELABORACIÓN: Paulina González

Como se puede observar, el 21% de madres que tienen buenos conocimientos tienen entre 20 a 34 años de edad, el 15% de madres con un nivel de conocimiento regular tienen entre 20 a 34 años de edad y finalmente el 33% de madres que tienen malos conocimientos tienen < de 19 años.



GRÁFICA 11. NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES.

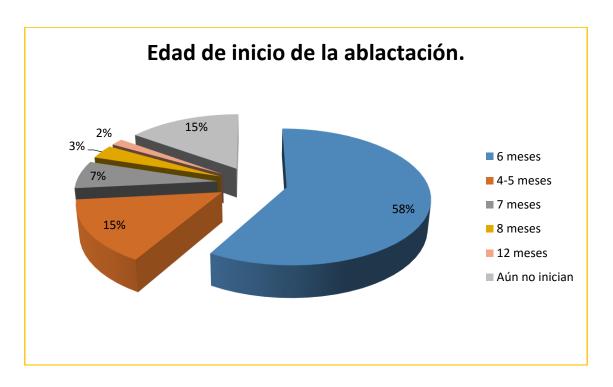


FUENTE: Encuesta realizada a madres de niñas y niños de 6 a 12 meses de edad, atendidos en el Centro de Salud N°3 de la Ciudad de Loja ELABORACIÓN: Paulina González

Como se puede observar, el 17% de madres que tienen buenos conocimientos sobre Ablactación tienen instrucción superior, el 8% de madres con conocimientos regulares tienen instrucción secundaria y el 22% de madres con malos conocimientos tienen instrucción primaria.



GRÁFICA 12. EDAD DE INICIO DE LA ABLACTACIÓN.

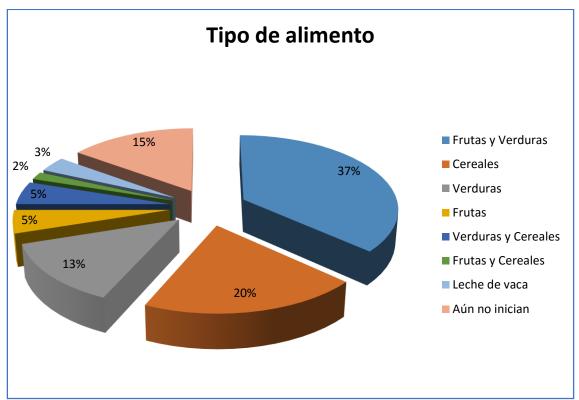


FUENTE: Encuesta realizada a madres de niñas y niños de 6 a 12 meses de edad, atendidos en el Centro de Salud N°3 de la Ciudad de Loja ELABORACIÓN: Paulina González

En cuanto a las prácticas de Alimentación Complementaria el 58% de las madres encuestadas iniciaron a dar alimentos a sus niños a los 6 meses de edad, mientras que el 15% aun no con el proceso de alimentación complementaria.



GRÁFICA 13. TIPO DE ALIMENTO



FUENTE: Encuesta realizada a madres de niñas y niños de 6 a 12 meses de edad, atendidos en el Centro de Salud N°3 de la Ciudad de Loja ELABORACIÓN: Paulina González

Como se puede observar de las madres encuestadas el 37% de ellas iniciaron dando la Alimentación Complementaria con frutas y verduras, el 2% iniciaron dando leche de vaca y el 15% aun no inician con la Ablactación.



GRÁFICA 14. CONSISTENCIA DE LOS ALIMENTOS

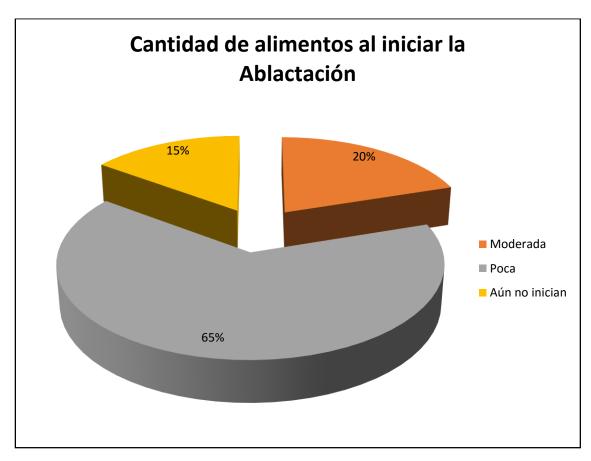


FUENTE: Encuesta realizada a madres de niñas y niños de 6 a 12 meses de edad, atendidos en el Centro de Salud N°3 de la Ciudad de Loja ELABORACIÓN: Paulina González

De las madres encuestadas el 65% de ellas iniciaron dando a sus hijos alimentos en consistencia blanda, el 20% iniciaron dando alimentos líquidos y finalmente el 15% aun no inician con la Alimentación Complementaria en sus hijos.



GRÁFICA 15. CANTIDAD DE LOS ALIMENTOS

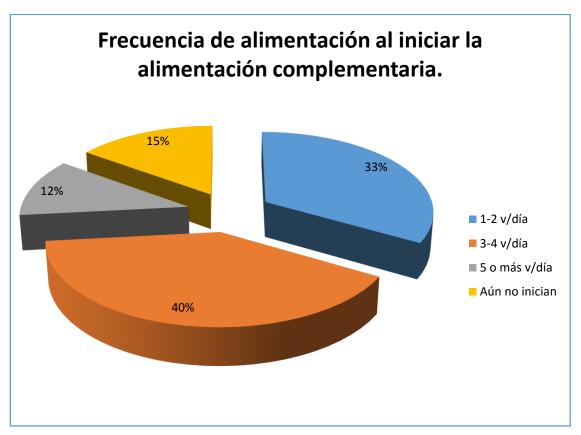


FUENTE: Encuesta realizada a madres de niñas y niños de 6 a 12 meses de edad, atendidos en el Centro de Salud N°3 de la Ciudad de Loja ELABORACIÓN: Paulina González

De las madres encuestadas el 65% iniciaron la Alimentación Complementaria dando alimentación en poca cantidad, el 20% inicio en moderada cantidad y finalmente el 15% aún no inician con la Ablactación.



GRÁFICA 16. FRECUENCIA DE ALIMENTACIÓN AL INICIAR LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.



FUENTE: Encuesta realizada a madres de niñas y niños de 6 a 12 meses de edad, atendidos en el Centro de Salud N°3 de la Ciudad de Loja ELABORACIÓN: Paulina González

El 40% de madres iniciaron la Alimentación Complementaria a una frecuencia de 3 a 4 v/día, el 33% iniciaron de 1 a 2 v/día, el 12% más de 5 veces al día y finalmente el 15% no responden a la pregunta.



GRÁFICA 17. COMBINACIÓN DE LACTANCIA MATERNA CON LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.



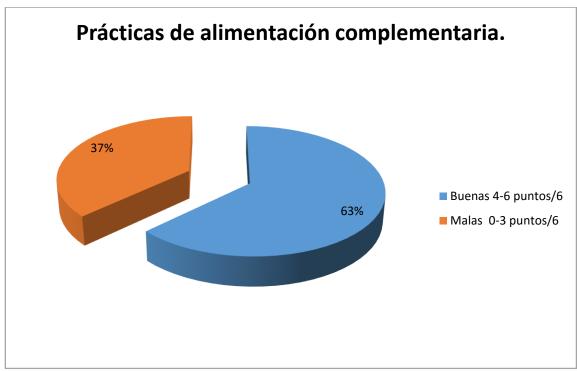
FUENTE: Encuesta realizada a madres de niñas y niños de 6 a 12 meses de edad, atendidos en el Centro de Salud N°3 de la Ciudad de Loia

Loja ELABORACIÓN: Paulina González

De la población encuestada, el 92% combinan la lactancia materna con la alimentación complementaria a sus hijos; mientras que el 8% de encuestadas manifestaron que ya no dan leche materna a sus niños al iniciar con el proceso de ablactación.



GRÁFICA 18. PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.



FUENTE: Encuesta realizada a madres de niñas y niños de 6 a 12 meses de edad, atendidos en el Centro de Salud N°3 de la Ciudad de Loja ELABORACIÓN: Paulina González

Como se puede observar el 63% de las madres tienen buenas prácticas de Ablactación para con sus hijos; mientras que el 37% de las madres no las tienen.



GRÁFICA 19. INFORMACIÓN SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA O ABLACTACIÓN.

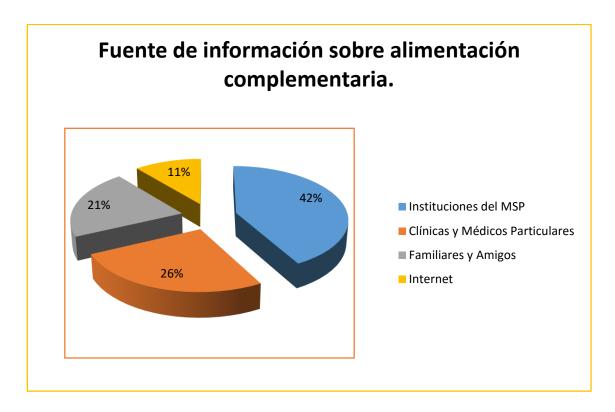


FUENTE: Encuesta realizada a madres de niños y niñas de 6 a 12 meses de edad, atendidos en el Centro de Salud N°3 de la Ciudad de Loja POR: Paulina González

El 68% de las madres encuestadas, NO han recibido información sobre Alimentación Complementaria o Ablactación; mientras que tan solo el 32% del total de madres encuestadas, SI han recibido información sobre ablactación.



GRÁFICA 20. FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.



FUENTE: Encuesta realizada a madres de niños y niñas de 6 a 12 meses de edad, atendidos en el Centro de Salud N°3 de la Ciudad de Loja

Loja POR: Paulina González

De las madres que, si han recibido información sobre Alimentación Complementaria, el 42%, recibieron información sobre el tema por parte de Instituciones de Salud Públicas (MSP), el 26% de encuestadas han recibido información por parte de servicios privados (Clínicas y médicos particulares); por otro lado, el 21% de encuestadas han recibido información por parte de familiares y amigos; y tan solo un 11% han recibido información sobre ablactación al buscar sobre el tema en internet.



VII. DISCUSIÓN.

La alimentación de los lactantes a partir del segundo semestre de vida es importante, ya que varios investigadores han demostrado que tras un adecuado proceso de ablactación se pueden prevenir enfermedades en el futuro del niño como retardo de crecimiento, desnutrición u obesidad, patologías asociadas a muertes durante la niñez., y, además, asegura el crecimiento y mantiene la salud durante la etapa adulta. La Organización Mundial de la salud manifiesta que el proceso de Ablactación depende de información precisa y de apoyo competente que se debe brindar a las madres por parte de Organismos de la Salud.

Según la OMS, 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, además del seno materno a partir de los seis meses de edad, sin embargo un gran porcentaje de madres de lactantes no saben o tienen una idea erróneo de este proceso, esto se ha podido demostrar mediante los datos obtenidos en el presente estudio en donde el 53% de madres entrevistadas tienen un nivel de conocimiento malo, el 30% de madres encuestadas tienen buenos conocimientos y finalmente un 17% de encuestadas tienen conocimientos regulares; coincidiendo con Galindo Lima-Perú 2012 que demostró que el 55% de madres desconocen sobre alimentación complementaria, mientras que el 45% conocen acerca de este tema. De igual forma a nivel nacional según un estudio de Escobar 2013 realizado en el hospital del IESS de Latacunga demostró que el 51% de madres tienen un nivel de conocimiento medio; el 29% de madres presentaron un nivel bajo y un 20% un nivel alto, mientras que a nivel local no existen investigaciones sobre el tema, evidenciándose así la falta y la necesidad de educación a las madres de los lactantes sobre el tema, ya que la falta de información podría repercutir en las prácticas de alimentación con sus hijos y producir consecuencia en el futuro del lactante.

Son múltiples los beneficios de la Alimentación Complementaria o Ablactación que otorgan al bebe, y mejor aún si las madres conocen estos beneficios y en qué forma ayudaría esto al crecimiento y desarrollo de sus hijos, en esta





investigación el 43% de madres encuestadas conocen que los beneficios son ayudar al crecimiento, desarrollo y a formar hábitos alimenticios en él bebe, mientras que el 10% tienen un conocimiento erróneo manifestando que el beneficio es saciar el hambre del bebe (aquellas que respondieron que Alimentación Complementaria es dar leche de fórmula o dar seno materno al bebe) y finalmente un gran porcentaje de madres no responden a la pregunta, lo que evidencia la falta de conocimiento acerca del tema. Lo contrario al estudio de Cisneros 2015 (Chiclayo-Perú) mostró que el 86.6 % de las madres conoce los beneficios de la alimentación complementaria y el 13.4 % desconoce, finalmente en nuestro país y a nivel local no se ha realizado investigaciones sobre el tema, este alto porcentaje en nuestro medio, de desconocimiento sobre la Ablactación, se debe a la falta de información sobre la importancia del tema por lo que obliga a las madres a buscar información errónea por cuenta propia.

Al realizar el análisis entre el nivel de conocimiento y la edad e instrucción de las madres encuestadas se determinó que, de aquellas madres que tienen buenos y regulares conocimientos, el grupo etario de mayor porcentaje es decir el 21% y 15% respectivamente tienen de 20 a 34 años, evidenciándose que el mejor conocimiento y el conocimiento medio sobre Alimentación Complementaria se observa en la edad adulta, edad en donde existe la madurez suficiente en las madres para preocuparse por la alimentación de sus niños y niñas, y finalmente del gran porcentaje de madres que tienen conocimientos malos sobre Alimentación Complementaria, en su mayor parte, es decir, el 33% tienen menos de 19 años lo que demuestra que muchas de estas llegan a ser madres a muy temprana edad sin tener la preparación suficiente en la forma que deben criar a sus niños. Con respecto al grado de instrucción de aquellas madres que tienen buenos y regulares conocimientos el 17% y el 8% tienen instrucción superior y secundaria respectivamente, lo que permiten estimar que hay un mayor grado de preparación en este grupo de población lo que brinda beneficios para los hijos de estas madres y garantizar un buen desarrollo y crecimiento. Mientras que por el contrario de las madres que tienen un nivel de conocimiento sobre Alimentación Complementaria malo el 22% tienen instrucción primaria, esto demuestra que el nivel de instrucción de las madres actúa como factor en los



conocimientos sobre el tema. Por la falta de interés en estos factores, no existen investigaciones a nivel mundial, de Latinoamérica, en nuestro país o a nivel local, que involucren una relación directa entre la alimentación de los lactantes con la edad e instrucción de sus madres, lo que podría traer repercusiones en el proceso de Alimentación Complementaria y por ende en el buen crecimiento y desarrollo de las y los lactantes.

En relación a las prácticas sobre alimentación complementaria, en el presente trabajo, a pesar de que un gran porcentaje de madres encuestadas tienen un nivel malo de conocimientos sobre ablactación, el 63% de ellas tiene buenas prácticas de alimentación complementaria con sus hijos, mientras que el 37% no las tienen. Coincidiendo con Cisneros y Vallejo Chiclayo-Perú 2015 quienes demostraron que el 76% de madres tenían una práctica adecuada, y el 24 % una práctica inadecuada. De igual forma según Galindo Lima-Perú 2012 encontró que el 61% de madres tienen prácticas adecuadas de ablactación, mientras que el 39% no las tienen. Así mismo, según Escobar Quito 2014 demostró que, el 47% realiza prácticas medianamente aceptables, el 37% tienen practicas poco favorables y el 16% tienen prácticas favorables, mientras que a nivel local no existen investigaciones sobre el tema, lo que demuestra que a pesar del bajo nivel de conocimiento que tienen las madres del Centro de Salud N°3 al igual que en otros países de Latinoamérica y otra ciudad de nuestro propio país, tienen buenas practica de alimentación complementaria con sus hijos, todo esto se evidencia en el presente estudio ya que el 58% de madres encuestadas, comenzaron a dar alimentos a sus hijos a los seis meses de edad, concordando con Garcia Guatemala-2014 y Escobar-Quito 2014 quienes demostraron que el 52% y el 49% de madres encuestadas respectivamente han iniciado a dar alimentos a sus hijos a partir de los seis meses de edad, siendo esta edad considerada como la adecuada para iniciar la ablactación; además el 82% de las madres encuestadas en esta investigación iniciaron la ablactación con cereales frutas y verduras, al igual que Escobar Quito-2014 en donde demostró que el 37% de madres iniciaron el proceso de Alimentación Complementaria con frutas evidenciándose que las madres han iniciado con los alimentos correctos; de igual forma en esta investigación se demostró que el 65% de la población estudiada





iniciaron dando alimentos de consistencia blanda y en poca cantidad, al igual que Escobar-Quito 2014 que demostró que el 84% y el 73% de las madres iniciaron la alimentación complementaria con alimentos blandos y en poca cantidad respectivamente, gracias a esto le ayudara a los lactantes a favorecer la digestión y absorción de los alimentos; mientras que por el contrario tan solo una pequeña porción de madres encuestadas en la presente investigación es decir, el 39% han iniciado a una frecuencia adecuada la alimentación complementaria al igual que Garcia Guatemala-2014 en donde tan solo el 1% de madres iniciaron a una frecuencia adecuada el proceso de Alimentación Complementaria; a nivel regional según Escobar-Quito 2014 tan solo el 2% de madres, dan los alimentos a una frecuencia adecuada, lo que demuestra las consecuencias de la falta de conocimiento en este punto. Y finalmente en la presente investigación el 92% de las madres dan el seno materno combinado con la alimentación complementaria, al igual que García Guatemala.2014 en donde el 100% de madres en estudio brindan alimentos al niño además de la leche materna lo que demuestra la importancia y la necesidad de las madres de continuar dando leche materna para el desarrollo adecuado de sus niños.

Por último en cuanto a la información brindada a las madres acerca de la Alimentación Complementaria en sus niñas y niños determinó que tan solo el 42% de madres encuestadas han recibido información por parte de Instituciones Públicas de Salud, mientras que del resto de madres la información proviene de médicos particulares, familiares, amigos y el internet, a nivel mundial, de Latinoamérica, nacional o local no existen investigaciones del tema, esto predispone a que las madres de los lactantes estén expuestas a recibir información errónea de distintos medios, o a una mala interpretación de la información por parte de ellas, repercutiendo en la alimentación de los lactantes y en el buen crecimiento y desarrollo de los mismo.



VIII. CONCLUSIONES

- El nivel de conocimiento sobre Alimentación Complementaria o Ablactación, en las madres de niños de 6 a 12 meses de edad atendidos en el Centro de Salud N° 3 es malo en un alto porcentaje de madres.
- Menos de la mitad de las madres saben que los beneficios de la alimentación complementaria son ayudar a un buen crecimiento, desarrollo y formación de hábitos alimenticios.
- De las madres que tienen buenos conocimientos de Alimentación Complementaria, la mayor parte de ellas tienen entre 20 a 34 años de edad, mientras que, según el nivel de instrucción, las madres que tuvieron mejores conocimientos son las que terminaron sus estudios superiores
- Un alto porcentaje de madres tienen bunas prácticas de alimentación complementaria, ya que la mayoría de ellas inicio la Alimentación complementaria en sus niñas y niños a partir de los seis meses de edad, un alto porcentaje de madres han iniciado la alimentación complementaria en sus niños con cereales, frutas y verduras; la mayoría inicio dando alimentos en consistencia blanda y en poca cantidad, e iniciaron este proceso a una frecuencia de 1-2 veces al día; y finalmente casi en su totalidad de madres continúan dando leche materna combinada con la Ablactación a sus niños.
- Menos de la mitad de las madres de los lactantes de 6 a 12 meses de edad han recibido información sobre Alimentación Complementaria por parte de Instituciones de Salud Públicas, mientras que un gran porcentaje de ellas reciben información por parte de Instituciones Privadas, Familiares, amigos y del Internet o televisivas.



IX. RECOMENDACIONES

- Con el personal de salud realizar charlas informativas dirigidas a las madres de lactantes, sobre la Alimentación Complementaria y los beneficios que ésta brinda a los niños, con el fin de mejorar los conocimientos de las madres y así mejorar el futuro de la salud de sus hijos.
- Con ayuda del equipo de salud, realizar talleres prácticos sobre buenas prácticas de Alimentación Complementaria, dirigidos a madres, familiares o personas que estén a cargo de lactantes utilizando material didáctico y alimentos que encontremos en nuestro medio, con el objetivo de que puedan dar una adecuada alimentación en sus niños y mejorar su estado nutricional.
- Junto con el personal de salud incentivar a las madres de los lactantes a acudir al control del niño sano con el fin de orientarlas sobre el proceso de alimentación complementaria en sus niños y detectar y resolver problemas que se presenten en el proceso de ablactación y así evitar estados de malnutrición en el futuro de los niños.
- Debido a la falta de estudios, se recomienda realizar trabajos investigativos acerca la Alimentación Complementaria y las prácticas de las madres de los lactantes en nuestra ciudad que permitan conocer la realidad en nuestro medio y buscar soluciones destinadas a mejorar conocimientos y prácticas de madres o personas que estén a cargo de lactantes y por ende mejorar su estado nutricional.



X. BIBLIOGRAFÍA

- AEPap. (2009). Alimentación Complemetaria. Programa de Salud Infantil AEPap.
- Butte, N. (2010). Energy Requirements of Infants and Children. Recuperado el 20 de 10 de 2014, de https://books.google.com.ec/books?id=Vj_d3ILTvkcC&pg=PA19&lpg=PA 19&dq=Protein+and+energy+Requirements+in++Infancy+and+Childhoo d+.&source=bl&ots=7EvpgGBhCP&sig=jog8tQZDFuzH8zCHPQbJ5ibma yo&hl=es-419&sa=X&ved=0CDkQ6AEwBGoVChMI1avc67iYyAIVSGweCh39IAK0 #v=onepa
- Calle, S., Morocho, B., & Otavalo, J. (2013). Tesis: Conocimiento materno sobre Alimentación, Nutrición y su relación con el estado nutricional de niños (as) menores de dos años que acuden al subcentro de salud de San Pedro del Cebollar durante Mayo-Julio 2013. *Universidad Nacional de Cuenca*.
- Cárdenas, L. (2010). Tesis: 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. *Universidad Nacional Mayor de San Marcos Lima-Perú*.
- Cisneros, E., & Vallejos, Y. (2015). Tesis: Efectividad del programa educativo en conocimientos, prácticas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6-24 meses- Reque 2014. *Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo Chiclayo-Peru*.
- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española De Pediatria. (2004). Lactancia Materna: guía para profecionales. Barcelona-Madrir: Ergon .
- Cruz, Y., Jones, A., Berti, P., & Larrea, S. (2010). Lactancia materna, alimentación complementaria y malnutrición infantil en los Andes de Bolivia. *Archivos Latinoamericános de Nutrición*.



- Cubanos, A. (TOMO I). ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN. Bases de la alimentación y Nutrición del niño sano . Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Escobar, M. B. (2014). Tesis:Relación de los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre alimentación complementaria con el estado nutricional de los niños y niñas que acuden a consulta externa de pediatría en el Hospital del IESS de Latacunga Junio-Septiembre 2013. *Pontífica Universidad Católica del Ecuador Quito-Ecuador*.
- Estebes, V. (2011). Tesis: Estado nutricional de los niños de 6 meses a 2 años de edad que acuden a la guardería del Ministerio de Educación en el período Febrero-Abril 2011. .
- Galindo, D. (2012). Tesis: Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud "Nueva Esperanza", 2011. Universidad Nacional Mayor de San Marco Lima-Perú.
- Garcia, I. (2014). Tesis: Caracterización de prácticas de Alimentación Complementaria a la Lactancia Materna que realiza la madre del niño (A) de 6 meses a un año de edad. *Universidad Rafael Landívar Guatemala*.
- Gomella. (Quinta Edición). *Neonatologia* . Madrir-España: Editorial Médica Panamericana .
- Infogen. (19 de 08 de 2013). *Destete o Ablactación*. Recuperado el 15 de 10 de 2014, de Infogen: http://infogen.org.mx/destete-o-ablactacion/
- Lazaro, A., & Martín, B. (2012). Alimentación del lactante sano. *Asociación Española de pediatria*.
- López, H., & Colaboradores. (2010). Primer Consenso Nacional sobre Alimentación en el Primer Año de la vida. *Asociación Mexicana de Pediatría*.
- MSP. (2013). De bebe a niño creciendo sano. Quito-Ecuador: Monsalve Moreno.



- MSP. (2013). Normas y Protocolos de Alimentación para niños y niñas menores de 2 años. *Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Coordinación Nacional de Nutrición*.
- Ojana. (2012). Asociación de apoyo a la crianza con apego . Recuperado el 12 de 2014, de https://ojana.wordpress.com/alimentacion-complementaria/
- OMS. (2010). Principios de orientación para la alimentación de niños no amamantados entre los 6 y 24 meses de edad . *Organización Mundial de la Salud* .
- OMS. (28 de 04 de 2014). "Tenemos que mejorar las prácticas de lactancia materna y de alimentación complementaria". Recuperado el 26 de 09 de 2014, de Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud: http://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=752
- OMS. (s.f.). Alimentación complementaria. Recuperado el 15 de Diciembre de 2014, de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/elena/titles/complementary_feeding/es/
- OPS, & OMS. (2010). Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. *Organización Mundial de la Salud*.
- Pardío, J. (2012). Alimentación complementaria del niño de seis a 12 meses de edad. Recuperado el 15 de 10 de 2014, de Acta Pediatr Mex : http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2012/apm122g.pdf
- Rojas, C., & Guerrero, R. (2009). *Nutrición clínica y gastroenterología pediátrica*. Colombia: Editorial Médica Panamericana.
- Rueda, E. P., & Quevedo, F. J. (2010). *El pediatra eficiente.* Madrir: Editorial Médica Panamericana.
- Salud, O. M. (2010). La alimentación del lactante y del niño pequeño. Washington: OPS.



- Salud, O. M. (1 de abril de 2010). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 15 de Enero de 2015, de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_9-sp.pdf
- Silvia Calle B.; Blanca Morocho N. y Jéssica Otavalo C. (2013). Conocimiento materno sobre alimentación, nutrición y su relación con el estado nutricional de niños (as) menores de dos años que acuden alSubcentro de Salud de San Pedro del Cebollar durante Mayo-Julio 2013. Cuenca.
- Unicef. (2012). Datos y cifras clave sobre nutrición. Recuperado el 26 de Octubre de 2015, de Unicef: http://www.unicef.org/argentina/spanish/UNICEF_Reporte_Nutricion_ES P_15-4.pdf
- UNICEF. (2012). Manual de lactancia materna. UNICEF.
- UNICEF. (2013). *Alimentos y alimentación complementarios*. Recuperado el 25 de 11 de 2014, de UNICEF: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24826.html
- Vega:, L. (2010). La nutrición en el primer año de vida.
- Yuliana Maribel y Esther Ramírez García. (2013). Conocimiento sobre alimentación infantil y prácticas alimentarias de madres con niños 1 a 2 años de edad. *Enfermería investigación y desarrollo, 11*, 39.
- Zamora, Y., & Ramírez, E. (2013). Conocimiento sobre alimentación infantil y prácticas alimentarias de madres con niños de 1 a 2 años de edad. Revista Peruana Investigación y Desarrollo.



XI. ANEXOS:

ANEXO I: FOTOS DE REALIZACIÓN DE ENCUESTA Y ENTREGA DE TRÍPTICOS

















ANEXO II: ENCUESTA APLICADA A LAS MADRES.

ENCUESTA PARA LA REALIZACIÓN DE TESIS DE GRADO

TEMA: CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES SOBRE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD Nº 3 DE LA CIUDAD DE LOJA

Estimada madre de familia; La presente encuesta tiene como finalidad recolectar datos importantes para realizar el trabajo de investigación previo a la obtención del título de Médico General. Tales datos serán de vital importancia con el fin de conocer cuáles son sus conocimientos y practicas sobre alimentación complementaria en sus niños y niñas y con el fin de tratar de encontrar soluciones a los problemas que se encuentre en el presente estudio. En virtud a lo anterior, se le agradecerá de forma muy especial por su colaboración para responder las preguntas que encontrará a continuación. No está demás enfatizar que los datos que usted exponga, serán tratados con profesionalismo, discreción y responsabilidad.

Muchas gracias.

INSTRUCCIONES: Conteste las siguientes interrogantes con responsabilidad y honestidad de acuerdo a sus conocimientos y experiencias que usted tenga sobre el tema.





ENCUESTA PARA LA REALIZACIÓN DE TESIS DE GRADO

1. Edad de la Madre:	N° de encuesta
2. Instrucción: Primaria () Secundaria () Su	perior () Ninguna ()
3. Edad del niño:	
4. Sabe usted que es alimentación complem	nentaria o Ablactación
Si () No ()	
¿Qué es?	
5. ¿Sabe usted cuales son los beneficios de	e la alimentación complementaria?
Indíquelos según sus conocimientos:	
6. Sabe usted a partir de qué edad y co complementarios a su hijo a más de la leche	on qué frecuencia al día tiene que dar alimentos e materna
Si () No ()	
A partir de qué edad:	
Con qué frecuencia:	
7. ¿Sabe usted en que consistencia y cantid su hijo?	ad debe iniciarse la alimentación complementaria en
Si () No ()	
En caso de que la respuesta sea afirmativa	indique la consistencia y cantidad.
Sólidos (Duros) ()	Abundante cantidad () Moderada Cantidad
Líquidos ()	()
Blandos ()	Poca Cantidad ()
8. ¿Sabe usted con qué tipo de alimento deb Señale el principal.	e iniciar la alimentación complementaria en su niño?
Cereales ()	Carbohidratos()
Frutas ()	Leche de vaca y sus derivados ()
Carnes ()	Grasas()
Vegetales y Verduras ()	Tubérculos()



9. ¿Sabe uste lactancia mate	d que la introducción de la alime rna?	entación de s	su niño debe ser co	ombinada d	on la
Si ()	No ()				
10. ¿A comena	zado a dar a su bebe alimentos?	A qué edad I	os inicio:		
Si ()	No ()				
Indique la eda	d:				
11. ¿Con que	alimento inició la alimentación co	mplementari	a en su bebe?		
12. ¿Con que	frecuencia y en que cantidad da a	alimentos a s	su bebe?		
1 a 2 veces al día ()		Abunda	nte cantidad ()		
3 a 4 veces al día ()		Modera	da Cantidad ()		
5 o más veces al día ()		Poca Cantidad ()			
13. A más de l	os alimentos que da a su bebe, c	ontinua dáno	dole leche materna?	•	
Si ()	No ()				
14. ¿Ha recibio alimentación d	do información sobre alimentació e su bebe?	n compleme	ntaria o ablactación	para una b	ouena
Si ()	No ()				
	usted que es la causa principal pa cuanto a alimentación complemer		eda dar una adecua	ada aliment	ación:
a) Por falta de	información ()	d) Por R	Religión o costumbre	s ancestra	les ()
b) Falta de rec	ursos económico ()	e)	Otros	()
c) Desacuerdo	entre padres ()				



ANEXO III: TRÍPTICO

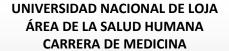
Consejos Prácticos.

- Para que él bebe reciba alimentos debe estar sentado.
- Se debe dar los alimentos después de dar leche materna; en un tiempo de dos horas pos lactancia.
- Ofrecer los alimentos con cuchara y en plato.
- Evitar la monotonía: los alimentos deben ser variados, utilizando diferentes combinaciones, colores, sabores y texturas, y en preparaciones novedosas.
- No adicionar sal, azúcar ni condimentos.
- Ofrecer los alimentos con constancia y paciencia.
- Generar un ambiente placentero, emocional (mirarlo, tocarlo, sonreírle, hablarle).
- No distraer al bebé con juegos o convencerlo de comer con promesas, premios o castigos.
- Iniciar con pequeñas porciones e incrementar progresivamente a medida que el bebé vaya aceptando con agrado.
- Respetar la saciedad del bebé. Nunca forzarlo.
- Los nuevos alimentos se deben introducir de uno en uno, en pequeñas cantidades y con al menos cinco días de separación, para observar tolerancia e intolerancias.











[Adventure Works]





JNTRODUCCJÓN



La lactancia maternal aporta con nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo saludable del bebe y además fortalece el vínculo afectivo entre madre e hijo; a los 6 meses de edad, los nutrientes de la leche materna no satisface los requerimientos nutricionales por lo que se debe iniciar con

la alimentación complementaria, con el fin de prevenir enfermedades como retraso en el crecimiento, desnutrición o en su otro extremo, la obesidad.

¿Qué es la alimentación complementaria?

La alimentación complementaria, es la introducción progresiva al bebe de alimentos diferentes a la leche (ya sea materna o fórmula)

¿Cuándo iniciar la alimentación complementaria?

La introducción de la alimentación

complementaria se debe iniciar a partir de los 6 meses de edad,



mientras se continúa con el amamantamiento frecuente hasta los dos años de edad.

¿Cuáles son los objetivos de la alimentación complementaria?

Los objetivos de la alimentación complementaria son:

Mantener el peso y la talla adecuada para la edad.

Contribuir con el desarrollo del aparato digestivo.
Suplementar nutrientes insuficientes en la leche materna.

Enseñar a distinguir sabores, colores, texturas y temperaturas diferentes.



rar con la conformación de hábitos de alimentación saludable.
Estimular el desarrollo psicosocial.



¿Cómo debe ser la alimentación complementaria?

Completa: Que incorpore todos los nutrientes necesarios.

Equilibrada: Debe proveer los nutrientes en proporciones y relación adecuadas Suficiente: Debe cubrir los requerimientos, tanto de calorías como

Adecuada: A la edad, es decir debe adaptarse a la etapa del desarrollo del bebe.



¿Qué cantidad de alimentos debe darse al bebe?

		(Marie
6a8	2 a 3 veces al dia.	6.0
9 a 11 meses	3 a 4 veces al dia.	
12 a 23 meses	4 a 5 veces al dia.	

de nutrientes

Los alimentos se deben ofrecer con constancia y paciencia, propiciando un momento agradable, de nuevas experiencias y placer, más no de lucha., acorde con su edad los niños deberían comer:

- 6 a 8 meses: 2-3 veces al día.
- 9 a 11 meses: 3-4 veces al día.
- 12 meses a 2 años: 4-5 veces al día.

(Trozos de frutas o pan, galletitas, tortas Caseras).

¿Cómo empezar y que tipo de alimentos dar?

Los primeros alimentos que se brindan al bebé deben ser de fácil deglución, es decir, de consistencia blanda tipo compota, papillas o puré. Los alimentos ofrecidos preferentemente deben prepararse en la casa, empleando alimentos naturales, frescos y/o cocidos.

 A los 6 meses: iniciar con una o dos cucharadas, puede que al principio al bebe le cueste coger el alimento o no sepa moverlo hasta su boca y se le caiga o lo



escupa lo que es normal. Se debe ofrecer purés o papillas de un solo alimento como: papa cocinada, arroz o cereales sin gluten diluidos con leche materna o agua, una o dos veces al día, siempre después del pecho.

 A los 8 meses: los bebes a esta edad pueden comer alimentos blandos que pueden coger por sí mismos, y llevárselos a la boca. Se debe



incorporar en la alimentación del niño legumbres y verduras bien cocidas, frutas en papillas o puré, cereales, carnes bien cocidas, huevo (la yema). Se debe continuar con la lactancia materna.



 A partir de los 12 meses la mayoría de los niños son capaces de comer casi los mismos alimentos que los adultos, los alimentos

pueden estar troceados o aplastados y la carne picada. Los alimentos que se dan a esta edad son: cereales (con o sin gluten), frutas, hortalizas, legumbres, huevos, carnes, pescado, leche y derivados lácteos, y se debe continuar con la leche materna.



Alimentar al niño pacientemente respetando sus ritmos animándolo a comer los alimentos sin castigar o amenazar influye en su salud y bienestar.

RECUERDA, CUANDO
COMIENCES A DAR ALIMENTOS
A TU BEBE, TIENES QUE
CONTINUAR
AMAMANTANDOLO







ANEXO IV: SOLICITUD DIRIGIDA A DIRECTOR DEL ÁREA DE SALUD N°3 PARA EL PERMISO CORRESPONDIENTE PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS MEDIANTE ENCUESTAS

Loja 11 de Septiembre del 2014 Doctor. Gustavo Villacis **DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD N°3** Presente El motivo de siguiente oficio es para extenderle un cordial saludo y desearle éxitos en su vida personal como profesional; en segundo lugar para solicitarle de la manera más comedida, se me permita realizar en este Centro de Salud, la parte de recolección de datos de mi tesis previa al título de Médico General titulada: "CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LAS MADRES SOBRE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN NIÑOS DE 6 A 12 MESES DE EDAD ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD Nº 3 DE LA CIUDAD DE LOJA" las misma que consta de realización de encuestas dirigidas a madres de niños de 6 a 12 de edad, que acudan al servicio de consulta externa. Por la acogida que se hará a la presente le antelo mis más sinceros agradecimientos Paulina González Quichimbo 1104894017 DIRECCIÓN DISTRIT DIRECCIÓN TÉCENTRO DE SALL



XII. ÍNDICE

AU	TORÍA		iii
CAI	RTA DE	AUTORIZACIÓN	iv
DEI	DICATO	RIA	V
AG	RADECII	MIENTO	v i
l.	TÍTUL	0	1
II.	RESUI	MEN	2
III.	INT	RODUCCIÓN	4
IV.	REV	/ISIÓN BIBLIOGRÁFICA	8
1	CAF	PÍTULO 1: DEFINICIONES	8
	1.1.	Conocimientos.	8
	1.2.	Prácticas	10
2	. CAF	PÍTULO 2: LACTANCIA MATERNA	12
	2.1.	Definición	12
	2.2.	Composición de la leche materna.	12
	2.3.	Ventajas de Lactancia Materna	14
3	B. CAF	PÍTULO 3: ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	16
	3.1.	Definición	16
	3.2.	Importancia de la asociación de alimentación complementaria y el mantenimie	
		actancia materna	
	3.3.	Objetivos de la alimentación complementaria o ablactación	
	3.4.	Beneficios o ventajas de la alimentación complementaria	
	3.5.	Edad de introducción de alimentos en los lactantes	
	3.6.	Cantidad necesaria de alimentos complementarios	
	3.7.	Consistencia de los alimentos	
	3.8.	Preparación y almacenamiento seguro de los alimentos complementarios	
	3.9.	Frecuencia de alimentación complementaria	
	3.10.	Contenido nutricional de alimentos complementarios	
	3.11.	Requerimientos nutricionales de alimentos complementarios en lactantes	
	3.12.	Cuidado durante la alimentación complementaria	
	3.13.	Bases fisiológicas de la alimentación	
	3.14.	Principios de orientación para la alimentación complementaria o ablactación	
	3.15.	Esquema de alimentación complementaria	
	3.16.	Recomendaciones útiles y prácticas para la ablactación	44



	3.17. Riesgos de ablactación	45
	4. CAPÍTULO 4: ROL DE LOS PADRES EN LA CRIANZA DEL NIÑO	47
٧.	METODOLOGÍA	49
	Tipo de estudio	49
	Criterios de inclusión	49
	Criterios de exclusión	49
	Técnicas y procedimientos	49
VI	RESULTADOS	52
	GRÁFICA 1. DEFINICIÓN SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA O ABLACTACIÓN	52
	GRÁFICA 2. BENEFICIOS DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA O ABLACTACIÓN	53
	GRÁFICA 3. EDAD DE INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA O ABLACTACIÓN.	54
	GRÁFICA 4. FRECUENCIA DE INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIO EN LOS LACTANTES.	55
	GRÁFICA 5. CONSISTENCIA DE LOS ALIMENTOS PARA INICIAR LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIO	56
	GRÁFICA 6. CANTIDAD DE LOS ALIMENTOS AL INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.	57
	GRAFICA 7. TIPO DE ALIMENTO AL INICIO DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	58
	GRÁFICA 8. COMBINACIÓN DE LACTANCIA MATERNA CON LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.	59
	GRÁFICA 9. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA O ABLACTACIÓN	60
	GRÁFICA 10. NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN EDAD DE LAS MADRES	61
	GRÁFICA 11. NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES	62
	GRÁFICA 12. EDAD DE INICIO DE LA ABLACTACIÓN	63
	GRÁFICA 13. TIPO DE ALIMENTO	64
	GRÁFICA 14. CONSISTENCIA DE LOS ALIMENTOS	65
	GRÁFICA 15. CANTIDAD DE LOS ALIMENTOS	66
	GRÁFICA 16. FRECUENCIA DE ALIMENTACIÓN AL INICIAR LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.	67
	GRÁFICA 17. COMBINACIÓN DE LACTANCIA MATERNA CON LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.	68
	GRÁFICA 18. PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	69
	GRÁFICA 19. INFORMACIÓN SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA O ABLACTACIÓN	۱. 70
	GRÁFICA 20. FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	71
١/١	DISCUSIÓN	72







VIII.	CONCLUSIONES	6
IX.	RECOMENDACIONES	7
Χ.	BIBLIOGRAFÍA	8
XI.	ANEXOS:	2
А	NEXO I: FOTOS DE REALIZACIÓN DE ENCUESTA Y ENTREGA DE TRÍPTICOS8	2
А	NEXO II: ENCUESTA APLICADA A LAS MADRES8	4
Α	NEXO III: TRÍPTICO8	7
I	8	7
ź	Cómo debe ser la alimentación complementaria?8	8
	NEXO IV: SOLICITUD DIRIGIDA A DIRECTOR DEL ÁREA DE SALUD N°3 PARA EL PERMISO ORRESPONDIENTE PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS MEDIANTE ENCUESTAS8	9
XII.	ÍNDICE9	0

