



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ

Facultad de Enfermería

Trabajo de Investigación

Previo a la obtención del título de

Licenciada en Enfermería

Tema

**“ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN LACTANTES DE 6 A 24 MESES
CON BAJO PESO EN CENTRO DE SALUD JARAMIJÓ 2018-2019”**

AUTORA

Lisseth Carolina Rosado Zambrano

TUTORA

Lcda. Magali Sabando Mera Mg.

Manta – Manabí – Ecuador

2019

UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ

Facultad de Enfermería

“ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN LACTANTES DE 6 A 24 MESES CON BAJO PESO EN CENTRO DE SALUD JARAMIJÓ 2018-2019”

Tutor: Lcda. Magali Sabando Mera Mg.

Autor: Lisseth Carolina Rosado Zambrano

Manta – Manabí – Ecuador.

Abril 2019

CERTIFICACIÓN DE TUTOR

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad de Enfermería de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, certifico:

Haber dirigido y revisado el trabajo de titulación, cumpliendo el total de 60 horas, bajo la modalidad de proyecto de investigación, cuyo tema del proyecto es **“Alimentación complementaria en lactantes de 6 a 24 meses con bajo peso en centro de salud Jaramijó 2018-2019”**, el mismo que ha sido desarrollado de acuerdo a los lineamientos internos de la modalidad en mención y en apego al cumplimiento de los requisitos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico, por tal motivo CERTIFICO, que el mencionado proyecto reúne los méritos académicos, científicos y formales, suficientes para ser sometido a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

La autoría del tema desarrollado, corresponde a la señorita Rosado Zambrano Lisseth Carolina, estudiante de la carrera de Enfermería, período académico 2018-2019, quien se encuentra apto para la sustentación de su trabajo de titulación.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 26 de febrero de 2019

Lo certifico,

Mg. Magali Sabando Mera
Docente Tutor(a)

UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL, REVISIÓN Y SUSTENTACIÓN

Título: “Alimentación complementaria en lactantes de 6 a 24 meses con bajo peso en centro de salud Jaramijó 2018-2019”

TRABAJO FINAL DE TITULACIÓN

Sometido a consideración del Tribunal de Seguimiento y Evaluación, legalizada por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Aprobada Por:

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

PROFESOR MIEMBRO

PROFESOR MIEMBRO

Lcda. Alexandra Hernández de Santos
Lo Certifica
SECRETARIA DE LA FACULTAD

UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ

Facultad de Enfermería

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

El suscrito **Liseth Carolina Rosado Zambrano** con CI: **131671672-7** dejo en constancia que el presente trabajo de titulación modalidad “**Proyecto de Investigación**” cuyo tema es “Alimentación complementaria en lactantes de 6 a 24 meses con bajo peso en centro de salud Jaramijó” es original, se ha transcrito contenido de obras científicas, para enriquecer esta investigación, el resultado del trabajo es emprendido por su autor

Manta, febrero 2019

Liseth Carolina Rosado Zambrano

C.I: 131671672-7

DEDICATORIA

Este proyecto se lo dedico principalmente a Dios, por ser la fortaleza para superar cada obstáculo presente durante mi camino, y así lograr una de mis metas más anheladas.

A mis padres, Sr. Tomás Rosado y Sra. Ángela Zambrano, el pilar fundamental en mi vida, por brindarme su amor y apoyo incondicional, por inculcarme valores y principios, me han ayudado a crecer día a día y me han enseñado a luchar ante las adversidades.

A mi hermana Johanna Rosado, por estar siempre presente y ayudarme a culminar esta etapa de mi vida, por brindarme su tiempo para darme consejos y ánimos para seguir adelante.

A mi sobrino, Kaydan Ramírez quien con su ternura y amor me inspira cada día a seguir adelante, con sus ocurrencias alegra mis días sin importar la circunstancia en la que me encuentre.

A todos ustedes les ofrezco un gran homenaje por el valioso aporte brindado en cada momento, contribuyendo a culminar mi carrera con éxito.

Lisseth Rosado Zambrano

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, por haberme guiado en todo momento, por permitir que disfrute cada triunfo a lado de mi familia.

A mis padres, por todo su esfuerzo para lograr mis objetivos, apoyándome en los momentos más difíciles de mi vida, brindándome las fuerzas necesarias para seguir adelante.

A la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, a la Facultad de Enfermería por su alto nivel académico brindado durante todos mis años de estudio, preparándome para alcanzar mi meta propuesta.

A la Lcda. Magali Sabando Mera Mg, tutora del proyecto, que con sus amplios conocimientos y consejos he emprendido y culminado este importante proyecto de investigación para la obtención de mi título profesional.

Liseth Rosado Zambrano

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR.....	I
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL, REVISIÓN Y SUSTENTACIÓN.....	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA.....	III
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTOS.....	V
RESUMEN.....	VIII
SUMMARY.....	IX
INTRODUCCIÓN.....	10
PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.....	13
Objetivo general:.....	14
Objetivos específicos.....	14
CAPÍTULO I.....	16
1.1 Bases teóricas conceptuales.....	16
1.1.1 Definición de alimentación complementaria.....	16
1.1.2 Maduración de los procesos fisiológicos del niño mayor a 6 meses.....	16
1.1.3 Etapas de la alimentación complementaria.....	18
1.1.4 Características cualitativas de la alimentación complementaria.....	19
1.1.5 Métodos de alimentación complementaria.....	20
1.1.6 Estado nutricional:.....	22
1.1.7 Índices antropométricos.....	23
1.1.8 Factores de riesgo del estado nutricional.....	24
1.1.9 Promoción de la Salud.....	25
1.2 Fundamentación Legal.....	27
1.2.1 Ética del cuidado de enfermería.....	28
1.3 Competencias y acciones de prevención primaria.....	29
1.3.1 Rol del equipo de Salud en la alimentación complementaria.....	29
1.3.2 Rol de los Padres en la Alimentación de los Niños.....	30
CAPITULO II.....	31
MATERIALES Y MÉTODOS DEL ESTUDIO DE CAMPO.....	31
2.1 Caracterización del contexto de estudio.....	31
2.2 Población y muestra.....	32
2.3 Tipo de estudio.....	32

2.4 Métodos de estudio	32
2.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	33
2.6 Procedimiento de la investigación.....	33
2.7 Recolección de la información.....	33
2.8 Criterio ético	33
2.9 Presentación y análisis de estudio de campo.	34
CAPÍTULO III.....	54
Estrategia educativa para la prevención del bajo peso por déficit de conocimientos de madres lactantes de 6 a 24 meses atendidos en Centro de Salud Jaramijó.	54
3.1 Introducción.....	54
3.2 Objetivo General.....	55
Objetivos específicos:.....	55
Cronograma de estrategia educativa	56
3.3 Charla educativa.....	58
Principios para la alimentación complementaria	58
Conclusiones	62
Recomendaciones	63
Bibliografía.....	64
ANEXOS	68
Anexo 1. Encuesta dirigida a madres de niños de 6 a 24 meses	68
Anexo 2. Entrevista De Análisis Profundo	71
Anexo 3. Consentimiento informado	73
Anexo 4. Evidencia.	74
Anexo 5. Tríptico	75
Anexo 6. Cronograma.....	77
Anexo 7. Analizar la eficacia del trabajo en equipo del proyecto de investigación e intervención comunitaria.....	78

RESUMEN

La introducción de alimentos en los lactantes, ha sido motivo de controversia debido a las diferencias de opiniones, culturas y tradiciones, en ocasiones el déficit de conocimiento influye en que las prácticas alimentarias no se cumplen de manera correcta. Es por ello que la (OMS, 2001) definió la alimentación complementaria como todo aquel alimento líquido o sólido diferente de la leche materna que se introduce en la dieta del niño, incluyendo las fórmulas lácteas infantiles. Siendo el objetivo principal, contribuir al mejoramiento de la calidad de vida a través de estrategias educativas basadas en un diagnóstico situacional alimentario en madres de niños de 6 a 24 meses que asisten al Centro de Salud Jaramijó. La metodología aplicada es de tipo descriptivo y prospectivo, mediante la aplicación de encuestas como técnicas de recolección de datos. El análisis de datos se realizó por medio de estadística descriptiva e inferencial y se presentaron en tablas o gráficos utilizando SSPS.23. Como resultados de la investigación se encontró que el 22,9% de las madres son estudiantes, y 17,1% empleadas domésticas, demostrando que, al no estar la mayor parte de su tiempo dentro del hogar dejan a sus niños al cuidado de otras personas. Además, el déficit de conocimientos desencadena una serie de complicaciones al momento de la alimentación al niño dando como resultado problemas nutricionales. En respuesta a esta problemática se propone estrategias educativas que incluye temas de vital importancia para poner en práctica a la hora de alimentar al niño y mejorar la calidad de vida con la implementación de hábitos saludables.

Palabras claves: alimentación complementaria, lactantes, estilos de vida, estado nutricional.

SUMMARY

The introduction of food into infants has been a cause of controversy due to differences in views, cultures and traditions, sometimes the knowledge deficit influences that food practices are not properly fulfilled. That is why the (who, 2001) defined complementary feeding as any other liquid or solid food other than breast milk introduced into the child's diet, including infant formulas. Being the main objective, to contribute to the improvement of the quality of life through educational strategies based on a nutritional situational diagnosis in mothers of children from 6 to 24 months who attend the Jaramijó Health Center. The methodology applied is descriptive and prospective, through the application of surveys as data collection techniques. Data analysis was performed by means of descriptive and inferential statistics and presented in tables or graphs using SSPS. 23. The results of the research found that 22.9% of mothers are students, and 17.1% are domestic workers, proving that, because they do not spend most of their time inside the home, they leave their children in the care of other people. In addition, the knowledge deficit triggers a series of complications at the time of feeding the child resulting in nutritional problems. In response to this problem, we propose educational strategies that include topics of vital importance to put into practice when feeding the child and improve the quality of life with the implementation of healthy habits.

Key words: Complementary feeding, infants, lifestyles, nutritional status.

INTRODUCCIÓN

La alimentación complementaria (AC) se considera un proceso por el cual se ofrecen al lactante alimentos sólidos o líquidos distintos de la leche materna o de una fórmula infantil como complemento y no como sustitución de esta. (Fernández, 2018)

La presente investigación se enfoca en un estudio referente a la alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses, por ello es importante considerar, que la introducción prematura de alimentos sólidos en la dieta del bebé antes de lo recomendado, puede inducir al desarrollo de alergias alimentarias, especialmente si existen antecedentes familiares, además de enfermedades diarreicas y problemas nutricionales. Asimismo, para los niños percibir nuevos sabores y texturas se convierte en una experiencia sensorial única y en una oportunidad de aprendizaje.

De esta manera se pretende apreciar el rol que cumple la enfermera que labora en el primer nivel de atención, que brinda y educa a través de información acerca del inicio de la alimentación complementaria, la prevención de riesgos de bajo peso nutricional y enfermedades que pueden presentarse a largo plazo debido a una inadecuada práctica alimentaria. Es esencial conocer los factores socioculturales que influyen de manera positiva o negativa; con el fin de emplear las políticas de alimentación de lactantes y niños pequeños, así como también proporcionar la calidad de vida del lactante para lograr un crecimiento óptimo.

De acuerdo a lo manifestado se puede expresar que los lactantes pueden requerir alimentación complementaria además de la lactancia materna a partir de los 6 meses, proporcionando una adecuada nutrición para asegurar que los niños alcancen todo su potencial en relación al crecimiento, salud y desarrollo, razón por la cual es pertinente citar a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) al indicar “son pocos los niños que reciben alimentación complementaria; en muchos países, menos de un cuarto de los niños de 6 a 23 meses cumplen los criterios de diversidad de la dieta y frecuencia de las comidas apropiados para su edad”.

En cuanto al aporte teórico, sustentada en un modelo teórico metodológico, orientado al proceso educativo a grupos de madres de los lactantes, la investigación se sustenta bajo teorías de enfermería de Virginia Henderson, que parte de las necesidades humanas para la vida y la salud. Otra de las teorías sustentadas es la teoría de la Promoción de salud desarrollado por Nola Pender.

Por tal razón, es fundamental introducir alimentos con una consistencia y frecuencia de acuerdo a la edad del lactante, de esta manera se trata de prevenir un déficit nutricional que podría tener como resultado desnutrición y complicaciones inmediatas sobre el desarrollo físico, motor y psicológico, al mismo tiempo presentar consecuencias a largo plazo en la adolescencia y edad adulta.

Según el informe de (UNICEF, 2014) indica que en el 2012, a nivel mundial, murieron aproximadamente 6,6 millones de niños menores a 5 años y la mayoría por causas prevenibles como malos hábitos alimenticios y de higiene. Por tal motivo realiza un nuevo informe (UNICEF, 2016) en el cual detalla que “si se ampliaran las prácticas de alimentación complementaria adecuadas a niveles casi universales, se podrían evitar aproximadamente 100 000 muertes de niños menores de cinco años anualmente”.

Así mismo (Florez M. T., 2015) revela que en Ecuador la primera causa de mortalidad infantil son los trastornos relacionados con la corta duración de gestación y el bajo peso al nacer.

Un artículo sobre alimentación complementaria en el lactante publicado por (Rodríguez C. C., 2013) señala que la ciencia de la nutrición es una de las que más cambios ha sufrido en el último siglo, debido al progreso tecnológico y al conocimiento de la importancia que la nutrición tiene en la prevención del riesgo de enfermar. El primer año de vida es el período de crecimiento y desarrollo más rápido en la vida del niño y las demandas nutricionales aumentan, por lo tanto, el niño durante el primer año multiplica por tres su peso e incrementa un 50% su talla.

A pesar de que la desnutrición y el retardo en la talla ocupan aproximadamente el vigésimo cuarto lugar como causa de mortalidad, no es una

razón por la que se debe dejar a un lado la preocupación y las intervenciones dirigidas al estado Nutricional de los niños.

A través de datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2014) La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses es del 43.8% a nivel nacional, la duración mediana de lactancia materna es de 15.3 meses, pero la lactancia materna exclusiva es 2.4 meses. La alimentación con biberón es de 87%, las altas cifras de este indicador muestran el desconocimiento de las madres sobre los beneficios de la leche materna. Otro indicador en rojo es que la temprana introducción de alimentos sólidos, semisólidos y blandos es del 73.6%; siendo una de las falencias que resume claramente el ENSANUT, como una alimentación complementaria mal manejada.

Además, determina que la prevalencia de retardo en talla en niños entre los 0 a 5 meses es de 9.5%, sin embargo, al alcanzar la edad de 6 meses el porcentaje se eleva al 19.9%, con un pico final de 32.6% en la edad entre 12 y 23 meses. Con respecto al sobrepeso y la obesidad, aproximadamente el 21.6% de niños entre 0 y 5 años presenta estos problemas. (ENSANUT, 2014)

Según informe de diagnóstico situacional del 2018 la población de Jaramijó se encuentra en 24.578 habitantes aproximadamente, obtenidos del último censo del año 2010, con un crecimiento del 4%. El 48,6% de la población corresponde al sexo femenino y el 51,4% al masculino, corresponde a un 1,3% de la población total de la provincia de Manabí. Se considera que un 93,1% corresponde a población urbana y un 6,9% a rural.

Por lo tanto, el 6,92% de la población que corresponde a niños de 6 a 24 meses tiene problemas de bajo peso, seguido de un 5,16% con sobrepeso.

Por tal razón, el rol de la enfermera es indispensable para promover la salud y prevenir enfermedades, brindando talleres educativos con temas relacionados, incrementar las prácticas y los conocimientos sobre una alimentación complementaria facilitando a la población a adquirir un estilo de vida saludable que permita a los niños crecer y desarrollarse de manera adecuada.

PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

La alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses constituye un factor importante ya que la lactancia materna no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del niño, por ende, es necesario la ingesta de alimentos que le aporten nutrientes para desarrollarse adecuadamente y evitar enfermedades e infecciones recurrentes, debido a que a esta edad su sistema inmunológico es más susceptible.

La transición de la lactancia exclusivamente materna a la alimentación complementaria abarca generalmente el período que va de los 6 a los 24 meses de edad, y es una fase de gran vulnerabilidad, debido a que en niños inicia la malnutrición, y de las que más contribuye a la alta prevalencia de la malnutrición en los menores de 5 años de todo el mundo.

El estado nutricional de un niño se atribuye a múltiples factores, tales como la alimentación, la salud, el cuidado y la atención que se le brinda. Además, se relaciona con el desarrollo cognitivo, centrándose en los procesos de pensamiento y en la conducta que refleja estos procesos.

Debido al insuficiente nivel de conocimientos sobre una buena alimentación, la madre del niño no lleva un control adecuado de los alimentos que deben consumir de acuerdo a su edad, razón por la cual los niños tienden a desarrollar ciertos problemas nutricionales tal como; bajo peso. La mejor alternativa son aquellos alimentos que tengan un nivel balanceado de calorías y nutrientes que proporcionen vitaminas y minerales para lograr un óptimo estado nutricional. Por ello es importante incrementar los conocimientos acerca de una correcta y adecuada alimentación, garantizando una mejor calidad de vida para el lactante.

Formulación del problema

¿Cuál es el grado de conocimiento de las madres de lactantes de 6 a 24 meses acerca de la alimentación complementaria?

Objeto de estudio:

Alimentación complementaria en lactantes de 6 a 24 meses.

Campo de acción

Educación continua a las madres de lactantes de 6 a 24 meses que asisten al centro de salud Jaramijó perteneciente al distrito 13D02.

Objetivo general:

Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida a través de estrategias educativas basadas en un diagnóstico situacional alimentario en madres de niños de 6 a 24 meses que asisten al Centro de Salud Jaramijó en el 2018.

Objetivos específicos

- Identificar el tipo de alimentación que las madres proporcionan a los niños.
- Determinar las principales causas y consecuencias que influyen en el estado nutricional.
- Programar estrategias para la promoción de la salud y las buenas prácticas de consumo y preparación alimentaria.
- Ejecutar acciones primarias preventivas y secundarias en coordinación con los equipos del Centro de Salud.
- Evaluar el grado de satisfacción de involucrados a través de las competencias del personal de enfermería.

Preguntas científicas

1. ¿Cuál es el tipo de alimentación que las madres proporcionan a los niños y determinar las principales causas y consecuencias que influyen en el bajo peso?
2. ¿Cuáles son las estrategias educativas de manera oportuna con énfasis en promoción de salud e implementación de las buenas prácticas de consumo y preparación alimentaria?
3. ¿Cuáles son las acciones primarias preventivas y secundarias proporcionadas por el personal de enfermería para disminuir el índice de bajo peso en los niños?
4. ¿Cuál es el grado de satisfacción, responsabilidad y participación social de los involucrados en el proceso de atención integral a la madre y el niño?

Tareas científicas

1. Establecer los referentes teóricos, prácticos para el conocimiento de los tipos de alimentación en el lactante.
2. Determinar y analizar el estado nutricional del niño atendido en el Centro de Salud Jaramijó.
3. Implementar estrategias educativas para elevar los conocimientos de la madre, promoviendo estilos de vida saludable y previniendo enfermedades.
4. Evaluar el cumplimiento de las estrategias educativas en acciones primarias preventivas y secundarias con participación del equipo de salud.

CAPÍTULO I

1.1 Bases teóricas conceptuales

1.1.1 Definición de alimentación complementaria

Según La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la alimentación complementaria como el proceso que comienza cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante, y por tanto se necesitan otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. (OMS, 2018)

1.1.2 Maduración de los procesos fisiológicos del niño mayor a 6 meses

A partir de los seis meses el niño logra alcanzar la madurez neurológica, gastrointestinal, inmunológica y renal suficientes por lo cual demanda aumento de los requerimientos energéticos y de otros nutrientes.

Madurez neurológica:

Es el desarrollo psicomotor del niño, lo cual permite la introducción de alimentos complementarios. De acuerdo a (Aguilar, 2014) A partir de los seis meses desaparece el reflejo de extrusión lingual, razón por la cual el lactante es capaz de llevar hacia atrás el bolo alimenticio para su deglución. A los 10 meses puede beber en una taza, manejar una cuchara y coger alimentos con sus dedos. Esto le ayuda adquirir destrezas y nuevas experiencias a través del tacto.

Madurez digestiva:

Aproximadamente a los 6 meses la función digestiva entra en capacidad de digerir la mayor parte de almidones, proteínas y grasas no lácteas debido a la presencia adecuada en cantidad y calidad de enzimas. (Aguilar, 2014). Finalmente, la alimentación complementaria promueve cambios en la microbiota intestinal, incrementando las bacterias protectoras como lactobacilos y bifidobacterias lo que a su vez potencializa la barrera protectora. (Brunser, 2013)

Madurez renal:

A los cuatro meses de edad el lactante alcanza una filtración glomerular que le permite una mayor tolerancia para el manejo del agua y solutos; a los seis meses el riñón adquiere madurez en su capacidad para manejar los metabolitos productos de los nutrientes especialmente proteicos y minerales. (Brizuela, 2013)

Por lo tanto, la lactancia materna debería continuar junto con la alimentación complementaria hasta los dos años de edad y debe ser administrada frecuentemente como el niño lo desee, debido a que aporta nutrientes de mejor calidad que los alimentos complementarios como la protección del organismo contra enfermedades siendo una fuente crítica para el suministro de energía y nutrientes durante la enfermedad, reduciendo la mortalidad entre los niños con desnutrición. (OPS, 2010)

Un estudio realizado por (Cabrera, 2017) demuestra que las madres con hijos prematuros en su mayoría son, provenientes del área urbana, con un rango de edad de 18 -25 años, con un nivel de escolaridad de básicos completos. Más del 50% de los niños pre término son de sexo masculino, iniciando la alimentación complementaria a los seis meses de edad cronológica. Las madres iniciaron con frutas y verduras en forma de papilla. El 40% de las madres estudiadas tenían conocimientos moderados sobre alimentación complementaria.

Por tal motivo, las prácticas alimentarias se consideran como el reflejo de los valores culturales de una sociedad, transmitiéndose de generación en generación y constituyen la base de los estilos de vida saludables, influenciados por diversos factores tales como culturales, religiosos, educativos y otros como, geográfica y económicos por estar relacionados directamente a la cantidad y calidad de los alimentos que se consumen.

Estas prácticas tienen mayor efectividad para mejorar de la salud, siendo una ventana de oportunidades para lograr un óptimo desarrollo y crecimiento del niño,

evitando enfermedades o infecciones recurrentes, además de fomentar hábitos alimentarios adecuados, evitando el riesgo de padecer malnutrición.

De acuerdo a (Alvarez, 2013) en su estudio realizado titulado: “Relación de los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre alimentación complementaria con el estado nutricional de los niños”. Las conclusiones fueron las siguientes: Existe una asociación entre el nivel de prácticas de las madres con el nivel de conocimientos que poseen en relación al tema, incluyendo las creencias ancestrales y culturales que existen, juegan un papel importante. La repercusión en el estado nutricional es evidente, siendo el estado nutricional normal y de desnutrición, así como niños con sobrepeso evidenciados en niños y niñas de madres con nivel de conocimientos medio y bajo. Las prácticas poco favorables se evidencian en todos los estados nutricionales.

En cuanto, a un estudio realizado por (Galino, 2011) en Perú se encontró que el 61% de las madres tenían prácticas adecuadas de ablactación. En otra investigación realizada en la ciudad de Loja por (González, 2015) el 63% de las madres encuestadas tenían prácticas adecuada de alimentación complementaria. En comparación a este trabajo investigativo el 57,1% de las madres indicaron que recibieron información relevante prácticas alimentarias y así los niños puedan adquirir los nutrientes necesarios y lograr un estado nutricional óptimo.

1.1.3 Etapas de la alimentación complementaria

De acuerdo a una investigación realizada por (Heras, 2015) indica que la introducción de nuevos alimentos debe hacerse en cantidades pequeñas, de manera lenta y progresivamente crecientes, tanto en variedad como en cantidad no debiendo suponer el aporte lácteo desde entonces en ningún caso menos de 500 ml al día durante el primer año.

Por lo tanto, la introducción anticipada de alimentos sólidos puede aumentar el riesgo de desarrollar algunas enfermedades crónicas, tales como diabetes, obesidad, enteropatía.

Asimismo, refiere que la alimentación complementaria se basa en: Alimentos de transición o intermedios; es decir en forma de purés, alimentos triturados, semisólidos, que se adapten a las necesidades del niño.

Se incluye los Alimentos familiares, la cual debe ser variada y equilibrada, adaptándose a la capacidad de comer del niño. Incluso se crea un ambiente armonioso y el niño sentirá confianza para consumir sus alimentos.

Alimentación Complementaria Tipo I:

Comprende entre los 6 a 9 meses de edad, se proporciona 18 gramos de proteínas y 650 de calorías. Fraccionado en porciones, resulta de la siguiente manera 100 gr. de papillas de frutas, 300 gr. de papillas de verdura y 30 gr. de carne molida. (Huamani, 2016)

Alimentación Complementaria Tipo II:

Comprendida entre los 10 y 12 meses de edad. Proporciona: 19.6 gramos de proteínas y 650 calorías. Esto alcanza con 100 gr. de papillas de frutas, 300 gr. de papillas de verdura y 30 de carne molida y huevos. (Huamani, 2016)

1.1.4 Características cualitativas de la alimentación complementaria

Frecuencia

Según el (Programa de Salud Infantil, 2012) es necesario aumentar el número de veces que el niño es alimentado con alimentos complementarios conforme pasa la edad: A los 6 a 8 meses debe recibir de 2 a 3 comidas, a partir de los 9 meses 3 a 4 comidas incluyendo colaciones de acuerdo a los requerimientos nutricionales.

Cantidad

Para la introducción de alimentos se recomienda empezar poco a poco, con una o dos cucharadas, luego aumentarlas progresivamente hasta lograr la aceptación del niño. Si el niño recibe muy pocas comidas, no cubrirá sus

necesidades energéticas. Finalmente, no se debe pasar por alto que la incorporación de los nuevos alimentos son un complemento y no una sustitución para la leche materna. (Florez M. R., 2015)

Consistencia

La consistencia más apropiada de la comida del lactante, depende de la edad y del desarrollo neuromuscular. Generalmente, los alimentos que son más espesos o sólidos tienen mayor densidad de energía y nutrientes que los alimentos blandos. De acuerdo a la OMS Al iniciar la alimentación complementaria se recomienda introducir los alimentos en forma de papillas o purés. Mientras que aproximadamente a los 12 meses, los niños ya están preparados para consumir los mismos alimentos que el resto de la familia. (Florez M. R., 2015)

1.1.5 Métodos de alimentación complementaria.

“Se deben ofrecer a los infantes alimentos con una variada gama de sabores y texturas que incluyan vegetales con sabores amargos” indica (ESPGHAN, 2017). Incluso recomienda no añadir azúcar a los jugos de frutas o sal a los alimentos e identificar las señales cuando el niño manifieste hambre o estado de saciedad. Por ello es importante reconocer que durante la etapa de crecimiento los bebés son susceptibles a tener tanto deficiencias como excesos nutricionales; mientras se adaptan poco a poco a nuevos alimentos; sabores, consistencia y textura del mismo.

Exposición a alimentos potencialmente alergénicos

De acuerdo a la (AEPNAA, 2018) define a la alimentación alergénica como una reacción de hipersensibilidad a alimentos mediada inmunológicamente y la clasifica en mediada por IgE y no mediada por IgE, por lo tanto, la persona con alergia crea en exceso defensas contra esa sustancia alérgeno.

En la investigación realizada por (Velarde, 2016) expresa que anteriormente se recomendaba retrasar la introducción de alimentos potencialmente alergénicos, debido a la inmadurez de la función intestinal y el aumento de permeabilidad a

proteínas con la posibilidad de presentar sensibilización a las mismas. Mientras que, en la actualidad esta recomendación ha variado de acuerdo a estudios realizados que demuestran que el riesgo de sensibilización es igual o menor como consecuencia de la aparición de tolerancia inmunológica a partir del cuarto mes de vida.

El cuadro clínico envuelve varios órganos y sistemas siendo la piel el más afectado, la gravedad de los síntomas tiene un rango amplio desde reacciones leves hasta aquellos que pueden poner en peligro la vida tal como la anafilaxia, ocasionando obstrucción completa de la vía aérea, shock y muerte, el diagnóstico temprano puede mejorar la calidad de vida del niño al evitar dietas restrictivas innecesarias, en este trabajo se describen aspectos fisiopatológicos de la enfermedad, así como presentación clínica y tratamientos actuales. (Rodríguez I. V., 2017)

Riesgos de iniciar la alimentación complementaria temprana o tardíamente

Según (Suárez, 2017) en su Manual de nutrición pediátrica indica que cuando la alimentación complementaria se inicia tempranamente puede:

- Disminuir la lactancia humana, induciendo a que el niño no alcance sus requerimientos nutricionales, en especial cuando estos no contienen un alto valor nutricional y energético, lo cual conlleva a malnutrición por déficit.
- Incrementar el riesgo de enfermedades, debido a que su sistema inmunológico aún no tiene los anticuerpos necesarios para atacar las enfermedades.
- Aumentar el riesgo de padecer diarreas, debido a que los alimentos complementarios pueden ser vehículos de agentes infecciosos. Además de incrementar el riesgo de alergias, debido a la mayor permeabilidad de la mucosa intestinal e inmadurez inmunológica.

Cuando su inicio es tardío los riesgos son:

- Disminución de la velocidad de crecimiento.
- Deficiencias de vitaminas y minerales.
- Alteraciones en la conducta alimentaria y en el desarrollo psicomotor.
- Riesgo de sensibilización.

1.1.6 Estado nutricional:

Es el resultado del balance entre los requerimientos nutricionales y la alimentación que recibe diariamente el niño, considerándose como la fase de salud que un niño logra por la ingesta adecuada y utilización biológica de los nutrientes. (Amaya, 2017)

Desnutrición severa:

Según (UNICEF, 2011) es el tipo de desnutrición más grave. El niño tiene un peso muy por debajo del estándar de referencia para su altura. Además, se puede medir por el perímetro del brazo. Esta enfermedad provoca la alteración de todos los procesos vitales del niño, motivo por el cual requiere atención médica urgente ya que conlleva un alto riesgo de mortalidad.

Desnutrición aguda moderada

El niño que presenta desnutrición aguda pesa menos de lo que corresponde a su talla, comparando con patrones de referencia (índice Peso/ Talla-curvas de crecimiento de la OMS). Cuando un niño se encuentra por debajo de -2DS se lo considera como emaciado y cuando se encuentra por debajo de -3DS se lo cataloga como severamente emaciado. (UNICEF, 2011)

Normal

De acuerdo a un informe de la (UNICEF, 2011) estipula si los indicadores peso para la edad, peso para la talla y talla para la edad se encuentran entre los puntos de cohorte de normalidad (+2 a -2).

Sobrepeso

Se define como el exceso de peso para la talla, y aumento del tejido adiposo y algunas veces del tejido muscular. Cuando el indicador peso para la talla es de $<+2$ desviaciones estándar de acuerdo a la población de referencia.

Obesidad

Es la acumulación anormal o excesiva de grasa que supone un riesgo para la salud cuando el indicador peso para la talla es $< +3$ desviaciones estándar de acuerdo a la población de referencia.

1.1.7 Índices antropométricos

Para evaluar el estado nutricional existen diversas técnicas e indicadores, entre ellos los índices antropométricos (peso - talla, peso - edad, talla - edad).

Peso para la edad:

Refleja el peso corporal en relación a la edad del niño. Por ello el control de peso puede indicar si está incrementando a lo largo del tiempo, de manera que es un indicador útil del crecimiento. Este indicador es empleado para evaluar si el niño tiene bajo peso, pero no es empleado para la clasificación del niño con sobrepeso u obesidad. Debido a que el peso puede ser medido con relativa facilidad, es un indicador comúnmente empleado, pero no es confiable en situaciones cuando la edad del niño no puede ser determinada con precisión. (Chávez, 2017)

Peso según talla:

Manifiesta el peso corporal en proporción con el crecimiento alcanzado en longitud o talla. Las curvas de peso para la talla permiten identificar niños con bajo peso para la talla o a aquellos que se encuentran emaciados o delgados a causa de alguna enfermedad. Estas gráficas también ayudan a identificar a los niños con elevado peso para la longitud/talla, que pueden estar en riesgo de sobrepeso u obesidad (OMS, 2010).

Talla para la edad:

Expresa el crecimiento alcanzado por el niño, en longitud o talla a una edad determinada durante el momento de la visita. Este indicador puede ayudar a identificar niños con talla baja, debido a una prolongada desnutrición o a varias enfermedades. También pueden ser identificados niños altos para su edad, pero la altura es rara vez un problema, a no ser que sea excesiva y que pueda ser la manifestación de desórdenes endócrinos poco comunes (OMS, 2010).

Índice de masa corporal para la edad (IMC/E):

Refleja el peso relativo con la talla para cada edad; con adecuada correlación con la grasa corporal. Se calcula con la división del peso sobre la talla². se utiliza para identificar el sobrepeso y la obesidad. (Iñiguez, 2017)

1.1.8 Factores de riesgo del estado nutricional

Los déficits en el estado nutricional infantil están generalmente asociados a múltiples factores del ambiente en el que vive el niño desde su concepción. La pérdida de peso o su insuficiente aumento, y el retardo del crecimiento en talla son procesos resultantes de múltiples agresiones. (UNICEF, 2012)

Para reconocer situaciones de riesgo es fundamental la visita domiciliaria, entrevistar a la mamá, papá o el cuidador y observar la historia clínica de los niños.

Del niño/a:

- Bajo peso al nacer (<2500 g).
- Internaciones previas o enfermedades de base.
- Episodios de diarrea e infecciones respiratorias agudas.
- Retraso en el desarrollo motor, del lenguaje y/o integración con otros niños, no juega.

De la Familia:

- Presencia de 2 o más niños menores de 6 años.
- Ausencia de padre o madre.

- Alcoholismo, drogadicción y/o violencia.
- Analfabetismo de la persona a cargo del niño o niña.
- Desempleo y/o ingreso inestable.
- Falta de capacidad para conocer, gestionar, recibir y utilizar los beneficios sociales.

Seguridad alimentaria:

- Recursos insuficientes para adquirir alimentos en el último mes.
- Miembro de la familia sin acceso a los alimentos, en el último mes.
- Número de comidas por día.
- Producción de alimentos: huertas, granjas, recolección de frutos, pesca.
- Lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes.
- Potabilización del agua.
- Eliminación de excretas y basura.

1.1.9 Promoción de la Salud

El Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Nola Pender, es ampliamente utilizado por los profesionales de enfermería, ya que permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud, y a su vez, orienta a las personas a establecer conductas saludables. Este modelo surge como una propuesta de integrar la enfermería a la ciencia del comportamiento, identificando los factores que influyen los comportamientos saludables, además de una guía para explorar el complejo proceso biopsicosocial, que motiva a los individuos para que se comprometan en comportamientos promotores de la salud. (Martínez, 2010)

Para lo cual, se ha dividido el modelo en tres dimensiones con factores que condicionan la promoción a la salud una cada dimensión.

1. Conducta previa relacionada: Frecuencia de la misma conducta en el pasado, efectos directos o indirectos de la probabilidad de comportarse con las conductas de promoción a la salud. (Martínez, 2010)

2. *Factores personales:* Son aquellos factores que influyen en la persona relacionados con el medio, adaptándose al mismo para desarrollar conductas promotoras de salud, incluyendo factores biológicos, psicológicos y socioculturales.

3. *Influencias situacionales:* Son percepciones y cogniciones de cualquier situación determinada que pueden facilitar o impedir la conducta. (Martínez, 2010)

4. *Factores cognitivo-perceptuales:* Son mecanismos motivacionales primarios de las actividades relacionadas con la promoción de la salud. (Martínez, 2010)

El Modelo de Promoción de Salud expone de forma amplia aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather (Hoyos, 2011).

La teoría del aprendizaje postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas (Hoyos, 2011). Las cuales se requieren para adecuar el comportamiento, siendo éstas la atención, retención, reproducción y motivación, teniendo en cuenta las aptitudes que pretende alcanzar, logrando una buena conducta.

Mientras que, el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. Es decir, se determina una meta, estableciendo objetivos para lograr su alcance, a medida que realiza la práctica va perfeccionando su conducta, obteniendo resultados favorecedores de su meta propuesta.

1.2 Fundamentación Legal

Según la Constitución de la República del Ecuador (Asamblea-Nacional, 2012) , en su Sección Séptima, Art. 32 indica que la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, tales como derecho al agua, a la alimentación, educación, trabajo, seguridad social, ambientes sanos y otros que sustenten el buen vivir.

Mientras que el Art. 46 determina que el Estado adoptará medidas que aseguren a niños y niñas, entre ellas la atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos.

Entre los derechos para mejorar la calidad de vida se incluyen el acceso al agua y a la alimentación establecido en el art. 12, a vivir en un ambiente sano (art. 14), a un hábitat seguro y saludable, a una vivienda digna con independencia de la situación social y económica (art. 30), al ejercicio del derecho a la ciudad (art. 31) y a la salud (art. 32). La calidad de vida se enmarca en el régimen del Buen Vivir, establecido en la Constitución artículo 340, dentro del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, para la garantía de servicios sociales de calidad en los ámbitos de salud, cultura física y tiempo libre, hábitat y vivienda, transporte y gestión de riesgos. (Plan Nacional del buen vivir, 2018)

La política 3.6 del Plan Nacional del buen vivir se basa en promover entre la población y en la sociedad hábitos de alimentación nutritiva y saludable que permitan gozar de un nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual acorde con su edad y condiciones físicas, en la cual se establece el fortalecimiento y desarrollo de mecanismos de regulación y control orientados a prevenir, evitar y controlar la malnutrición, la desnutrición y los desórdenes alimenticios durante todo el ciclo de vida.

Además, menciona fortalecer campañas de suplementos alimenticios y vitaminas en la población con déficit nutricional y en etapa de desarrollo cognitivo.

Se debe desarrollar e implementar mecanismos que permitan fomentar en la población una alimentación saludable, nutritiva y equilibrada, para una vida sana y con menores riesgos de malnutrición y desórdenes alimenticios, y por último en relación a alimentación señala la regularización y el control de la entrega de alimentación complementaria a los grupos de atención prioritaria, basándose en los requerimientos nutricionales recomendados para cada grupo poblacional, emitidos por la autoridad nacional en materia de salud y nutrición. (Plan Nacional del buen vivir, 2018)

1.2.1 Ética del cuidado de enfermería

La enfermería es la ciencia y arte de cuidar seres humanos. La dimensión ética y de humanización del cuidado de enfermería y de salud, cobra cada día más importancia. (Rodríguez T. N., 2018)

El personal de enfermería cumple con deberes fundamentales, entre las cuales tenemos promoción de salud, prevención de enfermedades, restauración de la salud y el alivio de sufrimiento, enfocándose en los cuidados brindados hacia la persona, familia y comunidad, manteniendo una relación profesional, sin distinción de raza, respetando sus derechos, tradiciones y religión, protegiendo la integridad de las personas ante cualquier evento, proporcionando cuidados de enfermería libres de riesgo.

Además, es importante mencionar que debe existir confidencialidad en cuanto al diagnóstico de la persona que es atendida en la unidad de salud, reservar el derecho de privacidad, generando así confianza y seguridad.

Según Carol Taylor, son tan solo seis las características o aptitudes básicas para llegar a ser un buen "cuidador": "el afecto, la cognición siendo ésta la capacidad intelectual y técnica de identificar lo esencial para el bienestar del paciente, volición, compromiso para movilizar los recursos personales y técnicos que aseguren el bienestar del paciente, la imaginación para relacionarse empáticamente con el paciente y entender su situación, así como sus necesidades, la motivación refleja el altruismo en el ejercicio de la profesión y el deseo de actuar en consecuencia, y

finalmente la expresión la cual demuestra la intención de ayuda mediante el uso de la estrategia de comunicación verbal y no verbal. (García, 2015)

1.3 Competencias y acciones de prevención primaria.

1.3.1 Rol del equipo de Salud en la alimentación complementaria

En la comunidad, la enfermera dirige su actividad preventiva promocional a la familia, principalmente a las madres quienes dentro de cada grupo familiar asumen una gran responsabilidad en el cuidado del niño, especialmente en la administración de los alimentos a sus niños (Piscoche, 2012).

La labor de la enfermera reviste gran importancia en la educación alimentaria y nutricional; promoviendo el consumo de alimentos de alto valor nutritivo, de fácil accesibilidad, así como potenciar el nivel cultural de la población a fin de que éstos asuman un rol consciente y responsable acorde a nuestra realidad socioeconómica.

En tal sentido, la enfermera con alto grado de responsabilidad social en acciones primarias preventivas y secundarias trabaja proactivamente en el fomento y promoción de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y su prolongación hasta los 2 años. También favorece el desarrollo psicosocial, y la interrelación correcta entre padres e hijos, a través de un trabajo de colaborativo con los miembros del Equipo de Atención Integral de Salud (EAIS). Utiliza estrategias educativas en forma continua y sistemática sobre la complementación de nutrientes de la leche materna y alimentación complementaria de acuerdo a la edad y enseña al niño a distinguir sabores, colores, texturas y temperaturas diferentes, así como a fomentar la aceptación de nuevos alimentos.

Además, enseña a los padres de los niños a evitar la desnutrición por carencia de alimentos en cantidad y en calidad, y a la vez fomenta estilos de vida saludables como son los hábitos alimentarios adecuados.

1.3.2 Rol de los Padres en la Alimentación de los Niños

La formación de hábitos alimentarios saludables debe iniciar los primeros años de vida, de esta manera el niño empezará a adquirir anticipadamente buenas prácticas, por ende, durarán a largo de su vida. El rol de los padres en la adquisición de estos comportamientos es fundamental ya que no sólo educan con el ejemplo, sino que también los pueden orientar en el tipo de alimento y cantidad que pueden consumir los niños; así como también establecer los horarios para compartir en familia, y disfrutar en un ambiente armonioso.

Por tanto, una alimentación inadecuada tiene consecuencias negativas sobre las condiciones de salud del niño, como en la habilidad para aprender, comunicarse y adaptarse a nuevos ambientes.

También, estudios previos confirman que el bajo nivel nutricional de los niños se refleja en resultados negativos para el país en términos de crecimiento económico: la mala nutrición durante los primeros años afecta negativamente su productividad cuando ingresan en el mercado laboral. (Piscoche, 2012)

CAPITULO II

MATERIALES Y MÉTODOS DEL ESTUDIO DE CAMPO

2.1 Caracterización del contexto de estudio

La investigación se realizó en el Centro de Salud Jaramijó, durante el período octubre-febrero del 2019, unidad de salud pública primaria tipo A, que ofrece atención integral, desempeñando funciones de protección, promoción, atención preventiva y de morbilidad, dentro de la capacidad resolutive de la unidad operativa, porque como integrantes activos del equipo de salud es nuestro compromiso proteger e identificar pautas de soluciones a los problemas y necesidades que enfrenta dicha comunidad.

Según informe de diagnóstico situacional del 2018 la población de Jaramijó se encuentra en 24.578 habitantes aproximadamente, obtenidos del último censo del año 2010, con un crecimiento del 4%. El 48,6% de la población corresponde al sexo femenino y el 51,4% al masculino, corresponde a un 1,3% de la población total de la provincia de Manabí. Se considera que un 93,1% corresponde a población urbana y un 6,9% a rural.

Por lo tanto, la clasificación por grupos etarios se distribuye de la siguiente manera:

- Menores de 1 año: 500
- 12 a 23 meses: 505
- De 5 años: 523
- De 9 años: 257
- De 15 años: 711
- MEF de 15 a 49: 7422
- Embarazadas: 456

Las principales morbilidades identificadas en los niños son de tipo respiratorio debido al polvo que hay en las calles de distintos sectores, cambios climáticos, exposición frecuente a gérmenes, continuando con enfermedades gastrointestinales y problemas nutricionales. Entre las enfermedades prevalentes

en los padres se presentaron enfermedades crónicas no transmisibles tales como diabetes, hipertensión arterial e Insuficiencia renal crónica.

2.1.1 Criterios de inclusión

- Madres de niños de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Jaramijó
- Personal de enfermería que labora en el Centro de Salud Jaramijó

2.1.2 Criterios de exclusión

- Niños que asisten al Centro de Salud Jaramijó por distintas patologías
- Profesionales que no pertenezcan a Centro de Salud sujeto de investigación

2.2 Población y muestra

- **Población:** 50 niños de 6 a 24 meses atendidos en el Centro de Salud.
- **Muestra:** El diseño es un muestreo no probabilístico de tipo intencional, dónde por ser una población menor al centenar se considera como muestra 35 niños con bajo peso.

2.3 Tipo de estudio

El tipo de estudio que se empleó fue descriptivo de corte transversal con el fin de establecer y evaluar los factores que influyen en la alimentación complementaria del lactante en el Centro de Salud Jaramijó, durante el periodo octubre-febrero del 2019. También fue de tipo analítico porque permitió analizar las principales causas a través de la recolección de información de las personas sometidas a la investigación.

2.4 Métodos de estudio

Los métodos que se aplicaron en este estudio fueron: Deductivo y métodos empíricos: Observación. Es un elemento fundamental de una investigación y en ella se apoya el investigador para obtener el mayor número de datos. Técnicas como la encuesta a grupos focales mediante un cuestionario previamente elaborado y validado con una prueba piloto en base a los objetivos del estudio. También se realizó entrevista de análisis profundo al personal de enfermería relacionadas con el objeto de estudio examinando el grado de conocimiento y estrategias educativas en la intervención de enfermería.

2.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

- **Bibliográfica:** Se realizará una revisión bibliográfica exhaustiva relacionada con los aspectos teóricos de los factores que influyen en el estado nutricional del niño lo cual no permite su desarrollo y crecimiento de manera óptima.
- **Encuesta:** La encuesta consta de 18 preguntas con la finalidad de determinar las principales causas y consecuencias que influyen en el estado nutricional.
- **Entrevista:** Realizada al personal de enfermería que labora en el Centro de Salud Jaramijó.

Análisis de datos: Se tabula la base de datos con el registro de la información obtenida; y mediante el método de campo en un igual nivel descriptivo se procede a realizar un análisis estadístico de la información por medio del programa estadístico SPSS 23.

2.6 Procedimiento de la investigación

Para el procesamiento de la información se utilizó la ayuda del paquete de Office Microsoft Word para la parte teórica y Excel SPSS para elaboración de cuadros y gráficos, con su respectivo análisis e interpretación de los mismos.

2.7 Recolección de la información

Las técnicas e instrumentos empleados fueron determinados desde la necesidad de conocer la evaluación de desempeño desde la visión de la persona que hace la encuesta y desde la experiencia y percepción del evaluado.

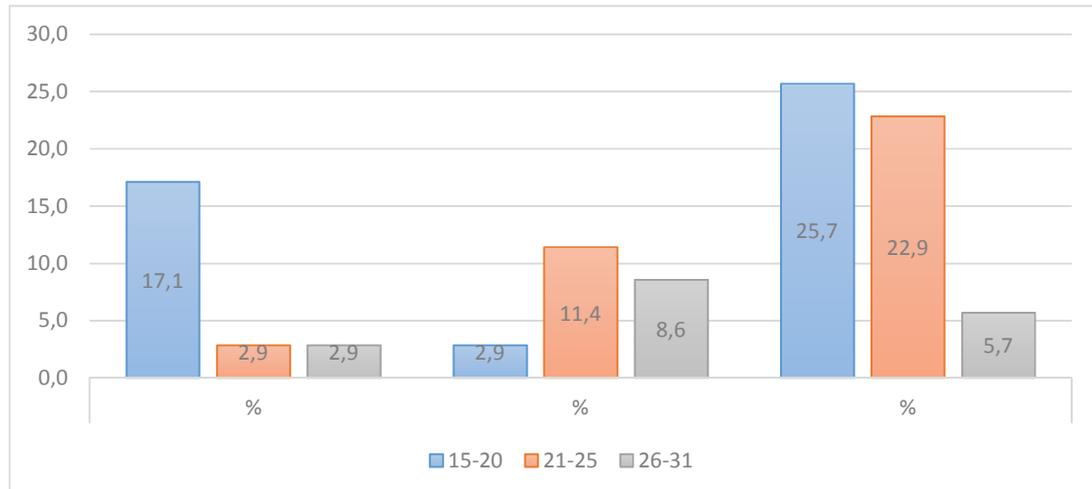
2.8 Criterio ético

Previo a la realización de la investigación, se solicitó el consentimiento de los directivos de Centro de Salud Jaramijó el mismo que fue clasificado, sin riesgo, por tratarse de un estudio descriptivo y presencial, según la Ley General de Salud, en la cual no se realizaron maniobras de intervención de los sujetos del estudio, solo recopilación de datos y encuestas en la respectiva identificación de las características sociodemográficas de la población y establecer el nivel de conocimiento que tiene los usuarios de los grupos vulnerables.

2.9 Presentación y análisis de estudio de campo.

2.9.1 Factores sociales de la madre adolescente

Tabla 1. Distribución por edad y estado civil



Edad	ESTADO CIVIL							
	Soltero/a		Casado/a		Unión Libre		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
15-20	6	17,1%	1	2,9%	9	25,7%	16	45,7%
21-25	1	2,9%	4	11,4%	8	22,9%	13	37,1%
26-31	1	2,9%	3	8,6%	2	5,7%	6	17,1%
Total	8	22,9%	8,0	22,9%	19,0	54,3%	35	100,0%

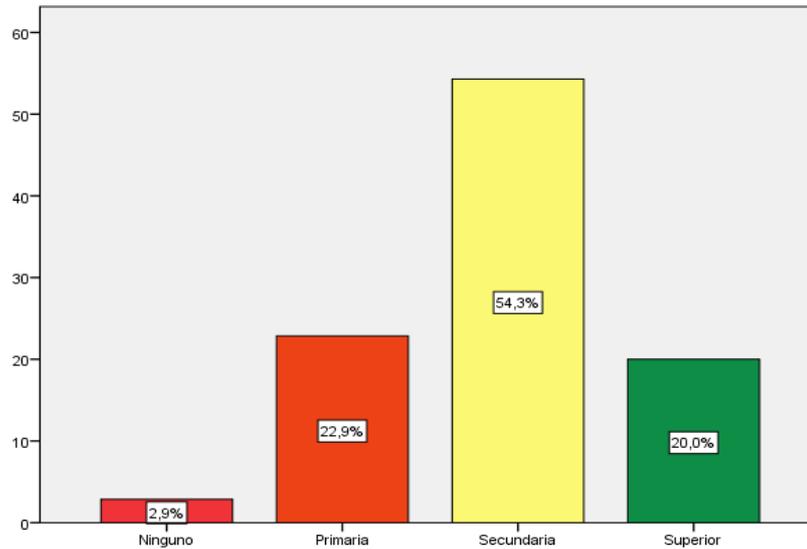
Fuente: Encuestas realizadas a madres de lactantes de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Jaramijó

Elaboración: Lisseth Carolina Rosado Zambrano

Análisis e interpretación

Los resultados tabulados muestran que el 54,3% de las personas encuestadas mantienen una relación estable a través de la unión libre, es decir cuentan con el apoyo de su pareja, principalmente en el factor económico para llevar el sustento al hogar. Pero también pudo observarse que la mayoría de ellas son madres jóvenes, motivo por el cual pueden tener un efecto negativo por la falta de experiencia en las prácticas de alimentación complementaria.

Tabla 2. Nivel de instrucción



Nivel de instrucción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguno	1	2,9	2,9	2,9
Primaria	8	22,9	22,9	25,7
Secundaria	19	54,3	54,3	80,0
Superior	7	20,0	20,0	100,0
Total	35	100,0	100,0	

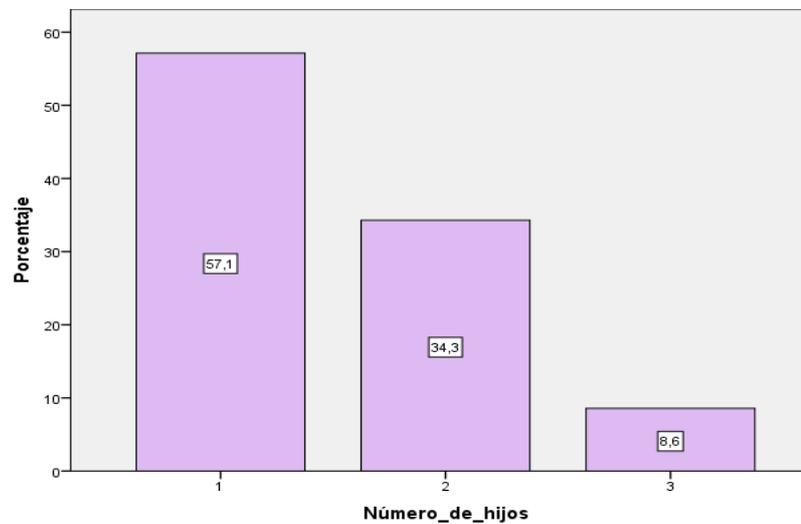
Fuente: Encuestas realizadas a madres de lactantes de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Jaramijó

Elaboración: Lisseth Carolina Rosado Zambrano

Análisis e interpretación

Las encuestas realizadas a las madres de lactantes que acuden al Centro de Salud Jaramijó, el 22,9% indicaron que su nivel de instrucción es primario y un 2,9% no ha estudiado, lo cual constituye un factor importante en cuanto al déficit de conocimientos acerca de alimentación complementaria, llevando estilos de vida inadecuados que pueden ser perjudiciales para la salud del niño.

Tabla 3. Número de hijos



Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	20	57,1	57,1	57,1
2	12	34,3	34,3	91,4
3	3	8,6	8,6	100,0
Total	35	100,0	100,0	

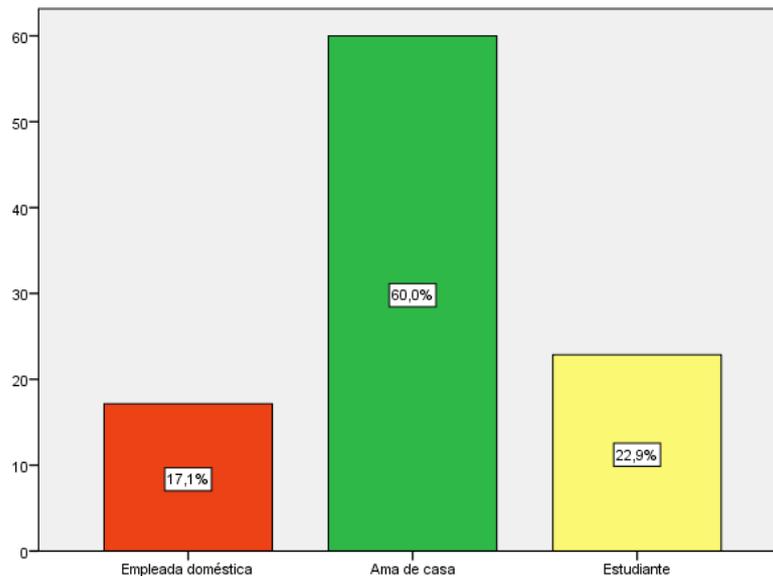
Fuente: Encuestas realizadas a madres de lactantes de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Jaramijó

Elaboración: Lisseth Carolina Rosado Zambrano

Análisis e Interpretación

Los resultados de las encuestas, mostraron que el 57,1% de las madres en su mayoría tiene un solo hijo por lo cual no representa riesgo alto, a diferencia de aquellas que tienen 3 representadas por el 8,6% que, en ocasiones por factor económico, tienen dificultad para el cuidado, desarrollo y crecimiento infantil.

Tabla 4. Situación laboral materna



Situación laboral materna	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Empleada	6	17,1	17,1	17,1
Ama de casa	21	60,0	60,0	77,1
Estudiante	8	22,9	22,9	100,0
Total	35	100,0	100,0	

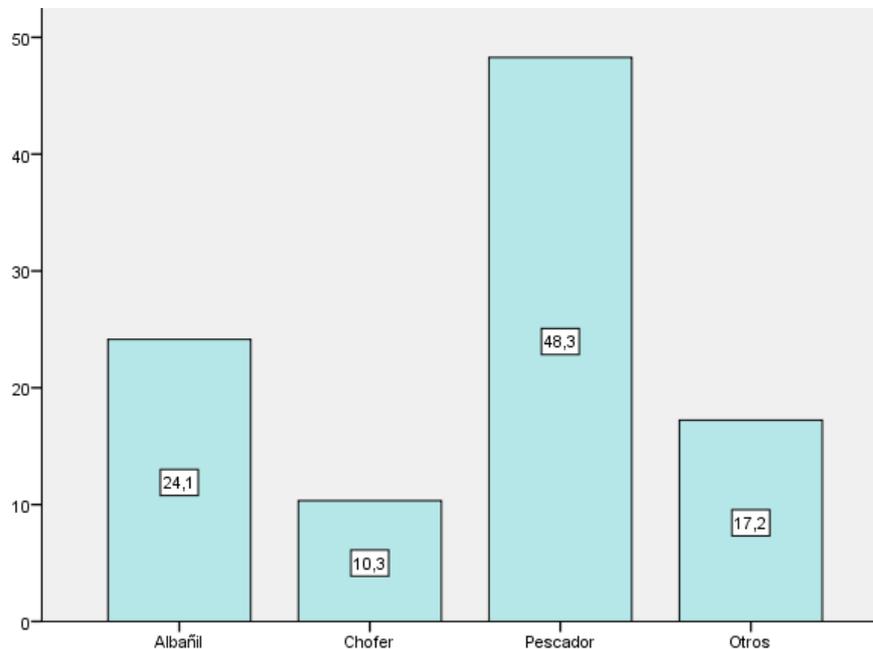
Fuente: Encuestas realizadas a madres de lactantes de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Jaramijó

Elaboración: Lisseth Carolina Rosado Zambrano

Análisis e interpretación

De acuerdo a los datos obtenidos el 22,9% de las madres encuestadas son estudiantes, y un 17,1% son empleadas domésticas, demostrando que, al no estar la mayor parte de su tiempo dentro del hogar dejan a sus niños al cuidado de otras personas, por lo tanto, no tienen la misma atención hacia ellos, no brindan las comidas necesarias en el horario establecido o cuando el niño lo requiera. Los primeros años de vida de los niños son de vital importancia para su desarrollo emocional y social. Para que esta evolución sea lo más favorable posible necesita de cuidadores empáticos, amables, cariñosos y que sean capaces de establecer un vínculo afectivo que favorezca el crecimiento de los niños.

Tabla 5. Situación laboral del padre



Situación laboral del padre	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Albañil	7	20,0	24,1	24,1
Chofer	3	8,6	10,3	34,5
Pescador	14	40,0	48,3	82,8
Otros	5	14,3	17,2	100,0
Total	29	82,9	100,0	

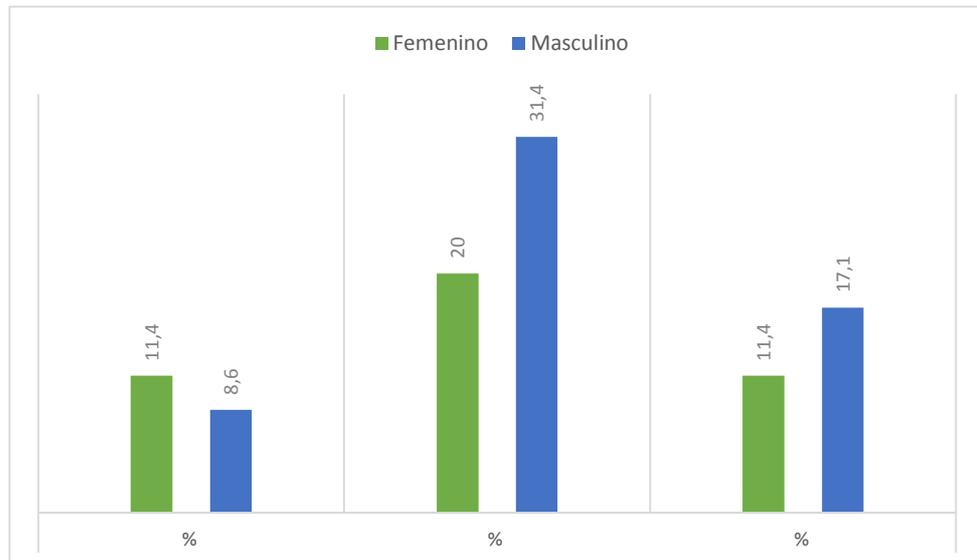
Fuente: Encuestas realizadas a madres de lactantes de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Jaramijó

Elaboración: Lisseth Carolina Rosado Zambrano

Análisis e interpretación

De acuerdo a las respuestas obtenidas, se observa que el 48,3% de los padres se dedican a la pesca, actividad que se ve favorecida por la situación geográfica del cantón Jaramijó. Mientras que el 10,3% labora como chofer, siendo un trabajo poco estable indica un riesgo, debido a que tienen que reconocer cierta cantidad de dinero al dueño del vehículo, cubrir gastos del mismo y el resto de dinero corresponde a su hogar.

Tabla 6. Edad del niño



Sexo	Edad							
	6-11 meses		12-18 meses		19-24 meses		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Femenino	4	11,4	7	20	4	11,4	15	42,9
Masculino	3	8,6	11	31,4	6	17,1	20	57,1
Total	7	20,0	18	51,4	10	28,6	35	100,0

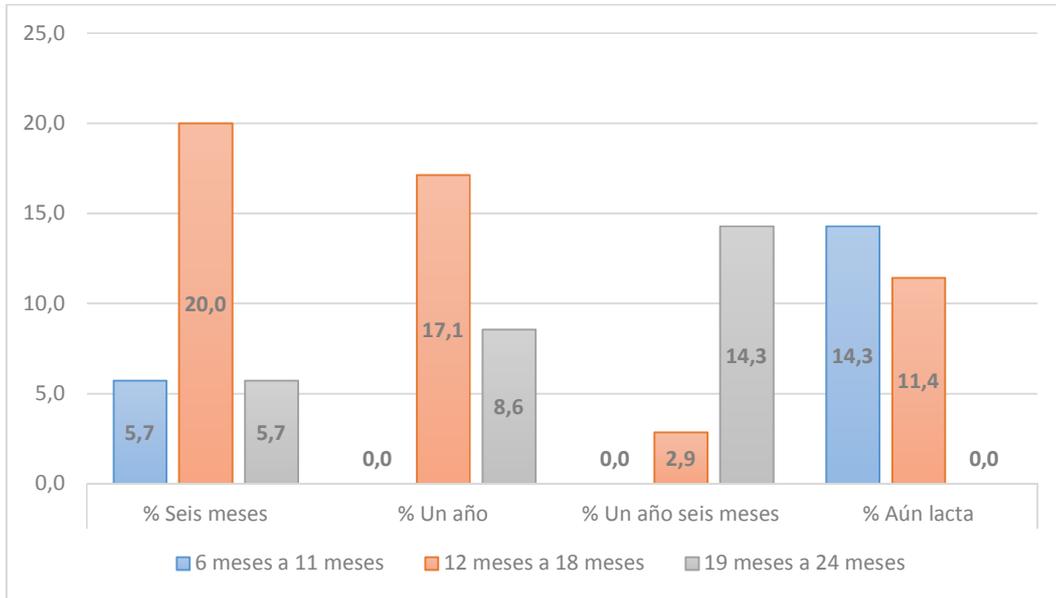
Fuente: Encuestas realizadas a madres de lactantes de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Jaramijó

Elaboración: Liseth Carolina Rosado Zambrano

Análisis e interpretación

De acuerdo a los datos obtenidos a través de las encuestas, se expresa que el 51,4% de los niños tienen de 12 a 18 meses de edad. La mayoría de los niños aumentan de peso a un ritmo constante y crecen rápidamente durante los primeros años de vida. Pero, en algunos casos, los niños no cumplen con estos estándares esperados de crecimiento. Cuando esto ocurre, puede tratarse de problemas nutricionales y acudir al médico para llevar un control estricto de peso y talla acorde a su edad.

Tabla 7. Edad de lactancia



Edad del niño	Edad de lactancia							
	Seis meses		Un año		Un año y seis meses		Aún lacta	
	F	%	F	%	F	%	F	%
6 meses a 11 meses	2	5,7	0	0,0	0	0,0	5	14,3
12 meses a 18 meses	7	20,0	6	17,1	1	2,9	4	11,4
19 meses a 24 meses	2	5,7	3	8,6	5	14,3	0	0,0
Total	11	31,4	9	25,7	6	17,1	9	25,7

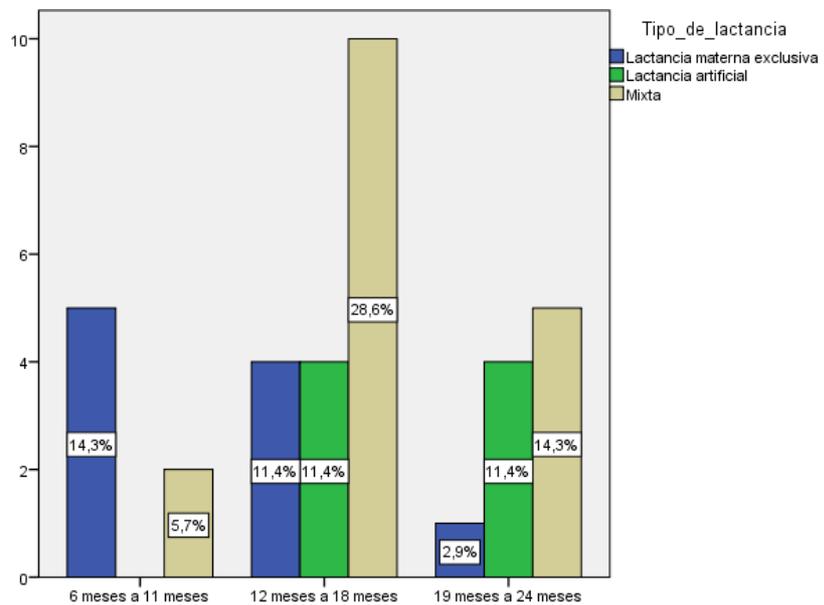
Fuente: Encuestas realizadas a madres de lactantes de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Jaramijó

Elaboración: Lisseth Carolina Rosado Zambrano

Análisis e interpretación

En relación a los datos obtenidos mediante las encuestas, el 20% de las madres con niños de 12 a 18 meses indicaron que proporcionaron lactancia materna hasta los 6 meses, lo cual constituye un elemento importante ya que seguirá brindándole los requerimientos nutricionales e inmunidad contra enfermedades. Según la Organización Mundial de la Salud, un aumento moderado en las tasas de lactancia materna podría prevenir hasta un 10% de las muertes de niños menores de 5 años: Amamantar tiene un papel esencial, y a veces subestimado, en el tratamiento y prevención de enfermedades infantiles. (Díaz, 2018)

Tabla 8. Tipo de lactancia



Edad del niño	Tipo de lactancia			Total
	Lactancia materna exclusiva	Lactancia artificial	Mixta	
6 meses a 11 meses	5	0	2	7
12 meses a 18 meses	4	4	10	18
19 meses a 24 meses	1	4	5	10
Total	10	8	17	35

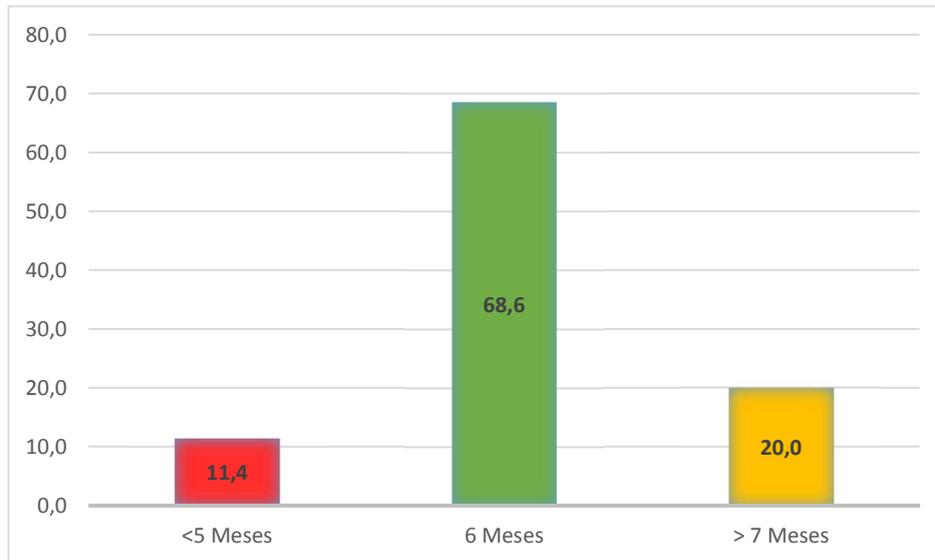
Fuente: Encuestas realizadas a madres de lactantes de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Jaramijó

Elaboración: Lisseth Carolina Rosado Zambrano

Análisis e interpretación

Según la encuesta aplicada el 28,6% de los niños reciben lactancia mixta, consiste en combinar lecha materna con fórmula para alimentar al bebé, tomando en cuenta que la lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludable. Se alterna el biberón con el pecho o complementando uno con otro, en ocasiones se lo realiza por motivo de que las madres suelen trabajar o estudiar, entonces se les dificulta proporcionar lactancia materna exclusiva.

Tabla 9. Edad a la que brindó alimentación complementaria



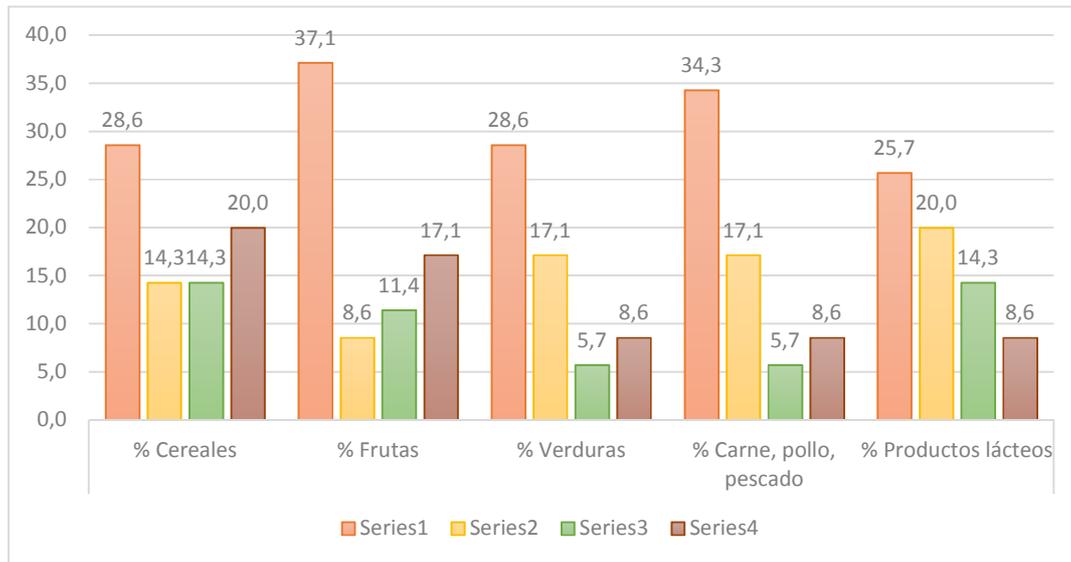
.Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<5 Meses	4	11,4	11,4
6 Meses	24	68,6	80
> 7 Meses	7	20,0	100
Total	35	100,0	

Fuente: Encuestas realizadas a madres de lactantes de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Jaramijó

Elaboración: Lisseth Carolina Rosado Zambrano

Análisis e interpretación

Según datos obtenidos, el 20% indican que inician la alimentación complementaria a partir de los 7 meses, por lo tanto, las madres no tienen buena práctica de alimentación complementaria. Es importante recordar en esta edad la lactancia materna ya no sustenta del todo y el organismo del niño necesita de otros nutrientes que se encuentran en verduras, frutas y carnes. Por otro lado, el 11,4% inician la alimentación antes de los 6 meses, esto puede desencadenar en los lactantes alergias alimentarias, diarreas frecuentes, y problemas nutricionales como desnutrición u obesidad.

Tabla 10. Frecuencia en la que consume los alimentos


Frecuencia semanal	Tipo de alimentos									
	Cereales	% Cereales	Frutas	% Frutas	Verduras	% Verduras	Carne, pollo, pescado	% Carne, pollo, pescado	Productos lácteos	% Productos lácteos
1	10	28,6	13	37,1	10	28,6	12	34,3	9	25,7
2	5	14,3	3	8,6	6	17,1	6	17,1	7	20,0
3	5	14,3	4	11,4	2	5,7	2	5,7	5	14,3
4	7	20,0	6	17,1	3	8,6	3	8,6	3	8,6
Total	27	77,1	26	74,3	21	60,0	23	65,7	24	68,6

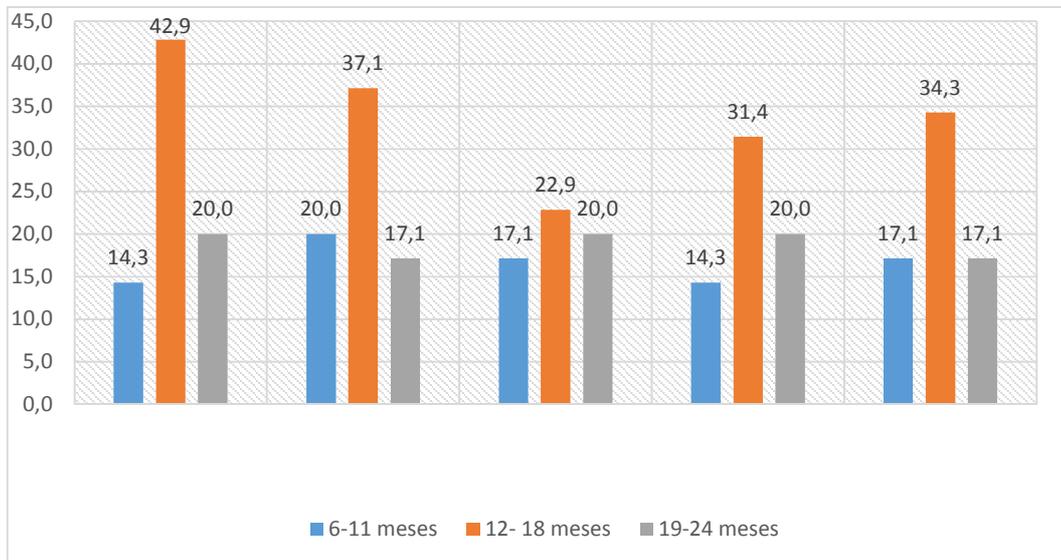
Fuente: Encuestas realizadas a madres de lactantes de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Jaramijó

Elaboración: Lisseth Carolina Rosado Zambrano

Análisis e interpretación

De acuerdo a los datos obtenidos, la mayoría de las personas indican que brindan variedad de alimentos a sus hijos, entre ellos con un 77,1% proporcionan cereales, ya que tienen contenido calórico elevado, pero no son los más recomendados porque pueden dificultar la digestión, llevando a un estado de saciedad, desplazando otros alimentos cualitativamente superiores, incluyendo la leche materna.

Tabla 10. Frecuencia en la que consume los alimentos de acuerdo a edad



Edad	Cereales		Frutas		Verduras		Carne, pollo, pescado		Lácteos	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
6-11 meses	5	14,3	7	20,0	6	17,1	5	14,3	6	17,1
12-18 meses	15	42,9	13	37,1	8	22,9	11	31,4	12	34,3
19-24 meses	7	20,0	6	17,1	7	20,0	7	20,0	6	17,1
Total	27	77,1	26	74,3	21	60,0	23	65,7	24	68,6

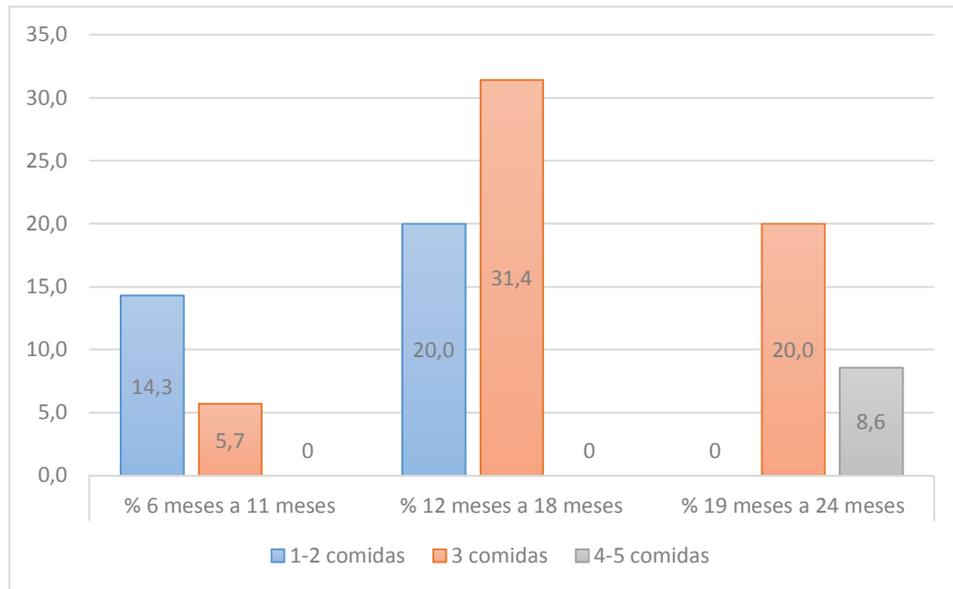
Fuente: Encuestas realizadas a madres de lactantes de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Jaramijó

Elaboración: Lisseth Carolina Rosado Zambrano

Análisis e interpretación

De acuerdo a los datos obtenidos el 77,1% consumen cereales de los cuales el 14,3% lo consumen a partir de los 6 meses, por ello es necesario tener precaución ya que los cereales con gluten pueden ocasionar alergias al ser introducidas antes de los 8 meses. Existe un gran porcentaje de niños que consumen frutas y verduras pero no en las porciones ni frecuencia adecuadas, por lo tanto, desencadena problemas nutricionales en el niño.

Tabla 11. Comidas diarias



Comidas diarias	Edad del niño						Total
	6 meses a 11 meses	%	12 meses a 18 meses	%	19 meses a 24 meses	%	
1-2 comidas	5	14,3	7	20,0	0	0	34,3%
3	2	5,7	11	31,4	7	20,0	57,1%
4- 5 comidas	0	0	0	0	3	8,6	8,6%
Total	7	20,0	18	51,4	10	29	100%

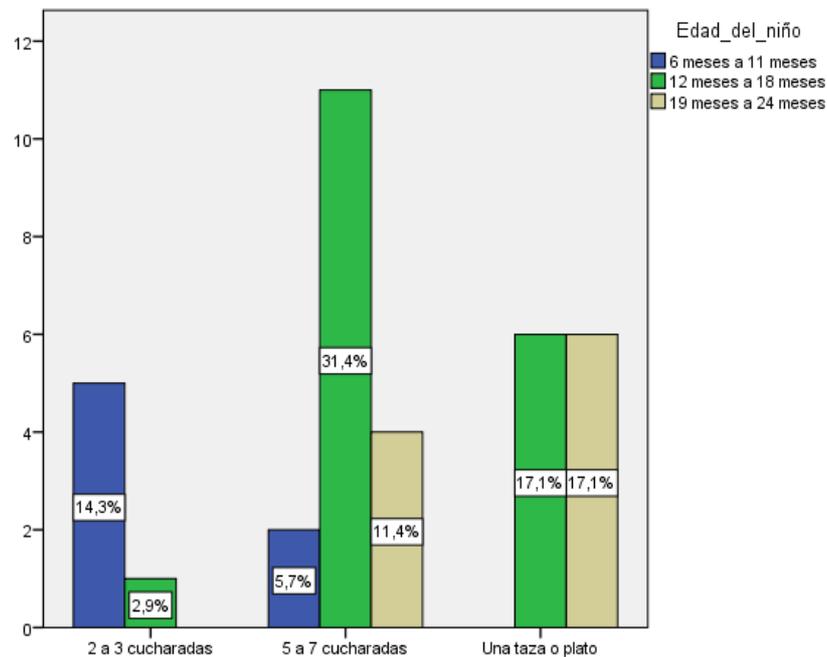
Fuente: Encuestas realizadas a madres de lactantes de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Jaramijó

Elaboración: Lisseth Carolina Rosado Zambrano

Análisis e interpretación

El 57,1% de las madres indican que brindan las 3 comidas diarias, por lo tanto, no proporcionan colaciones a los niños, afectando la ingesta diaria de alimentos. Al consumir alimentos energéticos y nutricionales, los niños satisfacen sus necesidades periódicamente. Al omitir otras comidas al día, las madres no están aportando una serie de nutrientes esenciales para que su hijo obtenga un crecimiento óptimo.

Tabla 12. Cantidad de comida



Cantidad	Edad del niño						Total	
	6 meses a 11 meses		12 meses a 18 meses		19 meses a 24 meses			
	F	%	F	%	F	%	F	%
2 a 3 cucharadas	5	14,3	1	2,9	0	0,0	6	17,1
5 a 7 cucharadas	2	5,7	11	31,4	4	11,4	17	48,6
Una taza o plato	0	0,0	6	17,1	6	17,1	12	34,3
Total	7	20,0	18	51,4	10	28,6	35	100,0

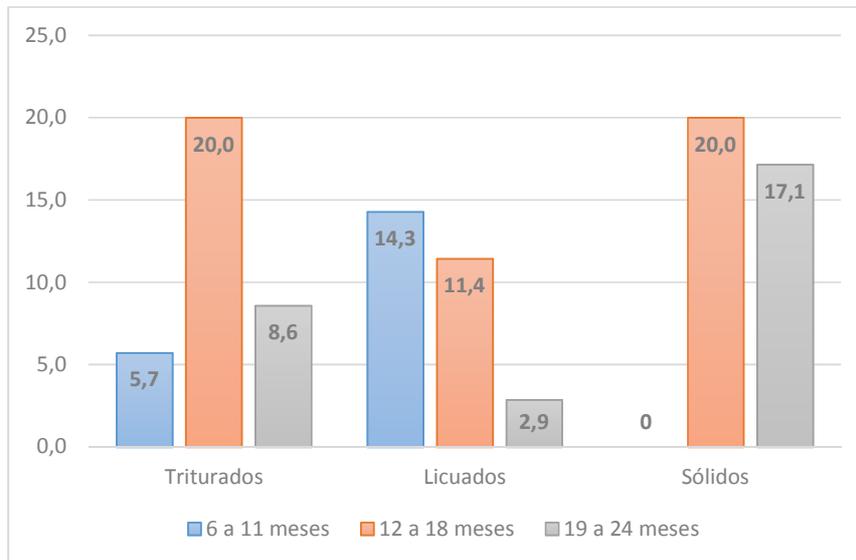
Fuente: Encuestas realizadas a madres de lactantes de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Jaramijó

Elaboración: Lisseth Carolina Rosado Zambrano

Análisis e interpretación

De acuerdo a las madres encuestadas el 31,4% indica que dan de 5 a 7 cucharadas del alimento en cada comida, a medida que el niño va creciendo, la cantidad debe ir en aumento debido a que, si el niño recibe muy pocas comidas, no recibirá la cantidad suficiente de alimentos para cubrir sus necesidades energéticas y tienen como consecuencias bajo peso, y otros problemas de salud.

Tabla 13. Consistencia de los alimentos



Edad	Consistencia de alimentos						Total	
	Triturados		Licuados		Sólidos			
	F	%	F	%	F	%	F	%
6 a 11 meses	2	5,7	5	14,3	0	0,0	7	20,0
12 a 18 meses	7	20,0	4	11,4	7	20,0	18	51,4
19 a 24 meses	3	8,6	1	2,9	6	17,1	10	28,6
Total	12	34,3	10	28,6	13	37,1	35	100

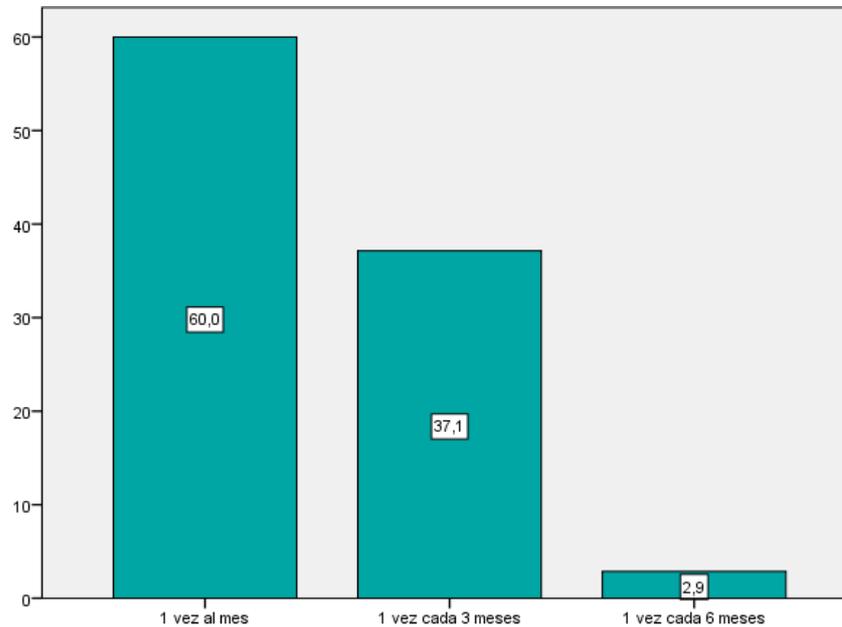
Fuente: Encuestas realizadas a madres de lactantes de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Jaramijó

Elaboración: Lisseth Carolina Rosado Zambrano

Análisis e interpretación

Según los datos recolectados demuestran que el 37,1% de las madres encuestadas proporcionan a sus hijos alimentos sólidos, los cuales tienen mayor densidad de energía y nutrientes que los alimentos blandos, es esencial recordarles que la consistencia más apropiada de la comida del lactante, depende de la edad y del desarrollo neuromuscular. Mientras que el 28,6% indican brindar alimentos licuados, lo cual no es recomendable ya que no favorece al proceso de masticación, y no aporta los nutrientes necesarios.

Tabla 14. Control médico



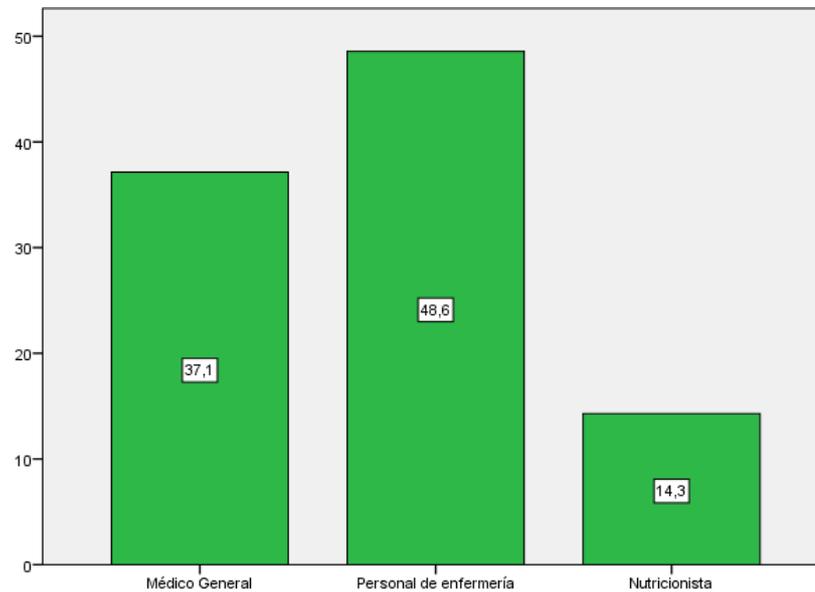
Control medico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1 vez al mes	21	60,0	60,0	60,0
1 vez cada 3 meses	13	37,1	37,1	97,1
1 vez cada 6 meses	1	2,9	2,9	100,0
Total	35	100,0	100,0	

Fuente: Encuestas realizadas a madres de lactantes de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Jaramijó

Elaboración: Lisseth Carolina Rosado Zambrano

Análisis e interpretación

El 60% de las madres encuestadas refieren asisten una vez al mes a control médico, sobre todo para la vigilancia del peso nutricional del niño y control del crecimiento y desarrollo, para dar seguimiento hasta llegar al peso ideal, se educa a la madre acerca de los alimentos que deben brindarle y la cantidad del mismo, para asegurar ganancia de peso. Además, estos controles son necesarios ya que estos niños son más susceptibles a enfermedades.

Tabla 15. Personal de salud que lleva control de peso y talla


Personal de salud	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Médico General	13	37,1	37,1	37,1
Personal de enfermería	17	48,6	48,6	85,7
Nutricionista	5	14,3	14,3	100,0
Total	35	100,0	100,0	

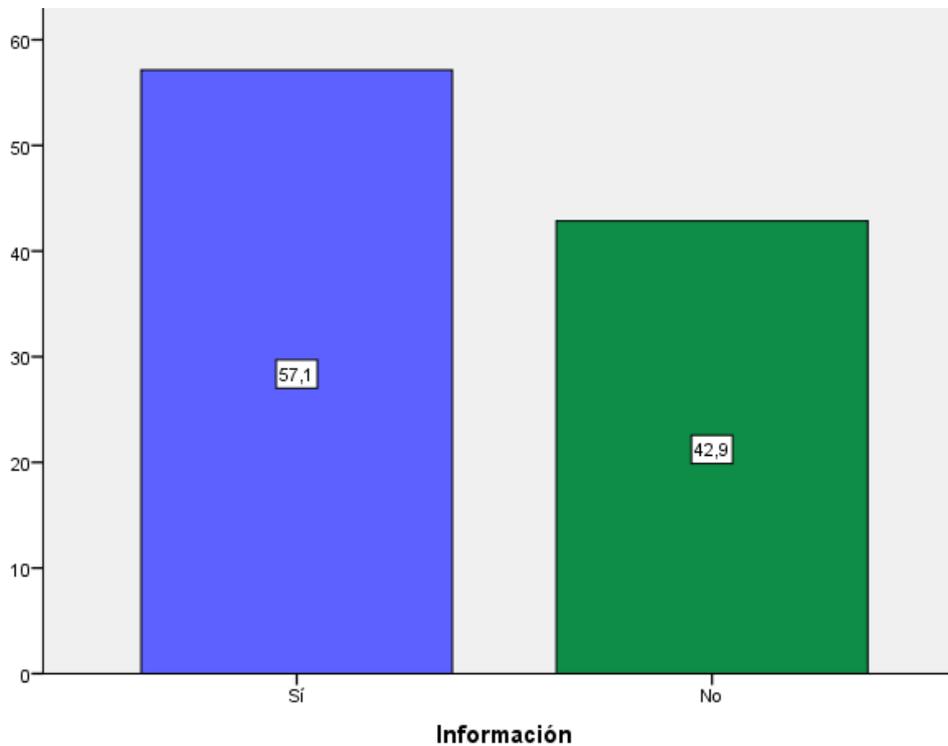
Fuente: Encuestas realizadas a madres de lactantes de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Jaramijó

Elaboración: Liseth Carolina Rosado Zambrano

Análisis e interpretación

Según las madres encuestadas, quien lleva el control del peso y talla de su hijo es el personal de enfermería, representada en un 48,6%. Ellos son los encargados de tomar medidas antropométricas una vez que lleguen a la unidad operativa a controles médicos, y así valorar el estado nutricional, si ha mejorado o mantiene su peso. Además, los niños que se encuentran en los distintos CNH, el personal de enfermería junto con un médico los cita para realizar la respectiva valoración, y determinar si tiene problemas nutricionales para continuar su vigilancia.

Tabla 16. Reciben información acerca de alimentación complementaria



Información	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí	20	57,1	57,1	57,1
No	15	42,9	42,9	100,0
Total	35	100,0	100,0	

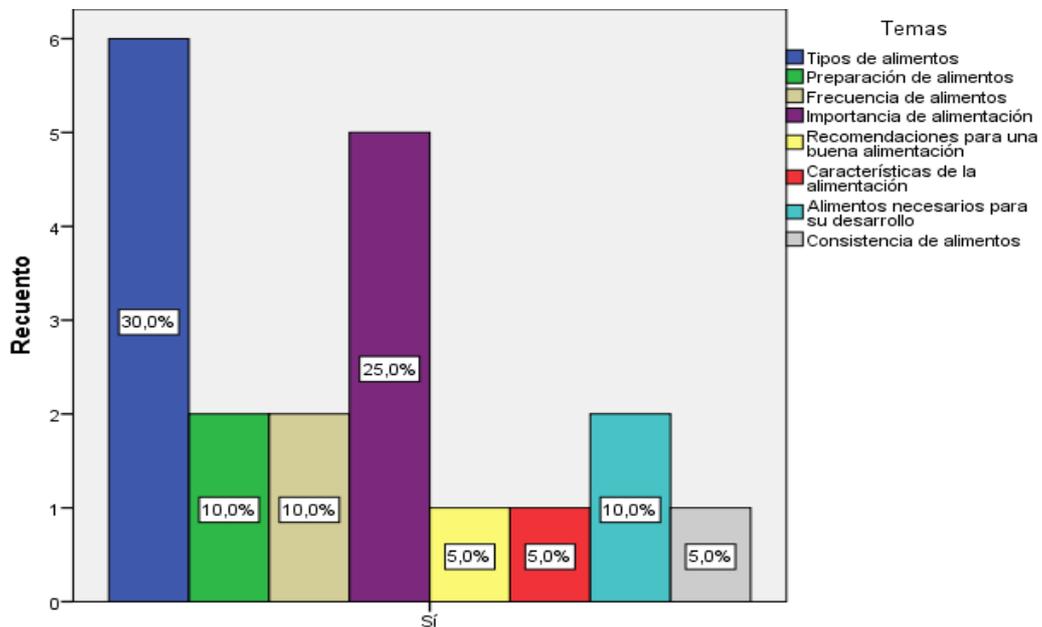
Fuente: Encuestas realizadas a madres de lactantes de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Jaramijó

Elaboración: Lisseth Carolina Rosado Zambrano

Análisis e interpretación

De acuerdo a las encuestas aplicadas, el 57,1% de las madres indican recibir información relevante acerca de la etapa en la que se encuentra su hijo, se les educa sobre como iniciar la alimentación complementaria en relación a edad, la cantidad y frecuencia que debe recibir, para adquirir los nutrientes necesarios y lograr un estado nutricional óptimo. Sin embargo, se refleja un 42,9% que no reciben educación, siendo un factor predisponente para que no se cumplan las prácticas alimentarias de manera adecuada.

Tabla 17. Temas recibidos sobre alimentación complementaria



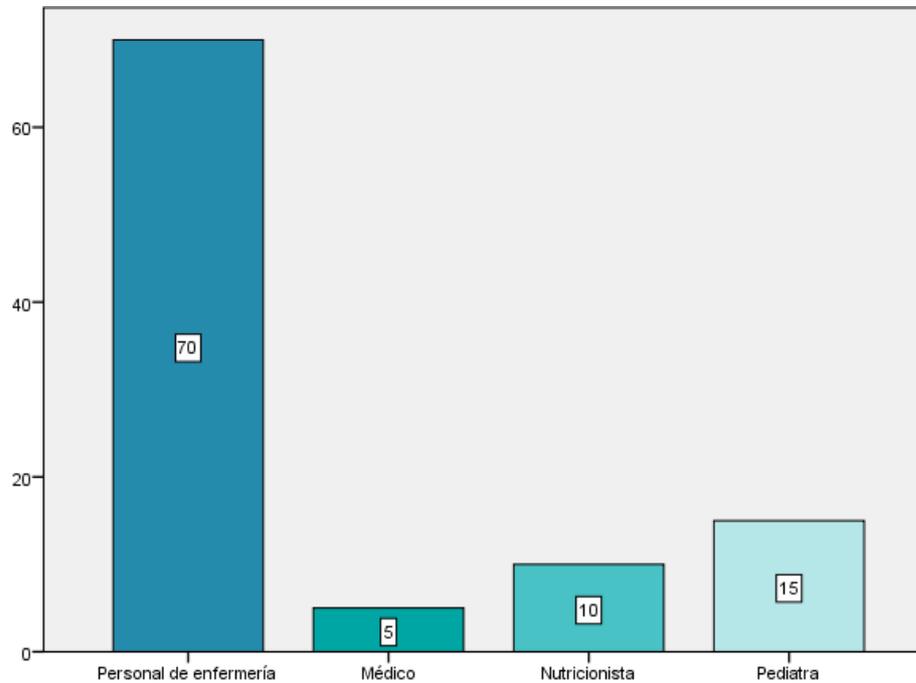
Temas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Tipos de alimentos	6	17,1	30,0	30,0
Preparación de alimentos	2	5,7	10,0	40,0
Frecuencia de alimentos	2	5,7	10,0	50,0
Importancia de alimentación	5	14,3	25,0	75,0
Recomendaciones para una buena alimentación	1	2,9	5,0	80,0
Características de la alimentación	1	2,9	5,0	85,0
Alimentos necesarios para su desarrollo	2	5,7	10,0	95,0
Consistencia de alimentos	1	2,9	5,0	100,0
Total	20	57,1	100,0	

Fuente: Encuestas realizadas a madres de lactantes de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Jaramijó

Elaboración: Lisseth Carolina Rosado Zambrano

Análisis e interpretación

De acuerdo a las estadísticas, las personas encuestadas refieren que los temas impartidos son de gran importancia ya que muchas veces no se tiene conocimientos acerca de cómo iniciar la alimentación en los pequeños, con un 30% el tema con mayor repetición son los tipos de alimentos, así las madres pueden empezar a conocer que alimentos brindarles con mayor aporte energético y les ayude a obtener un crecimiento adecuado, junto a la importancia de la misma que se dio en un 25%. De esta manera, se eleva los conocimientos de las madres y generar buenas prácticas alimentarias, garantizando una mejor calidad de vida.

Tabla 18. Personal de salud que brinda la información


Personal de salud	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Personal de enfermería	14	40,0	70,0	70,0
Médico	1	2,9	5,0	75,0
Nutricionista	2	5,7	10,0	85,0
Pediatra	3	8,6	15,0	100,0
Total	20	57,1	100,0	

Fuente: Encuestas realizadas a madres de lactantes de 6 a 24 meses que acuden al Centro de Salud Jaramijó

Elaboración: Lisseth Carolina Rosado Zambrano

Análisis e interpretación

De acuerdo a los resultados obtenidos mediante las encuestas, el 70% indica que el personal que imparte los temas es enfermería, ya que como primer nivel de atención lo primordial, es la promoción de salud y prevención de enfermedades, educar al usuario es muy importante ya que ellos pondrán en práctica todo lo que se les inculcan, modificando estilos de vida para un mayor bienestar.

CAPÍTULO III

Estrategia educativa para la prevención del bajo peso por déficit de conocimientos de madres lactantes de 6 a 24 meses atendidos en Centro de Salud Jaramijó.

3.1 Introducción

Las estrategias educativas sobre alimentación complementaria dirigida involucrados en el proceso de atención integral a niños menores de 24 meses es de vital importancia en los programas de salud pública porque contribuye en el mejoramiento de estilos de vida saludables en las prácticas alimentarias.

La alimentación es uno de los factores más importantes que contribuye a un crecimiento y desarrollo de los niños. Si se adoptan buenos hábitos alimentarios, éstos favorecerán la práctica de un estilo de vida más saludable en la edad adulta, previniendo enfermedades cardiovasculares, obesidad, entre otros. Además, un niño que no se le aporta suficientes nutrientes puede llegar a afectar su estado nutricional y tener problemas de aprendizaje y de conducta.

Según (Serafín, 2012) la alimentación saludable y adecuada a las distintas etapas de la vida, además de ser imprescindible es un derecho humano. Comer no siempre significa estar bien nutrido por lo que actualmente la nutrición ha tomado una gran importancia en la vida cotidiana de la población.

Por lo tanto, es conveniente implementar estrategias educativas en forma continua y sistemática con la participación del sector salud y mediante talleres dirigidos con técnicas de juegos didácticos, trípticos dirigidos a las madres de lactantes, con la finalidad de elevar los conocimientos en relación a la alimentación y garantizar una calidad de vida al niño.

3.2 Objetivo General

Diseñar e implementar un Plan de educación en salud preventiva sobre alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses atendidos en el centro de salud Jaramijó.

Objetivos específicos:

- Programar en base al diagnóstico situacional de alimentación complementaria estrategias educativas de fomento, prevención y vigilancia de niños con riesgo y bajo peso.
- Ejecutar el plan educativo con funcionarios del Ministerio de Salud Pública sobre la complementación de nutrientes de la leche materna y alimentación complementaria de acuerdo a la edad.
- Evaluar el plan de intervención educativa con miembros del equipo integral de salud EAIS para el fomento de estilos de vida saludables.

Cronograma de estrategia educativa

Fases	Objetivos/Tema	Técnica	Diciembre				Enero				Evaluación		
			Semana				Semana				Altamente satisfactorio	Medianamente Satisfactorio	Cuasi satisfactorio
			1	2	3	4	1	2	3	4			
PLANIFICACIÓN	Programar en base al diagnóstico situacional temas sobre: principios de alimentación complementaria. Crecimiento- desarrollo y vigilancia de niños con riesgo y bajo peso	Taller educativo Pre-test Mapas mentales Tríptico		X	X	X						X	

EJECUCIÓN	<p>Ejecutar el plan educativo con de enfermera líder del centro de salud sobre los cuidados y principios de alimentación complementaria, Fomento de la Lactancia materna exclusiva, y alimentación complementaria de acuerdo a la edad.</p>	<p>Juego de Roles Tríptico y afiches</p>					X	X						X	
EVALUACIÓN	<p>Evaluar el plan de intervención educativa con miembros del equipo integral de salud EAIS para el fomento de estilos de vida saludables y disminuir los índices de bajo peso.</p>	<p>Post- test</p>						X					X		

3.3 Charla educativa

Principios para la alimentación complementaria

Los principios básicos para desarrollar una alimentación complementaria (AC) exitosa son:

1. **Practicar la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad (180 días)**

La Lactancia Materna (LM) exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses es el primer paso para una Alimentación complementaria exitosa porque:

- Protege al lactante de infecciones gastrointestinales y enfermedades transmitidas por alimentos durante los primeros 6 meses de vida.
- Aporta la cantidad necesaria de nutrientes para un crecimiento adecuado del lactante, lo que favorece la maduración del sistema digestivo para poder asimilar los alimentos complementarios (INCAP, 2018).

La introducción temprana de alimentos diferentes a la leche materna tiene varias desventajas, de manera que antes de los 6 meses de vida NO se recomienda iniciarla porque:

Existe el riesgo de que la alimentación complementaria temprana pueda reemplazar a la leche materna, si se reduce es posible que no se cubran adecuadamente los requerimientos nutricionales del lactante, especialmente cuando se ofrecen alimentos diluidos con pobre contenido nutricional como sopas, caldos y papillas, debido a que son fáciles de comer y tragar para el lactante.

Además, incrementa el riesgo de diarreas e infecciones gastrointestinales por alimentos contaminados o higiénicamente mal manipulados, incluso riesgo de intolerancias y alergias alimentarias si se ofrecen alimentos de difícil digestión.

2. **Iniciar a los 6 meses de edad la introducción de alimentos en cantidades pequeñas.**

Debido al crecimiento del lactante, a partir de los 6 meses de edad se genera un déficit de energía que la leche materna no logra cubrir, este déficit se conoce

como Brecha de Energía, es decir, a mayor edad, mayor deberá ser el aporte energético de la alimentación complementaria, mientras que se hace menor el aporte energético de la leche materna. (INCAP, 2018)

Al introducir la AC en la dieta del lactante, éste tiende a disminuir la ingesta de leche materna, hasta que progresiva y gradualmente la AC desplaza a la LM.

3. Continuar la lactancia materna mientras se inicia la alimentación complementaria:

En el lactante de 6 a 12 meses de edad se debe continuar la LM al mismo tiempo que se introduce la AC porque:

La Lactancia Materna es una fuente importante de alimentación cuando el lactante de 6 a 12 meses presenta alguna enfermedad, ésta sigue aportando energía y nutrientes de buena calidad (aunque sea en menor cantidad) mientras el lactante comienza a recibir alimentos complementarios, los cuales le darán un aporte adicional de energía y nutrientes. Por lo tanto, constituye un factor protector de la desnutrición en niños.

4. Aumentar la consistencia y la variedad de los alimentos gradualmente conforme crece el lactante, adaptándose a sus habilidades:

De acuerdo con el desarrollo neuromuscular del lactante ofrecer alimentos semisólidos y luego sólidos. En esta etapa se deben evitar los alimentos muy líquidos, los cuales generalmente tienen poco valor nutritivo y se deben preferir los alimentos más espesos.

La cantidad, frecuencia y textura de los alimentos complementarios varía según la edad del lactante:

Edad del lactante	Energía adicional requerida por día.	Textura	Frecuencia	Cantidad de alimentos por comida
-------------------	--------------------------------------	---------	------------	----------------------------------

6-8 meses	200	Iniciar con papillas y alimentos bien majados de consistencia suave	1-3	2-3 cucharadas por comida y aumentar gradualmente
9 - 11	330	Alimentos majados y alimentos que el niño pueda agarrar con la mano	3-4	½ taza
12 - 23	550	Alimentos de la familia picados o majados	3-4	¾ taza

Fuente: OMS, 2010.

5. Aumentar gradualmente el número de tiempos de comida del lactante:

Al iniciar la alimentación complementaria se debe incluir un alimento nuevo a la vez, y dar ese mismo alimento por tres días, y continuar así con cada alimento nuevo, con el fin de que se pueda identificar si algún alimento le causó malestar al niño. Por ejemplo, el día que introduzcan papa, se da ese alimento por tres días y al día 4 se introduce un nuevo alimento, esto ayudará a identificar intolerancias y alergias alimentarias.

El número de tiempos de comida por día que el lactante requiere depende de la cantidad de energía necesaria para cubrir sus necesidades. Por lo tanto, de 6 a 8 meses el lactante debe recibir de 2 a 3 tiempos de comida por día, a los 12 meses 3 a 4 tiempos de comida por día.

6. Ejercer buenas prácticas de higiene y manejo de los alimentos

La preparación, la manipulación y almacenamiento seguro de los alimentos que se ofrecen al lactante es clave para reducir el riesgo de enfermedades gastrointestinales. Las medidas recomendadas para el manejo de los alimentos complementarios son:

- Preferir el uso de tazas para dar los líquidos, Evitando el uso de tetinas, chupetas y chupones para dar líquidos.

- Que los utensilios de alimentación como vasos, cucharas y platos sean de uso exclusivo del lactante.
 - Lavar exhaustivamente los utensilios de alimentación.
 - Lavar las manos del niño antes de ofrecer los alimentos.
 - Almacenar los alimentos en refrigeración, si no pueden refrigerarse deberán ser consumidos antes de 2 horas después de haber sido preparados para evitar el crecimiento bacteriano.
 - Separar los alimentos cocinados de los crudos.
 - Usar agua, alimentos seguros y en buen estado de conservación.
- 7. Aumentar la ingesta de líquidos durante las enfermedades, incluyendo leche materna y después aumentar el consumo de alimentos**

Durante la enfermedad:

El apetito del lactante disminuye lo cual reduce el consumo de alimentos, se debe estimular al lactante a consumir alimentos a pesar de la disminución del apetito, ofreciendo alimentos de textura suave y sabor agradable.

Durante el periodo de recuperación:

Se debe aumentar el tamaño de las porciones de alimentos e incluso ofrecer más tiempos de comida. (INCAP, 2018)

Conclusiones

- Las prácticas de alimentación complementaria de las madres están estrechamente relacionadas con el estado nutricional de los niños que asisten al Centro de Salud Jaramijó.
- El déficit de conocimientos, falta de educación de las madres y bajos recursos económicos desencadena una serie de complicaciones al momento de la alimentación al niño de manera adecuada dando como resultado un bajo peso.
- La edad de introducción de alimentos complementarios inició a los 6 meses en un 68,6% de los niños tal como lo recomienda la OMS, sin embargo, el 57,1% recibe 3 comidas diarias, sin incluir las colaciones ya que no les están aportando una serie de nutrientes esenciales para que su hijo obtenga un crecimiento óptimo.
- Se implementó un taller educativo como plan de educación estratégica para lograr cambios en los estilos de vida, que son determinantes con mayor peso en madres de niños de 6 a 24 meses que asisten al centro de atención primaria de Jaramijó con el fin de adquirir los conocimientos sobre el inicio de alimentación complementaria y el fomento de la lactancia materna exclusiva y complementaria.
- Existe un débil trabajo de equipo en el personal de salud y estudiantes para realizar en forma conjunta acciones de prevención primaria: visitas domiciliarias, charlas educativas en sala de espera.

Recomendaciones

- Fortalecer los conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria, haciendo énfasis en los alimentos que aportan nutrientes al organismo del niño, y así disminuir los índices de problemas nutricionales.
- Incentivar a las madres a acudir al control del niño explicándoles la importancia de una orientación continua por parte del médico sobre la alimentación y crecimiento oportuno de su hijo/a.
- Programar talleres nutricionales educativos dirigidos a las madres y/o padres de los niños, de manera didáctica para lograr la transmisión de conocimientos de una manera más clara y precisa sobre la alimentación adecuada, frecuencia, cantidad y consistencia de acuerdo a la edad del niño.
- Se recomienda realizar trabajos en equipo con el personal de salud en acciones primarias siendo estas, promoción, prevención, control, recuperación y atención integral a los niños de 6 a 24 meses, en especial aquellos con bajo peso. Además, esta integración nos ayuda a adquirir experiencias para aplicarlas en el campo laboral.

Bibliografía

1. AEPNAA. (2018). *Asociación Española de Personas con Alergia a Alimentos y Látex*. Obtenido de <https://www.aepnaa.org/ver/alergia>
2. Aguilar, H. (2014). *Supervisión del crecimiento y alimentación en el primer año de vida*. San Luis, Valencia. Obtenido de <http://archivos.pap.es/files/1116-668-pdf/697.pdf>
3. Alvarez, M. E. (2013). Relación de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación complementaria.
4. Amaya, N. (2017). *Alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses*.
5. Asamblea-Nacional. (2012). *Constitución de la República del Ecuador*. Quito, Ecuador: Asamblea Nacional Constituyente. Obtenido de <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ec/ec030es.pdf>
6. Brizuela, D. (2013). Alimentación complementaria en niños sanos de 6 a 24 meses. Obtenido de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492013000300008
7. Brunser, O. (2013). Desarrollo de la microbiota intestinal humana. *Scielo*. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182013000300011
8. Cabrera, N. M. (2017). Caracterización de la alimentación complementaria. pág. 140. Obtenido de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjrcd/2017/09/15/Cabrera-Nathalyn.pdf>
9. Chávez, J. R. (2017). *Prácticas de alimentación complementaria en niños de 6 a menores de 2 años*. Obtenido de <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2018/09/02/Chavez-Juana.pdf>
10. Díaz, S. (2018). *Beneficios de la lactancia prolongada*. México. Obtenido de <http://sofiadiaz.tv/beneficios-de-la-lactancia-prolongada/>
11. ENSANUT. (2014). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición* . Obtenido de <https://ensanut.insp.mx/>
12. ESPGHAN. (2017). *Nestlé Nutrition Institute*. Obtenido de <https://www.nestlenutrition-institute.org/region/latam/noticias/article/2017/02/08/alimentaci%C3%B3n-complementaria-para-lactantes-la-espghan-ofrece-lineamientos-mediante-su-documento-de-posici%C3%B3n>

13. FAO. (2011). *Seguridad alimentaria*. Obtenido de <http://www.fao.org/3/a-at772s.pdf>
14. Fernández, M. G. (9 de Noviembre de 2018). *Comité de Lactancia Materna y Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría*. Obtenido de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/recomendaciones_aep_sobre_alimentacio_n_complementaria_nov2018_v3_final.pdf
15. Florez, M. R. (16 de Diciembre de 2015). *Alimentación complementaria y programas de alimentación dirigidos a niños entre 6 a 24 meses de edad en Ecuador*. Quito, Ecuador. Obtenido de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/4958/1/122701.pdf>
16. Galino, A. (2011). *Conocimientos y prácticas de lactancia materna*. Obtenido de http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1024/Conocimientos_RoconoSusanibar_Nhuria.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. Heras, M. A. (2015). *Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en los niños y niñas de 0 A 23 meses*. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/24424/1/tesis.pdf.pdf>
18. Herrera, M. E. (6 de Noviembre de 2018). *Dialoguemos*. Obtenido de <https://laconversacion.net/2016/11/ecuador-indicadores-en-rojo-en-la-alimentacion-del-recien-nacido-e-infante/>
19. Huamani, C. O. (2016). *NICIO DE LA ALIMENTACIÓN*. Quito.
20. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/544/Jimenez_hc.pdf;jsessionid=EB86B7A2798123FC6143C10BD7468DA0?sequence=1
21. INCAP. (2011). *Seguridad Alimentaria y Nutrición*. Obtenido de <http://www.fao.org/3/a-at772s.pdf>
22. INCAP. (2018). *Alimentación complementaria*. En I. d. Panamá. Obtenido de <http://www.incap.int/dmdocuments/inf-edu-alimnut-COR/temas/2.alimentacioncomplementaria/pdf/2.alimentacioncomplementaria.pdf>
23. Iñiguez, J. L. (2017). *Manejo de Alimentación Complementaria en los lactantes*. Loja, Ecuador. Obtenido de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19477/1/Tesis%20Manejo%20de%20Alimentaci%C3%B3n%20Complementaria-%20Jonathan%20Leonardo%20I%C3%B1iguez%20Le%C3%B3n.pdf>
24. Nutrition, S. u. (01 de Diciembre de 2016). Obtenido de <https://scalingupnutrition.org/es/news/nuevo-informe-de-unicef-aboga-por->

mejores-practicas-de-lactancia-materna-y-alimentacion-complementaria-
adecuada/

25. OMS. (2001). *Actualidades de Alimentación complementaria*. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/316712251_Actualidades_en_alimentacion_complementaria
26. OMS. (Septiembre de 2018). *ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD*. Obtenido de http://www.who.int/elena/titles/complementary_feeding/es/
27. OPS. (2010). *La alimentación del lactante y niño pequeño*. 20 Avenue Appia. Obtenido de http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/IYCF_model_SP_web.pdf
28. Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado*. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/96355/9789275327951_spa.pdf;jsessionid=E0309F32A638F09FB0BB49F70652D486?sequence=1
29. PAHO. (2012). *Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child*. Washington DC.
30. Peralta, K. (Abril de 2016). *Alimentación complementaria*. Obtenido de <http://alimentacioncomplementariakaren.blogspot.com/2016/04/objetivos-de-la-alimentacion.html>
31. Piscoche, N. L. (2012). *Conocimientos de la alimentación complementaria*. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1316/Piscoche_tn.pdf;jsessionid=F1A940FA56BB4BEEB3D422C9E80D03C1?sequence=1
32. Programa de Salud Infantil. (2012). Alimentación complementaria de 6 a 24 meses. pág. 7. Obtenido de https://www.aepap.org/sites/default/files/alimentacion_6-24m.pdf
33. Rodríguez, C. C. (2013). Alimentación complementaria en el lactante. *SLD*, 14. Obtenido de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/alimentacion_complementaria_lactante.pdf
34. Rodríguez, I. V. (2017). Alergia a alimentos. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/alergia/al-2017/al171b.pdf>
35. Serafin, P. (2012). *Hábitos saludables para crecer sanos*. Obtenido de <http://www.fao.org/docrep/field/009/as234s/as234s.pdf>
36. Suárez, L. C. (2017). *Manual práctico de Nutrición en Pediatría*. Madrid: Ergon. Obtenido de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/manual_nutricion.pdf

37. Sullca, K. C. (2015). Conocimientos sobre alimentación complementaria.
38. UNICEF. (2011). *Tipos de desnutrición*. Obtenido de <https://es.calameo.com/read/0043019621ee74638fa7c>
39. UNICEF. (Julio de 2012). *Evaluación del crecimiento de niños*. Obtenido de http://files.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf
40. Velarde, E. R. (2016). *Consenso para las prácticas de alimentación complementaria*. México. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665114616301022>

ANEXOS

Anexo 1

Universidad Laica Eloy Alfaro De Manabí
Facultad De Enfermería
Encuesta dirigida a madres de niños de 6 a 24 meses

Autoras:

- Lcda. Magali Sabando Mgs
- Lisseth Rosado Zambrano

El presente trabajo de investigación, ha sido evaluado y autorizado por la Comisión de Investigación de la Facultad de Enfermería de la ULEAM.

La información tiene como finalidad **“Determinar las principales causas y consecuencias que influyen en el estado nutricional de niños de 6 a 24 meses”**

Le solicitamos marque con una X las alternativas dadas frente a cada pregunta o según el rango de clasificación de respuestas en el recuadro que mayormente represente su opinión. La encuesta es de carácter confidencial, con fines de estudio.

Fecha: _____ N° de Encuesta: _____

	FACTORES SOCIOECONÓMICOS DE LOS PADRES	
1.	Edad ¿Cuántos años tiene?	
2.	Estado Civil	
	Soltero/a	
	Casado/a	
	Separado/a	
	Unión libre	
3.	Nivel de instrucción	
	Ninguno	
	Centro de alfabetización	
	Primaria	
	Secundaria	
	Superior	
4.	Número de hijos	
5.	Situación laboral materna	
	Profesora	
	Empleada doméstica	
	Ama de casa	

6.	Situación laboral del padre				
	Albañil				
	Chofer				
	Pescador				
	OTROS				
	CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO				
7.	Edad del niño/a				
8.	Sexo	F	M		
	FACTORES SOCIO CULTURALES				
9.	¿Hasta qué edad dio de lactar a su bebé?				
	Seis meses				
	Un año				
	Un año y seis meses				
	Dos años				
	Aún lacta				
10.	Qué tipo de lactancia le proporciona a su hijo/a?				
	Lactancia materna exclusiva				
	Lactancia Artificial				
	Mixta				
11.	Le ha ofrecido a su niño/a algún tipo de alimento complementario a la leche materna.				
	Sí				
	No				
	En caso de respuesta "SI" indique la edad en la que le dio a su niño un alimento que no fue leche materna _____				
12.	¿Qué tipo de alimentos consume?	Frecuencia semanal			
		1	2	3	4
	Cereales				
	Frutas				
	Verduras				
	Carne, Pollo y/o pescado				
	Productos lácteos				
13.	¿Cuántas comidas al día ingiere el niño?				
	1-2 comidas				
	3-4 comidas				
	5 comidas				
14.	¿Qué cantidad de alimento consume?				
	2 a 3 cucharadas por comida				
	5 a 7 cucharadas del alimento				

	Una taza o un plato	
15.	¿Cómo es la consistencia de los alimentos que prepara a su hijo?	
	Triturados	
	Espesos	
	Sólidos	
16.	¿Cuántos controles médicos le realiza al niño?	
	1 vez al mes	
	1 vez cada 3 meses	
	1 vez cada 6 meses	
	Cuando el niño está enfermo	
17.	¿Qué personal de salud le lleva el control de peso y talla del niño/a?	
	Médico General	
	Personal de enfermería	
	Nutricionista	
18.	¿Ha recibido información sobre maneras de iniciar la alimentación complementaria a su bebe?	
	Sí	
	No	
19.	¿Qué temas recibió sobre alimentación complementaria?	
20.	¿De quién recibió la información?	
	Personal de enfermería	
	Médico	
	Nutricionista	
	Pediatra	

¡Muchas gracias por su colaboración!

Anexo 2

Universidad Laica Eloy Alfaro De Manabí
Facultad De Enfermería
Encuesta al personal de enfermería Centro De Salud Jaramijó
Entrevista De Análisis Profundo

INSTRUCCIÓN: Le solicitamos de la manera más cordial conteste a una serie de preguntas con veracidad y honestidad, la información que tiene como finalidad **“Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida a través de estrategias educativas basadas en un diagnóstico situacional alimentario en madres de niños de 6 a 24 meses que asisten al Centro de Salud Jaramijó”**

Por favor marque con una (X) las alternativas dadas frente a cada pregunta o según su rango de clasificación de respuesta en el recuadro que representa su opinión en base a la siguiente escala.

4	3	2	1
Satisfactorio	Cuasi satisfactorio	Poco satisfactorio	Nada satisfactorio

Fecha: _____ N° de Entrevista: _____

DATOS DEMOGRÁFICOS	
Sexo:	Edad:
Escolaridad:	Parentesco:
Nivel Socioeconómico:	Lugar de residencia:
Religión:	Estado Civil:
Procedencia:	Nivel de escolarización:

		1	2	3	4
1.	¿Cuál es el grado de conocimiento sobre la alimentación complementaria?				
2.	¿Han realizado talleres educativos en instituciones?				
3	¿Cuál es el grado de satisfacción?				
	Trabajo en equipo y colaborativo				
	Planificación y programación Local de Salud				

	Ejecución, seguimiento de logros de resultados				
	Evaluación de impactos técnicos y ambientales				
	Educación a usuarios internos				
	Educación a usuarios externos				
4.	¿Cuál es el grado de comunicación efectiva con:				
	Madres de su organización				
	Directivos de las instituciones o líderes enfermería				
	Directivos de la organización C.S.JARAMIJÓ 13D02				
	Miembros de equipo de Salud interdisciplinario				
5.	¿Cuál es el grado de responsabilidad con la sociedad relacionado con mejorar la calidad de atención integral del niño?				
6	Nivel de cumplimiento de las competencias relacionadas con el bajo peso de los niños				
	Capacidad de diagnosticar, organizar y planificar un plan de acción.				
	Capacidad de resolución de problemas				
	Capacidad de trabajo en equipo interdisciplinario				
	Capacidad de aplicar compromiso ético y de capacitación ciudadana				
	Capacidad de administrar y desarrollar liderazgo positivo				
	Capacidad de aplicar protocolo y guías de auto cuidado				
7.	¿Grado de participación comunitaria?				
8.	¿Grado de participación en acción intramural?				
	Grado de participación en acción extramural?				
9.	¿Cuál es su plan de educación y de prevención para los niños con bajo peso?				
10.	¿Cuál es su capacidad de tomar decisiones lógicas y racionales?				

¡Muchas gracias por su colaboración!

Anexo 3. Consentimiento informado

UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ

Facultad de Enfermería

Programa Responsabilidad Social en la práctica de investigación y acciones primarias con organizaciones comunitarias

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MADRES DE NIÑOS DE 6 A 24 MESES

Estimada usuaria, yo, Lisseth Carolina Rosado Zambrano, estudiante de enfermería ULEAM, informo a usted mediante la presente que, me encuentro realizando un trabajo de investigación-acción en coordinación con el centro de salud Jaramijó con la finalidad de obtener información sobre “**Alimentación complementaria en niños de 6 a 24 meses con bajo peso**”, el cual permitirá implementar estrategias educativas, motivo por la cual su participación en la siguiente prueba objetiva, será de gran ayuda.

La información que nos brinde es totalmente confidencial y no está obligada a participar si no lo desea. Su participación en la siguiente encuesta no tiene ningún riesgo para usted ni para su bebé. Si usted autoriza su participación de manera voluntaria, se le solicita que firme el presente consentimiento y responda con sinceridad las preguntas que a continuación se presentan.

Agradecemos anticipadamente su colaboración.

FIRMA

Anexo 4. Evidencia.



Asistencia a trabajo de tutoría en proyecto de investigación



Encuestas a madres de niños de 6 a 24 meses en Centro de Salud Jaramijó

Anexo 5. Tríptico

Consistencia de los alimentos

6 meses: Puré o papillas

7-8 meses: Alimentos triturados

9 a 12: Alimentos picados-

12-24: Todos los alimentos familiares



Universidad Laica
Eloy Alfaro de
Manabí

Facultad de Enfermería

Lisbeth Rosado Zambrano

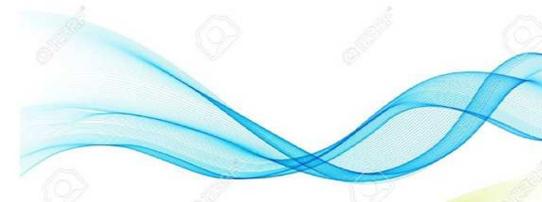
9° Semestre

“B”

Alimentación complementaria



**6 a 24
meses**



Cantidad

6-8 meses: Dar de 2 a 3 cucharadas.

9 a 11 meses: Puede dar de 3/4 de una taza de 250 ml

12 a 23 meses: Puede dar 1 taza de 250 ml

Frecuencia

Es necesario aumentar el número de veces que el niño es alimentado con alimentos complementarios conforme pasa la edad:

1. A los 6 a 8 meses debe recibir de 2 a 3 comidas-
2. A partir de los 9 meses 3 a 4 comidas incluyendo colaciones de acuerdo a los requerimientos nutricionales.



Importancia

El niño en esta edad se enfrenta a diversos cambios en su crecimiento y desarrollo, lo que permiten adquirir múltiples capacidades. Por eso debe preocuparse de que el niño crezca sano mediante una adecuada alimentación.

La introducción prematura de alimentos sólidos en la dieta del bebé antes de lo recomendado, puede inducir al desarrollo de alergias alimentarias, especialmente si existen antecedentes familiares, además de enfermedades diarreicas y problemas nutricionales.



Introducción

La alimentación saludable es indispensable ya que ofrece beneficios para un buen crecimiento y desarrollo.

La alimentación complementaria como el proceso que comienza cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante, y por tanto se necesitan otros alimentos y líquidos, además de la leche materna.



Anexo 7.

ANALIZAR LA EFICACIA DEL TRABAJO EN EQUIPO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN E INTERVENCIÓN COMUNITARIA.

Responda cada ítem utilizando los siguientes valores 5= Altamente satisfactorio, 4=Satisfactorio, 3= Cuasi-satisfactorio, 2= Poco Satisfactorio, 1= Nada satisfactorio.

Evaluación

Si la suma total se encuentra entre 20 y 40. Parece que la percepción que tienes sobre la eficacia del trabajo del equipo es muy negativa. Procura analizar cuál puede ser la causa: ¿Desmotivación del líder, o de los otros miembros?, ¿ausencia de objetivos comunes?

Si la suma total se encuentra entre 41 y 60. Estás bastante satisfecho de la eficacia del trabajo de tu equipo. Quizás solo os falta pulir algunos aspectos concretos de la actividad cotidiana del equipo.

Si la suma total se encuentra entre 61 y 80. Enhorabuena, la eficacia de tu equipo es realmente excepcional. Pero, ¿siempre es así o solo ocurre en determinadas situaciones que suponen un reto para el equipo? Y, ¿quién es el principal artífice de este éxito?

ITEM	5	4	3	2	1
Hay un líder que establece la dirección y visión para el equipo, mientras se escucha y proporciona apoyo y supervisión a los miembros del equipo.					
Se incorpora un conjunto de valores que proporcionan claridad y dirección para el trabajo de equipo.					
Los objetivos del equipo están claros y son aceptados por todos.					
Los miembros del equipo tienen claras sus responsabilidades.					

Se han establecido indicadores que facilitan información sobre el cumplimiento de los objetivos.					
Se demuestra una cultura de equipo y ambiente interdisciplinario de confianza donde se valoran las contribuciones y se fomenta el consenso.					
La comunicación es abierta, clara, oportuna, fluida y precisa.					
Se utilizan estrategias de comunicación que promueven la participación de grupo.					
Se promueve la interdependencia respetando funciones y autonomía individual.					
Se ha acordado un método para la toma de decisiones económicas.					
Cuando no se toman decisiones por consenso, las aceptan todos,					
Se generan alternativas de solución ante los problemas.					
Se definen indicadores para evaluar la eficacia de las alternativas.					
Se desarrollan planes alternativos de trabajo.					
El líder propicia un clima de trabajo agradable, sin olvidar los objetivos del equipo.					
Las personas del grupo aceptan las críticas de forma positiva.					

Los miembros del equipo expresan los conflictos de forma abierta y discutiendo las diferencias.					
Los conflictos se enfocan sobre las ideas y los métodos y no sobre las personas.					
Se socializa los avances de informes de cumplimiento.					