

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**PLAN DE DISERTACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE LICENCIADA
EN NUTRICIÓN HUMANA**

**FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LAS PRÁCTICAS Y
CONOCIMIENTOS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE LAS
RESPONSABLES DE LA ALIMENTACIÓN DE LOS NIÑOS DE 6 A 11 MESES
DEL CENTRO DE SALUD “LA RUMIÑAHUI” EN EL PERIODO DE OCTUBRE
2017 A ENERO 2018**

**Elaborado por:
Nathalie Cárdenas – Katherine Paredes
Quito, Junio 2018**

Resumen

Objetivo. Determinar los factores de riesgo que intervienen en las prácticas sobre alimentación complementaria de los responsables de la alimentación de niños de 6-11 meses del centro de salud de “La Rumiñahui” de octubre de 2017 a enero de 2018. **Metodología.** Es estudio descriptivo, cualitativo, de tipo transversal, con un universo de 200 y una muestra de 119 responsables de la alimentación, donde se aplicó una encuesta con niños de 6 a 11 meses, acerca de conocimientos y prácticas de alimentación complementaria, en el centro de salud “La Rumiñahui”. **Resultados.** De los cinco indicadores establecidos por la OMS, el único que cumple fue con un 55,8% , el de introducción de alimentos sólidos, semi sólidos o suaves; con respecto al conocimiento sobre alimentación complementaria lo cumplen en un 78,2%; pero son conocimientos únicamente empíricos, además tienen buenas prácticas con respecto a la utilización del agua para la preparación de alimentos con un 81,5%; también se presenta en un 70,4% factores que distraen la atención de los niños al momento de alimentarse. **Conclusiones.** Los elementos resultantes de la presente disertación fueron concordantes con varios estudios de otros países, ya que sí existen muchos factores que afectan tanto las prácticas como los conocimientos sobre alimentación complementaria y que, a través de los indicadores de la OMS, se los pudo analizar su cumplimiento.

Abstract

Objective. Determine the factors involved in complementary feeding practices of those responsible for feeding children 6-11 months Health Center "La Rumiñahui" October 2017 to January 2018.**Methodology.** A descriptive, qualitative study, transversal, was performed by applying a survey 119 responsible for feeding children 6 to 11 months on knowledge and complementary feeding practices in the health center "La Rumiñahui".**Results.** Of the five indicators established by WHO, which meets only 55.8% is the introduction of solid foods, soft solids or semi; from knowledge about the true complementary feeding 78.2%; but are only empirical knowledge, also have good practices regarding the use of water for food preparation with 81.5%; also occurs in 70.4% factors distract children when feeding .**Conclusions.** The elements resulting from the present dissertation were concordant with several studies from other countries, since there are many factors that affect both practices and knowledge about complementary feeding and that through the WHO indicators.

Dedicatoria

Dedicado principalmente para aquellos ángeles que tenemos en el cielo, que nos han dado la fuerza y la sabiduría para seguir adelante en cada una de las pruebas que nos pone la vida, y especialmente por iluminarnos día tras día para culminar con este trabajo, con mucho amor y dedicación esto es en su memoria.

Laura Alicia Chaves Rodríguez & Fernando Enrique Paredes Espinosa.

Agradecimiento/s

Agradecemos en primer lugar a Dios, por darnos salud y vida para poder culminar este trabajo, a nuestros padres y familia que han sido el motor que nos alienta y empuja a seguir adelante en todos nuestros proyectos de vida, que nos apoyaron física y mentalmente en todos los peldaños que tuvo la carrera y fueron nuestro pañuelo de lágrimas en las alegrías y en las tristezas.

A una de nuestras amigas que más que eso una hermana, profesora, presidentes que muy pronto seremos colegas la Lcda. Celia Cando, quien nos brindó su apoyo incondicional y oportuna orientación en nuestro trabajo.

También agradecemos a nuestros profesores que han sido nuestra brújula en la carrera que, nos han dado los mejores conocimientos y nos han formado como verdaderas profesionales, agradecemos especialmente al Dr. Edgar Rojas por la paciencia y dedicación no solo al ser nuestro director de tesis, sino al convertirse en nuestro amigo y mejor consejero, gracias profe por su conocimiento y por su alegría, siempre será el mejor mentor que pudimos haber tenido, sin usted este trabajo no habría sido el mismo.

Índice de contenido

INTRODUCCIÓN.	1
CAPÍTULO I: ASPECTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN.	2
1.1 Planteamiento del Problema.....	2
1.2 Preguntas de investigación.....	4
1.3 Justificación.....	4
General.....	6
Específicos.....	6
1.5 Hipótesis.....	6
1.6 Metodología.....	6
1.6.1 Tipo de estudio.....	6
1.6.2 Universo y muestra.....	7
1.6.3 Técnicas e instrumentos.....	7
1.6.4 Plan de recolección y Análisis de información.....	8
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.	11
2.2 Indicadores de alimentación complementaria de acuerdo con la OMS.....	12
2.2.1 Introducción de alimentos sólidos, semi sólidos o suaves.....	12
2.2.2 Diversidad alimentaria mínima.....	12
2.2.3 Frecuencia mínima de comidas.....	13

2.2.4 Dieta mínima aceptable.	13
2.2.5 Consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro.....	14
2.7 Conocimiento sobre alimentación complementaria por parte de las responsables de la alimentación de los niños.	15
2.7.1 Introducción de grupos de alimentos por meses de vida, consistencias, tomas y cantidad.....	15
2.7.2 Suplementación de la alimentación complementaria mediante grasas saludables.	16
2.7.3 Importancia del consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados en hierro.	16
2.7.4 Lactancia materna frecuente.	17
2.8 Prácticas aplicadas en la alimentación complementaria por parte de las responsables de la alimentación de los niños.	17
2.8.1 Prácticas culturales por parte de las responsables de la alimentación del niño.....	17
2.8.2 Uso del agua en las preparaciones de alimentación complementaria de los niños.....	17
2.8.3 Introducción de grupos de alimentos a la alimentación complementaria de los niños.	18
2.9 Factores que influyen en la alimentación complementaria.	19
2.9.1 Acceso a los alimentos.	20
2.9.2 Responsables de la alimentación en edad fértil.	20
2.9.3 Nivel de educación en las responsables de la alimentación.	20
2.10 Ambiente familiar en la alimentación complementaria.	21
2.10.1 Factores que distraen la atención al momento de alimentar a los niños de 6 a 11 meses.	21

2.10.2 Factores que estimulan el apetito a los niños de 6 a 11 meses.	22
2.11 Operacionalización de variables.	23
CAPÍTULO III: RESULTADOS.	27
3.1 Características demográficas del responsable de la alimentación y del niño.....	27
3.2 Conocimiento sobre la alimentación complementaria que recibe el infante.....	30
3.3 Factores que influyen el conocimiento sobre la alimentación complementaria que recibe el infante.....	37
3.4 Acceso a los alimentos de los responsables de la alimentación.....	46
CAPITULO IV: DISCUSIÓN.	46
CONCLUSIONES.	50
RECOMENDACIONES.	51
REFERENCIAS.	52
ANEXO(S).	57

Índice de tablas

Tabla N° 1 Prácticas y conocimientos de alimentación complementaria.....	31
Tabla N° 2 Relación entre la escolaridad y el conocimiento sobre el número de veces que se debe alimentar a los 6 meses de la responsable de la alimentación.....	32
Tabla N° 3 Relación entre la escolaridad y el conocimiento de la responsable de la alimentación sobre los que considera alimentos ricos en Hierro.....	32
Tabla N° 4 Relación entre la escolaridad y el conocimiento de la responsable de la alimentación sobre la edad de inicio de la alimentación complementaria.....	33
Tabla N° 5 Relación entre el ingreso económico familiar y las prácticas de la responsable de la alimentación sobre la diversidad de la dieta que recibe el niño.....	34
Tabla N° 6 Relación entre la escolaridad y las prácticas de la responsable de la alimentación sobre la edad que recibió la primera porción de alimentos sólidos o semi sólidos.....	35
Tabla N° 7 Relación entre la escolaridad y el conocimiento de la responsable de la alimentación sobre definición de alimentación complementaria.....	36
Tabla N° 8 Relación entre los problemas de salud y la práctica de la responsable de la alimentación sobre utilización de agua adecuada a las preparaciones.....	36
Tabla N° 9 Relación entre la ocupación del responsable de la alimentación del niño y los factores que distraen la atención del niño (Televisión).....	39
Tabla N° 10 Relación entre la ocupación del responsable de la alimentación del niño y los factores que distraen la atención del niño (Juegos).....	40
Tabla N° 11 Relación entre la ocupación del responsable de la alimentación del niño y los factores que distraen la atención del niño (Juguetes).....	41
Tabla N° 12 Relación entre la ocupación del responsable de la alimentación del niño y los factores que distraen la atención del niño (Hermanos).....	42

Tabla N° 13 Relación entre la ocupación del responsable de la alimentación del niño y los factores que estimulen el apetito del niño – Solo come con la madre del niño.....	42
Tabla N° 14 Relación entre la ocupación del responsable de la alimentación del niño y los factores que estimulen el apetito del niño – Tiene paciencia al dar de comer.....	43
Tabla N° 15 Relación entre la ocupación del responsable de la alimentación del niño y los factores que estimulen el apetito del niño – Permite que el niño interactúe con los alimentos	44
Tabla N° 16 Relación entre la ocupación del responsable de la alimentación del niño y los factores que estimulen el apetito del niño – Figuras con los alimentos.....	45
Tabla N° 17 Relación entre el ingreso económico familiar y el número de veces que se realiza compras de alimentos en el hogar.....	46

Índice de gráficos

Gráfico N° 1 Calculadora electrónica de muestras.....	7
Gráfico N° 2 Edad de la responsable de la alimentación.	27
Gráfico N° 3 Número de hijos de la responsable de la alimentación.	28
Gráfico N° 4 estado civil de la responsable de la alimentación.	29
Gráfico N° 5 Edad de los niños.....	30
Gráfico N° 6 Ocupación de las responsables de la alimentación de los niños.	30
Gráfico N° 7 Factores que distraen a atención del niño.....	38
Gráfico N° 8 Ambiente que estimula el apetito del niño.	39

Índice de Cuadros

Cuadro N° 1 Preguntas y respuestas.....	10
Cuadro N° 2 Fórmula para determinar dieta mínima aceptable.	14
Cuadro N° 3 Fórmula para el consumo de alimentos con hierro.....	14
Cuadro N° 4 Grupos de alimentos a introducir.....	18

INTRODUCCIÓN.

La infancia temprana es considerada la etapa de desarrollo más importante en todo el ciclo vital de un individuo, ya que en ella se desarrollan todas aquellas características nutricionales que serán fundamentales para su desarrollo físico y cognitivo.

La introducción de la alimentación complementaria se la realiza a partir de los 6 meses hasta los 11 meses, considerando a estos primeros meses como los más vulnerables que atraviesa el infante, debido a que los responsables de la alimentación de estos no tienen las practicas ni los conocimientos adecuados sobre alimentación complementaria. Debido al déficit de evidencias científicas y consensos acerca de este tema, la OMS estableció indicadores que permiten evaluar las prácticas básicas de alimentación complementaria.

El objetivo principal de este estudio es determinar todos aquellos factores que intervienen en las prácticas de alimentación complementaria, llegando a ser las características demográficas, nutricionales y ambientales, las que pueden intervenir en la introducción de los alimentos. Se ejecutó el estudio en uno de los centros de salud más grandes del distrito 17D05 de la ciudad de Quito, llamado centro de salud “La Rumiñahui”.

El centro de salud “La Rumiñahui” se encuentra en la parroquia de La Kennedy en la ciudad de Quito, provincia de Pichincha. Brinda atención a la población de los sectores comprendidos desde Zambiza hasta la Concepción, esta entidad es un Centro de Salud tipo A, el cual es parte del Sistema Nacional de Salud Pública del Ecuador, entre las especialidades que brindan el servicio son: pediatría, odontología, ginecología, obstetricia, psicología, medicina general, medicina familiar, calificación de discapacidad, enfermería, trabajo social y recientemente de agrego el área de nutrición, aunque no hay un nutricionista estable o de planta, además de las especialidades el centro tiene personal encargado de limpieza y para el área de farmacia. Los miembros que forman

parte del equipo de salud son 27, los mismos que se encargan de los servicios y áreas mencionados anteriormente.

CAPÍTULO I: ASPECTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.1 Planteamiento del Problema.

Una adecuada nutrición durante la infancia temprana es indispensable para asegurar que los niños lleguen a alcanzar todo su potencial en relación con el crecimiento, salud y desarrollo físico y cognitivo, a partir de una buena introducción de alimentos.

La alimentación complementaria según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como, el acto de recibir alimentos sólidos o líquidos diferentes a la leche materna, durante el tiempo que el infante continúe recibiendo la misma. De acuerdo López & Pérez (2012), la alimentación complementaria constituye el segundo paso más importante en la nutrición del niño después de la lactancia materna exclusiva, debido a que esta no llega a cubrir los requerimientos nutricionales, por lo que es necesario añadir otros alimentos a la dieta, es decir, brindarle una nutrición, que sea suficiente, variada y equilibrada.

Según El Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF,2010), a nivel mundial se conoce que no se está cumpliendo con los objetivos principales que posee la alimentación complementaria, los cuales son garantizar un estado nutricional ideal para el infante. De acuerdo a los estudios de (Pardio, 2012; Zapata, Fortino, Palmucci, & Padros, 2015) se ha visto que el aumento de la pobreza a nivel mundial, ha promovido el limitado acceso a los alimentos para los niños, especialmente de 6-11 meses de edad, generando así desnutrición, por lo tanto las prácticas de alimentación inapropiadas y sus consecuencias son grandes obstáculos al desarrollo socioeconómico sostenible y a la reducción de la pobreza (Qasem, Fenton, & Friel, 2016).

Por otro lado, la introducción de nuevos alimentos en la vida de los infantes siempre ha llegado a ser un motivo de controversia debido a las diferencias que existen en cada grupo étnico y cultural dentro de la población Latinoamérica. A pesar de existir un sin número de guías prevalece el apego a los conocimientos tradicionales, evitando poner en práctica las recomendaciones emitidas por entidades de salud. Dichas recomendaciones son sustentadas científicamente y están acordes a las necesidades nutricionales de los infantes según su edad (Garibay, 2005).

Se ha elaborado un documento consenso de la OMS, que se adaptó a las tradiciones y patrones alimentarios a nivel latinoamericano, que contiene información que ayudan a fomentar el conocimiento acerca de la alimentación complementaria a las responsables de la alimentación. Además, en el mismo documento se habla sobre las bases fisiológicas por las cuales se debe iniciar una correcta introducción de nuevos alimentos a la dieta, y la forma adecuada en la que la alimentación complementaria debe darse, basándose en la edad.(Armstrong, Abraham, Squair, Brogan, & Merewood, 2014; Padio, 2012).

En el Ecuador, gracias a la Encuesta Diagnostico de la Situación Alimentaria, Nutricional y de Salud (DANS) se llegó a la conclusión de que los infantes de 6-11 meses de edad, en relación a la deficiente alimentación complementaria padecen desnutrición tanto aguda, como global y crónica; debido a que existe muchas deficiencias de micronutrientes especialmente del hierro y el zinc, ya que en el sexto mes de vida del infante las reservas de los mismos se agotan y se los debe compensar con una correcta introducción de alimentos. De acuerdo a lo expuesto por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) se encuentra mayores problemas alimentarios nutricionales en los infantes de los quintiles socioeconómicos más bajos que posee el país.

Por otro lado, debido a los cambios epidemiológicos que se han dado en el Ecuador, el cual se lo considera como un país en proceso de transición, es evidente que han cambiado los patrones causantes de los problemas alimentarios nutricionales. El primero se da por déficit de consumo de alimentos, y el segundo, por el consumo excesivo de alimentos altamente energéticos Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil (EDEMAIN, 2004).

Dentro del distrito 17D05, existen una población de 1244 niños de 6 a 11 meses, en los cuales los principales problemas alimentario nutricionales son, el retardo en la talla en un 19,9%; emaciación en un 5,8%; bajo peso en un 7,3% y 24,1% presentan sobrepeso y obesidad (Romero-Martínez et al., 2013).

1.2 Preguntas de investigación.

- ¿Cómo el ambiente familiar que poseen los niños puede influir de manera positiva o negativa en las prácticas de la alimentación complementaria?
- ¿Qué características demográficas del responsable de la alimentación del niño pueden influir en el cumplimiento de los indicadores de alimentación complementaria propuestos por la OMS?
- ¿Cuáles son los problemas de salud de los niños de 6 a 11 meses?

1.3 Justificación.

Según la OMS (2017), en su guía para la alimentación del lactante y el niño pequeño, establece que la alimentación complementaria es una pieza fundamental en el desarrollo del

potencial de los niños, pues esta etapa de vida se caracteriza por el rápido crecimiento y el desarrollo intelectual, lo cual impone un mayor requerimiento de energía y nutrientes.

Debido a que en el Ecuador la prevalencia de desnutrición crónica y sobrepeso se encuentra dentro de los problemas de salud con mayor relevancia, ha existido una lucha continua durante varios años para la disminución de estos. Ante esta problemática se ha realizado una serie de investigaciones como las encuestas realizadas en la ENSANUT sobre el estado nutricional de los niños menores de 2 años, para identificar cuáles son los principales factores desencadenantes de la desnutrición y el sobrepeso. Se llegó a la conclusión de que la alimentación complementaria juega un papel fundamental, ya que a partir de los 6 meses de vida de un infante sus requerimientos nutricionales aumentan y es necesario la introducción de alimentos que sean idóneos, con el fin de prevenir las deficiencias energético-proteicas (Aggarwal, Verma, Faridi, & Dayachand, 2008) .

Sin embargo, se ha visto que a través de las guías y protocolos establecidos por la OMS y el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2012), estos no han llegado a cumplir las metas planteadas, pese a que existe promoción y educación sobre la alimentación complementaria. Esto como situación resultante de un deficiente abordaje de los temas de manera completa y precisa por parte del personal idóneo, como en este caso específico serían las y los profesionales de Nutrición (Romero-Velarde et al., 2016).

Con respecto a los beneficios de este estudio podemos destacar que, se ayudará a concientizar a la unidad de salud de los problemas nutricionales que posee la población de 6 a 11 meses, a partir de la introducción de la alimentación complementaria, mediante una mejora en la forma de promoción de alimentación saludable desde los responsables de salud hacia los responsables de la alimentación.

1.4 Objetivos.

General

- Determinar los factores que intervienen en las prácticas sobre alimentación complementaria de los responsables de la alimentación de niños de 6-11 meses del centro de salud de “La Rumiñahui” de octubre de 2017 a enero de 2018.

Específicos

1. Identificar las características de la alimentación complementaria que recibe el infante desde el punto de vista nutricional.
2. Conocer las características demográficas de las responsables de la alimentación de los niños encuestadas.
3. Identificar las características de conocimiento sobre alimentación complementaria de las responsables de la alimentación de los niños.
4. Describir el ambiente familiar que posee el infante en la alimentación complementaria.
5. Analizar el acceso a los alimentos que poseen las responsables de la alimentación de los niños de 6-11 meses.

1.5 Hipótesis.

- El nivel de escolaridad de la responsable de la alimentación del niño se relaciona con la correcta introducción de la alimentación complementaria.

–

1.6 Metodología.

1.6.1 Tipo de estudio.

Este estudio es de enfoque descriptivo, ya que se buscó detallar las propiedades importantes sobre la alimentación complementaria, los conocimientos y prácticas que poseen las responsables de la alimentación, además no se interviene o manipula el factor de estudio, únicamente se observa (Álvarez, 2003). Es de tipo transversal, porque se realizó la medición en el periodo de tiempo de octubre del 2017 a enero del 2018, siendo la frecuencia la medida establecida para el estudio.

1.6.2 Universo y muestra.

EL universo de nuestro estudio son las 170 responsables de la alimentación de los infantes de 6-11 meses de edad, que acudan al centro de salud “La Rumiñahui”. La muestra se obtuvo a través de la calculadora virtual “AEN” Figura 1, en la cual se utilizó un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 5%, dando como resultado una muestra de 119 personas.

Home

Margen de error: 10%

Nivel de confianza: 99%

Tamaño de Población: 170

Margen: 5%
Nivel de confianza: 95%
Población: 170
Tamaño de muestra: 119

Agencia de Estadística de Mercados S.C.
www.aemresearch.com

Gráfico N° 1 Calculadora electrónica de muestras.

Fuente: Agencia de Estadísticas de Mercados S.C. www.aemresearch.com

1.6.3 Técnicas e instrumentos.

Como instrumento se utilizó una encuesta para obtener información sobre la textura, el volumen y grupos de alimentos que consumen los menores de 6 a 11 meses. La cual estuvo conformada de 16 preguntas, 14 fueron cerradas y dos abiertas, mismas que responden a la

problemática planteada. Para su elaboración se basó en dos instrumentos relacionados a prácticas y conocimientos de alimentación complementaria, realizados y validos por la Universidad Nacional de San Marcos- Perú (Castro, 2016 & Galindo 2012), mismos que fueron modificados en base a los indicadores de la OMS, para que responda a los objetivos planteados para el presente estudio.

1.6.4 Plan de recolección y Análisis de información.

Al dar inicio a la recolección de los datos, se tuvo que validar el instrumento en otra unidad de salud, aplicándose en 10 responsables de la alimentación obteniendo como resultados varios errores de comprensión y redacción en ciertas preguntas. Para facilitar la comprensión del encuestado y su respectiva tabulación se modificó las respuestas de la pregunta número 11 que contenía un listado de alimentos, pero se la reformuló en base a los grupos de alimentos que se encuentran explicados en la tabla N°4; al igual la tercera pregunta sobre datos generales del niño, que hace referencia a las infecciones, la cual se estableció como problemas de salud. También se crearon cuatro preguntas, que fue la numero 3, 9, 11, 13, adecuadas para los indicadores de la OMS, además se le añadió preguntas que permitan conocer los factores de riesgo del ambiente en el que se encuentran los niños, los mismos que se ven reflejados en las preguntas 14 y 15.

El levantamiento de datos se lo realizó en un tiempo de 4 semanas, posteriormente se procedió a la tabulación de los datos en Excel, de acuerdo a las variables, las cuales se las transformo en dicotómicas para que los cruces tengan mayor significancia estadística a través del programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Se utilizó la prueba de Chi-cuadrado con el fin de que las tablas con 10 o más encuestados tengan significancia estadística, y la prueba exacta de Fisher en aquellas tablas que tenían menos de 10 encuestadas, y de igual manera garantizar la significancia.

Para evaluar el cumplimiento de los indicadores se estableció un valor del 50% + 1; en caso de ser este valor igual o mayor, si existe cumplimiento, de lo contrario si el valor es menor al 50% no se cumplió.

Los cruces que se realizaron para la obtención de los resultados fueron:

- La ocupación del responsable de la alimentación, con los factores que distraen su atención al momento de consumir el alimento.
- Ingreso económico del hogar, con las veces que se realiza compras en el hogar.
- Problemas de salud que posee el infante, con el tipo de agua que utiliza la responsable para realizar los alimentos.
- Escolaridad del responsable de alimentación, con la edad que dio su primera porción de alimento sólido o semi sólido al infante.
- Escolaridad del responsable de la alimentación, con las veces al día que se alimenta el infante a los 6 meses.
- Escolaridad del responsable de la alimentación, con el mes de inicio de la alimentación complementaria.
- Escolaridad de la madre, con conocimiento sobre lo que es la alimentación complementaria.
- El ingreso económico, con el consumo de grupos de alimentos que recibe el infante.
- Escolaridad del responsable de la alimentación, de acuerdo con el consumo de alimentos fuentes que hierro que recibe el infante.

Cuadro N° 1 Preguntas y respuestas.

Pregunta	Respuesta	Conocimiento/ Práctica sobre alimentación complementaria
La alimentación complementaria es:	Introducción de alimentos semi sólidos o solidos que acompañan la lactancia materna o artificial.	Conocimiento
La edad en que empezó a dar alimentos semi sólidos o sólidos a parte de la leche materna a su niño es:	A los 6 meses	Conocimiento
¿Cuántas veces al día se debe alimentar a un niño de 6 meses?	2 comidas más lactancia materna frecuente	Práctica
Cómo debe ser la consistencia de los alimentos de un niño de 7 a 8 meses	Triturados	Práctica
La cantidad de alimentos aproximadamente que debe recibir un niño de 9 y 11 meses al día es:	5 a 7 cucharadas	Conocimiento
¿A qué edad usted considera que su niño debe consumir los mismos alimentos que los demás miembros de la familia?	12 meses o más	Conocimiento
Para evitar las deficiencias nutricionales y aportar la cantidad de grasas adecuadas al niño, se debe enriquecer una de las comidas principales del niño con:	Una cucharadita de aceite	Conocimiento

¿Para la preparación adecuada de alimentos de su niño usted utiliza?	Agua hervida / Agua embotellada	Práctica
¿Del siguiente listado de alimentos cuáles de ellos su niño consume al día?	Frutas, cereales, verduras y carnes Frutas, cereales, verduras, carnes, lácteos, grasas y azúcares	Práctica
¿Cuáles de los alimentos mencionados a continuación considera que son ricos en hierro?	Hígado de pollo o res, vegetales de color verde	Conocimiento

Elaborado: Autores.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.

Se han dado diferentes conceptos o definiciones a la alimentación complementaria con el fin de llegar a comprender el significado y la importancia de esta, por lo que a continuación se describirán los conceptos más relevantes y claros sobre alimentación complementaria.

2.1 Alimentación complementaria.

La alimentación complementaria es el proceso que comienza cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante, y por tanto se necesitan otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. Este es un periodo crítico de crecimiento en el que las carencias de nutrientes y las enfermedades contribuyen a aumentar las tasas de desnutrición en los menores de cinco años a nivel mundial (OMS, 2003).

Consiste en dar al lactante a partir de los 6 meses de edad otros alimentos y líquidos diferentes a la leche materna, pero complementarios a ésta. Es decir, que se mantiene la lactancia materna, pero se inicia la introducción de otros alimentos y líquidos. Estos por sí mismos no constituyen una dieta completa, pero deben ser nutritivos y deben ser administrados en cantidades adecuadas para que el niño continúe su crecimiento. Durante el período de alimentación complementaria, el lactante se acostumbra a comer los alimentos de la familia, mientras la lactancia materna continúa siendo una fuente importante de nutrientes y factores de protección hasta que el niño tenga, al menos, dos años de edad Ministerio de Salud Pública (MSP, 2012).

2.2 Indicadores de alimentación complementaria de acuerdo con la OMS.

Los indicadores sobre alimentación complementaria no son mensajes para informar a las responsables de la alimentación de los infantes sobre cómo mejorar las prácticas de alimentación de los niños, ya que sirven para medir las prácticas y conocimientos sobre alimentación complementaria de una manera fácil y concreta, por esta razón la OMS estableció 5 indicadores principales que son entendibles y medibles, que abarcan todos aquellos componentes fundamentales dentro de la alimentación complementaria y se describirán a continuación.

2.2.1 Introducción de alimentos sólidos, semi sólidos o suaves.

Este indicador se refiere a la inclusión de alimentos sólidos, semi sólidos o suaves que reciben los niños de 6-11 meses de edad.

2.2.2 Diversidad alimentaria mínima.

Según la OMS (2008), se considera una dieta que posea diversidad alimentaria mínima aquella en la cual, existe un consumo del número mínimo de por lo menos 4 de los 7 grupos

alimentarios que son cereales, raíces y tubérculos, legumbres y nueces, lácteos, carnes, huevos, frutas y verduras ricas en vitamina A, acompañado de una frecuencia mínima de alimentos dependiendo de la edad del niño, los cuales brindan una dieta de mejor calidad tanto para niños amamantados como para niños no amamantados en la etapa de introducción de alimentos de 6 a 24 meses. El consumo de alimentos de por lo menos 4 grupos alimentarios durante el día anterior significaría que en la mayoría de las poblaciones el niño ha tenido una alta tendencia a consumir por lo menos una dieta rica y equilibrada (OMS, 2008).

2.2.3 Frecuencia mínima de comidas.

Representa el número de comidas que los infantes ingieren en su etapa de introducción de alimentación complementaria por meses de vida, se derivan en etapas por meses debido a la capacidad gástrica que posee el infante y la cantidad de alimentos que puede llegar a consumir en cada tiempo de vida. Se clasifica de la siguiente manera:

- 2 veces para niños amamantados de 6 a 8 meses.
- 3 veces para niños amamantados de 9 a 23 meses.
- 4 veces para niños no amamantados de 6 a 23 meses.

Se debe tomar en cuenta que el niño aún debe consumir leche materna para ayudar a cubrir sus necesidades nutricionales junto a los alimentos que serán introducidos (OMS, 2008).

2.2.4 Dieta mínima aceptable.

Por medio de este indicador se podrá identificar la proporción en la que el lactante está recibiendo los alimentos en frecuencia, consistencia y variedad apropiada aparte de la lactancia

materna, cabe señalar que este indicador no toma en cuenta las tomas de leche materna debido a que en la frecuencia mínima de comidas se asume ya un promedio de energía que aporta la leche, teniendo un resultado bajo sin embargo en el caso de los niños que son amamantados podrían recibir mayor consumo que puede ser identificado con este indicador (Aguilar Liendo et al., 2015). Además se sugiere que para la optimización de los resultados se desglose : 6 a 11 meses, 12 a 17 meses y de 18 a 23 meses de edad, o también por los niños amamantados y no amantados (OMS, 2008).

Cuadro N° 2 Fórmula para determinar dieta mínima aceptable.

Niños amamantados	Niños no amamantados
Niños de 6 a 11 meses de edad que recibieron por lo menos diversidad alimentaria mínima y frecuencia mínima de comidas durante el día anterior esto se lo divide para el total de niños amamantados de 6 a 11 meses de edad.	Niños no amamantados de 6 a 11 meses de edad que recibieron por lo menos 2 tomas de leche y que recibieron como mínimo diversidad alimentaria mínima (sin las tomas de leche) y la frecuencia mínima de comidas durante el día anterior dividido para el total de niños amantados de 6 a 11 meses de edad.

Obtenido de: (OMS, 2007)

2.2.5 Consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro.

Con este indicador podemos conocer la proporción de niños comprendidos en la edad de 6 a 11 meses de edad que está recibiendo alimentos con hierro, o fortificados con hierro, los cuales deben ser diseñados para el niño lactante de acuerdo a sus necesidades. Además estos pueden a su vez haber sido fortificados en el hogar (OMS, 2007).

Cuadro N° 3 Fórmula para el consumo de alimentos con hierro.

Consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados

Niños de 6 a 11 meses de edad que en el día anterior recibieron alimento rico en hierro o alimento especialmente diseñado para lactantes y niños pequeños y que estaba fortificado con hierro o fortificado de manera casera en el hogar dividido para el total de niños de 6 a 11 meses de edad.

Obtenido de: (OMS, 2007)

2.7 Conocimiento sobre alimentación complementaria por parte de las responsables de la alimentación de los niños.

Es la formación que ha tenido la responsable de la alimentación sobre todos aquellos parámetros que debe cumplir dentro de la alimentación complementaria para el crecimiento y nutrición óptimo del niño.

2.7.1 Introducción de grupos de alimentos por meses de vida, consistencias, tomas y cantidad.

Durante el paso de los años, las recomendaciones acerca de la introducción de grupos de alimentos por meses de vida en la alimentación complementaria han variado. Según MSP (2010), de los 6 a los 8 meses de vida deben consumir verduras como espinaca, zapallo, zanahoria, acelga, espinaca y zambo; frutas como guineo, manzana, pera, papaya, melón y granadilla; cereales como arroz, papa, camote y zanahoria blanca; y el huevo entero se lo puede consumir ya a partir del sexto mes, en frecuencias de 2-3 comidas por día, en cantidades de 2-3 cucharadas, los alimentos deben ser cocidos y su consistencia en forma de puré (Fein, Labiner-Wolfe, Scanlon, & Grummer-Strawn, 2008).

A partir de 9-12 meses de edad, se debe introducir leguminosas como fréjol, lenteja y arveja; carnes de res, pollo e hígado y el huevo de manera completa, estos alimentos se deben encontrar bien cocidos y picados finamente o aplastados, en frecuencia de 3-5 comidas por día y en cantidades de $\frac{3}{4}$ de taza.

De los 11 meses en adelante, se realiza la introducción de frutas cítricas como naranja, limón, maracuyá, mandarina y tamarindo, por otro lado, se introduce la leche entera y sus derivados. Además, el infante se encuentra ya en posibilidades de adaptarse a la dieta familiar, la cual debe contar con 3 comidas principales y dos refrigerios.

2.7.2 Suplementación de la alimentación complementaria mediante grasas saludables.

Eventualmente, una a dos veces por semana, se debe añadir una cucharadita de aceite vegetal crudo a los vegetales, o a las papillas de tubérculos o preparaciones de sal, principalmente para aumentar su valor calórico, también para promover el consumo de ácidos grasos esenciales y para ayudar al aumento de peso en aquellos niños que se encuentran con bajo peso para su edad (del Valle Costa, 2004).

2.7.3 Importancia del consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados en hierro.

Es importante tomar en cuenta que a partir de los 6 a los 11 meses de vida los niños aumentan de peso, a su vez aumenta la masa muscular y hay una gran expansión del volumen sanguíneo, por lo cual esto lleva a que las necesidades de hierro aumenten, debido a que las reservas de hierro del organismo del bebé se agotan a los 6 meses, por lo cual se recomienda que se consuma alimentos fortificados en hierro como los cereales, cárnicos y vegetales de hojas verdes, y acompañarlos de alimentos que permitan mejorar y potencializar su absorción en el organismo del niño (Cuadros et al., 2017).

2.7.4 Lactancia materna frecuente.

La lactancia materna frecuente se refiere a las veces que el niño desee alimentarse a menudo, sin importar horarios o el tiempo que dure la toma de leche materna, cada niño posee su ritmo de amamantamiento y distintos niveles de saciedad. Se debe tomar en cuenta que la cantidad de leche incrementara según el estímulo de succión que promueva el niño (Aguayo et al., 2000).

2.8 Prácticas aplicadas en la alimentación complementaria por parte de las responsables de la alimentación de los niños.

Son todas aquellas acciones que se realizan teniendo un conocimiento previo sobre alimentación complementaria

2.8.1 Prácticas culturales por parte de las responsables de la alimentación del niño.

Las creencias alimentarias resultan ser un conjunto de generalidades que las personas hacen o dicen en relación con los alimentos de los infantes, pero para muchas responsables de la alimentación son parte de una herencia que se trasmite de persona a persona y se forman a partir de experiencias. Es decir que a cada sistema cultural distinto corresponde un sistema alimentario diferente (Moreno Villares, Galiano Segovia, 2013; Rolandi, 2014).

2.8.2 Uso del agua en las preparaciones de alimentación complementaria de los niños.

Para la preparación de los alimentos de los niños es indispensable que exista una correcta utilización del agua, es decir, que el agua sea purificada y completamente inocua como es el agua embotellada o el agua hervida, ya que al ser una población vulnerable los niños de 6 a 11 meses de edad son propensos a infecciones, y al utilizar el agua de manera correcta se previene un sin número de enfermedades por contaminación alimentaria (Shahzad et al., 2014).

2.8.3 Introducción de grupos de alimentos a la alimentación complementaria de los niños.

Para el cumplimiento de una dieta mínima aceptable, las responsables de la alimentación realizan una introducción de alimentos por grupos de alimentos, se considera una dieta mínima aceptable a todos aquellos niños que por lo menos consumen 4 grupos de alimentos o más.

Cuadro N° 4 Grupos de alimentos a introducir.

Edad cumplida	Grupos de alimentos a introducir	Frecuencia	Consistencia
0-6 meses	Lactancia materna exclusiva.	Libre demanda	Líquida
6-7 meses	<p>Cárnicos: Carne (ternera, pollo, pavo, res, cerdo, hígado).</p> <p>Verduras: zanahoria, zuquini, zapallo y zambo.</p> <p>Frutas: Manzana, pera, plátano, guanábana, guayabas no ácidas.</p> <p>Cereales: maíz y cereales libres de gluten.</p>	2-3 veces al día	Purés o papillas
7-8 meses	<p>Cárnicos: Carne (ternera, pollo, pavo, res, cerdo, hígado).</p> <p>Verduras: todo tipo de verduras incluyendo las de hojas verdes.</p> <p>Frutas: Manzana, pera, plátano, guanábana, guayaba, frutas no ácidas.</p>	3 veces al día	Purés, picados finos, alimentos machacados.

	Cereales: maíz y cereales libres de gluten.		
	Leguminosas		
8-12 meses	Cárnicos: Carne (ternera, pollo, pavo, res, cerdo, hígado).	3-4 veces al día	Picados finos y trocitos pequeños
	Verduras: todo tipo de verduras incluyendo las de hojas verdes.		
	Frutas: todo tipo de fruta incluyendo las acidas.		
	Cereales: todo tipo de cereal.		
	Derivados lácteos: (queso, yogurt y otros).		
	Huevo y pescado.		
>12 meses	El niño o niña se incorpora a la dieta familiar.	4-5 veces al día	Trocitos pequeños

Fuente: (Romero-Velarde et al., 2016)

Elaborado: Autores

2.9 Factores que influyen en la alimentación complementaria.

Existen muchos factores que se encuentran influenciando la toma de decisiones en cuanto a la alimentación complementaria, uno de los más importantes es la escolaridad de la responsable de la alimentación, pues si ha llegado a tener una educación avanzada conocerá a cerca de los beneficios y perjuicios de diferentes tipos de alimentos para el niño, mientras que si tiene un nivel bajo de estudio no tendrá los conocimientos suficientes a cerca de la alimentación del mismo (Moreno Villares, Galiano Segovia, 2013). Por otro lado, se encuentra el nivel socioeconómico de

la familia del niño, pues si la misma no posee los recursos para adquirir los alimentos que son necesarios y adecuados para el infante, tendrá una alimentación deficiente o mala, a su vez la cultura y las costumbres que posee la familia son un factor sumamente importante pues el niño se alimentará dependiendo de las creencias. La localización geográfica es otro de los factores relevantes, dependiendo del lugar en donde habite la familia, la disponibilidad y variedad de alimentos que existan por la zona, el niño será alimentado (Gandy, Delgado-Pérez, & Creed-Kanashiro, 2015; Padio, 2012).

2.9.1 Acceso a los alimentos.

Una de las barreras que ha perjudicado para mejorar el estado nutricional que enfrentan los niños de 6 a 11 meses es el acceso a alimentos sanos e inocuos de acuerdo a sus necesidades, ya sea por la situación económica o desconocimiento de cómo se relacionan con el desarrollo del infante (Zapata et al., 2015)

2.9.2 Responsables de la alimentación en edad fértil.

Se considera edad fértil aquella etapa en la que una mujer es capaz de procrear, el rango de edad es de los 15 a los 35 años, además es la edad en la que la mujer se encuentra en condiciones óptimas de quedar embarazada (Gandy et al., 2015).

2.9.3 Nivel de educación en las responsables de la alimentación.

El nivel de escolaridad de las responsables de la alimentación es clave para garantizar que la alimentación del niño pequeño sea acorde a sus necesidades, pero cuando estas son insuficientes debido a dificultades en el acceso a la educación puede generar inconvenientes en el desarrollo normal del infante (OMS, 2003). Aunque se ha visto a través de algunos estudios que, a pesar de

un buen nivel de educación en las responsables, sus conocimientos relacionados con la alimentación complementaria pueden llegar a ser muy efímeros, por lo que la promoción y consejería nutricional acerca de este tema debería realizarse en todos los estratos sociales independientemente de su nivel de educación. Como profesionales de la nutrición es importante educar de la manera más acorde a la necesidades y del contexto poblacional (Santana Porbén & Barreto Penié, 2007).

2.10 Ambiente familiar en la alimentación complementaria.

La introducción de los alimentos de los niños se encuentra relacionada con el entorno familiar, de este va a depender que el infante desarrolle en un futuro buenos o malos hábitos alimentarios, debido a los siguientes factores:

2.10.1 Factores que distraen la atención al momento de alimentar a los niños de 6 a 11 meses.

La adecuación de alimentación complementaria depende no solo de la disponibilidad de alimentos variados en el hogar, sino también de las prácticas de la alimentación de las cuidadoras, en esta etapa los niños se vuelven muy vulnerables ante cualquier factor, por lo tanto, al momento de alimentarse es sumamente importante que exista un ambiente que responda a los signos de hambre que manifiesta el niño y que lo estimula para que coma (Tolosona & Orensanz, 2017). Pero se ha demostrado que existe una problemática grande y es que se encuentran muchos factores que promueven la distracción del infante como mirar programas de televisión los cuales captan toda la atención de los niños y no se concentran en su alimentación, utilizar juguetes los cuales impiden desarrollar la interacción del niño con el alimento, los juegos tecnológicos como el uso de celular y juegos lúdicos que no tengan relación con la alimentación como son los legos y rompecabezas los cuales no permiten que el niño explore o experimente como parte de su

aprendizaje. También está el hecho de permitir que algún otro miembro de la familia como son los hermanos mayores, que roban la atención del niño al momento de comer. Al promover los malos hábitos en los niños se considera que los mismos no llegan a consumir la cantidad adecuada de alimento que llegue a cumplir sus necesidades nutricionales por lo tanto empiezan a generar problemas alimentario-nutricionales a futuro (OMS, 2016; Gandy et al., 2015).

2.10.2 Factores que estimulan el apetito a los niños de 6 a 11 meses.

La alimentación complementaria se la debe considerar como perceptiva, donde la madre o persona encargada de los hábitos alimentarios del niño sea paciente, además debe permitirle interactuar con los alimentos para poder desarrollar las percepciones del mismo, a través de estrategias lúdicas como por ejemplo, la realización de figuras con los alimentos los cuales promuevan que los niños vayan explorando de otra manera la alimentación saludable y ayuden a vayan formando los hábitos alimentarios hacia un futuro (OMS, 2003).

2.11 Operacionalización de variables.

Variable	Definición	Dimensiones	Definición operacional	Indicadores	Escala
Conocimientos sobre alimentación complementaria	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje		-	-	Cualitativa
Prácticas sobre alimentación complementaria	Acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos	-	-	-	Cualitativa
Edad en que empezó la alimentación completaría	Tiempo determinado que comenzó la introducción de alimentos aparte de la lactancia materna	Meses	-	-	Cuantitativa
Escolaridad	Tiempo durante el cual un alumno asiste a una escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Primaria Secundaria Superior	-	Grados de estudio	Cuantitativa Discreta
Estado Civil	Situación de las personas físicas, determinada por sus relaciones de familia que establece ciertos derechos y deberes.	Sotera Unión libre Casada	-	-	Cualitativa
Ingreso económico	Cantidad de dinero que una familia puede gastar en un periodo determinado sin	-	-	-	Cuantitativa

	aumentar ni disminuir sus activos netos					
Ocupación	Lugar empleo o labor que desempeña como sin goce de sueldo	Comerciante Empleado publico Empleado privado	Lugar trabajo de una persona	-		Cualitativa
Edad de la responsable de la alimentación	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual	Años				
Edad de niño	Tiempo trascurrido del nacimiento hasta la fecha actual.	Meses	-	-	-	Cuantitativa Discreta
Problemas de salud	Enfermedades causadas por microorganismos patógenos que llegan a deteriorar el estado de salud.	-	-	-		Cualitativa
Defectos congénitos	Son anomalías funcionales o estructurales que ocurren durante la vida intrauterina que se detectan durante el embarazo, parto o posterior de la vida.	-	-	-		Cualitativa
Número de hijos	Cantidad de hijos que posee una mujer	-	-	-		Cualitativa
Ambiente familiar	Es el primer núcleo donde se establecen las relaciones de los miembros de la familia	-Existen factores que distraen la atención del niño al momento de ingerir alimentos.	-	-		Cualitativa

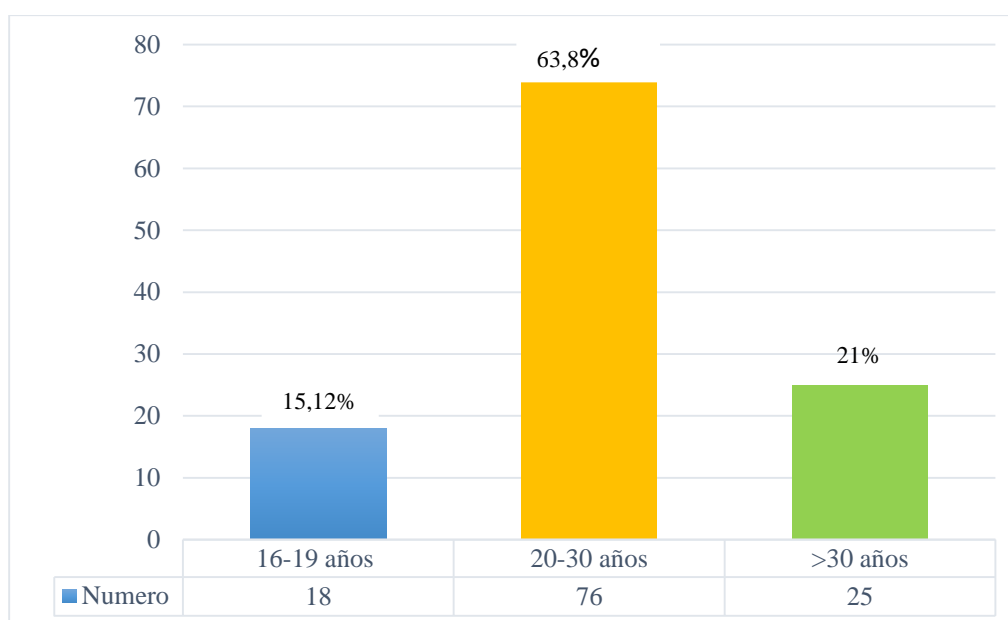
		-El niño cuenta con un ambiente que estimule su apetito			
Acceso alimentos	Capacidad de adquirir alimentos de manera física y económica.	-	-	-	Cualitativa
Diversidad alimentaria mínima	Aquella en la cual, existe un consumo del número mínimo de por lo menos 4 de los 7 grupos alimentarios	Grupo 1 Grupo 2 Grupo 3 Grupo 4 Grupo 5 Grupo 6 Grupo 7	-	-	Cuantitativa
Dieta mínima aceptable	Identificar la proporción en la que el lactante está recibiendo los alimentos en frecuencia, consistencia y variedad apropiada	-	-	-	-
Frecuencia mínima de comidas	Representa el número de comidas que los infantes ingieren en su etapa de introducción de alimentación complementaria por meses de vida	-	-	-	-
Consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados con hierro	conocer la proporción de niños comprendidos en la edad de 6 a 23 meses de edad que está recibiendo alimento	-	-	-	-

	con hierro con fortificados con hierro.				
Alimentación complementaria	Introducción de alimentos líquidos o sólidos que acompañan la lactancia materna o artificial.	-	-	-	Cualitativa

CAPÍTULO III: RESULTADOS.

Luego de haber recolectado los datos de la investigación, los cuales fueron en total de 119 encuestas sobre alimentación complementaria, en el centro de salud “La Rumiñahui”. La encuesta fue aplicada a todas aquellas personas responsables de la alimentación de los niños de 6 a 11 meses de edad que acudían al centro de salud, estos fueron procesados en tablas estadísticas para su mejor comprensión a fin de realizar el análisis e interpretación correspondiente en base al marco teórico.

3.1 Características demográficas del responsable de la alimentación y del niño.

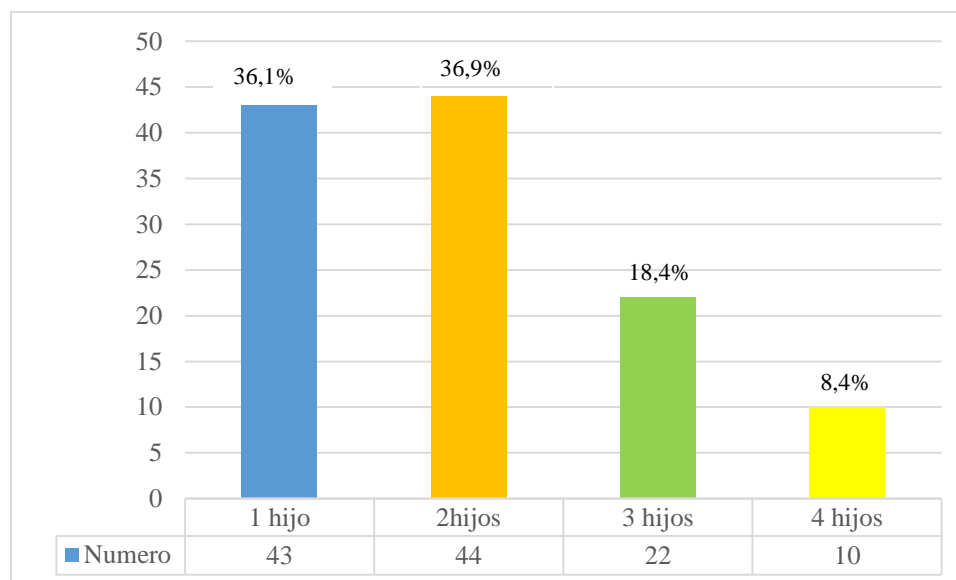


Fuente: (Encuestas aplicadas a las responsables de la alimentación del centro de salud La Rumiñahui)

Elaborado: Autores

Gráfico N° 2 Edad de la responsable de la alimentación.

La edad que predomina del grupo de estudio pertenece al de mujeres jóvenes entre 20 a 30 años, mismas que por su característica propia tienen un conocimiento basado en su experiencia ya vivida y su grado de madurez, el cual les permite tener un criterio mejor formado sobre la alimentación de sus niños y niñas.

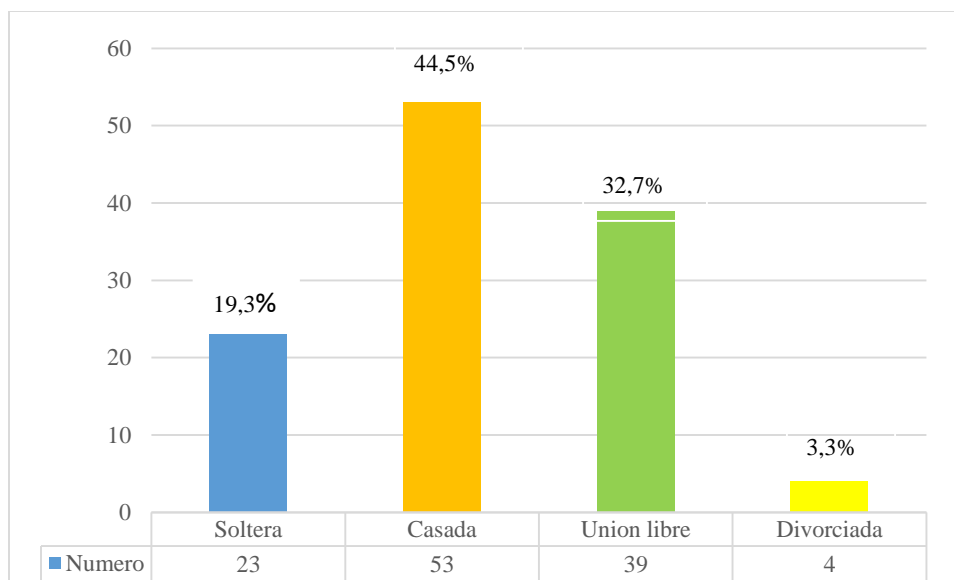


Fuente: (Encuestas aplicadas a las responsables de la alimentación del centro de salud La Rumiñahui)

Elaborado: Autores

Gráfico N° 3 Número de hijos de la responsable de la alimentación.

En la gráfica se pudo observar que la mayoría de las responsables de la alimentación poseen dos o menos hijos dentro de la familia, por lo cual ya tienen antecedentes en el manejo de las prácticas de alimentación complementaria relacionadas con su primer hijo/a.

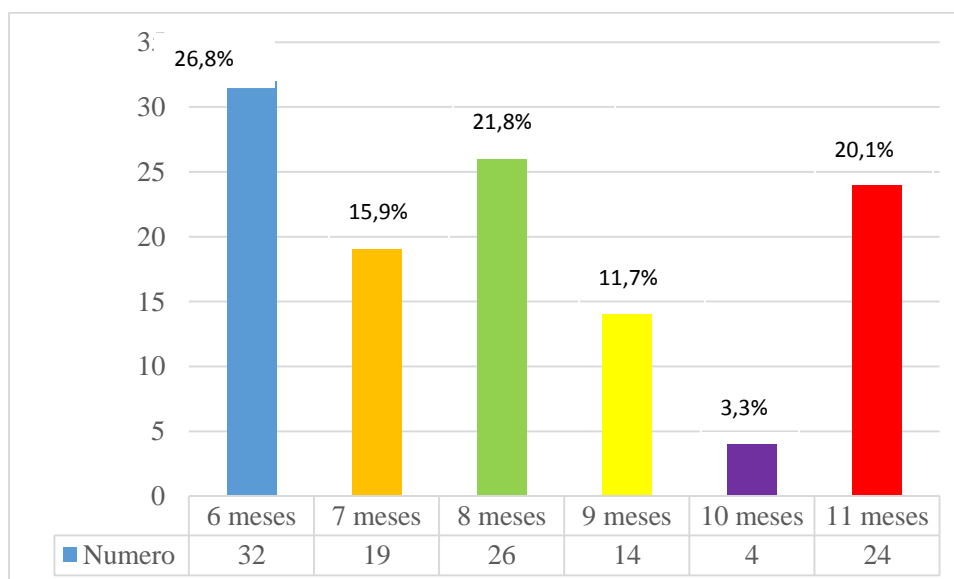


Fuente: (Encuestas aplicadas a las responsables de la alimentación del centro de salud La Rumiñahui)

Elaborado: Autores

Gráfico N° 4 estado civil de la responsable de la alimentación.

El estado civil casadas y unión libre fueron los predominantes en el estudio, lo que implica un compromiso de los padres en esta etapa de la vida del niño, sin embargo, en nuestra población esto no ocurre pues la mujer es la única encargada del cuidado de los infantes, es decir, que los padres no toman aún responsabilidad en la alimentación de los niños.

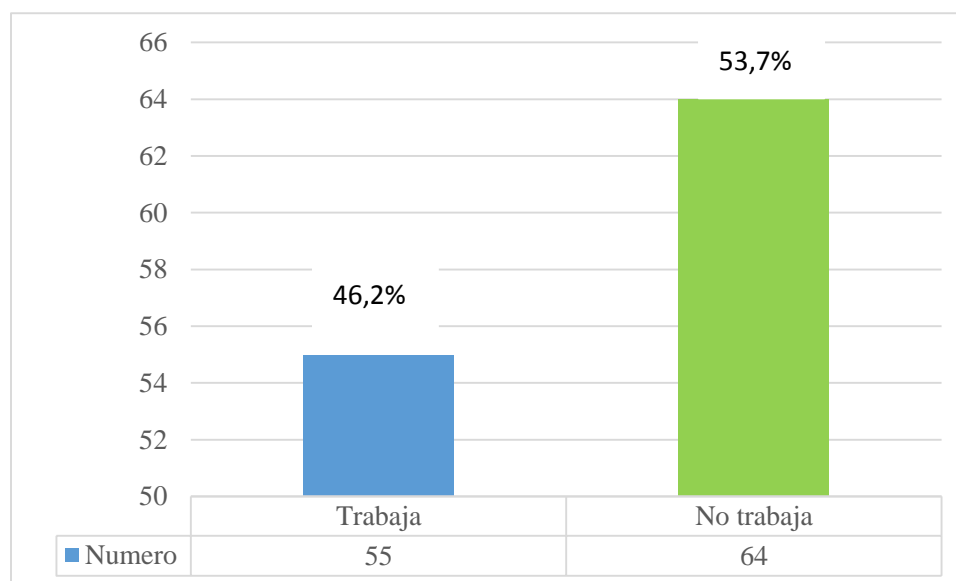


Fuente: (Encuestas aplicadas a las responsables de la alimentación del centro de salud La Rumiñahui)

Elaborado: Autores

Gráfico N° 5 Edad de los niños.

La edad predominante en los niños es de 6 meses, por lo cual las responsables de la alimentación deberían tener conocimientos iniciales acerca de alimentación complementaria, mientras que las de 11 meses deben realizar el proceso de transición a la dieta familiar.



Fuente: (Encuestas aplicadas a las responsables de la alimentación del centro de salud La Rumiñahui)

Elaborado: Autores

Gráfico N° 6 Ocupación de las responsables de la alimentación de los niños.

Se analizó que dentro de las responsables de la alimentación la mayoría no trabajaba, por lo que deberían tener un nivel de conocimiento más alto sobre las etapas de alimentación complementaria que está viviendo su niño, al asumir que pasa más tiempo al cuidado de los menores.

3.2 Conocimiento sobre la alimentación complementaria que recibe el infante.

Por la falta de estudios que permitan evaluar las prácticas de alimentación complementaria adecuadas de los niños de 6 a 23 meses, la OMS, UNICEF y sus aliados, han creado 5 indicadores que son válidos, fiables, medibles y factibles de comprender (Zapata et al., 2015). En base a ellos se ha encuestado si las responsables de la alimentación poseen o no conocimientos y prácticas sobre los indicadores, los cuales se presentan a continuación:

Tabla N° 1 Prácticas y conocimientos de alimentación complementaria

Conocimiento de la responsable de la alimentación sobre cuantas veces se debe alimenta a los 6 meses		
	Número	Porcentaje
No	76	63,9%
Si	43	36.1%
Conocimiento de la responsable de la alimentación sobre los que considera alimentos ricos en Hierro		
No	42	64,7%
Si	77	35,3%
Conocimiento de la responsable de la alimentación sobre la edad de inicio de la alimentación complementaria		
No	40	33,6%
Si	79	66,4%
Práctica de la responsable de la alimentación sobre la diversidad de la dieta que recibe el niño		
No	61	51,3%
Si	58	48,7%
Práctica de la responsable de la alimentación sobre la edad que recibió la primera porción de alimentos sólidos o semi solidos		
Si	70	58,8%
No	49	41,2%
Conocimiento de la responsable de la alimentación sobre definición de alimentación complementaria		
Si	93	78,2%
No	26	21,8%
Práctica de la responsable de la alimentación sobre utilización de agua adecuada a las preparaciones		
Si	97	81,5%
No	22	18,5%

Fuente: (Encuestas aplicadas a las responsables de la alimentación del centro de salud La Rumiñahui)

Elaborado: Autores

Tabla N° 2 Relación entre la escolaridad y el conocimiento sobre el número de veces que se debe alimentar a los 6 meses de la responsable de la alimentación.

			Conocimiento de la responsable de la alimentación sobre cuantas veces se debe alimenta a los 6 meses		Total
			No sabe	Si sabe	
Escolaridad del responsable de la alimentación	Primaria	Recuento	8	3	11
		% dentro de Escolaridad	72,7%	27,3%	100,0%
	Secundaria/superior	Recuento	68	40	108
		% dentro de Escolaridad	63,0%	37,0%	100,0%
Total		Recuento	76	43	119
		% dentro de Escolaridad	63,9%	36,1%	100,0%

Fuente: (Encuestas aplicadas a las responsables de la alimentación del centro de salud La Rumiñahui)

Elaborado: Autores

Se observó que las diferencias en el nivel de escolaridad y su relación con el conocimiento del número de veces que se alimentó por primera vez al niño a los 6 meses, no es estadísticamente significativo $p= 0.52$.

Tabla N° 3 Relación entre la escolaridad y el conocimiento de la responsable de la alimentación sobre los que considera alimentos ricos en Hierro.

		Conocimiento de la responsable de la alimentación sobre los		Total
--	--	---	--	-------

			que considera alimentos ricos en Hierro		
			Si	No	
Escolaridad del responsable de la alimentación	Primaria	Recuento	5	6	11
		% dentro de Escolaridad	45.5%	54.5%	100.0%
	Secundaria/superior	Recuento	72	36	108
		% dentro de Escolaridad	66.7%	33.3%	100.0%
Total		Recuento	77	42	119
		% dentro de Escolaridad	64.7%	35.3%	100.0%

Fuente: (Encuestas aplicadas a las responsables de la alimentación del centro de salud La Rumiñahui)

Elaborado: Autores

Dentro de la relación establecida entre las variables se puede decir que la escolaridad de la responsable no influye en que sepan si deben o no consumir alimentos ricos en hierro, pero las responsables no conocen el motivo por el cual es importante el consumo de estos alimentos, no es estadísticamente significativo $p= 0.160$.

Tabla N° 4 Relación entre la escolaridad y el conocimiento de la responsable de la alimentación sobre la edad de inicio de la alimentación complementaria.

			Conocimiento de la responsable de la alimentación sobre la edad de inicio de la alimentación complementaria		Total
			No sabe	Si sabe	
Escolaridad del responsable de la alimentación	Primaria	Recuento	6	5	11
		% dentro de Escolaridad	54,5%	45,5%	100,0%

	Secundaria/superior	Recuento	34	74	108
		% dentro de Escolaridad	31,5%	68,5%	100,0%
Total		Recuento	40	79	119
		% dentro de Escolaridad	33,6%	66,4%	100,0%

Fuente: (Encuestas aplicadas a las responsables de la alimentación del centro de salud La Rumiñahui)

Elaborado: Autores

Al establecer una relación entre las variables se puede decir que, la escolaridad no influye en la edad de inicio de la alimentación complementaria, debido a que tienen recomendaciones pediátricas previas, no es estadísticamente significativo $p=0.12$.

Tabla N° 5 Relación entre el ingreso económico familiar y las prácticas de la responsable de la alimentación sobre la diversidad de la dieta que recibe el niño.

		Práctica de la responsable de la alimentación sobre la diversidad de la dieta que recibe el niño			
			Frutas y verduras	Frutas, cereales, verduras, carnes, lácteos, grasas y azúcares	Total
Ingreso económico familiar	Menos de 100 hasta 500	Recuento	49	43	92
		% dentro de Ingreso	53,2%	46,8%	100.0%
	De 600 a 1000 o mas	Recuento	12	15	27
		% dentro de Ingreso	44,4%	55,5%	100.0%
Total		Recuento	61	58	119
		% dentro de Ingreso	51,3%	48,7%	100.0%

Fuente: (Encuestas aplicadas a las responsables de la alimentación del centro de salud La Rumiñahui)

Elaborado: Autores

Al establecer una relación entre las variables se puede decir que, el ingreso económico si influye en la diversidad de la dieta que recibe el niño puesto que a mayor ingreso económico familiar mayor es la diversidad de alimentos, no obstante, la diferencia es mínima, no es estadísticamente significativo $p= 0.42$.

Tabla N° 6 Relación entre la escolaridad y las prácticas de la responsable de la alimentación sobre la edad que recibió la primera porción de alimentos sólidos o semi sólidos.

			Práctica de la responsable de la alimentación sobre la edad que recibió la primera porción de alimentos sólidos o semi sólidos		Total
			Si sabe	No sabe	
Escolaridad del responsable de la alimentación	Primaria	Recuento	7	4	11
		% dentro de Escolaridad	63,6%	36,4%	100,0%
	Secundaria/superior	Recuento	63	45	108
		% dentro de Escolaridad	58,3%	41,7%	100,0%
Total		Recuento	70	49	119
		% dentro de Escolaridad	58,8%	41,2%	100,0%

Fuente: (Encuestas aplicadas a las responsables de la alimentación del centro de salud La Rumiñahui)

Elaborado: Autores

Al establecer una relación entre las variables se puede decir que, la escolaridad no influye en las prácticas de introducción de la primera porción de alimentos sólidos, semi sólidos, pues tanto las responsables que tiene educación primaria, secundaria y superior la realizan de manera correcta. no es estadísticamente significativo $p= 0.73$.

Tabla N° 7 Relación entre la escolaridad y el conocimiento de la responsable de la alimentación sobre definición de alimentación complementaria.

		Conocimiento de la responsable de la alimentación sobre definición de alimentación complementaria			Total
			No sabe	Si sabe	
Escolaridad del responsable de la alimentación	Primaria	Recuento	2	9	11
		% dentro de Escolaridad	18,2%	81,8%	100,0%
	Secundaria/superior	Recuento	24	84	108
		% dentro de Escolaridad	22,2%	77,8%	100,0%
Total		Recuento	26	93	119
		% dentro de Escolaridad	21,8%	78,2%	100,0%

Fuente: (Encuestas aplicadas a las responsables de la alimentación del centro de salud La Rumiñahui)

Elaborado: Autores

En la relación establecida de las variables se puede decir que, la escolaridad no influye en el conocimiento de lo que es alimentación complementaria, ya que en el centro de salud si se les instruye sobre el tema, no es estadísticamente significativo $p= 0.75$.

Tabla N° 8 Relación entre los problemas de salud y la práctica de la responsable de la alimentación sobre utilización de agua adecuada a las preparaciones.

		Práctica de la responsable de la alimentación sobre utilización de agua adecuada a las preparaciones		Total
		Si sabe	No sabe	

Problemas de salud	Si tiene	Recuento	59	13	72
		% dentro de Problemas de salud	81,9%	18,1%	100,0%
	No tiene	Recuento	38	9	47
		% dentro de Problemas de salud	80,9%	19,1%	100,0%
Total		Recuento	97	22	119
		% dentro de Problemas de salud	81,5%	18,5%	100,0%

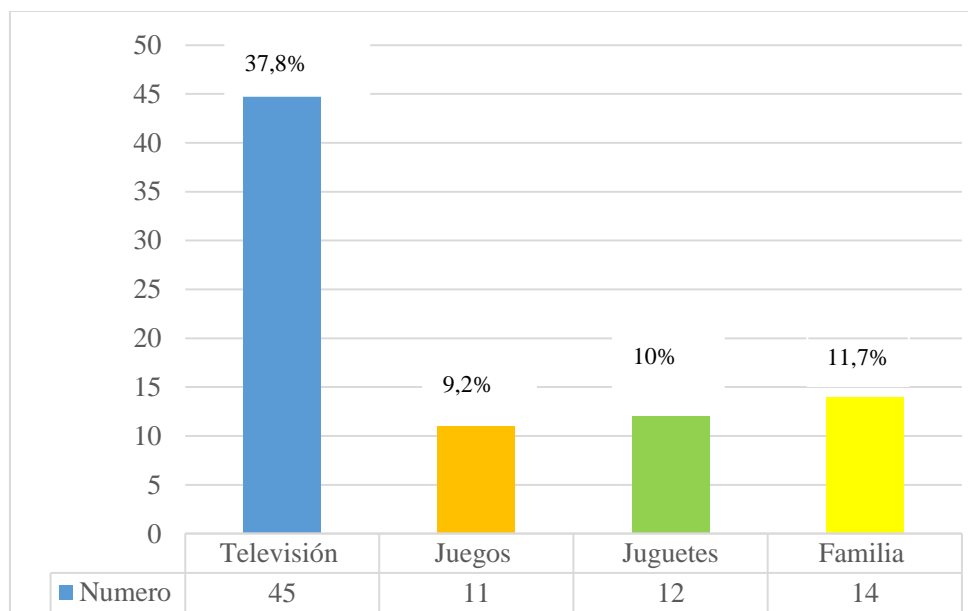
Fuente: (Encuestas aplicadas a las responsables de la alimentación del centro de salud La Rumiñahui)

Autores: Nathalie Cárdenas & Katherine Paredes

Al establecer una relación entre las variables se puede decir que, las responsables de la alimentación si realizan buenas prácticas de utilización del agua, pero los problemas de salud de los niños no se encuentran relacionados con esta, pueden darse por otras malas prácticas de higiene. no es estadísticamente significativo $p= 0.88$.

3.3 Factores que influyen el conocimiento sobre la alimentación complementaria que recibe el infante.

Es importante tomar en cuenta que según el medio en el que se desarrolla la alimentación complementaria de los infantes existirán muchos factores que influenciaron de manera positiva o negativa la misma, por esta razón se presenta a continuación una tabla en la que se explica cuáles son los factores que más influyen dentro de la población estudiada y en base la encuesta aplicada:

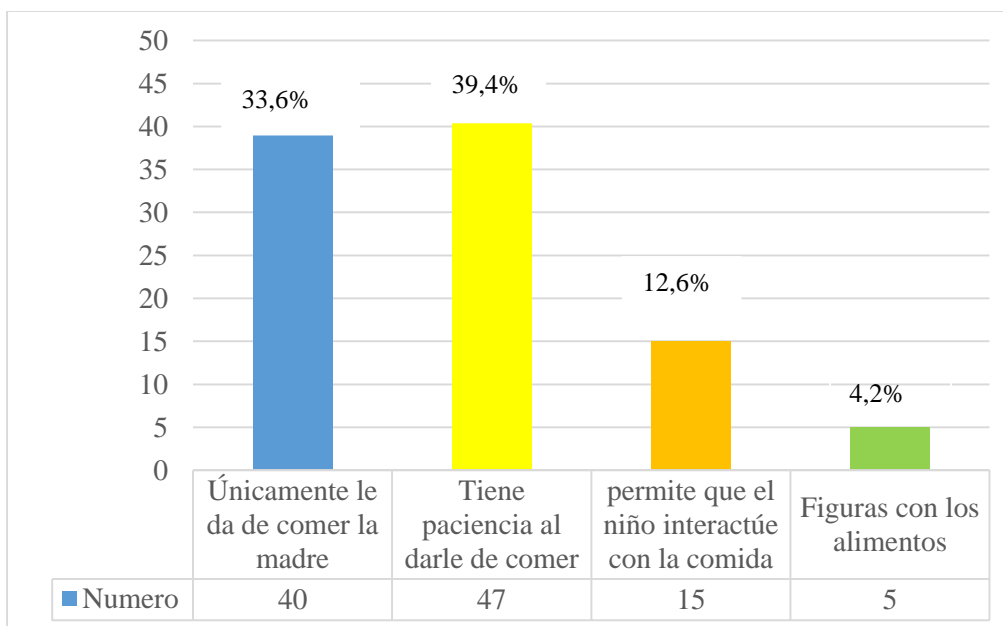


Fuente: (Encuestas aplicadas a las responsables de la alimentación del centro de salud La Rumiñahui)

Elaborado: Autores

Gráfico N° 7 Factores que distraen a atención del niño.

De acuerdo con los factores que distraen la atención del niño al momento de alimentarse, la televisión es el factor preponderante, no obstante, los otros factores también influyen, pero en menor frecuencia. Se analizarán uno por uno a partir de la tabla N°13 hasta la N°16.



Fuente: (Encuestas aplicadas a las responsables de la alimentación del centro de salud La Rumiñahui)

Elaborado: Autores

Gráfico N° 8 Ambiente que estimula el apetito del niño.

De acuerdo con el ambiente que estimula el apetito del niño se puede decir que las responsables de la alimentación, tiene paciencia con los niños al momento de darles de comer y también son solo ellas las encargadas de la alimentación de estos. Se analizarán una por una por una a partir de la tabla N°17 hasta N°20.

Tabla N° 9 Relación entre la ocupación del responsable de la alimentación del niño y los factores que distraen la atención del niño (Televisión).

Ocupación del responsable de la	Si trabaja	Recuento % dentro de Ocupación del	Factores que distraen la atención del niño Televisión		Total
			Si	No	
			22 48,8%	3 6,6%	25 100,0%

alimentación del niño	responsable de la alimentación del niño			
		No trabaja	Recuento	% dentro de Ocupación del responsable de la alimentación del niño
		13	7	20
		28,8%	15,5%	100,0%
Total		34	10	45
		77,7%	22,2%	100,0%

Fuente: (Encuestas aplicadas a las responsables de la alimentación del centro de salud La Rumiñahui)

Elaborado: Autores

La televisión es lo que más les distrae porque, en la actualidad la responsable de la alimentación engaña o distrae al niño con programación animada de la televisión, con el objetivo de hacerle comer más rápido sin que él se dé cuenta de q alimentos está comiendo, no es estadísticamente significativo $p= 0.11$.

Tabla N° 10 Relación entre la ocupación del responsable de la alimentación del niño y los factores que distraen la atención del niño (Juegos).

Ocupación del responsable de la alimentación del niño		Factores que distraen la atención del niño		Total
		Juegos		
		Si	No	
Si trabaja	Recuento	6	2	8
	% dentro de Ocupación del responsable de la alimentación del niño	54,5%	18,1%	100,0%
No trabaja	Recuento	2	1	3
	% dentro de Ocupación del responsable de la alimentación del niño	18,1%	9%	100,0%
Total	Recuento	8	3	11
	% dentro de Ocupación del	72,5%	27,1%	100,0%

responsable de la
alimentación del niño

Fuente: (Encuestas aplicadas a las responsables de la alimentación del centro de salud La Rumiñahui)
Elaborado: Autores

Las responsables que trabajan utilizan en mayor porcentaje los juegos al momento de alimentar a los niños debido al menor tiempo disponible para estar con ellos, por el contrario, las responsables que no trabajan si utilizan juegos, pero es en menor porcentaje o frecuencia ya que el tiempo que ellas tienen para dedicarle a los menores es mayor, no son estadísticamente significativa $p= 0.02$.

Tabla N° 11 Relación entre la ocupación del responsable de la alimentación del niño y los factores que distraen la atención del niño (Juguetes)

			Factores que distraen la atención del niño		Total
			Juguetes		
			Si	No	
Ocupación del responsable de la alimentación del niño	Si trabaja	Recuento	6	2	8
		% dentro de Ocupación del responsable de la alimentación del niño	50%	16,6%	100,0 %
	No trabaja	Recuento	3	1	4
		% dentro de Ocupación del responsable de la alimentación del niño	25%	8,3%	100,0 %
Total		Recuento	9	3	12
		% dentro de Ocupación del responsable de la alimentación del niño	75%	25%	100,0 %

Fuente: (Encuestas aplicadas a las responsables de la alimentación del centro de salud La Rumiñahui)
Autores: Nathalie Cárdenas & Katherine Paredes

Al establecer una relación entre la ocupación y los factores que distraen la atención de los niños, teniendo a los juguetes como último factor distractor se puede decir que las responsables

que más lo utilizan como recurso son aquellas responsables que si trabajan, no son estadísticamente significativa $p= 0.03$.

Tabla N° 12 Relación entre la ocupación del responsable de la alimentación del niño y los factores que distraen la atención del niño (Hermanos).

			Factores que distraen la atención del niño Hermanos		Total
			Si	No	
Ocupación del responsable de la alimentación del Niño	Si trabaja	Recuento	6	4	10
		% dentro de Ocupación del responsable de la alimentación del niño	35,7%	28,4%	100,0 %
	No trabaja	Recuento	2	2	4
		% dentro de Ocupación del responsable de la alimentación del niño	14,2%	14,2%	100,0 %
Total		Recuento	8	6	14
		% dentro de Ocupación del responsable de la alimentación del niño	49,9%	42,6%	100,0 %

Fuente: (Encuestas aplicadas a las responsables de la alimentación del centro de salud La Rumiñahui)

Elaborado: Autores

Siendo los hermanos uno de los principales factores de distracción dentro de la familia se puede decir que, la ocupación de la responsable no juega un rol relevante ya que no existe un control hacia los otros hijos al momento de alimentar a los menores por lo que no son estadísticamente significativa $p= 0.04$.

Tabla N° 13 Relación entre la ocupación del responsable de la alimentación del niño y los factores que estimulen el apetito del niño – Solo come con la madre del niño.

			Factores que estimulen el apetito del niño Solo come con la madre		Total
			Si	No	
			Ocupación del responsable de la alimentación del niño	Si trabaja	
	No trabaja	Recuento % dentro de Ocupación del responsable de la alimentación del niño	21 72,41%	8 27,58%	29 100,0 %
Total		Recuento % dentro de Ocupación del responsable de la alimentación del niño	40 78,43%	11 21,56%	51 100,0 %

Fuente: (Encuestas aplicadas a las responsables de la alimentación del centro de salud La Rumiñahui)

Elaborado: Autores

Al momento de alimentar a los menores crean un vínculo afectivo, ya sea la madre o la responsable quien se encarga de ella, además no se ve influenciado por la ocupación porque las responsables o las madres procuran darse un tiempo para alimentarlo y sobre todo que se vayan creando hábitos saludables, pero no es estadísticamente significativo $p= 0.20$.

Tabla N° 14 Relación entre la ocupación del responsable de la alimentación del niño y los factores que estimulen el apetito del niño – Tiene paciencia al dar de comer

			Factores que estimulen el apetito del niño Tiene paciencia al dar de comer		Total
			Si	No	
			Ocupación del responsable de la alimentación del niño	Si trabaja	

No trabaja	Recuento	22	8	30
	% dentro de Ocupación del responsable de la alimentación del niño	73,33%	26,66%	100,0%
Total	Recuento	47	11	58
	% dentro de Ocupación del responsable de la alimentación del niño	81,03%	6,38%	100,0%

Fuente: (Encuestas aplicadas a las responsables de la alimentación del centro de salud La Rumiñahui)

Elaborado: Autores

En cuanto al factor que hace referencia al tener paciencia a la hora de comer, se puede observar que independientemente de si tienen ocupación la mayoría lo realiza, pero no es estadísticamente significativo $p= 0.23$.

Tabla N° 15 Relación entre la ocupación del responsable de la alimentación del niño y los factores que estimulen el apetito del niño – Permite que el niño interactúe con los alimentos

		Factores que estimulen el apetito del niño		Total	
		Permite que el niño interactúe con los alimentos			
		Si	No		
Ocupación del responsable de la alimentación del niño	Si trabaja	Recuento	6	3	9
		% dentro de Ocupación del responsable de la alimentación del niño	66,6%	33,33%	100,0%
	No trabaja	Recuento	9	8	17
		% dentro de Ocupación del responsable de la alimentación del niño	52,94%	42,05%	100,0%
Total		Recuento	15	11	26
		% dentro de Ocupación del responsable de la alimentación del niño	57,69%	42,30%	100,0%

Fuente: (Encuestas aplicadas a las responsables de la alimentación del centro de salud La Rumiñahui)

Elaborado: Autores

La interacción del niño con los alimentos es uno de los factores que ayudan al desarrollo, psicomotriz, sin que intervenga las actividades que realiza la responsable, no es estadísticamente significativa $p= 0.10$.

Tabla N° 16 Relación entre la ocupación del responsable de la alimentación del niño y los factores que estimulen el apetito del niño – Figuras con los alimentos

			Factores que estimulen el apetito del niño		Total
			Figuras con los alimentos		
			Si	No	
Ocupación del responsable de la alimentación del niño	Si trabaja	Recuento	1	3	4
		% dentro de Ocupación del responsable de la alimentación del niño	25%	75%	100,0 %
	No trabaja	Recuento	4	8	12
		% dentro de Ocupación del responsable de la alimentación del niño	33,33%	66,66%	100,0 %
Total		Recuento	5	11	51
		% dentro de Ocupación del responsable de la alimentación del niño	31,25%	68,75%	100,0 %

Fuente: (Encuestas aplicadas a las responsables de la alimentación del centro de salud La Rumiñahui)

Elaborado: Autores

Este factor es uno de los que menos utilizan las responsables, debido a que no consideran que realizar figuras con los alimentos ayudara a los niños a relacionarse de mejor manera con sus comidas y la disfrutarlas. No es estadísticamente significativo $p = 0.20$.

3.4 Acceso a los alimentos de los responsables de la alimentación.

Tabla N° 17 Relación entre el ingreso económico familiar y el número de veces que se realiza compras de alimentos en el hogar

			Número de veces que se realiza compras de alimentos en el hogar		Total
			1 vez a la semana hasta 3 veces a la semana	1 vez cada 15 días hasta 1 vez al mes	
Ingreso económico familiar	Menos de 100 hasta 500	Recuento % dentro de Ingreso	57 62,0%	35 38,0%	92 100,0%
	De 600 a 1000 o mas	Recuento % dentro de Ingreso	19 70,4%	8 29,6%	27 100,0%
Total		Recuento % dentro de Ingreso	76 63,9%	43 36,1%	119 100,0%

Fuente: (Encuestas aplicadas a las responsables de la alimentación del centro de salud La Rumiñahui)

Elaborado: Autores

En la relación establecida entre el ingreso económico familiar con el número de veces que se realizan compras en el hogar, se obtuvo como resultado que 57(62%) responsables de la alimentación que tienen un ingreso económico mucho más bajo pero que realizan con mucha más frecuencia la compra de los alimentos para la alimentación de los niños, por esta razón se puede decir que no son estadísticamente significativo $p= 0.42$.

CAPITULO IV: DISCUSIÓN.

Dentro de los resultados obtenidos, podemos afirmar que la mayoría de las responsables de la alimentación pertenecen al grupo etario de mujeres en edad fértil; predominó el nivel de escolaridad secundario y superior; con respecto a la ocupación, las responsables no trabajan; y en

cuanto al estado civil la mayoría se encontraban casadas o en unión libre. En el estudio de Quintana, Beñacar, & L (2006), se identificó las mismas características descritas anteriormente, con la única diferencia en cuanto a la ocupación, si trabajan; y el estado civil, en unión libre.

Otra similitud encontrada con el estudio de Sáenz-Lozada & Camacho-Lindo (2007), es que el conocimiento que poseen sobre alimentación complementaria es empírico; con la diferencia que tanto hombres como mujeres están a cargo del cuidado de los menores, mientras que en nuestro estudio quienes están a cargo son solo mujeres.

Se esperaría que el nivel de escolaridad de las responsables este estrechamente relacionado con mejores prácticas de alimentación complementaria, pero según los resultados de García (2014) & Zuleta (2007) podemos ver que esta relación no existe. Se evidenció que, pese a tener un mayor nivel de instrucción de escolaridad, las prácticas y conocimientos de alimentación complementaria no marcan una gran diferencia con respecto a las responsables que poseen un bajo nivel de escolaridad; de la misma forma podemos corroborar esta información gracias a los resultados obtenidos en nuestro estudio. Cabe destacar un mejor nivel de instrucción genera un mejor nivel de comprensión en las responsables.

Como este estudio está basado en los indicadores de la OMS (OMS & OPS, 2016), a continuación, se realiza una comparación de cada uno de los indicadores para identificar su cumplimiento.

Con respecto al indicador de introducción de alimentos sólidos, semi sólidos o suaves; en el presente estudio, se vio que esta práctica si se cumplió en un 58,8%, además esto también se evidenció en la atención de consulta externa del centro de salud en el área de Nutrición Humana, pues las madres si conocían la edad a la que deben introducir los alimentos. De igual manera en el

estudio de Zapata, Fortino, Palmucci & Padros (2015), el cumplimiento de este indicador fue de 71%, demostrando que la edad de inicio de la alimentación complementaria es un conocimiento básico que poseen las madres y responsables de la alimentación (Zuleta, 2007).

En cuanto al cumplimiento del indicador de diversidad alimentaria mínima, en el presente estudio existió el cumplimiento de un 51,3%, mientras que en el estudio de Fidel, Zúñiga, Holguín, Mamián, & Noguera (2017), se cumplió este indicador en un 45%, con esto podemos decir que, diversidad alimentaria no está relacionada directamente con el ingreso económico que posee una familia, ya que independientemente del ingreso, las características de diversidad de la dieta están influenciadas por la priorización que brindan las responsables de la alimentación de los niños frente a otros miembros de la familia.

El indicador de frecuencia mínima de comidas, en este estudio existió un cumplimiento del 63,9%, mientras que en el estudio de Zapata, Fortino, Palmucci & Padros (2015), se cumplió con un 74,5%, es decir las responsables de este estudio tienen conocimientos adecuados sobre el número de veces que deben alimentar a los menores, debido a que en algún momento han recibido indicaciones previas sobre alimentación complementaria, pero no necesariamente por parte del personal de nutrición que domina y conoce el tema. Ya que se pudo evidenciar que este conocimiento no tenía las especificaciones por meses de edad, para cumplir fielmente con las recomendaciones establecidas por la OMS.

Otro cumplimiento importante que identificamos es el indicador de consumo de alimentos ricos en hierro o fortificados en hierro, el cual en el presente estudio sí se cumplió en un 64,7%, las madres y las responsables saben que tienen que darles alimentos ricos en hierro, debido a que adquieren esta información en los controles médicos como parte de los programas de atención infantil, mas no reciben una educación o consejería sobre la razón y la importancia del consumo

de este mineral para el desarrollo óptimo del infante. En comparación al estudio de Cerro, Zeunert, Simmer & Daniels (2002), en donde obtuvieron un resultado de un 66%, podemos ver que el porcentaje de cumplimiento es similar al obtenido en nuestro estudio con la diferencia de que los responsables evaluados tienen un amplio conocimiento de la razón y los beneficios del consumo del hierro.

Finalmente, para concluir con el análisis de estos indicadores está el indicador de dieta mínima aceptable, que existió un cumplimiento de 64,3%, debido a que el porcentaje de cumplimiento de los indicadores de diversidad alimentaria mínimas y frecuencia de comidas mínima es mayor al 50%, lo que garantizara un estado nutricional con aportes adecuados, mientras que en el estudio de Ramsay (2004), existe un cumplimiento del 42%

Acercas de los factores que distraen la atención de los menores en la alimentación, tenemos a la televisión con un 37,8%, siendo el porcentaje más alto, dado que las responsables al encontrarse realizando actividades cotidianas, utilizan como medio de ayuda para entretenerlos sin tomar en cuenta que los programas son poco educativos y no permiten su desarrollo intelectual (Zapata et al., 2015). Por otra parte, con un 11,7%, se encuentran los hermanos puesto que al momento de la alimentación son quienes perturban a los niños y no les permiten alimentarse con tranquilidad. Al comparar con la guía de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO, 2006) se conoce que los niños de 6-11 meses no deberían tener ningún factor distractor al momento de alimentarse, en caso de que las responsables necesiten utilizar uno de ellos, su fin debe educativo.

Otro hallazgo del estudio sobre los factores que estimulan el apetito, fue que la alimentación de los niños es brindada únicamente por parte de las responsables, además de la paciencia que poseen al darles de comer, acompañado de una interacción de los alimentos y que

su presentación sea lúdica. De la misma forma hace énfasis la FAO (2006), de la importancia de la estimulación en la alimentación para adicionar mejores prácticas que puedan crear hábitos alimentarios adecuados.

CONCLUSIONES.

- Respecto a las prácticas de alimentación complementaria, las responsables de la alimentación de las niñas y niños cumplen los 5 indicadores de la OMS.
- Las encuestas corroboran que las responsables aplican las prácticas de alimentación complementaria, sin embargo, por falta de los conocimientos se generan problemáticas de salud a nivel cognitivo y nutricional.
- A pesar de contar con ciertos factores (televisión, hermanos, juegos, juguetes) que intervienen negativamente, el ambiente familiar en el que se desarrolla el niño estimula su apetito.
- El ingreso económico de las familias no interviene en la diversidad de la dieta que posee el niño, porque dentro del hogar se prioriza la alimentación infantil.
- La escolaridad no influye en la introducción de la alimentación complementaria, debido a que existen creencias familiares, o se basan en las experiencias vividas por ellas mismas.
- Dentro de la población de estudio la edad que predominó en las responsables de la alimentación de los niños fue de 20-30 años, las mismas que tenían un estado civil de casadas o en unión libre y tenían dos hijos, además en su mayoría no trabajaban, por otro lado, la edad de los infantes que predominó fue de 6 meses y de 11 meses.

RECOMENDACIONES.

- Como futuras nutricionistas consideramos que es importante aumentar la educación consiente sobre alimentación complementaria, a través de los programas establecidos por el gobierno por medio del Ministerio de Salud Pública, el cual está encargado de garantizar la salud de los menores de 2 años, como es el monitoreo de los 1000 días, en todas aquellas personas que tengan niños de los 6-11 ya que son más susceptibles y por lo tanto pueden tener más problemas nutricionales.
- Al ser una generación tecnológica se debería utilizar a la misma de manera positiva generando un ambiente óptimo para el niño tanto psicológico como alimentario, es decir colocar en la televisión programas sobre alimentos, hacerles juegos educativos con los alimentos y darles una atención personalizada cuando los niños se alimenten.
- Se debe aprovechar la capacidad económica que posee un hogar al momento de realizar compras, la canasta familiar debe poseer todos los grupos de alimentos para de esa manera asegurar una diversidad en la dieta del infante y de la familia en general.
- se debe sensibiliza tanto a padres como madres sobre la importancia del trabajo en conjunto, al momento de realizar la introducción de los alimentos en los niños ya que mientras exista mayor interés tanto del padre como de la madre se puede asegurar un mejor estado nutricional de niño.
- Una mayor promoción de salud en alimentación complementaria, debería existir un monitoreo sobre los conocimientos y una vigilancia sobre las practicas realizadas en el mismo.

REFERENCIAS.

- (UN), U. N. (2008). Relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que asisten al Consultorio de CRED , en el C . S . Conde de la. *Universidad Nacional*, 2(1), 18–30.
- Aggarwal, A., Verma, S., Faridi, M. M. A., & Dayachand. (2008). Complementary feeding - Reasons for inappropriateness in timing, quantity and consistency. *Indian Journal of Pediatrics*, 75(2), 49–53. <https://doi.org/10.1007/s12098-008-0006-9>
- Aguayo, J., Serrano, P., Calero, C., Martinez, A., Rello, C., & Monte, C. (2000). Lactancia materna La lactancia materna ya no supone, 85, 2–5. Retrieved from http://www.aeped.es/sites/default/files/8-lm_andalucia.pdf
- Aguilar Liendo, A. M., San Miguel, J. L., Alejo, J., Fuentes, C., Ibiert, G., Urteaga, N., & Maruska, M. (2015). Obesidad infantil en municipios rurales de altura. *Cuadernos Hospital de Clínicas*, 56(1), 20–26. Retrieved from http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S1652-67762015000100003&script=sci_abstract
- Armstrong, J., Abraham, E. C., Squair, M., Brogan, Y., & Merewood, A. (2014). Exclusive Breastfeeding, Complementary Feeding, and Food Choices in UK Infants. *Journal of Human Lactation*, 30(2), 201–208. <https://doi.org/10.1177/0890334413516383>
- Cuadros, C., Luna, M., Montijo, E., Mondragon, F., Cadena, J., Cervantes, R., ... Ramirez, J. (2017). Actualidades en alimentación complementaria. *Pedriatria Mexico*, 38(3), 182–201. Retrieved from <http://www.scielo.org.mx/pdf/apm/v38n3/2395-8235-apm-38-03-0182.pdf>

del Valle Costa, M. (2004). Paso a paso, 8.

Fein, S., Labiner-Wolfe, J., Scanlon, K., & Grummer-Strawn, L. (2008). Selected Complementary Feeding Practices and Their Association With Maternal Education. *Pediatrics*, *122*(Supplement), S91–S97. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-13151>

Fidel, M., Zúñiga, S., Holguín, C., Mamián, A. M., & Noguera, M. D.-. (2017). Conocimientos maternos sobre alimentación complementaria en Latinoamérica : revisión narrativa Maternal knowledge about complementary feeding in Latin America : a narrative review, *19*(2), 20–28.

Gandy, D., Delgado-Pérez, D., & Creed-Kanashiro, H. (2015). Estrategias empleadas por las madres durante el proceso de alimentación en niños de 6 a 24 meses de dos comunidades rurales de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental Y Salud Publica*, *32*(3), 440–448. Retrieved from <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v32n3/a05v32n3.pdf>

Garibay, V.-. (2005). Alimentación Complementaria en el primer año de vida. En: La Salud del niño y el adolescente., 18–27.

Ministerio de Salud Publica (MSP). (2012). Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS - FCI). *Ministrerio de Salud Publica Del Ecuador*, *2*, 64–72. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Moreno Villares, Galiano Segovia, D. S. (2013). Alimentación complementaria dirigida por el bebé (« baby-led weaning »). ¿ Es una aproximación válida a la introducción de nuevos alimentos en el lactante ?, *71*(4), 99–103.

OMS. (2003). Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. *Oms-*

Unicef, 37. [https://doi.org/ISBN 92 4 356221 5](https://doi.org/ISBN%2092%204%20356221%205)

OMS. (2007). *Indicadores para evaluar las practicas de alimentacion del lactante y del niño pequeño* (OMS). Francia. Retrieved from http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241596664/es/

OMS, & OPS. (2016). *PANORAMA panorama de la seguridad alimentaria y nutricional*.

Organització Mundial de la Salut. (2008). Conclusiones de la reunión de consenso llevada a cabo 6 al 8 de noviembre de 2007 en Washington, DC, EE.UU. *Indicadores Para Evaluar Las Prácticas de Alimentación Del Lactante Y Del Niño Pequeño*, 27.

Pardio, J. (2012). Alimentación complementaria del niño de seis a 12 meses de edad. *Acta Pediatrica de Mexico*, 33(2), 80–88. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.06.003>

Qasem, W., Fenton, T., & Friel, J. (2016). Age of introduction of first complementary feeding for infants: A systematic review. *World Review of Nutrition and Dietetics*, 114, 64. <https://doi.org/10.1159/000441922>

Quintana, L. P., Beñacar, A. A., & L, F. M. B. (2006). Desnutrición infantil , salud y pobreza : intervención desde un programa integral, 21(4), 533–541.

Rolandi, M. C. (2014). Creencias , prácticas alimentarias maternas y estado nutricional de niños de 6 a 24 meses. *Universidad FASTA*, (1). Retrieved from http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/488/2014_N_003.pdf?sequence=1

Romero-Martínez, M., Shamah-Levy, T., Franco-Núñez, A., Villalpando, S., Cuevas-Nasu, L., Gutiérrez, J. P., & Rivera-Dommarco, J. A. (2013). [National Health and Nutrition Survey

2012: design and coverage]. *Salud Publica Mex*, 55(Suppl 2), S332–S340.

Romero-Velarde, E., Villalpando-Carrizosa, S., Pérez-Lizaur, A. B., Iracheta-Gerez, M. de la L., Alonso-Rivera, C. G., López-Navarrete, G. E., ... Pinacho-Velázquez, J. L. (2016). Consenso para las prácticas de alimentación complementaria en lactantes sanos. *Boletín Médico Del Hospital Infantil de Mexico*, 73(5), 338–356. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2016.06.007>

Sáenz-Lozada, M., & Camacho-Lindo, Á. (2007). Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá. *Revista de Salud Pública*, 9(4), 587–594. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642007000400011>

Santana Porbén, S., & Barreto Penié, J. (2007). Grupos de Apoyo Nutricional en un entorno hospitalario. Tamaño, composición, relaciones, acciones. *Nutricion Hospitalaria*, 22(1), 68–84.

Shahzad, A., Kemp, I., Mars, C., Wilson, K., Roome, C., Cooper, R., ... Stables, R. H. (2014). Unfractionated heparin versus bivalirudin in primary percutaneous coronary intervention (HEAT-PPCI): An open-label, single centre, randomised controlled trial. *The Lancet*, 384(9957), 1849–1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60924-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60924-7)

Tolosona, T., & Orensanz, A. (2017). Manual sobre como ofrecer una alimentacion complementaria saludable., (2), 4–7. Retrieved from <https://www.ocez.net/archivos/revista/703-libro-alimentacion-blw.pdf>

Zapata, M., Fortino, J., Palmucci, C., & Padros, S. (2015). Diferencias en las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria , según los indicadores básicos propuestos por la

OMS , en niños con diferentes condiciones sociodemográficas de Rosario , Argentina
Differences in breastfeeding and complemen, 33(150), 12–20.

Zuleta, J & Chávez T. (2007). Percepciones, conocimientos y prácticas sobre alimentación complementaria. Guatemala. Recuperado de dspace.uniandes.edu.ec/.../Chávez%20-%20Carrillo%20MSP0054. pd.

ANEXO(S).**Cuestionario sobre alimentación complementaria**

Agradecemos su participación con transparencia y veracidad a las diversas preguntas del cuestionario, lo cual nos permitirá a un acercamiento científico acerca de las prácticas y conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con varios factores de riesgos, Teniendo como beneficios para usted y la comunidad conocer como son las prácticas y conocimientos que realizan ya sea madres o cuidadores en la introducción de alimentos a partir de los 6 a 11 meses.

Por favor dibuje un círculo la respuesta que considere correcta. De antemano le agradecemos su colaboración.

Datos generales de la madre:

- Edad de la madre:
- Grado de instrucción/ escolaridad: Primaria Secundaria Superior
- Ocupación: Comerciante Empleado Privado Empleado Publico
- Estado civil: Soltera Casada Unión Libre Divorciada
- Número de hijos:

Datos generales del niño:

- Edad del niño:
- Su niño presenta alguno de los defectos congénitos:

Labio Leporino Paladar hendido

- Su niño ha presentado los últimos tres meses algún tipo de infección como:

Diarreas

Vómitos

Nauseas

1) Cuál es el ingreso económico de su hogar

- a. Menos de 100 dólares
- b. 100-500 dólares
- c. 500-1000 dólares
- d. Mayor a 1000 dólares

2) La alimentación complementaria es:

- a. Dar otros tipos de leche (evaporada o formula) más leche materna
- b. Introducción de alimentos semi sólidos o solidos que acompañan la lactancia materna o artificial.
- c. Dar alimentos sólidos a la dieta del niño sin leche materna.

3) La edad en que empezó a dar alimentos semi sólidos o solidos a parte de la leche materna a su niño es:

- a. A los 5 meses o antes
- b. A los 6 meses
- c. A los 7 u 8 meses
- d. A los 9 meses a mas

4) Cuantas veces al día se debe alimentar a un niño de 6 meses

- a. 2 comidas más lactancia materna frecuente
- b. 3 comidas más lactancia materna frecuente

- c. 4 comidas más lactancia materna frecuente
- d. 5 comidas más lactancia materna frecuente
- e. No sabe no conoce

5) Como debe ser la consistencia de los alimentos de un niño de 7 a 8 meses

- a. Papillas
- b. Triturados
- c. Picados
- d. Solidos

6) La cantidad de alimentos aproximadamente que debe recibir un niño de 9 y 11 meses al día es

- a. 2 a 3 cucharadas
- b. 3 a 5 cucharadas
- c. 5 a 7 cucharadas
- d. 7 a las cucharadas
- e. No sabe no conoce

7) A qué edad usted considera que su niño debe consumir los mismos alimentos que los demás miembros de la familia.

- a. A los 6 meses
- b. 7 a 8 meses
- c. 9 a 11 meses

- d. 12 meses a mas
- e. No sabe no conoce

8) Para evitar las deficiencias nutricionales y aportar la cantidad de grasas adecuadas al niño, se debe enriquecer una de las comidas principales del niño con

- a. Menos de una cucharadita de aceite
- b. Una cucharadita de aceite
- c. Una cucharada de aceite
- d. Más de una cucharadita de aceite
- e. No sabe no conoce

9) A qué edad le dio su primera porción de alimentos sólidos o semi sólidos al niño

- a. 6 meses
- b. 7 a 8 meses
- c. 9 a 10 meses
- d. 11 meses en adelante
- e. No sabe no conoce

10) Para la preparación adecuada de alimentos de su niño usted utiliza

- a. Agua del caño
- b. Agua de las cisternas
- c. Agua hervida
- d. Agua embotellada

11) Del siguiente listado de alimentos cuáles de ellos su niño consume al día

- a. Frutas y verduras
- b. Frutas, cereales y verduras
- c. Frutas, cereales, verduras y carnes
- d. Frutas, cereales, verduras, carnes, lácteos, grasas y azúcares

12) Su niño consume alimentos que sean ricos o fortificados en hierro, si su respuesta es No pase a la pregunta 14

- a. Si
- b. No

13) Cuáles de los alimentos mencionados a continuación considera que son ricos en hierro

- a. Hígado de pollo o res, vegetales de color verde
- b. Frutas cítricas
- c. Pescados
- d. Lácteos

14) Existen factores que distraen la atención del niño al momento de ingerir alimentos

- a. Si
- b. No

Si la respuesta es Si Cuales son los factores que distraen la atención del niño:

15) El niño cuenta con un ambiente que estimule su apetito

- c. Si
- d. No

Si la respuesta es Si explique el porqué:

16) Cuantas veces realiza compras de alimentos

- a. 2 a 3 veces a la semana
- b. 1 vez a la semana
- c. 1 vez cada 15 días
- d. 1 vez al mes

Gracias por su colaboración